

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – ENF/UnB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF

THAÍS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM CÂNCER SUBMETIDOS
À CIRURGIA PARA RETIRADA DE ÓRGÃO À LUZ DA INCERTEZA – ENSAIO
CLÍNICO ALEATORIZADO

BRASÍLIA – DF

2022

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – ENF/UnB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF

THAÍS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM CÂNCER SUBMETIDOS
À CIRURGIA PARA RETIRADA DE ÓRGÃO À LUZ DA INCERTEZA – ENSAIO
CLÍNICO ALEATORIZADO

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do
Título de Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-
graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Cuidado, Gestão e Tecnologia em
Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e
Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cristine Alves Costa de Jesus.

BRASÍLIA – DF

2022

THAÍS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM CÂNCER SUBMETIDOS
À CIRURGIA PARA RETIRADA DE ÓRGÃO À LUZ DA INCERTEZA – ENSAIO
CLÍNICO ALEATORIZADO

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do
Título de Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-
graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovado em 30 de novembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Cristine Alves Costa de Jesus
Presidente da Banca

Departamento de Enfermagem – Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Brasília
(UnB)

Profa. Dra. Diana Lúcia Moura Pinho

Membro efetivo do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Departamento de Enfermagem – Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Brasília
(UnB)

Profa. Dra. Regina Ribeiro Cunha

Membro externo ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Departamento de Enfermagem – Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Brasília
(UnB)

Profa. Dra. Polyanne Aparecida Alves Moita

Membro externo ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Departamento de Enfermagem – Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Brasília
(UnB)

Profa. Dra. Ana Lúcia da Silva

Membro suplente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Departamento de Enfermagem – Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Brasília
(UnB)

A Deus todo poderoso, em toda sua honra e glória, que me trouxe até aqui, dia após dia, para honrá-lo com o resultado deste trabalho. A Wesley Machado de Oliveira. Que o meu caminho honre nossa família.

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo, Wesley, que mais uma vez confirmou sua doação a nossa família, me apoiando incondicionalmente, sabendo que palavras jamais expressarão o significado de cada oferta de tempo, disposição e sacrifício durante a realização deste trabalho do qual generosamente recebi. Também ofereço ao nosso filho, Tomás, para que a exemplo de seus pais e de seu santo onomástico, possa encontrar nos estudos um caminho seguro para realizar suas descobertas e trilhar os rumos de suas conquistas, contando sempre com o apoio irrestrito do amor de sua família.

Agradeço, especialmente, à minha mãe Zilma cuja dedicação é total em me apoiar para a realização das pequenas e grandes conquistas, virtude que apenas um coração genuinamente materno poderia dispor. Gratidão aos meus pais pelo dom da vida, que justifica tudo. Por fim, aos meus sogros: Meire e Nilson, por me tratarem como filha. Ao longo desse trabalho pude receber o cuidado e a dedicação gratuitos.

A minha orientadora, professora Cristine, que acreditou em mim, desde o mestrado e continuou apostando em minha escolha como sua aluna de doutorado. Arriscou-se comigo nesta temática de pesquisa, dentro de um desenho de estudo árduo e complexo, demonstrando com maestria sua capacidade de ensinar, conduzir e levar ao amadurecimento mais uma pesquisa desafiadora. Pude contar nesse processo, com sua ajuda e experiência ímpares. Apenas a gratidão poderá expressar tudo.

À banca de qualificação representadas pelas docentes: Diana, Elaine e Christiane, que me conduziram à percepções importantes a respeito da pesquisa, tornando-a melhor conduzida.

À instituição Universidade de Brasília, que me acolheu como graduanda ainda em 2010 a qual permaneço ininterruptamente desde então, me proporcionando grandiosas conquistas.

Agradeço, sobretudo, aos pacientes que passaram e passarão pelo atendimento cirúrgico oferecido pelo Hospital Universitário centro da pesquisa e também aos colaboradores, que generosamente contribuíram para a execução da pesquisa.

"All scientific work is incomplete - whether it be observational or experimental. All scientific work is liable to be upset or modified by advancing knowledge. That does not confer upon us a freedom to ignore the knowledge we already have or postpone the action that it appears to demand at a given time."

Sir Austin Bradford Hill

OLIVEIRA, T.M.G de. **Intervenções de enfermagem em pacientes com câncer submetidos à cirurgia para retirada de órgão à luz da incerteza - Ensaio clínico aleatorizado. 2022.** Tese (Doutorado) Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2022.

RESUMO

Introdução: Notícias como o diagnóstico do câncer despertam diversos sentimentos, uma vez que implicam em muitas mudanças, incluindo a escolha do tratamento, onde a cirurgia ganha destaque. O câncer leva a perturbações psicológicas que podem influenciar a progressão da doença provocando incertezas quanto ao sucesso do tratamento. O estado cognitivo de um paciente em pré-operatório gira em torno de imaginar a cirurgia como uma ameaça necessária para evitar um mal maior, especialmente quando a cirurgia envolve retirada de órgão, fazendo com que o paciente experimente níveis altos de incerteza, enquanto sofrem morbidades como o câncer. **Objetivo:** Analisar os efeitos das intervenções de enfermagem: vídeo e infográfico, no manejo da incerteza em pacientes com câncer submetidos a cirurgia para retirada de órgão. **Métodos:** Ensaio clínico aleatorizado, controlado, cego e monocêntrico envolvendo pacientes adultos, com diagnóstico de câncer, a serem submetidos à cirurgia de retirada de órgão. Foram 60 pacientes integrantes da amostra recrutados na Clínica Cirúrgica de um Hospital Universitário, alocados em grupo controle e grupo intervenção. As variáveis aferidas foram a Incerteza na doença de Mishel por meio da MUIS, nível de ansiedade por meio do inventário IDATE, nível de qualidade de vida por meio da EORTC-QLQ-C30 e nível de autoeficácia analisadas por meio dos testes qui-quadrado (χ^2), U de Mann-Whitney e H de Kruskal-Wallis, Q-Qplot e Correlação de Spearman. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade e registrado na plataforma de Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos sob Número do UTN: U1111-1258-6352. **Resultados:** O grupo intervenção recebeu vídeo e infográfico no pré-operatório. A incerteza foi mensurada duas vezes no grupo intervenção e uma vez no grupo controle. A incerteza geral foi considerada moderada, e o grupo intervenção antes e grupo controle apresentaram maior incerteza comparado ao grupo intervenção depois ($p=0,00$). Foram encontradas relações estatísticas entre a incerteza total e seus domínios com o estado civil, religião, renda familiar, uso de medicamentos, ocupação, recidiva, escolaridade, vícios, procedimento cirúrgico e diagnóstico médico. A qualidade de vida relacionou-se aos domínios da incerteza: ambiguidade, falta de clareza e falta de informação. A ansiedade estado relacionou-se ao domínio imprevisibilidade, por fim, a autoeficácia relacionou-se a incerteza pelos domínios: ambiguidade, falta de clareza e falta de informação. **Conclusão:** O uso do infográfico e vídeo educativo, para redução da incerteza na doença foram efetivas no gerenciamento dessa condição, trazendo familiaridade com a situação cirúrgica a ser enfrentada, empregadas de forma individualizada e com suporte informativo, desenvolvendo nos pacientes mecanismos de enfrentamento positivos diante de situações desafiadoras no contexto da cirurgia oncológica associada a retirada de órgão.

Palavras-chaves: Retirada de órgão; Teorias de Enfermagem; Incerteza; Oncologia Cirúrgica; Filme e Vídeo Educativo; Materiais Didáticos.

OLIVEIRA, T.M.G de. **Nursing interventions in cancer patients undergoing organ extraction surgery in light of the uncertainty - Randomized clinical trial.** 2022. Thesis (Doctorate) Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, 2022.

ABSTRACT

Introduction: News such as the diagnosis of cancer arouse different feelings, since they imply many changes, including the choice of treatment, where surgery is highlighted. Cancer leads to psychological disturbances that can influence the progression of the disease, causing uncertainty about the success of the treatment. The cognitive state of a patient in the preoperative period revolves around imagining surgery as a necessary threat to avoid a greater evil, especially when the surgery involves organ harvesting, causing the patient to experience high levels of uncertainty while suffering morbidities. like cancer. **Objective:** To analyze the effects of nursing interventions: video and infographic, in the management of uncertainty in cancer patients undergoing surgery for organ removal. **Methods:** Randomized, controlled, blinded and monocentric clinical trial involving adult patients diagnosed with cancer undergoing organ harvesting surgery. There were 60 patients who were part of the sample recruited at the Surgical Clinic of a University Hospital, allocated in a control group and an intervention group. The variables measured were Uncertainty in Illness Mishel through the MUIS, level of anxiety through the STAI inventory, level of quality of life through the EORTC-QLQ-C30 and level of self-efficacy analyzed through the chi-square tests (χ^2), Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis H, Q-Qplot and Spearman Correlation. The research was approved by the research ethics committee of the Faculty of Health Sciences of the University and registered on the Brazilian Clinical Trials Registry platform under UTN Number: U1111-1258-6352. **Results:** The intervention group received a video and infographic preoperatively. Uncertainty was measured twice in the intervention group and once in the control group. The general uncertainty was considered moderate, and the intervention group before and the control group showed greater uncertainty compared to the intervention group after ($p=0.00$). Statistical relationships were found between total uncertainty and its domains with marital status, religion, family income, medication use, occupation, recurrence, schooling, addictions, surgical procedure and medical diagnosis. Quality of life was related to the domains of uncertainty: ambiguity, lack of clarity and lack of information. State anxiety was related to the unpredictability domain, finally, self-efficacy was related to uncertainty by the domains: ambiguity, lack of clarity and lack of information. **Conclusion:** The use of infographics and educational video to reduce uncertainty in the disease were effective in managing this condition, bringing familiarity with the surgical situation to be faced, used individually and with informative support, developing positive coping mechanisms in patients in the face of of challenging situations in the context of oncological surgery associated with organ harvesting.

KEY WORDS: Organ removal; Nursing Theory; Uncertainty; Surgical Oncology; Instructional Film and Video; Teaching Materials.

OLIVEIRA, T.M.G de. **Intervenciones de enfermería en pacientes quirúrgicos con cáncer para la extracción de órganos a la luz de la incertidumbre: ensayo clínico aleatorizado.** 2021. Tesis (Doctorado) Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia, Brasilia, 2021.

RESÚMEN

Introducción: Noticias como el diagnóstico de cáncer despiertan diferentes sentimientos, ya que implican muchos cambios, entre ellos la elección del tratamiento, donde se destaca la cirugía. El cáncer provoca alteraciones psicológicas que pueden influir en la progresión de la enfermedad, provocando incertidumbre sobre el éxito del tratamiento. El estado cognitivo de un paciente en el período preoperatorio gira en torno a imaginar la cirugía como una amenaza necesaria para evitar un mal mayor, especialmente cuando la cirugía involucra la sustracción de órganos, haciendo que el paciente experimente altos niveles de incertidumbre mientras sufre morbilidades como el cáncer. **Objetivo:** Analizar los efectos de las intervenciones de enfermería: video e infografía, en el manejo de la incertidumbre en pacientes oncológicos sometidos a cirugía de extracción de órganos. **Métodos:** Ensayo clínico aleatorizado, controlado, ciego y monocéntrico en pacientes adultos diagnosticados de cáncer sometidos a cirugía de extracción de órganos. Fueron 60 pacientes que formaron parte de la muestra reclutados en la Clínica Quirúrgica de un Hospital Universitario, asignados en un grupo control y un grupo intervención. Las variables medidas fueron Incertidumbre en la enfermedad Mishel a través del MUIS, nivel de ansiedad a través del inventario STAI, nivel de calidad de vida a través del EORTC-QLQ-C30 y nivel de autoeficacia analizada a través de las pruebas de chi-cuadrado (χ^2), Mann -Whitney U y Kruskal-Wallis H, Q-Qplot y Spearman Correlation. La investigación fue aprobada por el comité de ética en investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad y registrada en la plataforma del Registro Brasileño de Ensayos Clínicos con el número UTN: U1111-1258-6352. **Resultados:** El grupo de intervención recibió un video y una infografía en el preoperatorio. La incertidumbre se midió dos veces en el grupo de intervención y una vez en el grupo de control. La incertidumbre general se consideró moderada, y el grupo intervención antes y el grupo control mostraron mayor incertidumbre en comparación con el grupo intervención después ($p=0,00$). Se encontraron relaciones estadísticas entre la incertidumbre total y sus dominios con estado civil, religión, renta familiar, uso de medicamentos, ocupación, recurrencia, escolaridad, adicciones, procedimiento quirúrgico y diagnóstico médico. La calidad de vida se relacionó con los dominios de incertidumbre: ambigüedad, falta de claridad y falta de información. La ansiedad estado se relacionó con el dominio imprevisibilidad, finalmente, la autoeficacia se relacionó con la incertidumbre por los dominios: ambigüedad, falta de claridad y falta de información. **Conclusión:** El uso de infografías y videos educativos para disminuir la incertidumbre en la enfermedad fueron efectivos en el manejo de esta condición, trayendo familiaridad con la situación quirúrgica a ser enfrentada, utilizados individualmente y con apoyo informativo, desarrollando mecanismos de afrontamiento positivos en los pacientes ante la situaciones desafiantes en el contexto de la cirugía oncológica asociada a la sustracción de órganos.

PALABRAS CLAVE: Extracción de órganos; Teoría de Enfermería; Incertidumbre; Oncología quirúrgica; Película y Video Educativos; Materiales de Enseñanza.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo esquematizado da Teoria da Incerteza na Doença	31
Figura 2 – Esquema que representa o paciente cirúrgico com câncer diante da Teoria da incerteza na Doença	36
Figura 3 – Fatores integradores da qualidade de vida.....	42
Figura 4 – Critérios de inclusão do paciente.....	61
Figura 5 – Critérios de exclusão do paciente.....	62
Figura 6 – Passos utilizados na elaboração do infográfico.....	66
Figura 7 – Tipo, descrição e momento da intervenção.....	67
Figura 8 – Esquema do protocolo de coleta de dados.....	75
Figura 9 – Fluxograma do estudo, pré-seleção, inclusão e retenção, segundo CONSORT-SPI 2018.....	85
Figura 10 – Fluxograma do estudo, pré-seleção, inclusão e retenção para o cuidador.....	106

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes.....	86
Tabela 2 – Características clínico-epidemiológicas de câncer dos participantes.....	88
Tabela 3 – Características clínico-epidemiológicas dos participantes.....	90
Tabela 4 – Variáveis contínuas e comparação dos resultados referentes à ansiedade entre os grupos intervenção e controle.....	92
Tabela 5 – Variáveis contínuas e comparação dos resultados referentes à qualidade de vida entre os grupos intervenção e controle.....	93
Tabela 6 – Variáveis contínuas e comparação dos resultados referentes à autoeficácia entre os grupos intervenção e controle.....	95
Tabela 7 – Valores médios da pontuação da incerteza entre os grupos intervenção e controle.....	96
Tabela 8 – Incerteza e domínios da incerteza e as relações significantes com as variáveis sociodemográficas e clínicas.....	98
Tabela 9 – Incerteza total e as relações significantes com as variáveis sociodemográficas e clínicas.....	99
Tabela 10 – Domínio ambiguidade e as relações significantes com as variáveis sociodemográficas e clínicas.....	100
Tabela 11 – Domínio falta de clareza e as relações significantes com as variáveis sociodemográficas e clínicas.....	101
Tabela 12 – Domínio falta de informação e as relações significantes com as variáveis sociodemográficas e clínicas.....	101
Tabela 13 – Domínio imprevisibilidade e as relações significantes com as variáveis sociodemográficas e clínicas.....	103
Tabela 14 – Domínios da incerteza e correlações significantes com a escala EORTC QLQ-C30 (qualidade de vida, escala funcional, escala de sintomas), IDATE (ansiedade-estado, ansiedade-traço) e autoeficácia.....	103
Tabela 15 – Características sociodemográficas dos cuidadores.....	107
Tabela 16 – Características clínicas dos cuidadores.....	107
Tabela 17 – Incerteza e domínios da incerteza a partir da MUIS para os cuidadores.....	108

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CID	Classificação Internacional das Doenças
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CONSORT-SPI	<i>Consolidated Standards of Reporting Trials of Social and Psychological Interventions</i>
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
EORTC QLQ-C30	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire</i>
GSES	Escala de Autoeficácia Geral
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
H0	Hipótese nula
H1	Hipótese Alternativa
HT	Hormonioterapia
HU	Hospital Universitário
HUB	Hospital Universitário de Brasília
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MESH	<i>Medical Subject Headings</i>
MUIS	<i>Mishel Uncertainty in Illness Scale</i>
MUIS-A	<i>Mishel Uncertainty in Illness Scale</i> – Acompanhante
NANDA-I	<i>North American Nursing Diagnosis Association – International</i>
NIC	Classificação das Intervenções de Enfermagem
OMS	Organização Mundial da Saúde
QoL	Questionário Qualidade de vida
QT	Quimioterapia
QV	Qualidade de vida
QR	Quick Response
RT	Radioterapia

SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAEP	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TICs	Tecnologias da Informação e Comunicação
TID	Teoria da Incerteza na Doença
TU	Tratamento usual
TU+I	Tratamento Usual mais Intervenção
UnB-	Universidade de Brasília
UNACON-	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	18
1 INTRODUÇÃO	20
2 OBJETIVOS	27
2.1 OBJETIVO GERAL.....	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
3 REFERENCIAL TEÓRICO	28
3.1 TID – TEORIA DE MÉDIO ALCANCE.....	28
3.1.1 Conceitos da TID	30
3.1.2 Pressupostos Teóricos – Incerteza na Doença	33
3.1.3 Aplicação dos Conceitos da TID ao paciente com câncer submetido à cirurgia para retirada de órgão	35
3.2 O PACIENTE COM CÂNCER SUBMETIDO À CIRURGIA.....	37
3.2.1 Ansiedade do paciente com câncer submetido à cirurgia	39
3.2.2 Qualidade de vida do paciente com câncer submetido à cirurgia	41
3.2.3 Autoeficácia e enfrentamento no paciente com câncer submetido à cirurgia	45
3.3 PROCEDIMENTO CIRÚRGICO – GATILHO PARA INCERTEZA?	48
3.4 INCERTEZA NA DOENÇA DO CUIDADOR DO PACIENTE COM CÂNCER SUBMETIDO À CIRURGIA PARA RETIRADA DE ÓRGÃO.....	50
3.5 MATERIAIS EDUCATIVOS – INTERVENÇÕES.....	54
3.5.1 Uso do infográfico - intervenção para fornecimento de informação	56
3.5.2 Vídeo educativo – intervenção para familiaridade do evento cirúrgico	57
4. MÉTODO	59
4.1 HIPÓTESES DO ESTUDO.....	60
4.2 DESENHO DO ESTUDO.....	60
4.3 PARTICIPANTES.....	61
4.3.1 Pacientes	61
4.3.1.1 Critérios de inclusão.....	61
4.3.1.2 Critérios de exclusão.....	62
4.3.2 Cuidadores	62
4.3.2.1 Critérios de inclusão.....	62
4.3.2.2 Critérios de exclusão	62
4.4 TAMANHO DA AMOSTRA.....	63
4.4.1 Pacientes	63
4.4.2 Cuidadores	64

4.5 LOCAL DO ESTUDO.....	64
4.6 INTERVENÇÕES.....	64
4.6.1 Infográfico educativo.....	65
4.6.2 Vídeo educativo.....	67
4.7 VALIDAÇÃO DOS MATERIAIS EDUCATIVOS.....	69
4.8 GRUPO CONTROLE.....	69
4.9 DESFECHOS PRIMÁRIOS.....	70
4.10 DESFECHOS SECUNDÁRIOS.....	70
4.10.1 Ansiedade.....	70
4.10.2 Qualidade de vida.....	71
4.10.3 Autoeficácia.....	71
4.11 RECRUTAMENTO, ALEATORIZAÇÃO, ALOCAÇÃO E COLETA DE DADOS.....	71
4.11.1 Recrutamento dos participantes.....	71
4.11.2 Intervencionista.....	76
4.12 CEGAMENTO.....	77
4.13 MÉTODOS ESTATÍSTICOS.....	77
4.14 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – PACIENTE.....	78
4.15 APLICAÇÃO DAS ESCALAS.....	80
4.15.1 Instrumento MUIS.....	80
4.15.2 Instrumento IDATE.....	81
4.15.3 Instrumento EORTC QLQ-C30.....	81
4.15.4 Escala de Autoeficácia.....	82
4.16 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – CUIDADOR.....	83
4.16.1 MUIS para o cuidador.....	83
4.17 QUESTÕES ÉTICAS.....	84
5. RESULTADOS.....	85
5.1 FLUXO DE PARTICIPANTES.....	85
5.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	86
5.2.1 Caracterização sociodemográfica.....	86
5.2.2 Caracterização clínico-epidemiológica.....	88
5.3 AVALIAÇÃO DOS PARTICIPANTES A PARTIR DAS ESCALAS APLICADAS.....	92
5.3.1 Nível de ansiedade.....	92
5.3.2 Nível da qualidade de vida.....	93
5.3.3 Nível de autoeficácia.....	95

5.3.4 Nível de incerteza	95
<i>5.3.4.1 Associações entre os domínios da Incerteza e as variáveis sociodemográficas e clínicas do estudo</i>	97
<i>5.3.4.2 Associações entre os domínios da Incerteza, a ansiedade, a qualidade de vida e a autoeficácia</i>	103
5.4. CUIDADORES	105
5.4.1 Fluxo dos participantes	105
5.4.2 Caracterização sociodemográfica e clínica	106
5.4.3 Avaliação da incerteza	108
6. DISCUSSÃO	109
6.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DO PACIENTE COM CÂNCER SUBMETIDO À CIRURGIA PARA RETIRADA DE ÓRGÃO	109
6.2 ESTADO DE ANSIEDADE NO PACIENTE COM CÂNCER SUBMETIDO À CIRURGIA PARA RETIRADA DE ÓRGÃO	119
6.3 ESCALA DA QUALIDADE DE VIDA, EORTC QLQ-C30, NO PACIENTE COM CÂNCER SUBMETIDO À CIRURGIA PARA RETIRADA DE ÓRGÃO	124
6.4 AVALIAÇÃO DA AUTOEFICÁCIA DO PACIENTE COM CÂNCER SUBMETIDO À CIRURGIA PARA RETIRADA DE ÓRGÃO	127
6.5 AVALIAÇÃO DA INCERTEZA NA DOENÇA DO PACIENTE COM CÂNCER SUBMETIDO À CIRURGIA PARA RETIRADA DE ÓRGÃO	130
6.5.1 Associações entre os domínios da Incerteza e as variáveis sociodemográficas e clínicas do estudo dos pacientes com câncer submetido à cirurgia de retirada de órgão	137
6.5.2 Associações entre os domínios da incerteza, a ansiedade, a qualidade de vida e a autoeficácia do paciente com câncer submetido à cirurgia de retirada de órgão	143
6.6 INCERTEZA DE CUIDADORES DE PACIENTE COM CÂNCER SUBMETIDO À CIRURGIA DE RETIRADA DE ÓRGÃO	146
6.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	150
7. CONCLUSÃO	151
REFERÊNCIAS	153
APÊNDICES	181
Apêndice A – Infográfico	181
Apêndice B – Vídeo educativo	182
Apêndice C – TCLE Paciente	183
Apêndice D – Instrumento de Coleta de Dados Paciente	187
Apêndice E – TCLE Cuidador	191
Apêndice F – Instrumento de Coleta de Dados Cuidador	194

ANEXOS	197
Anexo A – Escala da Incerteza na Doença para O Paciente MUIS	197
Anexo B – Escala de Avaliação da Ansiedade – IDATE	200
Anexo C – Questionário de Qualidade de Vida EORTC QLQ-C30	202
Anexo D – Escala de Autoeficácia	204
Anexo E – Escala da Incerteza na Doença para O Cuidador MUIS-A	205
Anexo F – Parecer Consubstanciado do CEP	209
Anexo G – Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos	212

APRESENTAÇÃO

Em 2016, quando ingressei no mestrado, ao cursar a disciplina- Bases teóricas e filosóficas da Enfermagem-, que trabalha a aplicação dos referenciais teóricos para prática assistencial, ensino e pesquisa por meio de reflexões desenvolvidas sobre teorias e referenciais teóricos de enfermagem (UnB, 2022), trabalhou-se nessa disciplina, a Teoria da Incerteza na Doença (TID), trazendo importantes reflexões a respeito da manifestação da incerteza em situações de adoecimento e como gerencia-la, que culminou em uma revisão integrativa sobre o tema (MARQUES et al., 2017). Desde então eu e minha orientadora observamos a convergência da temática ao público dos pacientes cirúrgicos que eram submetidos a cirurgia de retirada de órgão, como agravante aos eventos associados ao procedimento cirúrgico. Foram observados como resultados da pesquisa inicial, que o público em questão, sofria com falta de informação a respeito do procedimento cirúrgico e alta incerteza na doença (OLIVEIRA; JESUS, 2022).

Concomitantemente, em relação a minha trajetória profissional, esta encontrou correspondência ao objeto de estudo durante curta jornada em um hospital terciário com foco em reabilitação, trabalhando na clínica cirúrgica ao lidar com pacientes que eram submetidos a amputações de membros, que sofriam profundamente em decorrência das condições impostas por mutilações. Adicionalmente, a coleta de dados durante o mestrado me colocou em profundo contato com este público, que traz em si marcas densas da adaptação a qual estavam sendo condicionados.

As constatações a respeito da pesquisa inicial trouxeram luz ao próximo passo da pesquisa: a busca por intervenções de enfermagem que se propusessem a modificar a trajetória do paciente cirúrgico com câncer por meio da disponibilização de informação e consequente diminuição da incerteza na doença quando considerada uma ameaça ao paciente. A TID funciona como modelo para intervenções e estratégias para gerenciamento da incerteza nos cuidados de saúde. Para este fim, considerou-se na pesquisa atual, o público de pacientes com câncer submetidos a retirada de órgão, pois este público integra majoritariamente, a amostra de pacientes submetidos a esse tipo de cirurgia (OLIVEIRA; JESUS, 2022).

Também consideramos importante para este estudo a investigação da qualidade de vida, do nível de ansiedade e autoeficácia do paciente cirúrgico com câncer, por serem condições que interferem na incerteza do paciente e na capacidade de enfrentamento. Além das investigações

já apontadas, também perquirimos a incerteza na doença dos cuidadores desses pacientes, que enquanto cuidadores informais, vivenciam experiências de incerteza quanto ao diagnóstico e tratamento de seus entes queridos associando as próprias incertezas quanto a expectativa de poderem cuidar de si mesmos em uma dualidade de sentimentos.

A escrita desta tese assim se apresenta: Introdução e referencial teórico, que abordam os aspectos fundamentais da TID, e atual estado da arte sobre a temática, associando essa condição a ansiedade do paciente cirúrgico com câncer, sua qualidade de vida e autoeficácia. Em seguida introduzimos os tópicos da incerteza vivenciadas dos cuidadores e os fundamentos dos materiais educativos elaborados e validados durante o processo de construção da pesquisa.

As sessões posteriores, referem-se aos métodos, resultados encontrados e discussões realizadas, culminando na conclusão do estudo.

1. INTRODUÇÃO

O câncer é considerado como um dos mais importantes problemas de saúde pública a nível mundial. Estima-se que a maioria dos casos novos da doença surja nos países em desenvolvimento, implicando em uma alta taxa de mortalidade (FERLAY et al., 2015). É a principal ou segunda causa de morte em idosos a partir de 70 anos em 112 dos 183 países do mundo (WHO, 2020) De forma contínua, há um aumento na incidência e a mortalidade por câncer, decorrente, em parte, ao envelhecimento populacional, bem como aos hábitos de vida, com destaque ao sedentarismo e má alimentação, hábitos estes associados diretamente ao processo de urbanização, além de fatores como ambiente e condições socioeconômicas da população (BRAY et al., 2018; SUNG et al., 2021).

Estimativas recentes, de 2018, mostram que em todo o mundo ocorreram 18 milhões de novos casos de câncer, sendo que mais da metade desse número representa a mortalidade pela doença (BRASIL, 2019). Os números evidenciam a necessidade de se trabalhar temas voltados à essa população na intenção de promover o bem-estar e maior qualidade de vida. No Brasil, a estimativa de câncer para o triênio 2020-2022, demonstra que o câncer de pele (não melanoma) será o mais incidente, seguido pelo câncer de mama e próstata, estimando-se a ocorrência de 625 mil novos casos para cada ano do triênio (BRASIL, 2019).

A definição de câncer possui significados enigmáticos e assustadores. Trata-se de uma doença prevalente há mais de 1 milhão de anos com indícios de registros desde os ancestrais humanos modernos. Essa disfunção está associada a alterações celulares patológicas, caracterizadas por um crescimento celular desordenado, de forma agressiva e descontrolada que invadem tecidos e órgãos. Geralmente, o que diferencia os variados tipos de câncer, no caso mais de 100 tipos, é a velocidade com que essa multiplicação celular acontece. A anormalidade do crescimento celular desordenado, a velocidade, agressividade e capacidade de invasão de outras estruturas orgânicas caracteriza sua evolução e classificação (HAUSMAN, 2019). Além disso, fatores associados aos hábitos de vida, como fumo, obesidade, sedentarismo, exposição a raios ultravioleta, infecções e ingestão de bebidas alcoólicas são causas relevantes para ocorrência da doença (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2020).

Para muitos tipos de câncer, a sobrevida ainda é baixa. Porém, há tipos de câncer que têm alcançado bons índices de êxito em seus tratamentos para remissão completa da doença, por exemplo, o caso da leucemia infantil cujo aumento foi de 10% para cerca de 80% no índice

de êxito no tratamento. Nesse contexto, as terapêuticas existentes que levam à cura ou à remissão prolongada da doença estão associadas a tratamentos prolongados e onerosos, geralmente, disponíveis apenas em países de alta renda (HAUSMAN, 2019).

Notícias como o diagnóstico do câncer são difíceis de serem transmitidas e despertam diversos sentimentos na pessoa que a recebe. Uma vez que implicam em muitas mudanças, incluindo a escolha do tratamento, onde a cirurgia ganha especial destaque. O processo de adoecimento por câncer, inclui a despersonalização do indivíduo, quando não mantém a independência de seu próprio corpo. Conseqüentemente, há a dissociação do seu ser integral para o ser portador da doença, ademais ocorre privação, inclusão da nova rotina de tratamento e reorganização da vida em torno da enfermidade (LEBREGO; CABRAL, 2020). Além disso, a doença pode comprometer a qualidade de vida e até mesmo ‘quantificar’ o tempo desse indivíduo, o que leva a necessidade de adaptação e busca por enfrentamento (GEOVANINI, 2011).

Segundo Antoni e Dhabhar (2019), o diagnóstico por câncer, a luta pela sobrevivência contra a doença e o desgaste dos tratamentos levam a altos níveis de estresse. O estresse traz à tona, sentimentos de perturbação ou estímulos que podem afetar o curso da doença.

As reações que o estresse libera na corrente sanguínea, os fatores locais e sistêmicos, relacionados a uma desregulação neuroendócrina trazem como conseqüências uma desregulação imune, supressão imunológica e inflamação crônica. Juntos, esses fatores provocam a progressão metastática da doença, a diminuição da qualidade de vida e da sobrevida. A constante exposição aos fatores de estresse causados pelo câncer influencia na supressão e proteção induzidos por respostas imunes (DHABHAR, 2018; SURMAN; JANIK, 2017).

Além do estresse relatado, o diagnóstico por câncer leva a perturbações psicológicas que podem influenciar a progressão da doença provocando incertezas quanto ao sucesso do tratamento. Portanto, o modo como a doença é encarada e comunicada é relevante nesse processo. A notícia e a convivência com a doença aumentam os sintomas psicológicos em graus variados, interferindo na forma de enfrentamento à doença (LI et al., 2018).

Nesse contexto, Amorim e colaboradores (2018) abordam que sentimentos de fragilidade, abandono, necessidade de ser cuidado, submissão às limitações, falta de reconhecimento sobre suas necessidades e incertezas, surgem com o adoecimento.

Diante dos sentimentos experimentados pelo paciente, além da consternação de ter que conviver com as consequências ocasionadas pela doença e geradas a partir do diagnóstico por câncer, os pacientes também enfrentam desafios de ordem mental e fisiológica oferecidos pelos tratamentos (JUAN, 2007). Um dos tratamentos para o câncer que possui destaque é o tratamento cirúrgico.

A cirurgia é, sem dúvida, uma modalidade terapêutica para o câncer que mudou o curso dos tratamentos. Além disso, ela está inserida no tripé do tratamento oncológico, estando ao lado da quimioterapia e radioterapia (BRASIL, 2018; COSTA; LEITE, 2009). A cirurgia oncológica possui diferentes finalidades: diagnóstica, estadiamento, curativa, para remover parte do tumor, paliativa, suporte, reconstrução e preventiva (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2016).

Nesse contexto, a cirurgia tem sido a escolha para o tratamento do câncer em cerca de 60% dos casos, sendo utilizada em aproximadamente 90% deles para finalidade diagnóstica, estadiamento e finalidade paliativa (INCA, 2018; COSTA; LEITE, 2009). Independentemente da modalidade cirúrgica, a percepção da pessoa sobre seu tratamento, muda a forma de encarar a doença, direcionando a forma de enfrentamento diante de situações “adoecedoras”. A utilização de estratégias possui o intuito de intermediar as relações entre as solicitações do corpo doente e capacidade de reação da pessoa diante disso (GUERREIRO et al., 2019).

A cirurgia oncológica tem por objetivo a retirada do tumor, com a intenção de sua remoção total. Embora a cura e remoção total do tumor sejam as opções mais desejáveis, o ato cirúrgico no contexto da oncologia, possui diferentes finalidades, como já dito. Além da finalidade curativa, há também a finalidade paliativa, na qual se objetiva a redução das células tumorais ou controle dos sintomas que interferem no bem-estar do paciente. Exemplos de cirurgias paliativas para o câncer são a descompressão de estruturas, desvios urinário e fecal, controle de hemorragias, controle digestivo e controle da dor. A cirurgia oncológica também tem por finalidades, determinar o estadiamento da doença, que pode ser certificado por meio do ato cirúrgico, intenção diagnóstica, para avaliar a extensão do comprometimento do organismo, por meio de biopsia com encaminhamento do exame para histopatologia de acordo

com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA (BRASIL, 2018). Outras classificações para cirurgia oncológica podem ser necessárias, tais como as cirurgias de suporte aos pacientes com câncer, inserção de cateter totalmente implatado, cirurgias reconstrutoras necessárias aos casos de tratamentos mutiladores e cirurgias preventivas, que objetivam remover potenciais tecidos cancerígenos (BRITO; LIMA 2012; JONCZYK et al. 2019; CAO; HUANG; SHAO, 2017).

A cirurgia é um tratamento que gera medo do desconhecido e estado de ansiedade, desencadeando no paciente pré-cirúrgico sentimentos negativos, apoiados na forma de pensar de cada indivíduo. O estado cognitivo de um paciente em pré-operatório gira em torno de imaginar a cirurgia como uma ameaça necessária para evitar um mal maior. A maneira como o paciente percebe a cirurgia é de certa forma mais importante do que a cirurgia em si, devido aos significados atribuídos a ela, especialmente a percepção de que sua saúde se encontra debilitada e nas implicações que o diagnóstico da doença e tratamento trarão para si (JUAN, 2007).

Em contrapartida, o autor Fiorentino (2005) informa que a necessidade do tratamento cirúrgico requer do indivíduo remodelagens cognitivas com vistas a adaptação. Especialmente, devido à consciência de que a cirurgia possui variáveis diversas, tornando-se um evento multideterminado que culmina no sucesso ou não desse tratamento.

Sabe-se ainda, que as variáveis associadas ao procedimento cirúrgico, concentram-se nos aspectos físico-químicos, biológicos, psicossociais e culturais. A ruptura que o ato cirúrgico promove, envolve a necessidade de adaptação a este evento o qual interrompe o cotidiano, trazendo a importância da reorganização em decorrência da perda do controle sobre sua própria saúde (JUAN, 2007).

Também é importante destacar que as características do procedimento cirúrgico, tais como: duração da cirurgia, porte cirúrgico, intensidade dos sintomas vivenciados, gravidade do estágio da doença, sintomas, repercussões para limitações físicas quanto a independência nas atividades de vida diária, repercutem diretamente no modo de perceber, encarar e se adaptar a este novo evento (JUAN, 2007).

Estudos informam que para se reduzir o estresse pré-cirúrgico, uma das medidas mais eficazes são as intervenções psicossociais, que envolvem o preparo psicológico para o

desconhecido e para reorganização do comportamento a ser adotado. Quando o paciente consegue antecipar com boas perspectivas o evento cirúrgico, as chances de diminuir a ansiedade e as preocupações aumentam (MITCHELL, 2007; JUAN, 2007).

Em meio a essa notícia do diagnóstico por câncer e tratamento cirúrgico, pode surgir o estado da incerteza. A definição de incerteza é considerada como a incapacidade para determinar o conhecimento dos fatos correlatos à determinada disfunção ou doença. Pode ser também entendida como um estado cognitivo criado em que o indivíduo não pode atribuir significados a um evento de doença devido às condições de não previsibilidade, ambiguidades de emoções e obscuridades, impedindo a categorização dos fatos (MISHEL, 1981; SMITH, 2005; CRANLEY et al., 2012; PENROD, 2007).

Dentre os mais diversos tipos de pacientes com câncer, existem aqueles que precisam ser submetidos à retirada de órgão. Esse tipo de paciente convive com níveis altos de incerteza, enquanto sofrem morbidades como o câncer (OLIVEIRA; JESUS, 2018). A incerteza influencia na exacerbação de sintomas, especialmente em doenças como câncer, que em seu aspecto crônico, traz à tona sintomas como fadiga, diminuição da força muscular, náuseas, diminuição do peso e perda de habilidades cognitivas (MISHEL, 1993).

As repercussões da incerteza ainda são estudadas, nesse processo levanta questionamentos como a continuidade da vida, qualidade de vida, deterioração física e psíquica e possível necessidade de cuidadores (LI et al., 2019). Outro complicador é a espera pela cirurgia a qual pode exacerbar sintomas depressivos. Embora haja vários sinais e sintomas relacionados ao paciente com câncer submetido a cirurgia para retirada de órgão, pouco impacto essa condição tem implicado nas ações dos profissionais da saúde, sendo que intervenções que contemplam as necessidades emocionais dos pacientes permanecem negligenciadas (BAILEY et al., 2016).

Estudo anterior, revela que entre os 10 diagnósticos mais prevalentes na amostra de paciente com câncer submetido a cirurgia para retirada de órgão, estão os diagnósticos de Conhecimento deficiente, Ansiedade e Distúrbio na imagem corporal. Os diagnósticos mais prevalentes, com foco no problema, mostraram a necessidade de intervenções de enfermagem voltadas ao enfrentamento, capacidade de adaptação e ressignificação. O estudo ainda comenta sobre a necessidade de desenvolvimento de aptidões por parte do enfermeiro na prestação de cuidados que absorvam essas necessidades (OLIVEIRA et al., 2020).

Diante do panorama apresentado, o sofrimento envolvido no tratamento do câncer e a vivência do procedimento cirúrgico, estima-se que de 30 a 50% dos pacientes com câncer, experimentam intensos sofrimentos desde o diagnóstico da doença até o tratamento (ALDAZ et al., 2019). Pacientes com câncer, se encontram com a sensação profunda de angústia e incerteza, estão mais propensos a mortalidade prematura, não adesão aos tratamentos, redução de habilidades funcionais e cognitivas e consequente redução da qualidade de vida (PRIETO et al., 2002).

Ainda ao que concerne ao sofrimento, estudos afirmam que elevados níveis de incerteza em pacientes com câncer em tratamento, associam-se a elevados níveis de sofrimento (HAISFIELD-WOLF et al., 2012). Uma das estratégias para lidar com os impactos da incerteza na vivência do câncer é sinalizada pela literatura como evitação de experiências, na qual o indivíduo escolhe não pensar em seu problema, adiando pensamentos e emoções relacionados à sensação de incerteza (ALDAZ et al., 2017). Porém, a literatura também traz que essa estratégia pode gerar efeitos contrários ao bem-estar e a qualidade de vida. Portanto, embora seja dita como uma estratégia útil, seu uso constante pode acarretar aumento do sofrimento e diminuição do bem-estar com o passar do tempo (MACHELL et al., 2015).

É importante saber que não tolerar a incerteza na doença pode ser um caminho perigoso, envolvendo sérios riscos no aumento do sofrimento e redução de recursos cognitivos. Em contrapartida, a aceitação da incerteza relativa ao câncer é associada a redução do sofrimento e melhor adaptação às condições ocasionadas pela doença (VICTORSON et al., 2017).

A vivência da incerteza ainda está relacionada ao tempo de tratamento do câncer e a modalidade de tratamento, que evidencia a necessidade de estudar a incerteza do paciente durante submissão ao tratamento cirúrgico (ALDAZ et al., 2019). Essa necessidade se estende, especialmente, aos pacientes que através do tratamento cirúrgico realizam cirurgias que envolvam a retirada total ou parcial de órgão.

Estudos demonstram efeitos benéficos das intervenções de enfermagem tais como: gerenciamento de sintomas e suporte emocional. Tais ações envolvem o , monitoramento , da educação em saúde através de materiais educativos, fornecimento de recursos assim como referências e cuidados diretos de enfermagem aos pacientes com câncer, indicando os benefícios das ações em prol do gerenciamento da incerteza nesse grupo (MISHEL et al., 2009; McCORKLE et al., 2009; SILVA; VARGENS, 2016). Aparentemente, isso não foi investigado

em pacientes com câncer cirúrgicos submetidos à retirada de órgão. Sabendo que o câncer por sua vez, leva a uma maior incerteza na doença, que é traduzida como a incapacidade de dar significados aos eventos relacionados à doença, e que o tratamento cirúrgico (que como consequência envolve a retirada total ou parcial de órgão) gera aumento da incerteza e necessidade de gerenciamento dessa condição, o atual estudo propõe-se a investigar as intervenções de enfermagem para gerenciamento da incerteza nessa população.

No sentido de fornecer uma entrega mais oportuna de serviço, atendendo a necessidade do paciente, é imperativo a criação de estratégias que possam estimular o treinamento de habilidades de enfrentamento baseados na modificação do comportamento cognitivo. Para este ideal, tomou-se por base a fundamentação da TID para formulação de intervenções de enfermagem que possam diminuir a incerteza na doença de pacientes com câncer submetidos à cirurgia para retirada de órgão.

Assim, definiu-se a pergunta norteadora do estudo “O uso de materiais educativos como intervenção de enfermagem voltada aos pacientes cirúrgicos com câncer submetidos à retirada de órgão é capaz de reduzir a incerteza na doença?”

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Analisar os efeitos das intervenções de enfermagem, vídeo e infográfico, no manejo da incerteza em pacientes com câncer submetidos a cirurgia para retirada de órgão.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar o perfil da população estudada quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos;
- Verificar o nível de ansiedade dos pacientes com câncer submetidos às cirurgias para retirada de órgão;
- Identificar a qualidade de vida dos pacientes com câncer submetidos às cirurgias para retirada de órgão;
- Identificar a autoeficácia dos pacientes com câncer submetidos às cirurgias para retirada de órgão;
- Mensurar o nível de incerteza dos pacientes com câncer submetidos às cirurgias para retirada de órgão antes e após intervenção;
- Comparar os grupos quanto a classificação do nível de incerteza na doença, considerando a intervenção de orientação;
- Mensurar a incerteza na doença do cuidador do paciente com câncer submetido a cirurgia de retirada de órgão.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 TID – TEORIA DE MÉDIO ALCANCE

O uso das teorias de enfermagem fornece estrutura e organização ao conhecimento da profissão, pois confere um meio sistemático para coleta de dados, descrição e aplicação da prática, como um processo de validação da intuição. As teorias ainda possuem o poder de levar a uma prática racional e sistemática fornecendo um propósito claro em busca de resultados focados, refletindo um cuidado coordenado e sem fragmentações (Mc EWEN; WILLS, 2016).

Segundo Fawcett (1999), as teorias:

- Permitem identificar padrões de enfermagem em sua prática;
- Fornecem cenários adequados para que a prática da enfermagem aconteça;
- Delimitam os processos de enfermagem e tecnologias a serem utilizados no intuito de identificar problemas, formas de planejamento do cuidado, possibilidades de intervenções e resultados esperados;
- Direcionam os serviços de enfermagem;
- Fornecem embasamento para o plano de cuidados;
- Orientam os sistemas de classificação; e
- Orientam os programas de garantia de qualidade.

Teorias são definidas por um conjunto de conceitos inter-relacionados, com proposições e conceitos, a partir de aspectos filosóficos, da ciência, cujas hipóteses podem ser formuladas, testadas e verificadas. As teorias têm por missão dar respostas a fenômenos e caracterizá-los (Mc EWEN; WILLS, 2016).

O método mais comum de classificação das teorias de enfermagem é baseado no âmbito, ou seja, envolve a complexidade e grau de abstração de seus conceitos. As teorias de médio alcance encontram-se entre as grandes teorias e as teorias mais circunscritas. São mais específicas, trazendo um número menos abrangente de conceitos que podem ser testados. Essas teorias, tentando descrever determinados fenômenos ou os efeitos desses fenômenos, embasam hipóteses testáveis (Mc EWEN; WILLS, 2016).

Em meio as muitas teorias de enfermagem já desenvolvidas, destaca-se a TID, por Merle Helaine Mishel, que foi publicada pela primeira vez na década de 80. Mishel apresenta

em seus registros teóricos, que com o surgimento da incerteza, em situações em que os indivíduos não estão aptos para atribuir significados, dá-se espaço também aos mecanismos de enfrentamento das doenças e situações de risco, que culminam na adaptação. No entanto, para que surja a adaptação é necessário o desenvolvimento de ações direcionadas por profissionais da saúde qualificados, na tentativa de diminuir o estado de incerteza e proporcionar ao indivíduo melhores alternativas de enfrentamento que culminem em adaptação e maior qualidade de vida. O profissional envolvido nas estratégias de enfrentamento das incertezas não tem por finalidade eliminá-la, mas construir com o indivíduo novas perspectivas de desfechos da própria realidade em que são atribuídos novos valores (CHECTON et al., 2012; MISHEL, 1999).

A autora ainda comenta que altos níveis de incerteza estão associados com a redução de habilidades como o processamento de novas informações, compreensão de resultados e adaptação ao diagnóstico da doença (MISHEL; CLAYTON, 2018). Estudos confirmam que o surgimento da incerteza pode levar a sensação de falta de controle sobre os acontecimentos e aparecimento de sentimentos negativos, como o isolamento, perda da identidade, desesperança e desmoralização (TOMEY; ALLIGOOD, 2002; GONÇALVES; MEDEIROS, 2016).

Conforme a TID de Mishel, o adoecimento é permeado pela incerteza, que torna o momento de difícil adaptação, aumentando conseqüentemente, situações de fragilidade e labilidade emocional. A TID aborda as dúvidas, dificuldades e ansios de pacientes, cuidadores e familiares nas fases agudas ou crônicas da doença (MISHEL, 1981).

A TID reflete que a incerteza é, a princípio, um estado neutro, podendo ser encarada de diferentes formas a partir da percepção cognitiva conduzida. Embora, na maioria das vezes, a incerteza não seja bem tolerada, sendo considerada como fonte estressora da doença, sendo interpretada como algo a ser evitado. Porém, quando encarada, pode ser considerada como oportunidade e enfrentada sob uma nova perspectiva através dos recursos sociais e profissionais (MISHEL, 1988). Em outras palavras, quando a incerteza é encarada como oportunidade, ao invés de ameaça, é interpretada como algo positivo, culminando na adaptação do indivíduo.

Para a TID, o paciente é um sistema aberto, que pode ser influenciado por fatores internos e externos, ou seja, ele interage com o seu meio trocando energia com o seu arredor (MISHEL; CLAYTON, 2018; TOMEY; ALLIGOOD, 2002; OLIVEIRA; JESUS, 2018). Nesse contexto, esses fatores podem refletir em estados de desequilíbrio.

As repercussões de uma incerteza mal gerenciada representam impactos negativos nos tratamentos da pessoa e seu cuidador. Assim, o mal gerenciamento da incerteza se dá através da diminuição ou ausência de suporte social, carência de adequados cuidados por profissionais de saúde e falta de informação (MISHEL, 1988). Isso tudo, caracteriza-se em estressores importantes para as repercussões negativas da incerteza.

Os momentos de incertezas culminam em respostas corporais que afetam negativamente no estilo de vida do indivíduo que sofre e dos seus familiares, sendo, portanto, de extrema importância, intervenções na tentativa de diminuir seu sofrimento. Nesse sentido, os profissionais enfermeiros necessitam adicionar ao plano de cuidados, ações embasadas em modelos teóricos, que possibilitem o desenvolvimento de intervenções que minimizem as incertezas vivenciadas pelos pacientes em diferentes momentos de sua trajetória em saúde-doença (Mc EWEN; WILLS, 2016).

Ainda sobre a teoria adotada, destaca-se que é construída por três componentes estruturais, a saber: antecedentes da incerteza, avaliação cognitiva e estratégias de enfrentamento (*coping*), os quais serão detalhados nas seções a seguir.

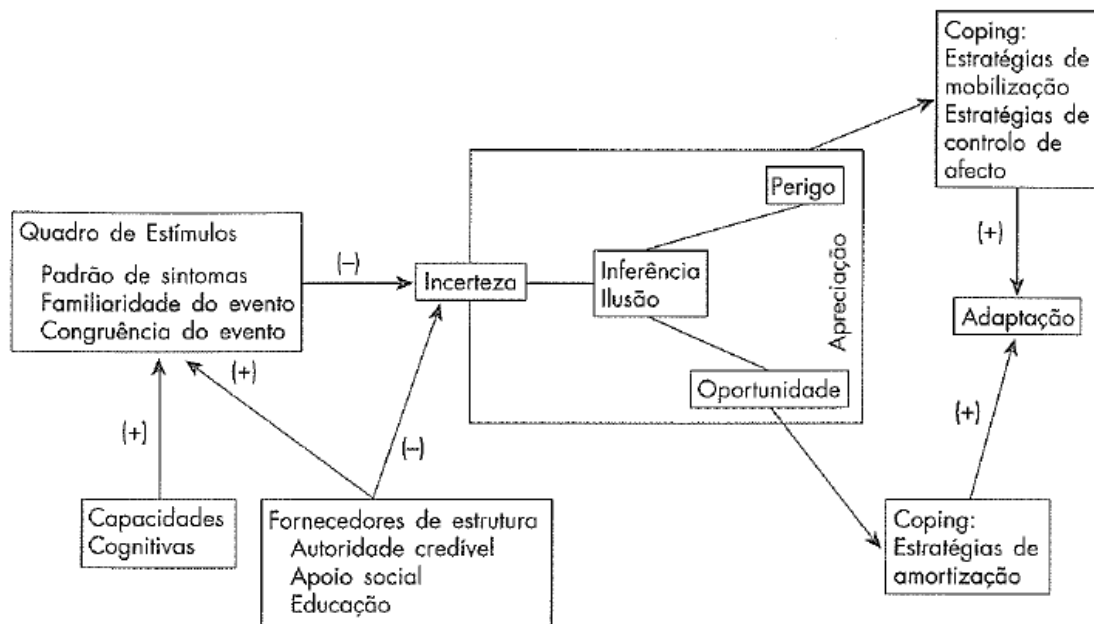
Portanto, a TID constitui-se como teoria de médio alcance por seu caráter aplicável à prática clínica, por suas múltiplas etapas de desenvolvimento como teoria e por seu âmbito. Esse modelo tem sido cada vez mais reconhecido e aplicado pela literatura de enfermagem como um recurso de pesquisa e prática (TOMEY; ALIGOOD, 2002).

3.1.1 Conceitos da TID

A TID é composta por uma série de conceitos que a subsidiam. Para o melhor entendimento acerca da Teoria, representa-se seu modelo esquematizado na Figura 1 e, em seguida, a descrição desses conceitos:

Nota-se a partir da Figura 1 que a teoria se compõe pelos antecedentes da incerteza, que representam a forma, a composição e os estímulos que embasam a percepção sobre a doença. Além disso, a incerteza funciona como efeito central do esquema, junto do esquema cognitivo que culmina na interpretação dos eventos relativos à doença. Destaque para a incerteza vista como um conceito neutro, que através do perigo pode tornar-se oportunidade para adaptação, enfrentamento e mudança de pensamento (MISHEL, 1988).

Figura 1 - Modelo esquematizado da TID.



Fonte: MISHEL; 1988 (Adaptado e traduzido).

De fundamental importância é a apreensão dos conceitos referentes à teoria. Assim, abaixo estão apresentados os conceitos conforme as referências de Mishel de 1988 e 1990, bem como de Tomey & Alligood de 2002 (MISHEL, 1988, 1990; TOMEY; ALLIGOOD, 2002).

Incerteza: é definida pela:

pela incapacidade de determinar significado a eventos relacionados ao adoecimento. É o estado cognitivo criado quando a pessoa não consegue estruturar adequadamente ou categorizar um acontecimento relacionado ao adoecimento, ocorrendo em uma situação em que o responsável pela tomada de decisões é inábil para atribuir valores definidos a objetos e eventos e/ou é incapaz de prever resultados com precisão (MISHEL, 1988).

Esquema cognitivo: Interpretação própria do paciente de acordo com a sua vivência com a doença, hospitalização e tratamento;

Quadro de estímulos: Constitui-se o padrão quanto à forma, composição e estrutura dos estímulos que uma pessoa recebe. Os estímulos se estruturam no esquema cognitivo da pessoa e são subdivididos em: padrão de sintomas, familiaridade dos fatos e coerência dos fatos;

Padrão de sintomas: Integrante do quadro de estímulos, representa o grau que os sintomas se apresentam suficientes na elaboração de padrões, conforme, quantidade,

intensidade, frequência, duração e localização;

Familiaridade dos fatos: Conceito também inserido no quadro de estímulos, representa o grau em que os acontecimentos se repetem e parecem habituais, de modo que seja interpretado que quanto mais os fatos ocorrem, menor nível de incerteza é experimentado pelo paciente;

Coerência dos fatos: O último componente do quadro de estímulos define-se em: quando o que é esperado e o experimentado coincidem, no contexto da doença;

Fornecedores de estrutura: Recursos disponíveis para atender o indivíduo em relação a compreensão da doença – interpretação do quadro de estímulos. Esses recursos podem ser do tipo autoridade credível, apoio social e educação;

Autoridade credível: Grau de confiança que o paciente deposita nos profissionais de saúde que o atendem, e está associado diretamente e indiretamente à incerteza, que pode ser amenizada com o fornecimento de informações sobre as causas e consequências de seus sintomas;

Apoio social: Suporte oferecido ao paciente, que auxilia na incerteza influenciando na interpretação dos acontecimentos, o apoio social pode influenciar direta e indiretamente a incerteza, este conceito dá suporte a familiaridade aos eventos;

Educação: Apesar de ser uma estrutura dos fornecedores de estrutura, ela se relaciona com o quadro de estímulos através de associações positivas, afinal, a educação desenvolve os conhecimentos do paciente e possibilita uma melhor interpretação de seus sintomas;

Capacidades cognitivas: Habilidades em processar os acontecimentos. Refere-se as habilidades inatas do paciente e sua capacidade de responder as situações;

Inferência: Mecanismo de avaliação da incerteza, reflete-se por meio dos exemplos relativos ao comportamento, de experiências individuais e coletivas;

Ilusão: Corresponde às crenças criadas diante da incerteza;

Adaptação: Novo comportamento biopsicossocial demonstrado a partir da

experiência individual;

Nova perspectiva de vida: Novo sentido atribuído a uma nova ordem das coisas, traduzindo a adaptação, no sentido de enxergar a incerteza como parte integrante, natural, da vida (MISHEL, 1990);

Pensamento probabilístico: Crença de que a previsibilidade e a certeza são condicionais, conseqüentemente, abandono do desejo da previsibilidade e certeza (MISHEL, 1990).

3.1.2 Pressupostos Teóricos – Incerteza na Doença

Os pressupostos são definidos por proposições teóricas compositoras da teoria, que se apresentam como crenças não testadas, mas aceitas como verdade, porém questionáveis sob a perspectiva filosófica (McEWEN; WILLS, 2016).

A TID proposta por Mishel (1988) surgiu proveniente do modelo de processamento da informação da psicologia. Conforme o modelo teórico da incerteza na doença, existem quatro pressupostos:

- A incerteza é um estado cognitivo, representando a inadequação de um esquema cognitivo existente para suprir a interpretação de eventos relacionados à doença.
- A incerteza é uma experiência inerentemente neutra, nem desejável, nem aversiva, até que seja avaliada (MISHEL, 1988).
- A adaptação representa a continuidade de um comportamento biopsicossocial usual do indivíduo e é o resultado desejado dos esforços de enfrentamento para reduzir a incerteza avaliada como perigo ou manter a incerteza avaliada como oportunidade.
- As relações entre eventos de doença, incerteza, avaliação, enfrentamento e adaptação são lineares e unidirecionais, movendo-se de situações que promovem incerteza em direção à adaptação (TOMEY; ALIGOOD, 2002; MISHEL, 1988, 1990; MISHEL; CLAYTON, 2018).

Em 1990, houve a reconceitualização da teoria, através das pesquisas qualitativas, a autora resolveu aplicar o conceito da incerteza motivado por novas compreensões incluindo inovações de aplicabilidade da teoria, como modelo mais dinâmico, que reconhece a incerteza como catalizador para novos entendimentos sobre a doença, motivando ainda mais a adaptação (MISHEL, 1990; TOMEY; ALLIGOOD, 2002).

Ainda em 1990, a TID foi expandida, de modo a inserir a visão de que a incerteza pode não ser solucionada, mas pode tornar-se parte da realidade do indivíduo. Nesse contexto, a incerteza é vista como oportunidade que induz no indivíduo um pensamento novo, o pensamento probabilístico, em que para o paciente adotar essa visão de vida, deve ser capaz de contar com diferentes recursos, entre eles: os sociais e nos prestadores de cuidados de saúde, os quais influenciem o pensamento probabilístico (MISHEL, 1990). Quando a incerteza se encaixa como parte integrante da vida, ela se torna uma força positiva, apresentando-se sob múltiplas oportunidades e resultados positivos (MISHEL, 1990).

De acordo com a teoria reconceitualizada, o indivíduo é visto como um ser com componentes biológicos, psicológicos e sociais que transitam em flutuações, não estacionárias, produzindo mutações que produzem novos significados e novas estruturas. A isso dá-se o nome de enfrentamento (*coping*) e a incerteza sendo mantida como oportunidade. Este novo modelo manteve os antecedentes da incerteza (TOMEY; ALLIGOOD, 2002).

Mishel desafiou as suposições anteriores de sua teoria. A reconceitualização surgiu como resultado de descobertas contraditórias quando a teoria foi aplicada a pessoas com doenças crônicas. A formulação original da teoria sustentava que a incerteza normalmente é avaliada como uma oportunidade apenas em condições que representam uma trajetória conhecida; em outras palavras, a incerteza é avaliada como oportunidade quando é a alternativa à certeza negativa. Nessa época, Mishel influenciada pela teoria do caos explicou como a incerteza prolongada poderia funcionar como um catalisador para mudar a perspectiva de uma pessoa sobre a vida e a doença. A teoria do caos contribuiu com dois dos seguintes pressupostos teóricos (MISHEL, 1990):

- Pessoas são sistemas biopsicossociais, normalmente, funcionam em estados distantes do equilíbrio.
- As principais flutuações em um sistema longe do equilíbrio aumentam a receptividade do sistema à mudança. De modo que a incerteza desafie a estabilidade do sistema. Em resposta à confusão e desorganização criadas pela incerteza contínua, o sistema deve mudar para sobreviver.

Idealmente, sob condições de incerteza crônica, uma pessoa gradualmente se afasta de uma avaliação da incerteza como aversiva para adotar uma nova visão da vida que aceita a

incerteza como parte da realidade. Dessa forma, a incerteza, principalmente nas doenças crônicas ou com risco de vida, pode desencadear em um novo nível de organização e uma nova perspectiva de vida, incorporando o crescimento e a mudança que resultam de experiências incertas (MISHEL, 1990; TOMEY; ALLIGOOD, 2002).

A incerteza pode assumir a forma de ambiguidade, complexidade, falta ou inconsistência de informações e imprevisibilidade. Quanto mais a incerteza continua no contexto da doença, mais instável é o indivíduo. A exposição prolongada à incerteza avaliada como perigo pode levar a pensamentos intrusivos, evasão e sofrimento emocional grave (MISHEL; CLAYTON, 2018).

3.1.3 Aplicação dos conceitos da TID ao paciente com câncer submetido à cirurgia para retirada de órgão

A TID tem sido cada vez mais aplicada na pesquisa e prática de enfermagem. Nesse estudo, o público-alvo de investigação da incerteza é o paciente com câncer submetido à cirurgia para retirada de órgão, portanto, apresenta-se nessa seção a aplicação das definições da TID para esse tipo de paciente.

Os marcadores das experiências anteriores, também traduzidos como antecedentes da incerteza, significam as experiências prévias ao acontecimento cirúrgico culminando no evento da internação hospitalar. Sabendo que a incerteza surgirá no instante que o indivíduo não puder estruturar adequadamente a forma de enxergar a doença, esse acontecimento pode significar uma experiência positiva ou negativa na forma de interpretar a incerteza (MISHEL, 1988).

O apoio social é representado pela presença de um suporte familiar ou cuidador o qual influencia na tendência ao enfrentamento.

A capacidade cognitiva compreende a mentalidade do paciente cirúrgico, sua forma de pensar e estruturar suas emoções, intuições e opções diferentes de encarar a realidade no contexto do diagnóstico do câncer e do tratamento.

O fornecimento de estrutura compreende os recursos inseridos na educação do paciente os quais atuam com intuito de reduzir a incerteza através da reinterpretação dos acontecimentos de forma direta. Existem inúmeras possibilidades de atuação no fornecimento

de estrutura, por exemplo, pode ser realizado através dos materiais educativos de enfermagem produzidos no intuito da disponibilização de informações úteis ao aprendizado.

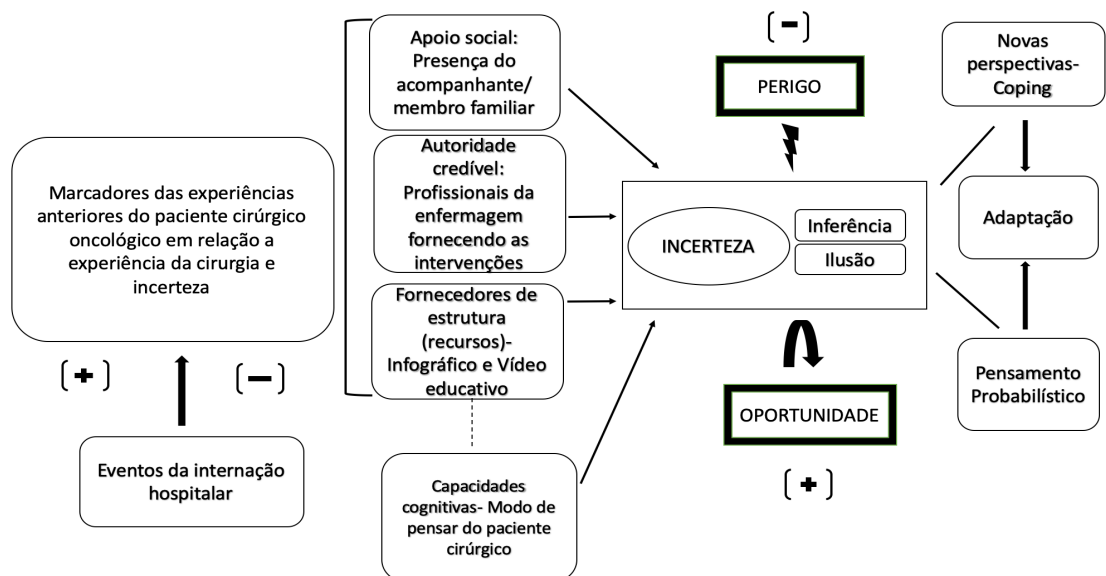
Já a autoridade credível compreende a atuação do enfermeiro como intermediador do fornecimento de estrutura de reinterpretação do esquema cognitivo.

A incerteza pode ser vista como um perigo que provoca a necessidade do enfrentamento, nesse caso, na motivação de reduzi-la e controlar os esforços emocionais que ela gera. Caso a incerteza seja interpretada como perigo, é necessária a criação de estratégias para controle de respostas emocionais.

A incerteza pode ter muitas influências psicológicas, a depender de sua orientação em vê-la como perigo ou oportunidade. A integração do processo de contínuo estado da incerteza em uma nova maneira de enxergar a vida pode ser influenciada no seu prolongamento ou interrupção pelas fontes de estrutura, que podem ou não compartilhar do pensamento probabilístico.

Considerando as representações gráficas da teoria, apresentadas nas duas publicações da autora (MISHEL 1988; 1990) e os conceitos anteriormente descritos, elaborou-se uma representação esquemática (Figura 2) a seguir, refletindo sobre os conceitos aplicados ao paciente cirúrgico com câncer.

Figura 2. Esquema que representa o paciente cirúrgico com câncer diante da TID. Brasília, DF



FONTE: Elaborado pela autora/Adaptado (MISHEL, 1988; 1990).

3.2 O PACIENTE COM CÂNCER SUBMETIDO À CIRURGIA

Apesar de todo avanço nos tratamentos cirúrgicos, creditados por meio do desenvolvimento científico e progresso tecnológico, que interfere diretamente no tempo de hospitalização do paciente, a preparação psicológica para realização de uma cirurgia, ainda é um tema delicado, sendo recorrente para a área da saúde (COSTA JUNIOR et al., 2012). Soma-se a isso que todo evento novo, desconhecido ou mesmo que já vivenciado, mas modificado de contexto, gera sentimentos de medo e ansiedade. Esses sentimentos são determinados pela forma que pessoa percebe a ameaça, que no contexto, trata-se da cirurgia (JUAN, 2007). Revisão integrativa que abordou pacientes em período pré-cirúrgico, revelou que os pacientes conviviam com níveis elevados de ansiedade, sentimentos de abandono, impotência e medo (COSTA JUNIOR et al., 2012).

As cirurgias influenciam com grande impacto sobre a saúde do indivíduo, fazendo-o sentir-se fora do controle sobre sua saúde. Aumentam os níveis de ansiedade e estresse, especialmente pelo afastamento, mesmo que temporário de seu lar, rede de apoio e mudanças ambientais. Os relatos mais comuns de pacientes cirúrgicos se relacionam ao medo de sintomas como dor e fadiga, limitação das atividades de forma temporária ou definitiva, espera passiva pelo início do procedimento, sentimentos de perda e medo da morte, medo do procedimento anestésico e das consequências ao final do procedimento, como por exemplo a vida sem parte ou totalidade de um órgão. Todos esses fatores têm impacto direto na recuperação do paciente, tempo de internação hospitalar e processo de recuperação como um todo. Portanto, o enfoque deve ser nas dificuldades de encontrar intervenções de enfrentamento sobre o tratamento (RIBEIRO; TAVANO; NEME, 2002). Segundo Mendez, Ortigosa e Pedroche (1996), um dos estressores mais ativos no paciente cirúrgico é o diagnóstico da doença, seguido das consequências da cirurgia que juntos geram temores específicos.

Estudos confirmam a necessidade de criar intervenções para auxiliar os pacientes na preparação pré-cirúrgica de modo a estimular os aspectos cognitivos e comportamentais desses pacientes. Isso pode ser realizado através da disponibilização de informação adequada, tornar os espaços pré e pós-cirúrgico mais acolhedores, calmos e relaxantes, utilização de técnicas que promovam o relaxamento, suporte espiritual e estratégias de estímulo ao enfrentamento (PATENAUDE et al., 2009; ROSENDAHL et al., 2009).

Ao serem prestados cuidados a pacientes cirúrgicos, os enfermeiros encontram-se diante de problemas peculiares, sendo importante a elaboração de um plano de cuidados individualizado que contemple a identificação correta dos diagnósticos de enfermagem, intervenções e avaliações em todas as fases do tratamento cirúrgico (MORAES; CARVALHO, 2010).

O sufixo “ectomia” é usado na terminologia cirúrgica para designar a retirada parcial ou total de um órgão. O prefixo é designado pela nomenclatura do órgão ou segmento corporal (SOBECC, 2013). Os estudos realizados com mulheres abordam um foco maior quando os órgãos extirpados são o útero e a mama. Estima-se que a mulher apresenta maior preocupação e angústia quando esses órgãos são extirpados (MERIGHI et al., 2012). A histerectomia é um procedimento que consiste na extirpação do útero (GARCÍA RODRIGUEZ; ROMERO SANCHEZ, 2011); e é a segunda mais frequente cirurgia realizada pelas mulheres em idade reprodutiva, sendo superada apenas pela cesárea (MERIGHI et al., 2012; SBROGGIO et al., 2005). Mulheres acometidas pelo câncer mamário são confrontadas com a retirada de uma parte do corpo que está relacionada à sexualidade. Há casos mais avançados em que é necessário retirar toda a mama e os músculos correlatos, denominada de mastectomia total (CESNIK; SANTOS, 2011).

A histerectomia e mastectomia podem ser vivenciadas de diferentes maneiras pelas mulheres. Podem ter implicações negativas à sua vida, comumente relacionadas ao construto social de atributos conferidos ao útero e à mama, quando se veem desprovidas desses órgãos (NUNES et al., 2009). Por outro lado, tais cirurgias também podem ser consideradas pelas mulheres em seus aspectos positivos, elencados à ausência de sintomas típicos da doença de base que levou à indicação e realização da cirurgia (MERIGHI et al., 2012).

O câncer de cólon e reto é a terceira causa mais comum de câncer no mundo, em ambos os sexos, e a segunda causa em países desenvolvidos. (LUPINACCI; LUPINACCI; HERMAN, 2011). O fígado é o local mais frequente para metástases hematogênicas. Esses casos apresentam baixa sobrevida – em cinco anos, a taxa é de 25 a 57% e o tratamento padrão é a extirpação parcial (ou ressecção) do fígado e extirpação do cólon e reto (LUPINACCI; LUPINACCI; HERMAN, 2011).

A próstata é o órgão masculino mais frequentemente atingido por neoplasias benignas ou malignas; e em termos nacionais, o câncer de próstata é responsável por cerca de 10% da

mortalidade por neoplasias, sendo a segunda causa de morte por câncer no homem, logo depois do câncer de pulmão. A prostatectomia radical é um dos procedimentos mais indicados para o tratamento do carcinoma da próstata localizado e é considerado como método curativo mais eficaz para essa doença (CARVALHO; CRISTÃO, 2012).

Diante de todo esse panorama vivenciado pelo paciente com câncer submetido à cirurgia, pode-se destacar duas variáveis complicadoras: o procedimento cirúrgico e a necessidade de se conviver com o diagnóstico do câncer. Ambas as realidades, evocam em si, um peso emocional determinante ao enfrentamento, por meio do estresse físico e emocional. Para redução de tamanha sobrecarga física e emocional, entende-se que a preparação física e psicológica é necessária, especialmente, através do fornecimento de informações personalizadas por meio de materiais educativos (JUAN, 2007).

3.2.1 Ansiedade do paciente com câncer submetido à cirurgia

A ansiedade no paciente cirúrgico com câncer não é incomum, trazendo à tona a importância dessa condição que pode influenciar e interferir nos desfechos cirúrgicos. A avaliação dessa condição é de suma importância, especialmente, por sua capacidade de repercussão na saúde do paciente. Adicionalmente, a cirurgia aliada ao diagnóstico de câncer potencializa a situação ameaçadora da doença (WALLER et al., 2015; HOON; CHI; HONG, 2013).

A ansiedade pré-operatória relaciona-se a preocupações sobre o desenrolar da cirurgia e da doença, anestesia, hospitalização e incertezas quanto ao desconhecido. A ansiedade é capaz de provocar mudanças orgânicas como elevação de hormônios relacionados ao estresse, que influenciam em parâmetros como elevação da pressão arterial e batimentos cardíacos (MAZE; TRANQUILLI, 1991; LEMOS et al., 2018). Há estudos que também abordam a resposta imunológica no impacto psicológico do paciente cirúrgico hospitalizado, podendo levar a uma recuperação retardada da cirurgia, dor, complicações e aumento do tempo de internação (GOUIN; GLASER, 2011; PEREIRA et al., 2016).

A literatura indica que avaliação do estado de ansiedade do paciente em pré-operatório é incipiente (LEMOS et al., 2019). Estudo transversal que avalia ansiedade no paciente cirúrgico, informa que todo nível de ansiedade é preocupante. Isso aumenta ainda mais os riscos quando se trata de ansiedade moderada a grave, podendo até mesmo interferir nas condições

fisiológicas para realização da cirurgia . O mesmo estudo afirma, que as intervenções psicológicas de pequeno prazo, auxiliam na redução ou prevenção de ansiedade no paciente cirúrgico com câncer (LEMOS et al., 2019).

A elevação do nível de ansiedade aumenta de acordo com aproximação do procedimento cirúrgico (LOPEZ-ROIG; PASTOR; RODRIGUES-MARIN, 1993), trazendo uma ansiedade situacional, decorrente da cirurgia. O autor Platas (1990) sinaliza três tipos diferentes de ansiedade no paciente cirúrgico, a saber: ansiedade confusional, ansiedade paranoide e ansiedade depressiva. A primeira, é caracterizada ao período pré-operatório em si, no qual há uma desestruturação do estado emocional do paciente gerando confusão, caracterizando o paciente como indeciso, vacilante e duvidoso. Já a ansiedade paranoide, diz respeito a sensação de ameaça por algo externo que gera medo, desconfiança e pânico. Por último, ansiedade depressiva, devido a uma ameaça de desestruturação, por meio de sentimentos como tristeza, insônia ou euforia.

Estudo revelou que quanto maior a ansiedade do paciente em relação a sua cirurgia, maior a demora no processo de cicatrização da ferida operatória, maior o tempo de internação hospitalar, maiores os custos em saúde e menor crescimento de habilidades de lidar com situações ameaçadoras (JUAN, 2007).

A ansiedade é definida pela NANDA-I como:

(...) Sentimento vago e incômodo de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça (NANDA-I, 2021).

Podendo ser classificada também, como uma sensação ruim, frente a fatores psíquicos caracterizados por temor, situações ameaçadoras reais ou imaginárias, que altere a estabilidade orgânica (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).

Essa sensação ativa o sistema nervoso central o qual aciona o mecanismo “luta ou fuga”, podendo levar a alterações nos parâmetros vitais, tais como: aumento da pressão arterial, xerostomia, hiperidrose, taquicardia, náuseas e vômitos. No contexto do paciente cirúrgico, as alterações desses parâmetros podem comprometer todo o procedimento cirúrgico (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).

Pesquisa realizada com pacientes cirúrgicos, constatou que de uma amostra composta por 360 pacientes, apenas 1 paciente não demonstrou ansiedade (AGOSTINI; SAKAE; FELDENS, 2011).

Gonçalves e Medeiros (2016) demonstram em sua pesquisa com pacientes em pré-operatório, que a visita de enfermagem contribui para diminuição dos níveis de ansiedade quando comparado aos pacientes que não passam por essa fase do processo. Além disso, o estudo ainda traz que o diagnóstico mais prevalente na amostra foi o da ansiedade.

Gonçalves et al. (2016) relatam que a fase pré-operatória é considerada como o período emocional mais crítico para o paciente, no qual se torna mais vulnerável e suscetível a desequilíbrios de ordem fisiológica e emocional. Fatores como ausência de informação por parte da equipe cirúrgica e de saúde de um modo geral, contribuem fortemente para um não vínculo de confiança do paciente com sua equipe de cuidados, além de aumentar a sobrecarga de estresse e ansiedade (GONÇALVES et al., 2016).

3.2.2 Qualidade de vida do paciente com câncer submetido à cirurgia

O termo qualidade de vida foi utilizado pela primeira vez em 1964 pelo ex-presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, ao referir-se em um discurso que os objetivos do governo não poderiam ser medidos apenas por um balanço financeiro, mencionando que as necessidades das pessoas vão além dos aspectos econômicos (FRANZI; SILVA, 2003).

A qualidade de vida é considerada uma necessidade eminentemente humana, relacionada ao grau de satisfação identificado nos contextos de vida familiar, sentimental, social, ambiental e cultural, intrínseca ao sentido pessoal de existência. O termo abrange ainda significados que contemplam conhecimentos, experiências e valores de uma pessoa ou grupo em diferentes épocas e espaços da história (FRANZI; SILVA, 2003; MACHADO; SAWADA, 2008).

Com relação ao câncer e o tratamento oncológico ambos geram enorme sofrimento ao paciente e sua família. Após o diagnóstico por câncer, o paciente em tratamento já se preocupa com o não êxito da cura para doença e após a cura, convive com o medo da reincidência da doença. Esses receios levam a preocupações recorrentes, que deterioram a qualidade de vida (SIMARD et al., 2013). Conjuntamente, sintomas como fadiga, modificação da imagem

corporal e dor podem culminar em problemas de ansiedade e depressão os quais podem ocorrer a depender do nível em que a doença está. Esse quadro torna-se importante influenciador na capacidade do indivíduo para o autocuidado e capacidade de enfrentamento podendo gerar diminuição do desejo de continuidade da vida (PARREIRAS et al., 2016; SIMÃO et al., 2017).

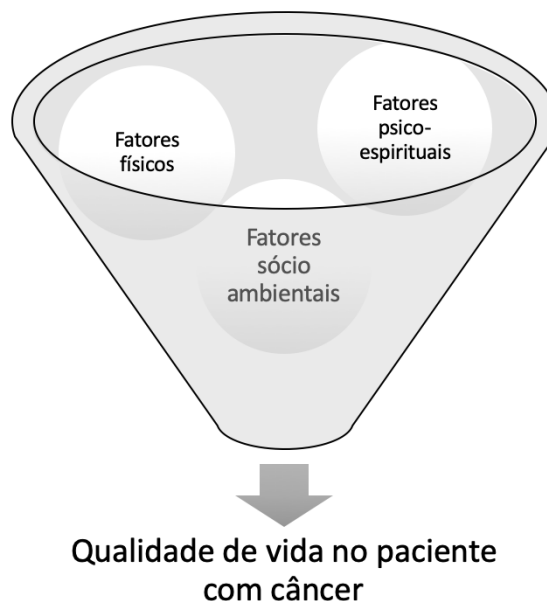
O conceito de qualidade de vida é amplo e multifacetado, com caráter subjetivo, no qual variados fatores cooperam para avaliar a qualidade de vida de um a pessoa, fatores esses que perpassam as dimensões física, psicológica, social espiritual e cultural (PARREIRAS et al., 2016).

O Organização Mundial da Saúde (1995) define qualidade de vida como:

a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

A qualidade de vida é, portanto, influenciada por fatores que, ao se unirem, integram a qualidade de vida do paciente com câncer, como expressa a Figura 3 abaixo.

Figura 3: Fatores integradores da qualidade de vida. Brasília, DF



Fonte: Elaborado pela autora.

Embora não exista um único conceito definitivo sobre qualidade de vida, existem elementos que podem interferir nessa condição em esferas objetivas e subjetivas, conforme a Figura 3 representa, os componentes contribuintes para a integração da qualidade de vida. A objetividade diz respeito a como o paciente vivencia suas relações na sociedade. Quanto à subjetividade, esta relaciona-se ao conhecimento sobre as condições físicas, emocionais, sociais e espirituais. O paciente com câncer vivencia essas modificações em todos esses aspectos biopsicosocioespirituais (CRUZ; BARROS; HOEHNE, 2009).

Um dos aspectos componentes da qualidade de vida é a espiritualidade, esta é considerada como conceito amplo e individual, personalizado, de modo a refletir a forma como a pessoa interpreta, lida e se relacionada consigo mesma e com tudo que lhe é externo. É a busca por propósito e significado diante da vida (PINTO et al., 2015; FREIRE et al., 2014). É considerada como fator componente da qualidade de vida, sendo uma estratégia de enfrentamento possível para o paciente com câncer, levando a ressignificações do processo de enfrentamento, com consequente melhora da saúde mental através da fé, aumentando as chances de adesão as terapêuticas (TRINCAUS; CORREA, 2007).

Ainda sobre espiritualidade e qualidade de vida, estudo transversal, revelou que a menor frequência a atividades religiosas/espirituais, está relacionada a menor qualidade de vida. Esses fatores também foram vistos como potencializadores do bem-estar (MIURA et al., 2020).

Já os fatores psicológicos relacionados ao paciente com câncer, despertam sentimentos de medo da morte, recorrência da doença, solidão, alterações na imagem corporal e sofrimento psíquico (BARBOSA et al., 2017). Entre os fatores psicológicos que podem ser citados, destacam-se sintomas relacionados a ansiedade e depressão, como consequências do sofrimento psíquico, sabendo que o diagnóstico do câncer contribui para o surgimento de problemas de ordem afetiva e emocional, sendo esses fatores associados a diminuição da qualidade de vida (REGINO et al., 2018).

Sobre o fator social/ambiental, Sette e Capitão (2018), relatam que o suporte social é um conceito que envolve as fontes de rede de apoio, derivadas das partes emocionais, instrumentais e informacionais. O suporte emocional refere-se à vivência da afetividade, o instrumental engloba fatores financeiros, auxílios e acompanhamento, já o fator informacional, refere-se à recepção de informações em quantidade e qualidade suficientes para suprir as

demandas da dúvida, o que significa receber informações pertinentes a cada situação, o que depende de cada sujeito. A avaliação dessas fontes de suporte social é feita de forma subjetiva.

O suporte social interfere diretamente na qualidade de vida, pois a ausência desse suporte altera a percepção da pessoa sobre sua saúde, sendo compreendido como fator protetor da saúde e auxílio que evita estresse sobre a doença (SHRESTHA et al., 2017).

Quando o suporte social é oferecido, isso influencia na dimensão física e mental, funcionando como mecanismo no enfrentamento do câncer. A satisfação do indivíduo em relação ao seu suporte social confere alívio emocional, melhora de sintomas depressivos, adaptação psicológica e consequente recuperação dos sintomas ou da doença em si (SETTE; CAPITÃO, 2018).

Devido a essa variedade de fatores que interferem na qualidade de vida, Silva et al. (2020) reconhecem como fundamental relacionar a qualidade de vida aos fatores sociodemográficos e clínicos, que são uma das fontes mais intervenientes na qualidade de vida.

Quanto aos fatores físicos que interferem na qualidade de vida, estudos relatam cenários de distúrbios de humor em pacientes com câncer, revelando a prevalência de 25 a 40% de quadros ansiosos e depressivos entre aqueles submetidos à terapia antineoplásica. Os diagnósticos de dor e fadiga são também os mais prevalentes nesse perfil de pacientes (SANTICHI et al., 2012; FERREIRA et al., 2016).

A sintomatologia associada aos pacientes com câncer, dependem do tipo de câncer e da terapêutica adotada. Salvetti et al. (2020), comentem sobre sintomas comuns, especialmente associados aos pacientes submetidos a quimioterapia tais como vômitos, náuseas, constipação e diarreia. O conjunto desses sinais e sintomas mostram correlação negativa com a qualidade de vida e funcionalidade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2016, revelou que cerca de 90% da dor oncológica poderia ser manejada com intervenções não complexas, como o gerenciamento de sintomas, controle da ansiedade e incerteza promovendo o aumento da qualidade de vida. Devido a esses fatores, a promoção da qualidade de vida tornou-se um grande foco para os profissionais da saúde. Segundo a OMS (2016) a verificação da qualidade de vida dos pacientes

com câncer é um recurso significativo para avaliação dos impactos dos tratamentos segundo a visão do paciente.

Um dos alvos dos tratamentos oncológicos é a otimização da qualidade de vida e para isso, é importante considerar de forma individual o que é qualidade de vida para a pessoa. No entanto, estudos relatam que posicionar uma pessoa dentro de seu contexto cultural, envolvê-la em seu sistema de valores, são fatores importante para alcançar este objetivo (FIGUEIREDO et al., 2018).

A aplicação de instrumentos para medição de resultados relacionados a qualidade de vida é tida como essencial para a avaliação do cuidado oferecido, gerando panoramas sobre a vivência do paciente com câncer e sobre as terapias empregadas, fornecendo também, dados sobre a eficiência das intervenções propostas, com vistas a melhoria dos sintomas e da qualidade de vida das pessoas (FIGUEIREDO et al., 2018).

3.2.3 Autoeficácia e enfrentamento no paciente com câncer submetido à cirurgia

Segundo Souza (2009), o enfrentamento pode ser definido como esforços que o indivíduo produz com intuito de modificar uma situação adversa, no sentido de controlar ou solucionar a condição desafiadora. O uso de estratégias de enfrentamento desenvolve recursos cognitivos e comportamentais (OTATTI; CAMPOS, 2014).

Quando o agente estressor é o câncer, verifica-se a necessidade de implementação de estratégias, especialmente, adaptadas a cada fase da doença. Citam-se exemplos de estratégias de enfrentamento: reavaliação, solução de problemas, suporte social, controle próprio, reforço da identidade e autoconceito, adaptação biopsicossocial, busca por prática religiosa além de estratégias relacionadas ao domínio físico (relaxamento muscular, percepção da dor, relações sociais e meio ambiente) (OTATTI; CAMPOS, 2014; GIMENES, 1998; FRIZZO et al., 2020).

Os autores Ottati e Campos (2014) sugerem em seu estudo, que pacientes em fase inicial do câncer utilizam maior variedade de estratégias de enfrentamento do câncer, focalizadas em problemas e em domínios psicológicos. O uso de estratégias de enfrentamento possui importante correspondência com a capacidade de gerenciamento da autoeficácia do indivíduo, especialmente quando submetido à terapia antineoplásica (OLIVEIRA S. S. W. et al., 2020).

Entende-se por autoeficácia, a habilidade de julgamento sobre a própria capacidade de alcançar bons desempenhos, ou seja, a crença de que se tem o que é necessário para alcançar um determinado objetivo. No caso do processo saúde doença, autoeficácia é o gerenciamento da doença em pacientes diagnosticados com câncer (MILLER et al., 2016; MENDOZA RODRIGUEZ; BARRETO GUERRERO, 2017). Portanto, a autoeficácia está relacionada como um fator positivo para bons comportamentos em saúde, com enfoque na capacidade de autogerenciamento das situações.

O ser humano possui, de forma inata, um instinto para alcançar a sobrevivência, gerando uma força propulsora que objetiva aumentar, condicionar e estimular o bem-estar, atuando de forma instintiva contra tudo o que vai contra situações ameaçadoras. Com isso, o ser humano sempre esteve em constante busca de alcançar e manter o melhor estado de saúde possível, possibilitando melhor adaptação a sua realidade (MENDOZA RODRIGUEZ; BARRETO GUERRERO, 2017).

Para Cid, OY e Barriga (2010), a autoeficácia é um construto da teoria social cognitiva, na qual a motivação e o comportamento humanos são regulados pelo pensamento, a partir de deliberações das pessoas sobre suas habilidades para atingir determinados objetivos. Em resumo, trata-se da habilidade pessoal necessária para alcançar resultados, através de crenças pessoais por meio de ações.

O paciente com câncer pode estar em totalidade na sua capacidade funcional, porém, para isso, desde o diagnóstico e início de seu tratamento, necessita trabalhar estratégias de controle dos sintomas físicos e suporte emocional, a fim de garantir sua qualidade de vida. É sabido, que com o decorrer do tempo, o paciente pode se tornar mais dependente e menos funcional em muitas das atividades que realiza, o que pode gerar uma grande sobrecarga para seu cuidador (MENDOZA RODRIGUEZ; BARRETO GUERRERO, 2017).

A autoeficácia funciona como uma variável de grande influência no comportamento das pessoas, especialmente, nos comportamentos pró-saúde. Portanto, a autoeficácia exige a consciência de controle individual no processo. Diferentes estudos indicaram que a autoeficácia serve como um amortecedor contra o estresse psicológico originado de sinais e sintomas associados ao câncer (BÁREZ; BLASCO; FERNÁNDEZ, 2003; MORENO ACOSTA; KRIKORIAN; PALACIO, 2015). O controle percebido ou a sensação de controle é um fator comum relevante nos processos terapêuticos que favorece a adaptação à doença, influenciando

o bem-estar e a qualidade de vida, ao mesmo tempo que diminui o impacto emocional e a incerteza em face à doença (BÁREZ; BLASCO; FERNÁNDEZ, 2003; MORENO ACOSTA; KRIKORIAN; PALACIO, 2015).

Outro aspecto para a autoeficácia é interferir como variável também no comportamento do indivíduo, especialmente, naqueles relacionados aos padrões de saúde. Estudo que avaliou a autoeficácia e percepção da aderência terapêutica de pacientes com câncer revelou que pacientes com câncer estão voltados a uma boa adesão dos tratamentos, quando utilizam dessa habilidade (MENDOZA RODRIGUEZ; BARRETO GUERRERO, 2017; CASTRO; VARGAS-ESCOBAR, 2020).

Para Peterson e Bredow (2013), existem quatro fontes de julgamento de autoeficácia, a saber: **realizações pessoais**, trata-se de perceber que quanto mais uma ação é realizada, mais sucesso se obtém através da experiência com conseqüente maior confiança; **observação de experiências** é ter contato com outros pacientes com câncer, ou seja, troca de experiências para gerar segurança no agir e realizar suas próprias atividades de cuidado; **persuasão verbal**, através de atitudes verbais sobre como realizar seu papel; por fim, **respostas emocionais a situações estressantes**, na qual o paciente e cuidador são vistos como fontes de cuidados em saúde, que trazem melhora e promoção do autocuidado fazendo com que o paciente projete o mesmo para as pessoas ao seu redor.

No entanto, o conceito de autoeficácia ainda é pouco aplicado nacionalmente, apesar de já comprovado como útil ao paciente portador de doenças crônicas. A visão de autoeficácia pode ser alterada com intervenções apropriadas, facilitando a melhora da capacidade de adesão aos tratamentos, os sintomas depressivos e a tolerância à dor (SALVETTI et al., 2007).

Diante do exposto, infere-se que o conceito de autoeficácia e os comportamentos de saúde relacionados à TID de médio alcance de Merle Mishel, vão ao encontro de um dos pressupostos teóricos da TID, aquele relacionado ao enfrentamento. Portanto, esse pressuposto indica que o indivíduo após avaliar a incerteza com fulcro no pensamento probabilístico, a enxerga como uma oportunidade de praticar a autoeficácia. Dessa forma, o paciente deve desenvolver estratégias que possibilitem a criação de novas habilidades para atingir objetivos relacionados ao alcance da saúde.

3.3 PROCEDIMENTO CIRÚRGICO – GATILHO PARA INCERTEZA?

O ato cirúrgico é considerado uma agressão ao paciente, não apenas nos aspectos relacionados ao seu corpo e às lesões teciduais provocadas pela extirpação de órgãos ou parte deles, mas também pode representar uma agressão quanto aos aspectos psicológicos. Por mais simples que seja a cirurgia, é sempre acompanhada por anseios, dúvidas e medo (AMTHAUER et al., 2013).

O paciente cirúrgico de retirada de órgão fica exposto a uma realidade complexa de ser conduzida. O tratamento cirúrgico, surge muitas vezes, de forma abrupta, inesperada e necessária, levando a modificações intensas e marcantes ao paciente e sua família. A realidade de enfrentamento a esse tipo de tratamento expõe o paciente a riscos como reações inesperadas e desproporcionais, modificações na qualidade de vida e gerenciamento de emoções e no enfrentamento (ORTIZ et al., 2015; GONÇALVES; MEDEIROS, 2016; SAMPAIO et al., 2013).

No período cirúrgico, o indivíduo fica exposto e instável com a capacidade cognitiva alterada devido ao estado de ansiedade e estresse elevados que modificam consideravelmente a capacidade adaptativa. Assim, os níveis de incerteza tendem a aumentar (JUAN, 2007).

O desenvolvimento de intervenções para controle das emoções negativas no paciente cirúrgico é essencial para o gerenciamento desses sentimentos que de certa forma antecipam perigos iminentes, agindo como uma resposta a ameaça que o tratamento cirúrgico possa representar.

Como já foi dito, a cirurgia é um método usual de tratamento, que produz no indivíduo sensações de ansiedade e incerteza. A autora Mishel (1988) destaca que quando o indivíduo experimenta a incerteza decorrente de uma doença ou tratamento poderá resultar em estresse que atinge o corpo, a mente e as relações sociais. Ainda como consequências da cirurgia, é possível que ocorra dor, perda de funcionalidades orgânicas e desenvolva algum nível de dependência de cuidados que interfiram no cotidiano; adicionalmente é comum o medo da reincidência da doença, limitações pós-cirúrgicas e sofrimento emocional (MISHEL, 1988; KIM et al., 2011).

Considerando que toda cirurgia possui riscos, as possíveis complicações devem ser foco dos cuidados da enfermagem. Essas complicações podem ser de fácil manejo ou podem ser até mesmo fatais, dependendo da condição clínica do paciente. Assim, é imperioso uma assistência de enfermagem atenta e precisa aos pacientes durante o pré e pós-operatórios (SOBECC, 2013; SMELTZER; BARE, 2015).

A TID tem total correspondência ao contexto das doenças crônicas, sendo amplamente aplicadas à essas patologias que levam a consequências biopsicossociais de grande impacto. Mas e a incerteza quanto a procedimentos como a cirurgia? Nesse sentido, ressalta-se a importância de se estudar os impactos dos tratamentos oferecidos, e um dos mais relevantes é a cirurgia. Durante toda história e avanços na cirurgia, a enfermagem esteve presente, desde as primeiras amputações realizadas pelos “cirurgiões-barbeiros” até as cirurgias robóticas (SOBECC, 2013; SMELTZER; BARE, 2015).

A enfermagem perioperatória perpassa competências de cuidado que abrangem a comunicação, fornecimento de informações, educação para a saúde, segurança do paciente, sistema de saúde e respostas orgânicas e psicológicas (SMELTZER; BARE, 2015). Essas áreas de atuação incluem o enfermeiro na necessidade do aprofundamento e desenvolvimento de novas competências que atinjam as necessidades desses pacientes, especialmente, nas questões das modificações físicas, emocionais que envolvam o procedimento cirúrgico (GONÇALVES; CEREJO; MARTINS, 2017).

O câncer por sua vez, leva a uma maior incerteza na doença. Fatores como nível de escolaridade, forma de enfrentamento, suporte social e disponibilidade de informação são consideradas condições relevantes na influência dos níveis de incerteza. A incerteza pode influenciar nas emoções, modo de enfrentamento, adaptação, capacidade de adesão aos tratamentos e na qualidade de vida. A literatura atual pesquisa a incerteza com pacientes com doenças crônicas, tendo enfoque as neoplasias (LI et al., 2019).

Mulheres submetidas à cirurgia para tratamento de neoplasias tem um maior risco de crise existencial e estresse psicológico, especialmente, por não receberem cuidados de qualidade e um bom acompanhamento no pós-operatório. Isso ocorre, pois a equipe de cuidados está, na maioria das vezes, focada na doença e nas fases posteriores do tratamento. Desta forma, as condições relacionadas à saúde mental dos indivíduos são tratadas como secundárias (OLIVEIRA, 2018).

Um ensaio clínico controlado aleatorizado revelou que pacientes que receberam intervenções de enfermagem tais como gerenciamento de sintomas, monitoramento, suporte emocional, educação em saúde, fornecimento de recursos, referências e cuidados diretos de enfermagem, obtiveram como resultado, importante redução das incertezas comparado ao grupo que não recebeu as intervenções (McCORKLE et al., 2009).

Ao se realizar uma revisão integrativa envolvendo o tema a incerteza em pacientes com câncer cirúrgicos de retirada de órgão, utilizando descritores controlados, obteve-se na busca apenas cinco artigos que contemplam o assunto (OLIVEIRA, 2018), o que corrobora para o levantamento de mais pesquisas sobre a temática, além da necessidade de uma abordagem inovadora que não foi identificada nos estudos levantados a partir da busca.

3.4 INCERTEZA NA DOENÇA DO CUIDADOR DO PACIENTE COM CÂNCER SUBMETIDO À CIRURGIA PARA RETIRADA DE ÓRGÃO

Na perspectiva de que o câncer não afeta somente o paciente, mas também o cuidador, sendo ele um membro da família ou não, esse estudo também se propõe a examinar a incerteza do cuidador. Apesar de muitas pesquisas se concentrarem na perspectiva do paciente, em suas necessidades de suporte, elas raramente examinam essa condição no paciente e acompanhante simultaneamente (MASLOW; HILL, 2016).

Segundo Barreira, Pinto e Sánchez (2010) o cuidador é conceituado como

aquele que acompanha no trabalho e presta assistência básica em todos os momentos a uma pessoa com doença crônica, que assume a responsabilidade pelo cuidado, participando, assumindo decisões e condutas sobre a pessoa cuidada, modificando sua vida para assumir tarefas, gerando frequentemente sobrecargas, preocupações e estresse. O cuidador do paciente oncológico, sob essa perspectiva, é aquele que estará no controle sobre as necessidades e responsabilidades do paciente, assumindo compromissos antes não existentes.

Junto ao paciente com câncer, está seu cuidador, não sendo incomum que seja um membro familiar. Este cuidador dá suporte ao paciente diante dos desafios da vivência da doença, intensificado por toda a terapia antineoplásica. O cuidador intensifica todo o seu afeto e cuidado voltando sua atenção de forma parcial ou integral, renunciando e reorganizando todas as rotinas em prol do bem-estar e de atender as necessidades do ente cuidado (NASCIMENTO et al., 2016).

O adoecimento por câncer possui impacto sobre a vida do sujeito e do seu familiar/cuidador, no qual pode-se considerar que os impactos causados pela doença, refletem diretamente na vivência do familiar/cuidador, sendo considerado como um agente de extensão de todo o tratamento oncológico, o que contempla comumente procedimentos cirúrgicos. É determinante que o acolhimento e enfrentamento oferecido por parte do acompanhante mude de forma singular a experiência a ser vivida pela pessoa cuidada e toda a família (PIO; ANDRADE, 2020).

O desempenho que os familiares/cuidadores realizam é um dos fatores mais contribuintes nas reações do próprio paciente diante da doença. Kluber-Ross (2005), diz que tanto paciente quanto cuidador/familiar podem passar por fases diversas a respeito da experiência com a doença, por exemplo, a recusa do diagnóstico, desespero e aceitação. Essas fases refletem a instabilidade da vida que foge a todas as expectativas da perfeição e da estabilidade. Os momentos de solidão, raiva, barganha, negação, estado de depressão e, por fim, aceitação, poderão vivenciar questões profundas do porquê a doença está ocorrendo ou mesmo como adaptar-se e aceitar os novos fatos.

A forma que a experiência será vivenciada pelo paciente e cuidador não segue uma ordem de estágios fixa. Quando se trata do cuidador/familiar é preciso considerar, também, qual o papel no círculo familiar, social e cultural o qual está envolvido. Sobretudo, sendo necessário desenvolver novas dinâmicas e até mesmo reestruturação, visando a reelaboração dos planos (PIO; ANDRADE, 2020).

Deparar-se com a possibilidade da morte provoca intensas alterações de ordem física e emocional, conseqüentemente, outros sentimentos decorrentes dessas alterações ocorrem, por exemplo, o paciente com câncer sente-se como um peso para o cuidador/familiar. Esse sentimento gera desconfortos ao enfrentar os desafios. Além disso, pode ocorrer a vivência do excesso de zelo por parte da família e, posterior, perda da autonomia do paciente com câncer. Com o decorrer do tempo, o paciente torna-se mais dependente e menos funcional em muitas atividades que desempenha, o que acaba gerando sobrecarga para seu cuidador (PIO; ANDRADE, 2020).

Para Froelich (2011), a notícia do diagnóstico de câncer impacta como um divisor de águas a vida familiar, onde define-se muito bem um paralelo entre antes e após a notícia da doença. Diversos sentimentos podem surgir no cuidador, tais como: solidão, temor, tristeza,

exaustão, distanciamento social, estresse, medo, sintomas psicossomáticos, perda do autocuidado e incerteza quanto a recuperação do paciente e da recuperação de si mesmo. Esses sentimentos precisam ser trabalhados por todos.

Ainda acerca dos efeitos da notícia da doença na saúde do cuidador destaca-se que o estresse vivenciado pelo cuidador também pode provocar sintomas físicos: cansaço, anorexia, indigestão, constipação, distúrbios do sono, dores, entre outros (CASTRO; ESCOBAR, 2020). A dor do acompanhante não deve ser desconsiderada, levando a evidência de que as necessidades dessas pessoas precisam ser contempladas (WAKIUCHI et al., 2017).

O fardo suportado pelo cuidador, nem sempre é de caráter voluntário, em muitos casos, há o não desejo de suportar essa situação e não assumir responsabilidades. Porém, independentemente do contexto voluntário ou não, a presença do cuidador tem impactos na percepção do doente. Fatores como valores pessoais, crenças e posicionamentos colaboram diretamente na compreensão sobre de que maneira a posição de cuidado será encarada (WAKIUCHI et al., 2017).

A sobrecarga a que se expõe o cuidador envolve as demandas do cuidado ao paciente com câncer de duas maneiras, de forma objetiva e de forma subjetiva. A primeira se refere às demandas relacionadas diretamente a ordem física, enquanto a segunda através do esgotamento emocional. A sobrecarga do cuidador é definida por Cruz et al. (2017) pelo “grau em que os cuidadores sentem que há uma deterioração em sua saúde, situação econômica, vida social e pessoal ao realizar essa tarefa” de modo que exista uma associação à falta de assistência dos familiares para prestar assistência ao doente e baixa comunicação com a equipe que presta os cuidados em saúde (CRUZ et al., 2017).

Wakiuchi et al. (2017) revelaram em seu estudo com acompanhantes de pacientes com câncer, que esses acompanhantes experimentaram intensamente, na qualidade de cuidadores, incertezas ameaçadoras. Outro achado é de que a convivência com esse sentimento se dá por longos períodos, juntamente, com a ambiguidade de sentimentos, no qual experimenta o desejo de permanecer cuidando e a vontade de se dissociar da experiência desse sofrimento.

O status de cuidador leva a uma predisposição a maiores chances de adoecimento e aumento da mortalidade (HALEY et al., 2010; SCHULZ; BEACH, 1999). Imediatamente após assumir o papel de cuidador, a incerteza se instala. A incerteza pode contribuir para resultados

adversos. Os cuidadores de pacientes com câncer se veem repentinamente instalados em uma realidade de cuidados, que se torna uma oportunidade para o enfrentamento da incerteza. Dessa forma, a incerteza pode influenciar a capacidade geral de fornecer cuidados, especialmente, em cuidadores de pacientes com câncer. Identificar essa condição, propicia identificar mais áreas de atuação e sugerir potenciais intervenções de enfermagem (BYUN et al., 2016).

O conceito de autoeficácia, no caso do cuidador do paciente com câncer, auxilia o cuidador no processo de tomada de decisão e gestão da sobrecarga. A autoeficácia é essencial ao cuidador. Uma das estratégias que podem ser utilizadas dentro da autoeficácia é a autoconfiança. Estudo demonstrou que quanto maior a confiança apresentada pelo cuidador, menores os níveis de estresse (HAMPTON, 2014).

A ausência de serviços que apoiem o cuidador é evidente. É perceptível a falta de informação, recursos para compreensão e apoio biopsicossocial. Maslow et al. (2016) revelaram o desejo da existência de grupos de apoio voltado a cuidadores, para ajudá-los a lidar com a variedade de emoções e também de apoio logístico em relação aos cuidados, para não se sentirem sobrecarregados.

Diante da deterioração dos cuidadores, desde o momento do diagnóstico e durante todo o tratamento, é fundamental criar intervenções em que o cuidador/familiar compreenda sua função utilizando métodos que desenvolvam a confiança e seu papel na vida do paciente com câncer. A criação de habilidades que funcionem como ferramentas podem influenciar em uma visão mais positiva diante do cuidado do ente querido.

As intervenções de enfermagem em cuidadores familiares de pacientes com câncer, também são necessárias, especialmente após ter reconhecido o perfil desse cuidador. É reconhecido que se o cuidador recebe esse suporte da enfermagem, indiretamente o paciente também será beneficiado pelos cuidados recebidos (PAPASTRAVOU; CHARALAMBOUS; TSANGARI, 2012; COLEMAN; GROUND; MAUL, 2015).

Dessa forma, as intervenções desenvolvidas nesse estudo poderão influenciar de forma direta e indireta na saúde do cuidador.

3.5 MATERIAIS EDUCATIVOS – INTERVENÇÕES

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) compreende a organização do trabalho do enfermeiro quanto ao método, pessoa e instrumentos, operacionalizando o processo de enfermagem embasado em referenciais teóricos orientadores. O processo de enfermagem consiste em cinco etapas: coleta de dados ou investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação dos resultados, sendo seu uso obrigatório onde ocorrer a assistência de enfermagem (COFEN, 2009)

Relevantes etapas do processo de enfermagem se dirigem ao planejamento das ações, onde se planejam os cuidados e a implementação que executa as intervenções de enfermagem aos pacientes. A classificação de intervenções de enfermagem (NIC), embasa as etapas do planejamento e implementação da ações de enfermagem, funcionando como uma classificação direcionada a dar respostas aos diagnósticos de enfermagem. Uma intervenção de enfermagem é considerada como “[...] qualquer tratamento baseado no julgamento clínico e no conhecimento, realizado pelo enfermeiro para intensificar o resultado do paciente/cliente”. Um ponto relevante a ser considerado é que as ações de enfermagem propostas pela NIC podem ser adaptadas a diferentes realidades da enfermagem. Os objetivos das intervenções de enfermagem se concentram em fortalecer pontos positivos, minimizar ou resolver condições, sinais e sintomas e fatores de risco dos julgamentos das respostas humanas, para obter resultados benéficos na saúde do paciente (BUTCHER et al., 2020; LUCENA; GUTIÉRREZ; ECHER et al., 2010).

A elaboração das intervenções de enfermagem, são fortemente afetadas pelos avanços tecnológicos. Os avanços tecnológicos têm influenciado fortemente a prática da enfermagem, entretanto, as tecnologias criadas por enfermeiros são divulgadas de forma incipiente. A criação de novas tecnologias pela enfermagem continua a ser objeto de reflexão crescente. Logo, essas tecnologias devem ser auxiliares na assistência prestada ao paciente, por meio de implementação de rotinas que contribuam para promoção de saúde em geral (HORTENSE et al., 2020).

Estudos sugerem que o fornecimento de informações, a disponibilização de conhecimento e o treino de habilidades cognitivas, permitem uma participação ativa do paciente e da família no processo de enfrentamento da doença. Além de proporcionar melhor manejo de

sintomas, por exemplo, distúrbios do humor, melhoram a qualidade de vida (MALTA et al., 2016; McCORKLE et al., 2011).

As chamadas ações educativas são definidas como intervenções de ensino-aprendizagem que visam desenvolver no indivíduo a capacidade de enfrentamento da realidade, a busca por soluções e a tomada de decisão. Essas ações educativas visam fortalecer o conceito de autogerenciamento (*self-management*), que consiste em intervenções de enfrentamento do indivíduo, família/cuidador no processo de enfrentamento das doenças, fomentando habilidades de gerenciamento de condições crônicas de ordem fisiológica, psicológica e espiritual (HORTENSE et al., 2020).

É importante estabelecer os objetivos de aprendizagem para o qual a ação educativa está sendo feita. Por exemplo, a utilização de materiais educativos impressos da área da saúde é uma prática adotada pelo Ministério da Saúde, onde manuais de cuidado em saúde, folhetos e cartilhas são criados para promover resultados expressivos para os participantes das atividades educativas. O suporte oferecido por esses materiais para a promoção da saúde está associado aos princípios e formas de comunicação envolvidos nos processos de confecção desses materiais (REBERT; HOGA; GOMES, 2012).

Pesquisa metodológica de Freitas e Cabral (2008), com o intuito da criação de material educativo, no caso folheto educativo, recomenda que os materiais educativos sejam produzidos inserindo o paciente como sujeito do conhecimento e não apenas como público-alvo.

Gázquez, Holguin, Cortés (2012) relataram que as intervenções de enfermagem através de materiais educativos, sugeriram efeito benéfico na melhora dos comportamentos de tratamento das pessoas. Metassíntese realizada evidencia que intervenções educativas que priorizam o autogerenciamento possuem resultados diretamente relacionados a uma melhor gestão da qualidade de vida, controle da dor e fadiga (HOWELL et al., 2017).

Revisão integrativa sobre o uso de materiais educativos em pacientes cirúrgicos, resultou em 10 artigos, entre os quais dois estudos abordaram o uso desses materiais com amostra de pacientes com câncer, revelando maior ganho de conhecimento pré-operatório e diminuição da dor no pós-operatório. Dessa forma, expande-se o entendimento do crescimento do uso de materiais educativos e sua efetividade para o público de pacientes com câncer submetidos ao tratamento cirúrgico (PAIVA et al., 2017).

Todo este panorama identificado pela literatura reforça a importância da criação e utilização de materiais educativos em saúde que gerem modificações consistentes na percepção de saúde das pessoas. Tendo isso em mente, é importante associar referenciais teóricos que baseiem a construção desses materiais.

3.5.1 Uso do infográfico-intervenção para fornecimento de informação

O infográfico é um gênero textual que exerce função expositiva e explicativa, realizando a junção da imagem e texto. Trata-se, então, de uma criação gráfica de figuras e pequenos textos, com o objetivo de apresentar ao leitor informações curtas e atraentes. Seu texto literal significa *Info* (informação) e *grafia* (desenho) (RIBEIRO, 2016). Este recurso foi escolhido para disponibilizar ao paciente em pré-operatório a disponibilidade de informação.

A educação pré-operatória objetivando a retenção do conhecimento gera satisfação e efeitos benéficos ao paciente a longo prazo. Intervenções centradas no paciente utilizando-se a comunicação empática, na qual valorizam-se as emoções do paciente, mostram maior eficácia em fornecer embasamentos para suporte psicológico, informações personalizadas, sensação de cuidado e proteção (GONÇALVES; BRAGA, 2012). Essas repercussões reverberam em uma melhor recuperação, visão otimista e diminuição de complicações (PEREIRA; BRAGA; CARVALHO, 2015).

Estudo observacional que analisou pacientes com câncer em pré-operatório, revelou que a disponibilidade de informação referente ao procedimento anestésico cirúrgico modificou para melhor os valores hemodinâmicos e promoveu a redução dos níveis de ansiedade (LEMOS et al., 2018).

A educação pré-operatória é capaz de transformar o processo perioperatório. Estudo anterior afirma que a utilização de folheto informativo de apenas uma página possui melhor efeito na redução de ansiedade do que maiores quantidades de informações (FITZGERALD; ELDER; WILL, 2008; ORTIZ et al., 2015).

Outros estudos já sugerem a padronização na oferta de informações efetivas no pré-operatório (LEMOS et al., 2018). No entanto, sem deixar de personalizar as informações, como intervenção de comunicação empática e mais efetiva (PEREIRA; BRAGA; CARVALHO, 2015).

Para a construção do infográfico deste estudo, utilizou-se o referencial de Carvalho e Aragão (2012). As etapas para elaboração desse material serão expostas no método.

3.5.2 Vídeo educativo – intervenção para familiaridade do evento cirúrgico

O uso das Tecnologias da Informação e Comunicação em Saúde (TICS) estão se tornando cada vez mais utilizáveis e inseridas como intervenções de auxílio no cuidado por enfermeiros, facilitando a educação em saúde e promovendo resolução de problemas (LIAW et al., 2015).

São diversas as possibilidades de intervenções que funcionem como tecnologias educacionais em saúde, sendo o vídeo educativo uma das mais importantes e úteis. Com seu papel de destaque na disseminação de informações, o vídeo educativo trabalha com uma interface de maior facilidade e promove mudanças comportamentais de forma imediata (RAZERA et al., 2019). Outros atributos intrínsecos do vídeo educativo consistem em caracterizá-lo como efetivo, de simples execução e atraente (LIU et al., 2014).

O uso dessas tecnologias se estabelece como importante auxílio que facilitam os momentos de aprendizagem e significação. A associação de imagens e sons interligam conteúdos relacionados a realidade, fazendo com que o desejo seja despertado pelo tema, gerando conhecimento (LIMA et al., 2017).

Pacientes cirúrgicos, desde o momento da notícia da cirurgia, sentem-se apreensivos, ansiosos, temerosos e cheios de incerteza quanto ao procedimento cirúrgico. Mesmo os pacientes com antecedentes cirúrgicos demonstram tais emoções, em variados níveis (OLIVEIRA, JESUS, 2018). A utilização de intervenções que minimizem o impacto do desconhecido é bem-vinda no cuidado de enfermagem a esse público, especialmente, por se tratar de um material educacional visualmente atrativo (OSTHERR et al., 2016).

Dentro dessa perspectiva, é possível atestar que o enfermeiro possa criar tecnologias informativas através de ferramentas diversas. Dessa forma, é possível transitar na mediação de conteúdos os quais se transformam em informações que se traduzam em mudanças de comportamento, gerenciamento de sentimentos e o vislumbre de realidades até então desconhecidas (COGO, PEDRO, SILVA, 2009).

Nos pressupostos teóricos da TID encontra-se no quadro de estímulos, o conceito de familiaridade do evento, o qual representa as experiências prévias do paciente que funcionam como fatores intervenientes nas experiências posteriores. Assim, funciona o vídeo educativo elaborado, uma vez que possibilita ao paciente um vislumbre da experiência cirúrgica, antecipando fatos até então desconhecidos, colaborando para diminuição ou nova visão da incerteza e diminuindo proporções de eventos antes julgados como inalcançáveis (MISHEL, 1988).

4. MÉTODO

Trata-se de um estudo experimental do tipo ensaio clínico aleatorizado, controlado, cego e monocêntrico.

Os ensaios clínicos são tipos de estudos em que o investigador introduz uma intervenção e busca os resultados decorrentes dessa medida, ou seja, o desfecho. Esse tipo de estudo é eficaz para demonstrar relações de causalidade de uma terapêutica (NEDEL, SILVEIRA, 2016). Esse fator o torna padrão ouro como método de investigação para estudos clínicos. Além disso, suas características, tais como: aleatoriedade e cegamento diminuem possíveis vieses nas mensurações de interesse (HULLEY, 2015).

Uma das características do ensaio clínico é seu caráter experimental, ou seja, o uso de intervenções para mudar uma variável em uma pessoa ou um grupo. Os efeitos de uma intervenção são medidos através da comparação do desfecho nos grupos experimental e controle (HULLEY, 2015).

É aleatorizado para garantir a comparabilidade entre os grupos, ou seja, sua equivalência. Os pacientes são alocados aleatoriamente, ao acaso. Isso permite a comparabilidade entre os grupos intervenção e controle desde o início da intervenção (PORTA et al., 2014).

No cegamento os investigadores, não sabem se o participante do estudo pertence ao grupo intervenção ou ao grupo controle (PORTA et al., 2014).

Ensaio clínicos aleatorizados são realizados sob condições controladas para garantir que a hipótese do estudo seja testada de uma forma reprodutível. Protocolos de ensaios clínicos aleatorizados muitas vezes não podem ser repetidos na prática clínica. O ambiente de estudo especializado de um estudo aleatorizado pode resultar em conclusões válidas internamente, mas os resultados não podem ser generalizados para pacientes com a mesma condição fora do estudo (HULLEY, 2015). O caráter monocêntrico, diz respeito ao estudo ser realizado em apenas um único centro.

O atual estudo foi delineado de acordo com as recomendações do *Consolidated Standards of Reporting Trials of Social and Psychological Interventions* (CONSORT-SPI), que trata dos elementos essenciais aos ensaios clínicos contendo intervenções sociais e psicológicas

(MONTGOMERY et al., 2018). Essas recomendações foram criadas como uma ferramenta para melhorar a qualidade e a transparência dos relatos dos ensaios clínicos.

4.1 HIPÓTESES DO ESTUDO

Para a finalidade deste estudo, consideram-se as seguintes hipóteses:

1° H0: A exposição de pacientes cirúrgicos com câncer de retirada de órgão às intervenções de enfermagem, através de materiais educativos, vídeo e infográficos, **não é capaz** de reduzir a incerteza na doença;

1° H1: A exposição de pacientes cirúrgicos com câncer de retirada de órgão às intervenções de enfermagem, através de materiais educativos, vídeo e infográficos, **é capaz** de reduzir a incerteza na doença;

4.2 DESENHO DO ESTUDO

Ensaio clínico aleatorizado, prospectivo, no qual os pacientes foram subdivididos em dois grupos: intervenção e controle, alocados na taxa de 1:1. No grupo controle, os pacientes receberam o tratamento usual (TU) pré-cirúrgico pela equipe de enfermagem do hospital, enquanto no grupo intervenção, os pacientes receberam o TU mais intervenção (I+TU) por enfermeiro treinado através de material educativo para avaliação da redução da incerteza.

De acordo com Pereira (2007), os ensaios clínicos, subdividem-se em etapas, a saber: recrutamento e seleção dos participantes, aleatorização, intervenção e seguimento e, por fim, verificação do efeito.

Para a etapa do recrutamento e seleção dos participantes é preciso: definir a população alvo, a qual responda uma pergunta de pesquisa; selecionar os critérios para que uma amostra ou população possa ser elegível; definir o tamanho amostral e, por fim, definir se a amostra será probabilística ou de conveniência (HULLEY, 2015).

A aleatorização corresponde a alocação do tratamento de forma aleatória, garantindo o sigilo da alocação dos participantes. Antes dessa etapa, é importante que o paciente já tenha atendido aos critérios de elegibilidade. Nesta fase, é fundamental que o modo que se planeje a aleatorização, garanta que os membros da equipe de pesquisa, não influenciem na alocação (HULLEY, 2015).

O cegamento tem a proposta de, sempre que possível, fazer com que o participante, os membros da equipe e os avaliadores não prejudiquem os desfechos sabendo a que grupo o paciente pertence (HULLEY, 2015).

4.3 PARTICIPANTES

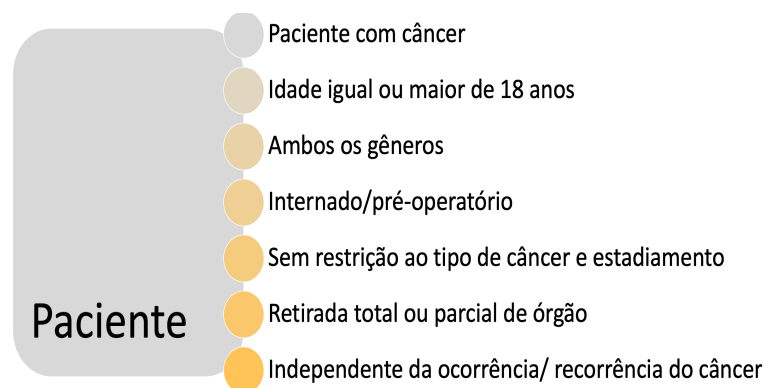
A população de interesse consistiu em pacientes adultos, com diagnóstico de câncer, a serem submetidos à cirurgia de retirada de órgão. Os pacientes integrantes da amostra estavam internados na Clínica Cirúrgica de um hospital universitário na região Centro-Oeste do Brasil, aguardando cirurgia oncológica de retirada total ou parcial de órgão. Também participaram da amostra estudada os cuidadores desses pacientes.

4.3.1 Pacientes

4.3.1.1 Critérios de inclusão:

Os pacientes elegíveis para o estudo foram os com câncer a serem submetidos à cirurgia de retirada de órgão, com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, internados na clínica cirúrgica em período pré-operatório, independente do tipo e do estadiamento do câncer, que foram convocados para o procedimento cirúrgico eletivo de retirada total ou parcial de órgão, por meio da lista de regulação do Hospital Universitário, independente da ocorrência ou recorrência do câncer, conforme Figura 4 a seguir. Os participantes foram incluídos de um único centro de pesquisa.

Figura 4: Critérios de inclusão do paciente.

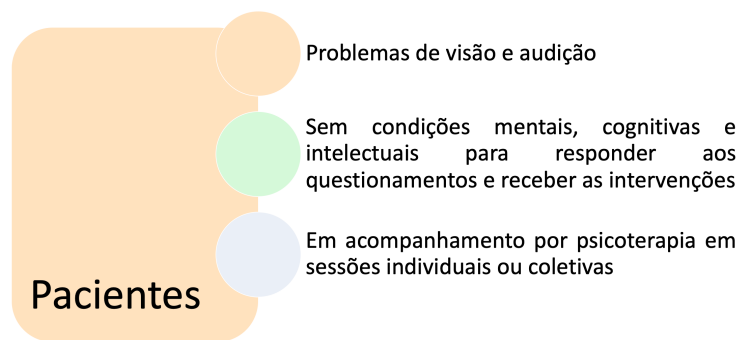


Fonte: Dados da pesquisa.

4.3.1.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos os pacientes com problemas de visão e audição; sem condições mentais, cognitivas e intelectuais para responder aos questionamentos e receber as intervenções e que estivessem em acompanhamento por psicoterapia em sessões individuais ou coletivas durante o desenvolvimento do estudo.

Figura 5: Critérios de exclusão do paciente.



Fonte: Dados da pesquisa.

4.3.2 Cuidadores

Também foram coletados dados dos cuidadores dos pacientes que aceitaram participar da pesquisa, com o objetivo de verificar os níveis de incerteza no papel de cuidador/membro familiar.

4.3.2.1 Critérios de inclusão

Ter acompanhado o paciente a no mínimo 1 ou mais consultas ou 1 ou mais dias de internação, ter vínculo familiar ou afetivo, idade maior ou igual a 18 anos.

4.3.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos cuidadores que não apresentassem condições físicas e mentais, para responder aos questionamentos, não alfabetizados e os que recebiam remuneração por desempenharem atividade profissional de cuidador.

4.4 TAMANHO DA AMOSTRA

4.4.1 Pacientes

Estimou-se uma amostra com pelo menos 90% de poder para detectar uma diferença clinicamente significativa entre os grupos de pacientes com diagnóstico de câncer, que realizaram cirurgia de retirada de órgão e que receberam ou não intervenção de enfermagem. Foi utilizado como referência um estudo piloto com 5 pacientes no grupo intervenção e 5 no grupo controle, com avaliação do escore de incerteza. O nível de significância estabelecido foi de 5% (bicaudal).

Assumiou-se uma diferença entre os grupos: controle X intervenção ($d = 10,80$ e $\sigma = 13,55$), onde d = diferença dos escores de incerteza e σ = desvio padrão populacional.

Com base nesses valores, obteve-se um tamanho da amostra de **26** pacientes por grupo para um poder de 80% e **35** pacientes por grupo considerando um poder estatístico de 90%.

A fórmula utilizada para o cálculo do tamanho amostral foi:

$$n = \frac{(t\alpha + t\beta)^2 \sigma^2}{d^2},$$

Onde $t\alpha$ é a estatística crítica do teste t de Student para o erro tipo I,

$t\beta$ é a estatística crítica do teste t de Student relacionada ao erro tipo II,

σ^2 é a variância e

d é a diferença entre as médias.

O tamanho do efeito mede a magnitude da diferença entre dois grupos e um dos estimadores mais frequentes para isso é a média.

$d = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{\sigma_1^2 + \sigma_2^2}{2}}}$, onde d é o tamanho do efeito, \bar{x}_1 é a média dos dados no grupo 1,

\bar{x}_2 é a média dos dados no grupo 2, σ_1^2 variância do grupo 1 e σ_2^2 variância do grupo 2.

Para o cálculo amostral, estimou-se que uma amostra de aproximadamente 26 pessoas em cada grupo permitiria a detecção de uma diferença na incerteza entre os dois grupos de aproximadamente 10,8 pontos no escore, com um poder estatístico de $(1,0 - \beta)$ 80% e um nível de significância (α) de 5% (bicaudal).

4.4.2 Cuidadores

A amostra foi coletada por conveniência com cuidadores de pacientes com câncer os quais seriam submetidos à cirurgia oncológica para retirada de órgão.

4.5 LOCAL DO ESTUDO

O Hospital Universitário foi escolhido como o centro para realização da pesquisa. Funciona como cenário de prática para estudantes dos diversos níveis, inserindo-se em projetos de pesquisa e extensão. O hospital oferece uma carta diversificada de serviços à população, de média a alta complexidade, inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um hospital de médio porte, que possui áreas de internação com destaque a clínica cirúrgica e centro cirúrgico. As especialidades cirúrgicas atendidas pelo hospital são: cirurgia geral, vascular, plástica, neurocirurgia, oftalmologia, torácica, ortopedia, otorrinolaringologia, saúde auditiva, cabeça e pescoço, coloproctologia, urologia, pediatria, ginecologia e mastologia (HUB, 2019).

Quanto ao atendimento em oncologia oferecido pelo hospital, destaca-se o atendimento prestado aos pacientes com diagnóstico confirmado de câncer dos tipos mama, cólon, reto, estômago, colangiocarcinoma, pâncreas, pulmão, esôfago, bexiga, próstata, ovário, endométrio, colo uterino e cabeça e pescoço.

O hospital é estruturado em áreas assistenciais, de ensino, administrativa e manutenção, compartimentada em nove complexos: Unidade 1, 2 e 3, Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), Ambulatório 1 e 2, Clínica Odontológica/Farmácia Escola, Engenharia e Serviços de Apoio. O local dentro do hospital escolhido para desenvolver a pesquisa foi a enfermaria da clínica cirúrgica, localizada na Unidade 1. A clínica cirúrgica atende a pacientes pré e pós-operatórios, contando com a capacidade de 39 leitos instalados, sendo 20 na ala par e 19 na ímpar. As cirurgias oncológicas são em sua maioria programadas, obedecendo a uma lista de pacientes regulados pela central de regulação de leitos, ou de acordo com a urgência ou gravidade, sendo determinados pela avaliação médica.

4.6 INTERVENÇÕES

Os pacientes considerados elegíveis e alocados ao grupo intervenção receberam a intervenção educativa de enfermagem: infográfico e vídeo educativo durante a hospitalização, na consulta de enfermagem, no período pré-operatório imediato.

As intervenções ocorreram no primeiro contato do paciente internado em pré-operatório. Ao final da intervenção, foi fornecido ao paciente os materiais educativos aplicados durante a consulta de enfermagem: o infográfico foi entregue impresso e para o vídeo, foi fornecido um *Qr Code* que pode ser acessado por meio de dispositivos com acesso à internet. Estimou-se uma duração média de 60 minutos na consulta de enfermagem.

A seguir será abordado como foram elaborados os materiais educativos junto de seu referencial teórico, contudo, foi realizado estudo metodológico por Oliveira e Jesus (2023) para construção e validação desses materiais (no Prelo).

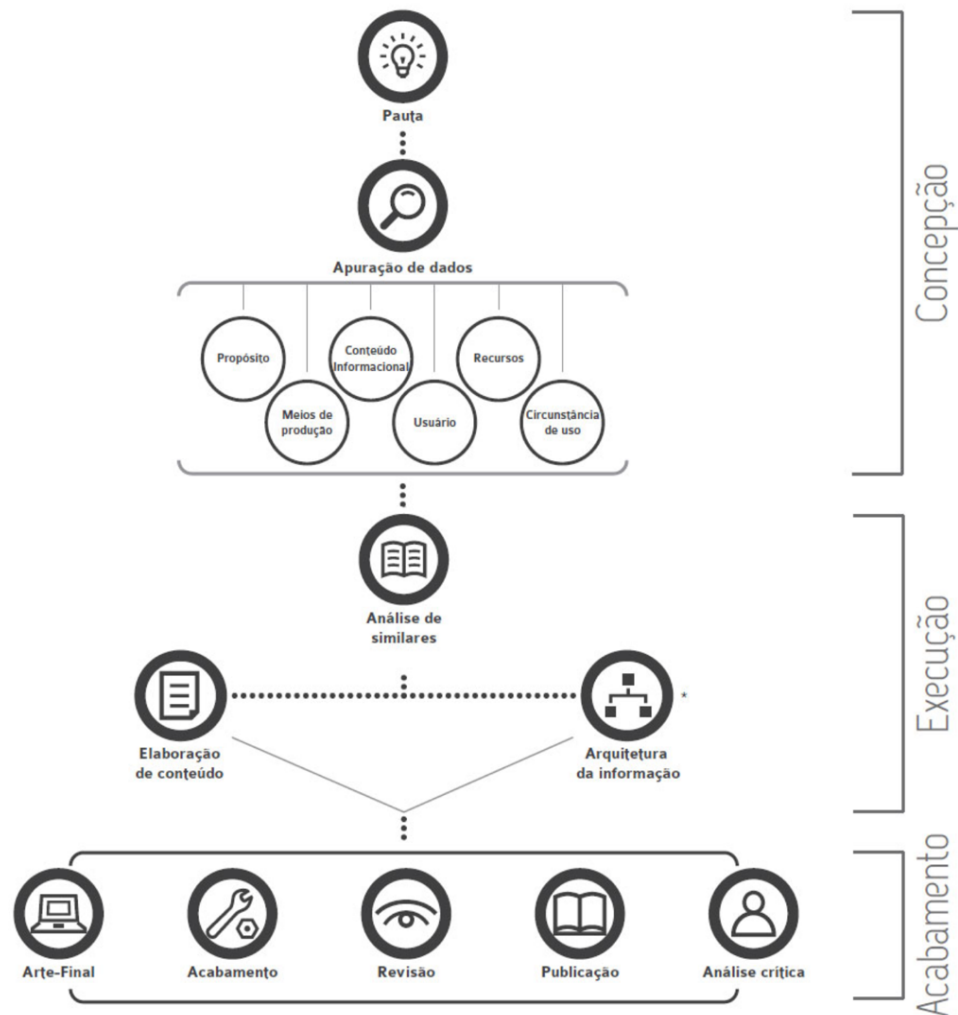
4.6.1 Infográfico educativo

O infográfico é um material produzido através da linguagem visual que permite uma melhor compreensão da mensagem que o autor deseja repassar. Trata-se de um recurso amplamente utilizado na área da saúde como veículo de comunicação (ANDRADE, 2014).

O infográfico foi intitulado: “O que você precisa saber para se preparar para sua cirurgia oncológica?” (Apêndice A). A dimensão do infográfico é 105 x 290 milímetros contido em uma página de papel impressa do tamanho A4. Por meio de ilustrações e informações escritas apresenta: dados básicos referentes à cirurgia oncológica que envolve retirada total ou parcial de órgão; definição da doença oncológica; informações relativas a cirurgia oncológica; diferentes finalidades da cirurgia; equipe cirúrgica; preparo para eventualidades durante o ato cirúrgico; fluxo do paciente no bloco cirúrgico; e recomendações de seguimento do plano terapêutico.

Para a construção do infográfico deste estudo, utilizou-se o referencial de Carvalho e Aragão (2012). As etapas seguidas foram: concepção, execução e acabamento. A seguir, as etapas serão descritas e demonstradas na Figura 6.

Figura 6: Passos utilizados na elaboração do infográfico.



Fonte: (CARVALHO; ARAGÃO, 2012).

Na etapa de **concepção** do infográfico, delimitou-se o tema/pauta a ser trabalhado, em seguida procedeu-se a apuração dos dados, através da identificação do tema em foco, do público a quem se destina o material e como elaborá-lo. Portanto, identificou-se nesta etapa o propósito, o conteúdo informacional, os recursos necessários (humanos e materiais) e a forma de produção, que no caso foi a plataforma gratuita *Piktochart*, utilizada para construção de infográficos e apresentações, podendo assim ser definido o *template* utilizado. Também nessa fase, definiu-se o destinatário do infográfico, para que o material a ser elaborado conversasse com o público de destino, e por fim, foram delineadas nesta etapa as circunstâncias de uso do material, onde definiu-se a mídia, através de publicação impressa.

Na etapa **execução**, durante a análise de similares, realizou-se busca na literatura, utilizando-se os descritores controlados indexados nos Descritores em Ciências da Saúde

(DeCS)/Medical Subject Headings (MeSH): cirurgia, educação em saúde, materiais didáticos nas bases de dados PubMed®, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl) e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) acessando também através dela a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), para realização das leituras e fundamentação dos materiais teóricos. Também se utilizou como referência, as informações contidas no site do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva-INCA (2019), para apoio ao conceito da doença e informações epidemiológicas sobre câncer atualizadas, para elaboração dos conteúdos e arquetamento das informações, etapa na qual definiu-se o texto, imagem e forma de apresentação.

Por fim, prosseguiu-se ao **acabamento**, através da elaboração da arte final, acabamento, revisão dos conteúdos, análise crítica por juízes, publicação do material e entrega ao participante da pesquisa.

4.6.2 Vídeo educativo

A seguir, apresenta-se a figura que discrimina o tipo de intervenção, a descrição e o momento de aplicação.

Figura 7: Tipo, descrição e momento da intervenção.

Intervenção	Tipo	Descrição	Momento
Informações para preparo pré-cirúrgico no público oncológico	Infográfico	Informações por escrito e de forma ilustrada a respeito de dados básicos quanto a cirurgia oncológica. Consta a definição da doença oncológica, informações relativas a cirúrgica oncológica, diferentes finalidades da cirurgia, equipe cirúrgica, preparo para eventualidades durante ato cirúrgico, fluxo do paciente no bloco cirúrgico e recomendações de seguimento do plano terapêutico.	Pré-operatório imediato
Passo a passo percorrido pelo paciente pré-cirúrgico	Vídeo	Vídeo narrativo, seguindo uma sequência lógica do passo a passo percorrido pelo paciente desde a chegada ao centro cirúrgico até a sala de recuperação pós-anestésica, segundo o protocolo da instituição que o paciente faria a cirurgia. Foram apresentados no vídeo, os procedimentos iniciais de preparo para cirurgia, os ambientes que o paciente transitaria, demonstrando por meio de imagens os ambientes e procedimentos.	Pré-operatório imediato

Para a construção do vídeo educativo (Apêndice B), adotou-se o referencial teórico de Falkembach (2005) o qual delinea a construção do material através dos seguintes passos: análise e planejamento, modelagem, implementação, avaliação e distribuição.

O momento do planejamento/análise foi utilizado para designar o passo a passo necessário para o desenvolvimento do material. Especialmente nessa etapa, realizou-se busca bibliográfica nas seguintes bases de dados: PubMed®, Cinahl e na BVS acessando também através dela LILACS, utilizando-se os descritores controlados indexados no DeCS/MeSH: cirurgia, filme e vídeo educativo e Educação em Saúde. Nessa mesma fase, avaliou-se o público-alvo, levantamento dos recursos necessários, obtenção das autorizações de imagem pela instituição e foram definidos os objetivos pretendidos.

Na etapa da modelagem, foi elaborado o roteiro do vídeo, precedida pela organização dos conteúdos e a adequação a linguagem áudio-vídeo.

Para implementação do material, utilizou-se como estratégia a narrativa, seguindo uma sequência lógica do passo a passo percorrido pelo paciente desde a saída da clínica cirúrgica, chegada ao centro cirúrgico até a sala de recuperação pós-anestésica, segundo o protocolo da instituição que o paciente realiza a cirurgia. Foram apresentados no vídeo, os procedimentos iniciais de preparo para cirurgia, os ambientes que o paciente transita, demonstrando por meio de imagens os ambientes e procedimentos. Dois voluntários da pesquisa, se dispuseram a simular o papel do paciente e do profissional de enfermagem que acompanha o paciente no preparo para cirurgia desde a chegada ao centro cirúrgico. Não são apresentados no vídeo o rosto de nenhum participante da pesquisa. Também foi utilizada a legenda para acompanhamento da narração do vídeo, culminando na criação do vídeo, seguindo o roteiro.

Na fase de avaliação e distribuição, foi necessário a correção de conteúdos, cortes no vídeo, ajuste de voz e imagem, erros gramaticais, estética e validação do material por juízes.

A duração do vídeo foi de 2 min e 54 segundos, com intuito em manter a atenção do participante. Para tal, seguiu-se recomendação da literatura cujos vídeos que trabalhem a promoção da saúde para sensibilização de grupos específicos, não ultrapassem 20 minutos (MORAES, 2008).

Após essa etapa, o vídeo foi aplicado como intervenção aos pacientes cirúrgicos com câncer, por meio da consulta de enfermagem, para o grupo de participantes das intervenções utilizando como recurso audiovisual o *Tablet*. Além disso, foi disponibilizado ao paciente *QR code* para visualizações posteriores do vídeo.

4.7 VALIDAÇÃO DOS MATERIAIS EDUCATIVOS

Com o objetivo de construir e validar o infográfico e o vídeo educativos como recursos tecnológicos para fornecimento de informações a respeito da cirurgia oncológica de retirada de órgão, realizou-se estudo metodológico (OLIVEIRA, JESUS, 2023), (No prelo).

Na validação de materiais, o material é submetido a um julgamento o qual verifica minuciosamente a adequabilidade das informações elaboradas e dos conteúdos abordados. O processo de validação também inclui a verificação da aparência, esse procedimento testa a capacidade de entendimento do material pelo público-alvo, a clareza e a facilidade de leitura (PASQUALI, 2010).

No estudo de validação e aplicação dos materiais educativos aos pacientes com câncer em pré-operatório para de retirada de órgão realizado (OLIVEIRA, JESUS, 2023), participaram da validação oito juízes e dez pacientes. Utilizou-se o índice de validade de conteúdo com valores de concordância entre participantes > 80,0%. Na análise do vídeo educativo por juízes, o índice médio foi > 93,75%, enquanto pelo público-alvo, foi > 93,33%. Quanto ao infográfico, pelos juízes, dois itens obtiveram índice < 80% e o restante foi > 87,50%; já pelo público-alvo, os índices foram > 93,33% (No prelo).

Portanto, os achados obtidos tornaram os recursos tecnológicos, infográfico e vídeo educativos, válidos para auxílio no preparo cirúrgico e enfrentamento da doença. Despontando como uma ferramenta capaz de instrumentalizar a equipe de enfermagem na disponibilização de informações a este público, intencionando melhor compreensão da terapêutica. Dessa forma, tornando o material pertinente para ter sua eficácia experimentada nesse estudo posterior.

4.8 GRUPO CONTROLE

O grupo controle recebeu o TU da clínica cirúrgica o qual consiste em cuidados contínuos de enfermagem durante a internação, portanto, não contemplando consultas de enfermagem individualizadas. Os pacientes ao serem admitidos receberam orientações

coletivas e gerais sobre pertences pessoais, regras para acompanhantes e orientações quanto a administração de medicamentos de uso contínuo.

4.9 DESFECHOS PRIMÁRIOS

O desfecho principal esperado no estudo é a diminuição da incerteza na doença para os pacientes que receberam a intervenção proposta nesse estudo. Segundo Mishel (1988), a incerteza na doença se caracteriza como a incapacidade de determinar significado a eventos relacionados ao adoecimento. Nesse contexto, cria-se um estado cognitivo, que envolve a dificuldade do indivíduo em categorizar e estruturar os acontecimentos diante da doença. Como mencionado anteriormente, este conceito é mensurado por meio de uma escala chamada *Mishel Uncertainty in Illness Scale* (MUIS), composta por itens com pontuações tipo *Likert*. A mensuração da incerteza é realizada a partir da soma das respostas fornecidas pelo paciente referente aos respectivos itens da escala. Ao final, o escore total obtido permite mensurar o nível da incerteza.

No presente estudo, a incerteza na doença foi mensurada antes e após intervenção através da aplicação da escala MUIS no grupo dos pacientes da intervenção e uma única vez no grupo controle. Esse procedimento foi realizado no pré-operatório imediato durante consulta de enfermagem. Portanto, o desfecho da incerteza foi mensurado pelo nível da incerteza e comparado entre o grupo intervenção (antes e depois) e entre o grupo intervenção e controle.

4.10 DESFECHOS SECUNDÁRIOS

4.10.1 Ansiedade

Para comparar os níveis de ansiedade nos grupos intervenção e controle, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) foi utilizado. Trata-se de um questionário auto-aplicado composto de duas subescalas distintas usadas para avaliar o estado e o traço de ansiedade. A subescala Ansiedade-Estado avalia como o indivíduo se sente em um momento particular no tempo e a subescala Ansiedade-Traço revela como ele geralmente se sente. Essa escala foi aplicada uma vez para o grupo intervenção e uma vez para o grupo controle.

4.10.2 Qualidade de vida

O questionário *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30) é um instrumento utilizado mundialmente em estudos clínicos para mensurar a qualidade de vida dos pacientes com diferentes tipos de câncer (SPIELBERGER, 1979; FRANCESCHINI, J. et al., 2010). Estudos revelaram que após os tratamentos, a pontuação da qualidade de vida é modificada positivamente (REY-VILLAR et al., 2017). Portanto, foi realizado através do presente estudo a avaliação da qualidade de vida entre os dois grupos investigados. Essa escala foi aplicada uma vez para o grupo intervenção e uma vez para o grupo controle.

4.10.3 Autoeficácia

A Escala de Autoeficácia Geral (GSES) de Schwarzer e Jerusalem (2000) apresenta-se como um importante instrumento no âmbito da resposta de pacientes ao câncer (LUSZCZYNSKA, MOHAMED E SCHWARZER, 2005; MYSTAKIDOU, PARPA, TSILIKA, GALANOS E VLAHOS, 2009). Considerando a relevância em avaliar a capacidade de enfrentamento à doença, foi avaliado o desfecho relativo ao aumento da autoeficácia dos participantes do estudo. Essa escala foi aplicada uma vez para o grupo intervenção e uma vez para o grupo controle.

4.11 RECRUTAMENTO, ALEATORIZAÇÃO, ALOCAÇÃO E COLETA DE DADOS

4.11.1 Recrutamento dos participantes

Durante o mês de janeiro a maio de 2022 foram coletados os dados do estudo, assim, selecionaram-se por amostra de conveniência, 60 pacientes no decorrer desse período. Os pacientes selecionados foram recrutados na Clínica Cirúrgica de um hospital universitário do Centro-Oeste brasileiro.

Após a triagem inicial, por meio do recebimento prévio do mapa cirúrgico, via e-mail, os potenciais participantes eram identificados. Ao chegar na clínica cirúrgica, o entrevistador apresentava-se à equipe de enfermagem e solicitava o acesso ao mapa cirúrgico oficial, por meio do qual, garantia-se que o paciente previamente identificado, encontrava-se no leito pré-cirúrgico aguardando a realização de sua cirurgia, geralmente, realizada no dia seguinte ao da internação. Nesse momento, o pesquisador abordava o paciente à beira leito, explicava a

pesquisa em breve resumo do estudo, efetuava um lembrete de que era elegível e obtinha o termo de consentimento, acionando assim, a central de aleatorização para alocação dos participantes em grupo controle e grupo intervenção.

Então, o entrevistador era informado pela central de alocação a qual grupo o paciente pertencia. Para integrantes do grupo intervenção, iniciava-se a entrevista coletando-se os dados sociodemográficos e clínicos, em seguida, aplicava-se a escala MUIS antes da intervenção. Após coleta, imediatamente, o entrevistador comunicava sobre o fim da entrevista para central de alocação para que avisasse ao intervencionista que pudesse ir até o paciente; o intervencionista apresentava o infográfico, através da leitura de cada item e explanação dos conteúdos, que durava em torno de 7 minutos. Em seguida, apresentava-se ao participante na tela do tablet do intervencionista, o vídeo produzido, contendo o passo a passo a ser percorrido pelo paciente cirúrgico até a sala operatória com duração de 2 minutos e 54 segundos. Após as aplicações das intervenções, o intervencionista informava a central de aleatorização sobre a finalização dessa etapa; que entrava em contato novamente com o entrevistador para que retornasse ao paciente e coletasse a escala MUIS após a intervenção, seguindo-se da aplicação das demais escalas de avaliação: IDATE, QV e autoeficácia.

Após alocação dos pacientes no grupo controle, que recebiam as intervenções usuais da unidade, coletava-se os dados sócio-demográficos e clínicos e as escalas: MUIS, IDATE, QV e autoeficácia, pelo entrevistador.

Procedido o recrutamento, os pacientes foram entrevistados e receberam a intervenção em enfermaria privativa, a fim de propiciar ambiente seguro e confiável. O tempo médio gasto para aplicação das intervenções foi de 15 minutos. Sendo que o tempo médio utilizado para aplicação dos instrumentos foi de 35 minutos, totalizando 50 minutos.

No que tange ao cuidador, o tempo médio de coleta de dados foi de 20 minutos. O recrutamento foi realizado em consequência da abordagem do potencial paciente elegível. Posteriormente, o processo de explicação do estudo, consentimento e aplicação do instrumento de coleta de dados foi realizado.

A coleta de dados consistiu em fases. A primeira delas corresponde ao recebimento do mapa cirúrgico da Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário com antecedência média de 2 dias anteriores a cirurgia. Neste mapa consta a data do procedimento cirúrgico, horário, nome

do paciente, número do prontuário, leito, idade, gênero, diagnóstico médico, classificação internacional das doenças (CID), procedimento cirúrgico proposto, cirurgião, anestesista, anestesia e especialidade. Através desse mapa foi possível estimar o fluxo de atendimentos cirúrgicos, que é apresentado nos resultados.

Para a seleção dos participantes, o recrutamento se deu através de amostra por conveniência, por meio da seleção de prontuários, nos quais foram identificados os critérios de inclusão para o estudo. Foi priorizada a aleatorização dos participantes através da aleatorização simples, por meio do aplicativo *Randomizer-Gerador Aleatório* de maneira que todos os indivíduos tivessem a mesma probabilidade de pertencerem ao grupo intervenção ou controle, sem que houvesse nenhum padrão reconhecível entre os selecionados, sendo eles estatisticamente comparáveis.

Sobre o processo de aleatorização, foi adotada a aleatorização individual, na qual, o primeiro participante, assim como os demais, obteve igual chance de ser alocado para o grupo intervenção ou controle, independente de alocações anteriores.

O esquema de aleatorização foi realizado por meio de uma central de aleatorização, através de profissional de bioestatística, por meio do aplicativo *R*, que gerou uma lista numerada do paciente 1 ao 60 equilibrados em 30 participantes por grupo, intervenção e controle. Não foi permitido que os participantes trocassem de grupo após a alocação.

Devido às características da intervenção, não foi possível mascarar o intervencionista e nem o paciente para o grupo designado. Sendo possível mascarar o tabulador dos dados e o estatístico.

Delineou-se o protocolo de coleta de dados da seguinte maneira:

- 1 – Recebimento diário do mapa cirúrgico pelo pesquisador principal/ entrevistador via e-mail no qual identificavam-se potenciais participantes da amostra;
- 2- O entrevistador verificava se o paciente atendia aos critérios de inclusão, obtinha o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (Apêndice C) e realizava o acionamento da central de alocação para alocação dos potenciais participantes em grupo intervenção ou grupo controle;

3- O entrevistador recebia via central de alocação a informação a qual grupo o participante da pesquisa foi alocado. Caso o paciente pertencesse ao grupo intervenção, se iniciava a entrevista coletando-se os dados sociodemográficos e clínicos, em seguida, aplicava-se a escala MUIS pré intervenção. Após coleta, imediatamente, o entrevistador comunicava sobre o fim da entrevista para central de alocação para que avisasse ao intervencionista que pudesse ir até o paciente;

4 – O intervencionista treinado, recebia a informação a qual paciente deveria aplicar as intervenções: vídeo e infográfico, via central de alocação. Ao finalizar, informava a central de alocação sobre o término dessa etapa;

5 – De forma seguida, a central de alocação entrava em contato novamente com o entrevistador para que retornasse ao paciente e coletasse a escala MUIS após a intervenção, seguindo-se da aplicação das demais escalas de avaliação: IDATE, QV e autoeficácia. No caso dos pacientes do grupo controle, que recebiam as intervenções usuais da unidade, foram coletas dos dados sócio-demográficos e clínicos e as escalas: MUIS, IDATE, QV e autoeficácia, pelo entrevistador;

6 – Os dados foram coletados na sala de reuniões da clínica cirúrgica que fica instalada no mesmo andar da enfermaria cirúrgica, de forma privativa, de modo que outros pacientes hospitalizados na mesma enfermaria não interferissem na coleta das informações. Também era orientado que os participantes evitassem comentar sobre pesquisa com os demais pacientes, a fim de minimizar os riscos de cruzamento de informações entre os participantes;

7 – Por fim, os dados coletados foram entregues ao tabulador dos dados, que não sabia a que grupo os participantes da pesquisa pertenciam para aferir os resultados das escalas, entregando as informações ao estatístico, que também desconhecia a qual grupo os participantes pertenciam, para que realizasse as análises estatísticas.

Figura 8: Esquema do protocolo de coleta de dados.



Importante salientar, que todos os passos descritos ocorreram em sequência. Dessa forma, não havia tempo hábil de seguimento pré-operatório, já que os dados do mapa cirúrgico só eram disponibilizados/acessados na média de tempo de 48 horas antes da cirurgia. Conseqüentemente, impossibilitando encontrar o paciente antes desse período por inacessibilidade aos dados. A justificativa institucional era de que a organização do Centro Cirúrgico funcionava adequadamente neste formato. E, assim, o paciente só era comunicado a respeito de sua cirurgia com pouca antecedência, diminuindo-se a ocorrência de adiamentos por falta de vagas em unidade de terapia intensiva (UTI), falta de recursos humanos e materiais cirúrgicos indisponíveis, assim, evitando gerar expectativas de que sua cirurgia seria realizada no dia informado em casos de cancelamentos. O grupo controle não teve as escalas aferidas em dois momentos, conforme as etapas seguidas no grupo intervenção. Visto que, não seria possível aferir diferença em relação as intervenções usuais oferecidas pela clínica cirúrgica em termos de comparação por temporalidade, no caso pré e pós teste.

4.11.2 Intervencionista

As intervenções neste estudo foram realizadas por colaboradora enfermeira do Hospital Universitário lotada na Clínica Cirúrgica e de outro integrante enfermeiro colaborador da equipe de pesquisa. Os intervencionistas foram submetidos a treinamento contendo: protocolo da intervenção; objetivos, conteúdo e forma da intervenção e instruções específicas para cada sessão da intervenção. Esse treinamento consistiu em momento teórico expositivo, por 45 minutos, ministrada pela pesquisadora principal através de recurso visual em computador. Foram utilizados slides (*Power Point*, versão 10), em sala reservada com a presença dos enfermeiros voluntários. Já a etapa prática do treinamento, consistiu na simulação da aplicação da intervenção acompanhados pelo pesquisador principal para eventuais ajustes.

O treinamento dos intervencionistas ocorreu previamente à coleta de dados, em momento agendado conforme disponibilidade dos colaboradores. O treinamento foi realizado, individualmente, com duração de 45 min. Semanalmente, o pesquisador principal se dispôs aos intervencionistas para eventuais esclarecimentos e ajustes com objetivo de garantir a precisão das etapas.

4.12 CEGAMENTO

Para a avaliação das diferenças resultantes da intervenção investigada no estudo é fundamental proteger o estudo de fatores que possam influenciar no resultado e que não são associados exclusivamente a intervenção. Nesse contexto, para os ensaios clínicos o cegamento é tão importante quanto a aleatorização. Sabe-se que o cegamento previne os vieses oriundos de efeitos subconscientes (HULLEY et al., 2008), os quais podem afetar a alocação, a avaliação ou a adesão do participante.

A técnica de cegamento ou ocultamento (*blinding*) tem o objetivo de evitar que os participantes saibam o tratamento que é administrado (SCHULZ, K.F.; GRIMES, D.A., 2002). A principal justificativa é gerar o potencial viés que ocorre quando todas as pessoas envolvidas no ensaio conhecem qual é o tratamento que o paciente está recebendo. Enfim, o cegamento pode referir-se ao voluntário participante, ao grupo de profissionais que aplica o tratamento, ao avaliador/pesquisador e ao estatístico.

Considerando que as intervenções selecionadas para o presente estudo são de caráter educativo, não há como cegar os participantes da pesquisa e o intervencionista. Isso ocorre por não existir ação educativa, sem educação, no caso, há a transmissão de informações (conhecimento/saber). Enquanto, o grupo controle é caracterizado pela ausência da intervenção em estudo ou recebimento dos cuidados habituais oferecidos pelo local que está sendo feita a pesquisa. Nessa situação, não existe um placebo totalmente igual (GUIMARÃES et al., 2014). Entretanto, o protocolo do estudo preservou o cegamento do tabulador dos dados e do estatístico.

4.13 MÉTODOS ESTATÍSTICOS

Os dados coletados foram digitados em planilhas do Excel (Microsoft v. 10) e validados por dupla digitação. Em seguida, foram transferidos para o software R versão 4.3. para proceder com as análises estatísticas.

Foram realizadas análises descritivas dos dados, utilizando-se frequência absoluta, frequência relativa, média e desvio padrão para todas as variáveis sociodemográficas e clínicas tanto para pacientes, quanto para os cuidadores participantes. Também foram realizadas as

frequências cruzadas das variáveis sociodemográficas e cada um dos grupos (intervenção e controle) com o resultado do teste qui-quadrado (χ^2).

Nos dados referentes à aplicação das escalas EORTC QLQ (qualidade de vida), IDATE (ansiedade), autoeficácia e MUIS (incerteza) foram utilizados os testes estatísticos de normalidade de Shapiro-Wilk; Análise não paramétrica (U de Mann-Whitney e H de Kruskal-Wallis) para identificar possíveis diferenças nos resultados da qualidade de vida, ansiedade, incerteza e autoeficácia entre os grupos (intervenção e controle) e entre as variáveis sociodemográficas e clínicas; e, o teste de Q-Qplot para ajuste de variáveis. Serão considerados as associações estatísticas com p valor < 0,05.

Através do teste de Correlação de Spearman, foram realizados cruzamentos para identificar associações entre as escalas: ansiedade x autoeficácia; ansiedade estado x EORTC/sub escalas (qualidade de vida, sintomas e funcional); ansiedade traço x autoeficácia; ansiedade traço x EORTC e sub escalas (qualidade de vida, sintomas e funcional); autoeficácia x sub escalas (qualidade de vida, sintomas e funcional); incerteza x EORTC e sub escalas; incerteza x ansiedade estado; incerteza x ansiedade traço; incerteza x autoeficácia.

4.14 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – PACIENTE

Foi construído um instrumento de coleta de dados visando o atendimento aos objetivos do estudo, uma vez que não há um instrumento validado que atenda as diferentes finalidades da pesquisa (Apêndice D). Para a construção do instrumento, baseou-se nas informações sociodemográficas comuns nas pesquisas de censo (IBGE, 2016). Os dados clínicos dos pacientes pré-cirúrgicos, basearam-se em estudo sobre a percepção do enfermeiro sobre a visita de enfermagem pré-operatória (FILHO, BATISTA, CRUZ, 2019) e em *Check List* de visitas pré-operatórias de enfermagem (JUNIOR et al., 2020). A escolha das escalas de avaliação da ansiedade, qualidade de vida e autoeficácia, basearam-se nos pressupostos da TID, por terem correspondência aos elementos da teoria.

Este instrumento foi submetido a avaliação por 7 juízes especialistas no atendimento ao paciente cirúrgico com expertise no trabalho com Teorias de Enfermagem e desenvolvimento de materiais educativos em enfermagem. Também participou da validação uma revisora da área da linguística, verificando os conteúdos em português. Foi solicitado aos juízes a leitura do projeto que tratava do assunto em material anexo, a fim de melhor compreensão do referencial

teórico utilizado no estudo. Também foram solicitadas aos juízes a apreciação do conteúdo do instrumento de coleta de dados e do material sobre intervenções de enfermagem (validação de conteúdo), bem como sugestões e comentários acerca dos itens do instrumento e das escalas a serem utilizadas. Os juízes foram esclarecidos que tinham liberdade para sugerir excluir, incluir ou modificar qualquer item que achasse pertinente.

Também foi solicitado aos juízes avaliadores do instrumento, que verificassem os aspectos relativos à clareza de linguagem, pertinência prática, relevância teórica, e dimensão teórica. O juiz deveria assinalar o quesito que melhor representasse o item analisado, bem como incluir sugestões para aperfeiçoamento do instrumento.

A respeito do critério de **clareza de linguagem**, considerou-se a linguagem utilizada nos itens, tendo em vista as características da população alvo. A **pertinência prática** analisou se cada item foi elaborado de forma a avaliar o construto de interesse em uma determinada população. Na **relevância teórica** foi considerado o grau de associação entre o item e a teoria. Analisou-se se o item se relacionava ao construto de interesse. A **dimensão teórica** averiguou a adequação de cada item à teoria estudada. Na análise do vídeo educativo por juízes, o índice médio foi $> 93,75\%$, enquanto pelo público-alvo, foi $> 93,33\%$. Quanto ao infográfico, pelos juízes, dois itens obtiveram índice $< 80\%$ e o restante foi $> 87,50\%$. Conforme (Apêndice G). As sugestões dos juízes foram majoritariamente acatadas, exceto acrescentar informações referentes ao tipo de anestesia e acrescentar os riscos relacionados ao procedimento cirúrgico. Devido as características do material educativo, no formato infográfico, não foi adequado o acréscimo de mais informações, já que ultrapassaria a finalidade do material em seu caráter objetivo, com textos pequenos.

Os materiais educativos também foram aplicados ao público alvo, composto por 10 pacientes, os quais apresentaram índices de validade de conteúdo $> 93,33\%$.

Ao final, então, o instrumento de coleta de dados construído (Apêndice D) foi composto por identificação, dados sóciodemográficos e clínicos, constando informações a respeito da idade em anos, religião, grau de escolaridade, ocupação, estado civil, renda familiar em salários mínimos, comorbidades, tratamentos oncológicos em curso ou já realizados, tempo do diagnóstico, diagnóstico médico, procedimento cirúrgico a ser realizado, uso de medicamentos, entre outras informações a respeito dessa categoria. A segunda parte do instrumento foi composta pelas escalas de avaliação: Escala da Incerteza na doença (MUIS), questionário de

qualidade de vida (EORTC QLQ-C30), questionário de autoavaliação para traço de ansiedade (IDATE) e escala de autoeficácia. Todas as escalas foram autoaplicadas pelo paciente.

Quando necessário também foram consultados os dados do paciente através do prontuário.

4.15 APLICAÇÃO DAS ESCALAS

4.15.1 Instrumento MUIS

A escala da Incerteza na doença de Mishel-MUIS (Anexo A) contém 30 itens, que aferem quatro dimensões da incerteza na doença: imprevisibilidade, complexidade, ambiguidade e falta de informação. As pontuações variam de 30 a 150 pontos sendo que a escala foi definida em três níveis de pontuações: baixa (30-70 pontos), moderada (71 a 110 pontos) e alta incerteza (111 a 150 pontos). Quanto maior a pontuação, maior a incerteza do paciente ou familiar em relação a doença.

A escala foi construída e adaptada de acordo com a referência da autora elaborado em 1981. A escala da incerteza na doença é um instrumento com grande variedade de aplicações, sendo utilizada na aferição dos níveis de incerteza na doença. Integra 30 itens, que contém respostas sendo pontuadas de um a cinco pontos, onde: 1 corresponde ao "discordo totalmente", 2 "discordo", 3 "indeciso", 4 "concordo" e 5 "concordo totalmente". O grau de incerteza na doença pode variar de 30 a 150 pontos no escore total, sendo que quanto maior a pontuação maior o grau de incerteza na doença. A escala é baseada em quatro afirmações teóricas: ambiguidade, falta de clareza, falta de informação e imprevisibilidade, estas afirmações representam as formas de manifestação da incerteza (BAYLE JR.; STEWART, 2011). É possível apenas uma resposta para cada item da escala.

Os quatro domínios das afirmações teóricas são:- Ambiguidade, Falta de clareza, Falta de informação e Imprevisibilidade. Quanto ao domínio Ambiguidade, foram alocados 13 itens, no Falta de clareza há 8 itens, Falta de informação 5 itens e Imprevisibilidade 4 itens. Há também a presença de 11 itens reversos, os quais estão misturados na escala a fim de garantir a confiabilidade. Tais itens foram devidamente identificados na escala e pontuados inversamente aos valores habituais. Os itens considerados reversos foram: 6, 7, 10, 12, 17, 21, 22, 25, 27, 28 e 30.

4.15.2 Instrumento IDATE

Para avaliação da ansiedade, foi utilizado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) (Anexo B), sendo este instrumento traduzido e validado no Brasil por Biaggio e Natalicio (1979). Este instrumento constitui-se de um questionário autoaplicado composto de duas subescalas distintas usadas para avaliar o estado e o traço de ansiedade.

A subescala Ansiedade-Estado avalia como o indivíduo sente-se em um momento particular no tempo e a subescala, a Ansiedade-Traço, já revela como ele geralmente se. As duas subescalas são pontuadas separadamente, sendo o escore mínimo e máximo de 20 e 80 para cada uma delas. Cada subitem pode ser pontuado de 1 a 4 onde: 1- Quase nunca, 2- Às vezes, 3- Frequentemente, 4- Quase sempre.

É considerado como baixo nível de ansiedade os valores entre 20 e 30; médio entre 31 e 49 e alto iguais ou maiores que 50 (BARROS, 2011). Cada parte consiste em 20 afirmações descritivas de sentimentos pessoais, os quais os sujeitos graduam em relação à intensidade com que estão ocorrendo naquele momento (parte I) ou em relação à frequência com que ocorrem geralmente (parte II), através de uma escala que varia de 1 a 4 pontos.

4.15.3 Instrumento EORTC QLQ-C30

O Questionário de Qualidade de Vida – EORTC-QLQ-30 (EORTC Quality of Life Questionnaire) (Anexo C), criado pela Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer (European Organization for Research and Treatment of Cancer) a partir de um programa de pesquisa iniciado em 1986 com intuito de desenvolver uma abordagem integrada especificamente para avaliar a qualidade de vida de pacientes portadores de câncer (SPRANGERS et al., 1998). Atualmente, é um dos instrumentos mais aplicados mundialmente em estudos clínicos (FAYERS, P; BOTTOMLEY, A., 2002). Esse questionário possui propriedades psicométricas adequadas, com reprodutibilidade e validade já demonstradas em diversas línguas (SPRANGERS et al., 1998).

O questionário geral (EORTC QLQ-C30) foi utilizado no presente estudo para mensurar a qualidade de vida dos pacientes. Ele inclui 30 perguntas relacionadas a cinco escalas funcionais (física, funcional, emocional, social e cognitiva), uma escala sobre o estado de saúde

global, três escalas de sintomas (fadiga, dor e náuseas/vômitos) e seis itens de sintomas adicionais (dispneia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia e dificuldades financeiras).

A pontuação é obtida de acordo com o tipo de resposta escolhida pelo paciente. As opções permitidas pelo questionário são "não" (um ponto), "pouco" (dois pontos), "moderadamente" (três pontos) ou "muito" (quatro pontos). Nas duas questões referentes à escala de estado de saúde global, as opções de escolha variam de um (péssima) a sete pontos (ótima). Os escores do questionário variam de 0 a 100. Em relação às escalas funcionais e de estado de saúde global, maiores pontuações relacionam-se a melhor qualidade de vida; porém, para as escalas de sintomas, maiores pontuações correspondem a maior presença do referido sintoma e, conseqüentemente, a pior qualidade de vida.

4.15.4 Escala de Autoeficácia

A autoeficácia é definida por crenças na autocapacidade de organizar-se, executar ações que gerem reações, como um fator cognitivo que ocorre entre a interação entre fatores pessoais, fatores externos e comportamentais e aspectos sociais. Em resumo, a autoeficácia é determinada por uma crença dependente das experiências pessoais, a capacidade de aprender com experiências alheias, a percepção social, na qual o ambiente social produz a crença na pessoa de que ela pode modificar sua situação e por fim, o estado físico e emocional (POLYDORO, CASANOVA, 2010).

A ausência ou a pouca autoeficácia, associa-se positivamente ao aumento dos níveis de ansiedade, depressão, solidão e baixa autoestima (CASTRO; PINTO; PONCIANO, 2009).

A Escala de Autoeficácia Geral (GSES) de Schwarzer e Jerusalem (2000) apresenta-se como um importante instrumento no âmbito da avaliação psicológica e da promoção da saúde (Anexo D). A versão da GSES utilizada neste estudo foi a brasileira de Teixeira e Dias (2005). Trata-se da versão de validação do instrumento para a população brasileira em termos de procedimentos de resposta, esta pode ser auto-administrada e é de preenchimento breve. A chave de respostas possui quatro pontos: 1 = “Discordo totalmente”; 2 = “Discordo na maior parte”; 3 = “Não concordo nem discordo”; 4 = “Concordo na maior parte”; e 5 = “Concordo totalmente”. O total da escala resulta da soma dos valores de todos os itens. Quanto maior o valor, maior é a autoeficácia geral percebida.

4.16 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - CUIDADOR

Após o período de consulta com o paciente com câncer a ser submetido à cirurgia para retirada de órgão, o pesquisador abordou o cuidador, obtendo seu consentimento (TCLE) (Apêndice E) e aplicando o instrumento de coleta de dados da pesquisa.

O instrumento de coleta de dados do cuidador (Apêndice F) foi construído de modo semelhante ao do paciente, no qual a estrutura inicial era composta por dados sociodemográficos e clínicos. A segunda parte, composta por questões que avaliaram os padrões de enfrentamento baseados nos pressupostos da TID. Por fim, a última parte, mensurou o nível de incerteza através da escala da incerteza na doença de Mishel para membro familiar ou cuidador, Mishel Uncertainty in Illness Scale for Family Members (MUIS-A) (BARBOSA, 2012), na qual era auto-aplicada pelo cuidador.

4.16.1 MUIS para o cuidador (MUIS-A)

A escala da incerteza na doença de Mishel para o acompanhante (Anexo E) foi validada para uso no Brasil (BARBOSA, 2012) com objetivo de aplicação em familiares de pessoas com paraplegia, ou seja, ela avalia a incerteza do familiar diante da demência do ente. A escala auto-aplicável é constituída por 31 itens com respostas do tipo *likert* de 1 a 5. A sua pontuação total varia entre 31 e 155 pontos, quanto maior a pontuação, maior a incerteza.

A MUIS-A foi estruturada distribuindo os 31 itens em quatro domínios ou sub/escalas: ambiguidade, falta de informação, falta de clareza e imprevisibilidade. A distribuição em quatro domínios permite identificar separadamente em qual domínio predomina a maior incerteza.

De acordo com Barbosa (2012) o domínio ambiguidade constitui-se por 13 itens (3, 4, 8, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24 e 25) os quais produzem de 13 a 65 pontos. As questões de ambiguidade são delineadas genericamente à incerteza, no entanto, definem a falta de habilidade em tomar decisões. Fatores como a falta ou imprecisão de informações sobre o planejamento e a implantação do cuidado oferecido ao paciente.

O domínio falta de clareza possui 9 itens (2, 5, 6, 7, 9, 10, 14, 29 e 31) incluindo as explicações incompletas ou a incompreensão relacionada com as informações falhas fornecidas pela equipe ou baixo grau de escolaridade do familiar. A pontuação desses itens varia entre 9 a 45.

Já o domínio falta de informação compreende os itens (1, 12, 26, 28 e 30) os quais incluem as informações que não são compreendidas ou fornecidas. Barbosa (2012) explica que isso pode ocorrer quando o diagnóstico é incerto ou a gravidade da doença ainda é desconhecida. Os pontos para a falta de clareza variam entre 5 e 25 pontos.

Por fim, o domínio imprevisibilidade envolve os itens (11, 19, 23 e 27), esses quatro itens variam entre 4 e 20 pontos. Os itens indicam a incapacidade de prever os sintomas ou a evolução da doença. Para Barbosa (2012) este domínio é incrementado quando o paciente está hospitalizado ou o cuidador/familiar não atuam por longos períodos diretamente no cuidado.

4.17 QUESTÕES ÉTICAS

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília sob o parecer 3.803.488 e CAAE: 17580719.5.0000.0030 (Anexo F). O estudo também foi registrado na plataforma de Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos sob **Número do UTN:** U1111-1258-6352. O estudo só foi iniciado, após obtenção da aprovação pelo comitê de ética e do registro na plataforma brasileira de ensaios clínicos (REBEC – Anexo G).

Não foram oferecidas recompensas ou incentivos financeiros aos participantes da pesquisa. O sigilo dos participantes quanto à suas identidades foram mantidas, sendo divulgados os dados apenas nos meios acadêmicos oficiais. A unidade em que a pesquisa se relaciona diretamente receberá relatórios indiciando o avanço da pesquisa.

Todos os dados da participação do paciente/cuidador neste estudo serão documentados e mantidos confidencialmente, não havendo nenhuma forma de identificação em relação a sua participação, ficando todas as suas informações pessoais e/ou de identificação em sigilo com os pesquisadores, podendo os dados não identificados ser publicados em revistas ou congressos científicos.

Foi assegurado ao participante, a desistência a qualquer momento da pesquisa, sem nenhum prejuízo.

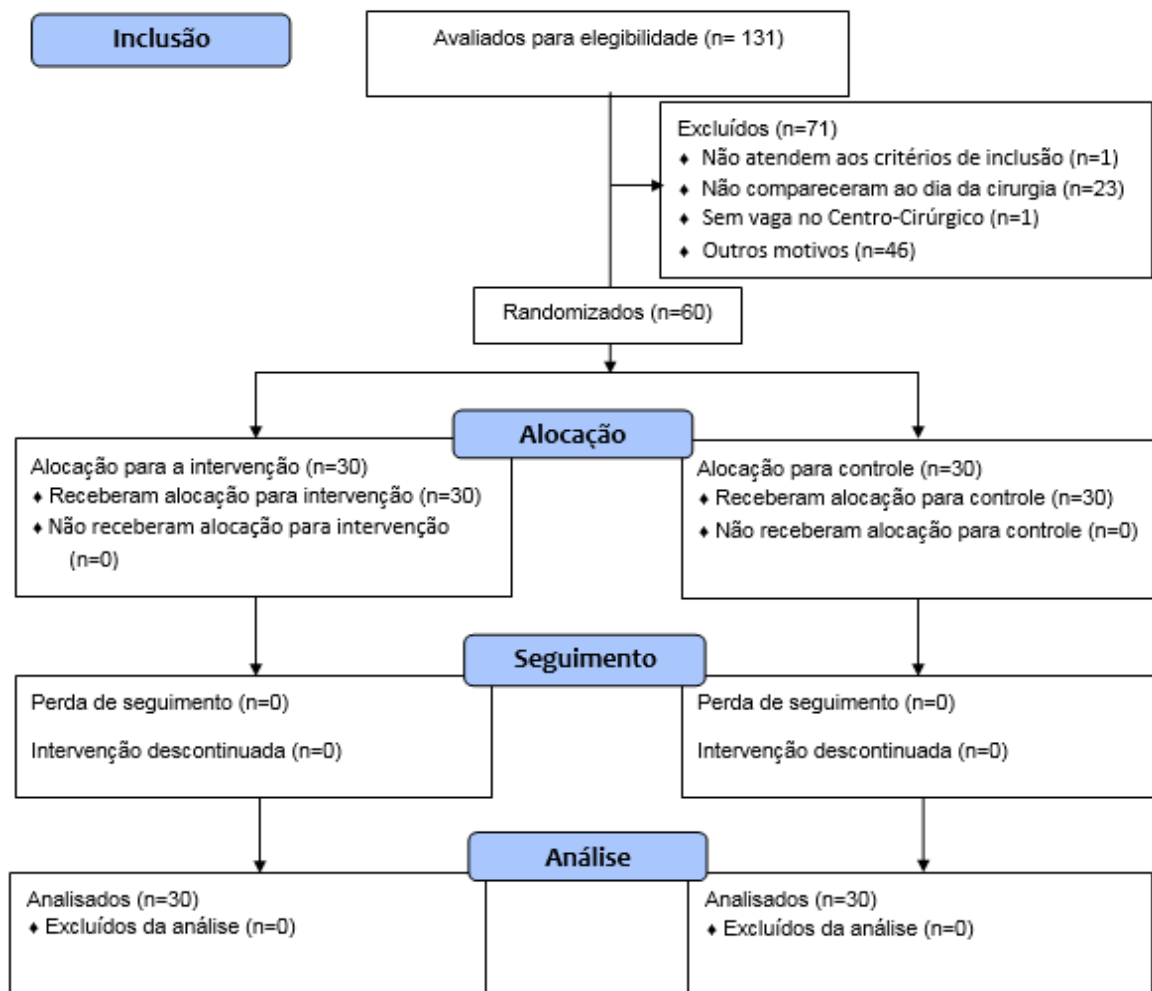
5. RESULTADOS

Esse capítulo traz os resultados das variáveis aferidas nesse estudo. Primeiramente, será apresentado o fluxo dos participantes, a caracterização sociodemográfica e clínico-epidemiológica dos participantes e a avaliação dos participantes a partir das escalas aplicadas. Em seguida, o fluxograma dos cuidadores participantes do estudo, a caracterização sociodemográfica e clínico-epidemiológica dos cuidadores e a avaliação da incerteza aferida nesse público.

5.1 FLUXO DE PARTICIPANTES

A Figura 09 a seguir apresenta o diagrama de fluxo do estudo contendo inclusão, aleatorização, seguimento e análise.

Figura 09 - Fluxograma do estudo, pré-seleção, inclusão e retenção, segundo CONSORT-SPI 2018. Brasília, janeiro a maio de 2022.



Fonte: Dados da pesquisa.

Durante os meses de janeiro a maio de 2022, conforme descrito anteriormente no método, os participantes foram recrutados a partir do mapa cirúrgico. Havia 131 pacientes avaliados para elegibilidade, os quais 71 foram excluídos, sendo 1 por não atender aos critérios de inclusão, 23 por não comparecerem no dia da cirurgia, 1 por falta de vaga no centro cirúrgico e 46 por outros motivos (incompatibilidade de horário entre os participantes e a equipe de pesquisa e ausência de vagas na UTI). Então, foram aleatorizados 60 pacientes, os quais 30 foram alocados no grupo intervenção, para intervenção (I) + tratamento usual (TU) e 30 pacientes alocados no grupo controle que receberam tratamento usual (TU). Conforme já citado nos métodos, não houve seguimento dos pacientes, já que a intervenção era realizada apenas uma vez no pré-operatório imediato e mensurada logo em seguida. Por fim, foram analisados 30 pacientes no grupo intervenção e 30 pacientes no grupo controle dos quais nenhum foi excluído da análise.

5.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

5.2.1 Caracterização Sociodemográfica

A Tabela 1 apresenta a divisão dos participantes do estudo em total, grupo intervenção e grupo controle a fim de demonstrar os resultados dos testes estatísticos comparativos entre os grupos. Foi realizado o teste qui-quadrado a partir das frequências cruzadas para os grupos intervenção e controle e as variáveis sociodemográficas. Observa-se através dos p valores obtidos que não houve diferença com significância estatística entre os grupos para cada uma das variáveis. Logo, os grupos mostraram-se homogêneos em relação às variáveis sociodemográficas, sendo as características de ambos os grupos comparáveis.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes (N = 60). Brasília, DF, janeiro a maio de 2022.

(continua)

Variáveis	Total	Grupo Intervenção	Grupo Controle	p
	N = 60	n = 30	n = 30	
Idade (anos) média±DP	59,02±12,80	59,00±12,02	59,03 ±13,71	0,86 ^{&}
Intervalo de confiança*	55,8 - 62,3	54,7 - 63,3	54,1 - 63,9	—
Faixa Etária n (%)				
31 - 40	4 (6,67)	0 (0,0)	4 (6,67)	
41 - 50	13 (21,67)	9 (15,00)	4 (6,67)	
51 - 60	14 (23,33)	8 (13,33)	6 (10,00)	0,16 ⁺
61 - 70	16 (26,67)	7 (11,67)	9 (15,00)	
71 - 80	13 (21,67)	6 (10,00)	7 (11,67)	

Variáveis				(Conclusão)	
	Total	Grupo Intervenção	Grupo Controle	P	
	N = 60	n = 30	n = 30		
Gênero n (%)					
Masculino	19 (31,67)	11 (18,33)	8 (13,33)	0,58 ⁺	
Feminino	41 (68,33)	19 (31,67)	22 (36,67)		
Estado Civil n (%)					
Solteiro	12 (20,0)	6 (10,00)	6 (10,00)	0,48 ⁺	
Casado	28 (46,67)	14 (23,33)	14 (23,33)		
Divorciado	8 (13,33)	2 (3,33)	6 (10,00)		
União estável	8 (13,33)	5 (8,33)	3 (5,00)		
Viúvo	4 (6,67)	3 (5,00)	1 (1,67)		
Etnia n (%)					
Negro	12 (20,0)	9 (15,00)	3 (5,00)		0,15 ⁺
Branco	22 (36,67)	10 (16,67)	12 (20,00)		
Pardo	26 (43,33)	11 (18,33)	15 (25,00)		
Escolaridade n (%)					
Fundamental incompleto	22 (36,67)	12 (20,0)	10 (16,67)	0,85 ⁺	
Fundamental	11 (18,33)	5 (8,33)	6 (10,00)		
Médio incompleto	1 (1,67)	1 (1,67)	0 (0,00)		
Médio	14 (23,33)	6 (10,00)	8 (13,33)		
Superior	9 (15,00)	4 (6,67)	5 (8,33)		
Pós-graduação	3 (5,00)	2 (3,33)	1 (1,67)		
Ocupação n (%)					
Ativo (a)	25 (41,67)	14 (23,33)	11 (18,33)	0,31 ⁺	
Auxílio-doença	3 (5,00)	2 (3,33)	1 (1,67)		
Aposentado (a)	28 (46,67)	13 (21,67)	15 (25,00)		
Desempregado (a)	3 (5,00)	0 (0,00)	3 (5,00)		
Pensionista	1 (1,67)	1 (1,67)	0 (0,00)		
Renda n (%)					
< 1 salário	1 (1,67)	0 (0,00)	1 (1,67)	0,53 ⁺	
1 a 2 salários	40 (66,67)	20 (33,33)	20 (33,33)		
3 a 5 salários	18 (30,00)	10 (16,67)	8 (13,33)		
>5 salários	1 (1,67)	1 (1,67)	1 (1,67)		
Religião n (%)					
Católico	38 (63,33)	23 (38,33)	15 (25,00)	0,08 ⁺	
Protestante	17 (28,30)	5 (8,30)	12 (20,00)		
Espírita	3 (5,00)	2 (3,33)	1 (1,67)		
Nenhuma	2 (3,33)	0 (0,00)	2 (3,33)		

DP = Desvio Padrão. * IC de 95%. ⁺ Qui-quadrado & Mann-whitney.

Fonte: dados da pesquisa.

A média de idade dos participantes foi de 59,02±12,80 anos, porém a faixa etária predominante para o total foi de 61 a 70 anos (26,67%), mais da metade foram mulheres 41 (68,33%) e casadas (46,67%) ou em união estável (13,33%). A etnia predominante foi parda

(43,33%). Quanto ao nível de escolaridade, os participantes possuíam baixa escolaridade, sendo 36,67% com fundamental incompleto e 18,33% com fundamental. A predominância dos participantes foi aposentada (46,67%) com renda de um a dois salários-mínimos. Por fim, o equivalente a 63,33% foram católicos.

5.2.2 Caracterização clínico-epidemiológica

O quadro clínico-epidemiológico dos participantes foi investigado e os resultados para as características referentes ao câncer foram representados na Tabela 2.

Tabela 2. Características clínico-epidemiológicas de câncer dos participantes (N = 60). Brasília, DF, janeiro a maio de 2022.

(continua)

Variáveis	Total	Grupo Intervenção	Grupo Controle	p ⁺
	N = 60	n = 30	n = 30	
Diagnóstico médico n (%)				
Neoplasia maligna de mama	16 (26,23)	5 (8,20)	11 (18,03)	
Neoplasia maligna de intestino	12 (19,67)	7 (11,48)	5 (8,20)	
Neoplasia maligna de colo de útero	7 (11,48)	4 (6,56)	3 (4,92)	
Neoplasia maligna de estômago	5 (8,20)	4 (6,56)	1 (1,64)	
Neoplasia maligna de bexiga	4 (6,56)	2 (3,28)	2 (3,28)	
Neoplasia maligna de próstata	4 (6,56)	1 (1,64)	3 (4,92)	
Neoplasia maligna de pulmão	3 (4,92)	1 (1,64)	2 (3,28)	
Neoplasia maligna de pâncreas	3 (4,92)	3 (4,92)	0 (0,00)	0,26
Neoplasia maligna do rim	2 (3,28)	2 (3,28)	0 (0,00)	
Neoplasia maligna dos tecidos conjuntivos e outros moles	1 (1,64)	0 (0,0)	1 (1,64)	
Neoplasia maligna do fígado	1 (1,64)	1 (1,64)	0 (0,0)	
Neoplasia maligna do ovário	1 (1,64)	1 (1,64)	0 (0,0)	
Neoplasia maligna das vias biliares extra hepáticas	1 (1,64)	0 (0,0)	1 (1,64)	
Neoplasia benigna do pâncreas	1 (1,64)	0 (0,0)	1 (1,64)	
Tempo do diagnóstico n (%)				
< 3 meses	22 (36,67)	16 (26,67)	6 (10,0)	
4 meses a 1 ano	20 (33,33)	6 (10,0)	14 (23,33)	0,02
> 1 ano	18 (30,0)	8 (13,33)	10 (16,67)	
QT/RT/HT* n (%)				
Sim	13 (21,67)	5 (8,33)	8 (13,3)	0,53
Não	47 (78,33)	25 (41,67)	22 (36,67)	

Variáveis	(conclusão)			p ⁺
	Total	Grupo Intervenção	Grupo Controle	
	N = 60	n = 30	n = 30	
Procedimento cirúrgico n (%)				
Mastectomia	16 (25,40)	5 (7,94)	11 (17,46)	
Retossigmoidectomia	10 (15,87)	6 (9,52)	4 (6,35)	
Histerectomia e retirada do ovário	7 (11,11)	4 (6,35)	3 (4,76)	
Gastrectomia	5 (7,94)	4 (6,35)	1 (1,59)	
Prostatectomia	4 (6,35)	1 (1,59)	3 (4,76)	
Cistectomia	4 (6,35)	2 (3,17)	2 (3,17)	
Lobectomia pulmonar	3 (4,76)	1 (1,59)	2 (3,17)	0,54
Pancreatectomia	3 (4,76)	2 (3,17)	1 (1,59)	
Duodenopancreatectomia	3 (4,76)	2 (3,17)	1 (1,59)	
Nefrectomia	2 (3,17)	2 (3,17)	0 (0,0)	
Toracectomia	1 (1,59)	0 (0,0)	1 (1,59)	
Hepatectomia	1 (1,59)	1 (1,59)	0 (0,0)	
Hemicolectomia/colectomia	1 (1,59)	0 (0,0)	1 (1,59)	
Sítio primário do câncer n (%)				
Mama	15 (25,0)	4 (6,67)	11 (18,33)	
Intestino	12 (20,0)	7 (11,67)	5 (8,33)	
Colo do útero	7 (11,67)	4 (6,67)	3 (5,0)	
Próstata	5 (8,33)	2 (3,33)	3 (5,0)	
Estômago	5 (8,33)	4 (6,67)	1 (1,67)	
Bexiga	4 (6,67)	2 (3,33)	2 (3,33)	0,47
Pulmão	4 (6,67)	2 (3,33)	2 (3,33)	
Pâncreas	4 (6,67)	3 (5,0)	1 (1,67)	
Fígado, vias biliares	2 (3,33)	1 (1,67)	1 (1,67)	
Tecidos moles	1 (1,67)	0 (0,0)	1 (1,67)	
Rim	1 (1,67)	1 (1,67)	0 (0,0)	
Antecedentes cirúrgicos n (%)				
Sim	41 (68,33)	21 (35,0)	20 (33,33)	1,00
Não	19 (31,67)	9 (15,0)	10 (16,67)	
Recidiva n (%)				
Sim	8 (13,33)	4 (6,67)	4 (6,67)	1,00
Não	52 (86,67)	26 (43,33)	26 (43,33)	
Cuidados paliativos n (%)				
Sim	3 (5,0)	1 (1,67)	2 (3,33)	1,00
Não	57 (95,0)	29 (48,33)	28 (46,67)	

* QT = quimioterapia, RT = radioterapia e HT = hormonioterapia. ⁺ Teste Qui-quadrado.

Fonte: dados da pesquisa.

A partir da tabela 2, observa-se que as características dos dois grupos de estudo são comparáveis, pois somente há diferenças significativas na variável tempo de diagnóstico. Conforme os p-valores observa-se que somente há significância entre o tempo de diagnóstico e

os grupos, ou seja, a depender do grupo que o paciente faça parte, o tempo de diagnóstico é afetado. Tendo uma predominância para diagnósticos superiores a 4 meses no grupo controle e em diagnósticos menores que 3 meses no grupo intervenção (26,67% menor que 3 meses para o grupo intervenção e 23,33% entre 4 meses a 1 ano para o grupo controle).

Conforme evidenciado na tabela 2, a neoplasia de mama foi o diagnóstico médico mais prevalente na amostra com 26,23%; 36,67% dos participantes foram diagnosticados com câncer há menos de três meses da internação para a cirurgia, enquanto que 30% da amostra com tempo superior há um ano.

Com relação ao tratamento da doença, 78,33% dos participantes não realizaram quimioterapia, radioterapia ou hormonioterapia. Contudo, treze procedimentos cirúrgicos emergiram como forma de tratamento para os participantes com câncer com prevalência da mastectomia (25,4%). Conseqüentemente, o sítio primário do câncer predominante foi a mama (25,0%). Por fim, mais da metade dos pacientes continham antecedentes cirúrgicos (68,33%), 13,33% teve recidiva do câncer e apenas 5,0% estava em tratamento por cuidados paliativos.

Já em relação às variáveis clínicas, os dados referentes às outras comorbidades diferentes do câncer estão representados na Tabela 3 a seguir, juntamente com as frequências cruzadas das variáveis, dos grupos e o do resultado do teste de qui-quadrado.

Tabela 3. Características clínico-epidemiológicas dos participantes (N = 60). Brasília, DF, janeiro a maio de 2022.

Variáveis	Total	Grupo Intervenção	Grupo Controle	p ⁺
	N = 60	n = 30	n = 30	
(continua)				
Comorbidades n (%)				
Sim	45 (75,0)	20 (33,33)	25 (41,67)	0,08
Não	15 (25,0)	10 (16,67)	5 (8,33)	
Número de comorbidades n (%)				
Nenhuma	16 (26,67)	11 (18,33)	5 (8,33)	0,21
1 a 2	40 (66,67)	17 (28,33)	23 (38,33)	
3 a 5	4 (6,67)	2 (3,33)	2 (3,33)	
Tipo de comorbidade n (%)				
Hipertensão	33 (47,83)	16 (23,19)	17 (24,64)	0,92
Diabetes <i>Mellitus</i>	15 (21,74)	6 (8,70)	9 (13,04)	
Cardiopatia	6 (8,70)	2 (2,90)	4 (5,80)	
Hipo/hipertiroidismo	3 (4,35)	1 (1,45)	2 (2,90)	
Dislipdemia	2 (2,90)	1 (1,45)	1 (1,45)	

Variáveis	(conclusão)			
	Total N = 60	Grupo Intervenção n = 30	Grupo Controle n = 30	
Tipo de comorbidade n (%)				
Lupus	2 (2,90)	1 (1,45)	1 (1,45)	0,92
Artrose	2 (2,90)	1 (1,45)	1 (1,45)	
Diverticulite	1 (1,45)	1 (1,45)	0 (0,00)	
Insuficiência vascular	1 (1,45)	0 (0,00)	1 (1,45)	
Esclerose sistêmica	1 (1,45)	0 (0,00)	1 (1,45)	
Enxaqueca	1 (1,45)	0 (0,00)	1 (1,45)	
Insônia	1 (1,45)	0 (0,00)	1 (1,45)	
Bronquite	1 (1,45)	0 (0,00)	1 (1,45)	
Uso de medicamentos n (%)				
Sim	39 (65,0)	19 (31,67)	20 (33,33)	1,00
Não	21 (35,0)	11 (18,33)	10 (16,67)	
Classe de medicamentos n (%)				
Anti-hipertensivo	5 (41,67)	2 (16,67)	3 (25,0)	0,34
Anticolesterolêmico	1 (8,33)	0 (0,00)	1 (8,33)	
Antireumático	2 (16,67)	2 (16,67)	0 (0,00)	
Insulina	1 (8,33)	1 (8,33)	0 (0,00)	
Hormônio da tireóide	1 (8,33)	1 (8,33)	0 (0,00)	
Suplementos vitamínicos e minerais	1 (8,33)	1 (8,33)	0 (0,00)	
Opióide	1 (8,33)	0 (0,0)	1 (8,33)	
Vícios n (%)				
Sim	14 (23,33)	10 (16,67)	4 (6,67)	0,07
Não	46 (76,67)	20 (33,33)	26 (43,33)	
Transtornos psicológicos n (%)				
Sim	32 (53,33)	15 (25,0)	17 (28,33)	0,46
Não	28 (46,67)	15 (25,0)	13 (21,67)	
Tipo de transtornos psicológicos n (%)				
Ansiedade	29 (70,73)	15 (36,58)	14 (34,15)	0,08
Depressão	12 (29,27)	2 (4,87)	10 (24,4)	
Necessita de cuidador n (%)				
Sim	1 (1,67)	0 (0,0)	1 (1,67)	1,00
Não	59 (98,33)	30 (50,0)	29 (48,33)	

⁺ Teste Qui-quadrado.

Fonte: dados da pesquisa.

Sem distinção entre os grupos ($p > 0,05$), quanto às comorbidades, 75,0% dos pacientes possuíam comorbidades. A hipertensão, seguida do Diabetes *Mellitus* foram as mais prevalentes. Conseqüentemente, a presença dessas comorbidades pré-existentes, resultou no uso de medicamentos por mais da metade dos (65,0%) participantes. Dentre esses medicamentos, os anti-hipertensivos foram os mais utilizados.

Ainda quanto ao perfil epidemiológico, 76,67% dos participantes declararam não terem vícios. 53,33% relataram transtornos psicológicos, portanto, 70,73% ansiedade e 29,27% depressão. Por fim, entre todos os participantes apenas um apresentava alto nível de dependência de cuidados pelo cuidador.

5.3 AVALIAÇÃO DOS PARTICIPANTES A PARTIR DAS ESCALAS APLICADAS

Nessa seção estão apresentados os resultados obtidos a partir da aplicação das diferentes escalas: estado e traço da ansiedade (IDATE), qualidade de vida (EORTC QLQ-C30), autoeficácia e incerteza na doença (MUIS). As medidas dos escores totais para cada uma das escalas foram mensuradas e testadas estatisticamente quanto a sua significância. Em seguida, foram medidos os escores referentes a cada grupo em separado: grupo intervenção e grupo controle, juntamente com os seus respectivos testes estatísticos. Todos os resultados foram obtidos com intervalo de confiança e $p < 0,05$. Didaticamente, essa seção foi dividida a seguir em cada uma das características avaliadas.

5.3.1 Nível de ansiedade

O inventário de ansiedade IDATE investiga o nível de ansiedade-traço e ansiedade-estado do paciente. Os resultados do inventário são expressos na Tabela 4. A seguir, tem-se o resultado do teste Mann-whitney e os escores do inventário de ansiedade-estado e ansiedade-traço.

Tabela 4. Variáveis contínuas e comparação dos resultados referentes à ansiedade entre os grupos intervenção e controle (N = 60). Brasília, DF, janeiro a maio de 2022.

Variáveis	Total	Grupo Intervenção	Grupo Controle	p*
	N = 60 M, DP, IC	n = 30 M, DP, IC	n = 30 M, DP, IC	
IDATE				
Estado	43,7±6,6 (42,0-45,3)	43,2±6,3 (41,0-45,4)	44,2±7,0 (41,7-46,7)	0,86
Traço	45,3±5,2 (43,9-46,6)	44,1±5,3 (42,2-46,0)	46,4±5,0 (44,6-48,1)	0,04

IDATE – Inventário Traço de Ansiedade; DP – desvio padrão; M – média; IC – intervalo de confiança; p – p valor; *U de Mann-Whitney.

Fonte: dados da pesquisa.

Na avaliação do estado de ansiedade obteve-se o escore médio de 43,7, para ansiedade estado, o que representa um índice médio de ansiedade segundo os parâmetros do IDATE (varia de 20 a 80). Já a ansiedade traço, apresentou escore de 45,3, que também representa um índice médio de ansiedade.

A respeito dos escores médios por grupos, tanto o grupo intervenção quanto o grupo controle apresentaram para ansiedade estado e traço valores médios. Observa-se ainda que os valores médios do grupo controle do inventário de ansiedade estado e traço, foram maiores do que o grupo intervenção.

5.3.2 Nível da qualidade de vida

Considerando que a escala de saúde global, a escala funcional e a escala de sintomas são subdivisões provenientes do mesmo instrumento, o EORTC-QLQ-C30, os resultados para as três escalas foram descritos nessa mesma seção e representados na Tabela 5.

Tabela 5. Variáveis contínuas e comparação dos resultados referentes à qualidade de vida entre os grupos intervenção e controle (N = 60). Brasília, DF, janeiro a maio de 2022.

Variáveis	Total	Grupo Intervenção	Grupo Controle	p*
	N = 60 M, DP, IC	n = 30 M, DP, IC	n = 30 M, DP, IC	
EORTC QLQ-C30				
Escala de saúde global/QoL	72,1±23,3 (66,2-78,0)	73,3±23,9 (64,8-81,9)	70,8±23,0 (62,6-79,1)	0,50
Escala funcional				
Função física	77,2±21,7 (71,7-82,7)	82,7±18,1 (76,2-89,1)	71,8±23,8 (63,3-80,3)	0,06
Desempenho de papel	68,6±34,5 (59,9-77,3)	71,7±30,7 (60,7-82,7)	65,6±38,1 (51,9-79,2)	0,63
Função emocional	58,2±31,9 (50,1-66,3)	65,3±27,6 (55,4-82,7)	51,1±34,8 (38,7-63,6)	0,13
Função cognitiva	71,1±31,3 (63,2-79,0)	79,4±24,6 (70,6-88,3)	62,8±35,2 (50,2-75,4)	0,06
Função social	73,9±34,4 (65,2-82,6)	75,0±32,7 (63,3-86,7)	72,8±36,5 (59,7-85,8)	0,75
Escala de sintomas				
Fadiga	31,1±32,6 (22,9-39,4)	31,5±34,4 (19,2-43,8)	30,7±31,3 (19,6-41,9)	0,89
Náusea e vômito	16,9±29,8 (9,4-24,5)	16,1±27,5 (6,3-26,0)	17,8±32,4 (6,2-29,4)	0,92
Dor	37,5±36,7 (28,2-46,8)	36,1±37,2 (22,8-49,4)	38,9±36,7 (25,8-52,0)	0,77
Dispneia	18,3±32,7 (10,1-26,6)	14,4±28,6 (4,2-24,7)	22,2±36,4 (9,2-35,3)	0,38
Insônia	41,7±41,5 (31,2-52,2)	40,0±38,6 (26,2-53,8)	43,3±44,8 (27,3-59,4)	0,91
Perda de apetite	22,2±36,1 (13,1-31,4)	17,8±35,8 (5,0-30,6)	26,7±36,5 (13,6-39,7)	0,17
Constipação	23,9±34,8 (15,1-32,7)	23,3±34,1 (11,1-35,5)	24,4±36,0 (11,6-37,3)	0,97
Diarreia	12,2±27,4 (5,3-19,1)	12,2±27,0 (2,6-21,9)	12,2±28,3 (2,1-22,4)	1,00
Dificuldade financeira	42,2±42,5 (31,5-53,0)	42,2±42,8 (26,9-57,6)	42,2±42,8 (26,9-57,5)	1,00

EORTC QLQ-C30 – European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire; QoL – Qualidade de vida; DP – desvio padrão; M – média; IC – intervalo de confiança; p – p valor; *U de Mann-Whitney.

Fonte: dados da pesquisa.

Para as variáveis contínuas qualidade de vida, escala funcional e escala de sintomas não foi realizada medidas repetidas (antes e depois) devido à indisponibilidade de tempo entre o recrutamento do participante e a cirurgia. Todos os 30 pacientes do grupo controle e do grupo intervenção completaram as avaliações da escala de qualidade de vida, escala funcional e escala de sintomas a fim de observar como os participantes se comportaram perante as avaliações da qualidade de vida e suas escalas de sintomas e funcional nos grupos que receberam intervenção + TU e apenas TU.

Diante dos p valores obtidos a partir dos testes de Mann-whitney entre os escores do QLC-30 e os grupos, nota-se na tabela acima, que não houve diferença significativa dos escores pelos grupos. Assim, os grupos são homogêneos e os resultados das escalas serão transcritos para o grupo total.

O nível da qualidade de vida quanto a saúde global obtido pelos participantes foi médio superior, $72,1 \pm 23,3$ (IC 66,2-78,0) para o total. Houve um alto desvio padrão.

Já para a avaliação funcional dos participantes foi obtido:

- Função física: os participantes tiveram um alto escore de função física $77,2 \pm 21,7$ (IC 71,7-82,7) para o total da amostra. Apesar do p valor não trazer uma diferença significativa entre os dois grupos, o escore para o grupo intervenção foi 10,9 pontos maior que o do grupo controle e o $p = 0,06$.
- Desempenho de papel: o escore para o total foi mediano, $68,6 \pm 34,5$ (IC 59,9-77,3).
- Função emocional: o índice de função emocional foi intermediário, correspondente a $58,2 \pm 31,9$ (IC 50,1-66,3).
- Função cognitiva: o grupo controle obteve 16,6 pontos inferior ao grupo intervenção com $p = 0,06$ e o escore foi médio superior com $71,1 \pm 31,3$ (IC 63,2-79,0).
- Função social: o escore do total foi médio superior $73,9 \pm 34,4$ (IC 65,2-82,6) com diferença de 2,2 pontos entre cada grupo.

Considerando que o escore para a escala funcional varia de 0 a 100 cujo maior valor representa maior atributo. De modo geral, os valores para a escala funcional foram medianos.

Em contrapartida, para a escala de sintomas um escore alto mensura uma alta sintomatologia. Não houve significância estatística em nenhuma das comparações, mas ressalta-se que foi obtida uma baixa sintomatologia, com escores maiores para dificuldade financeira $42,2 \pm 42,5$ (IC 31,5-53,0) e insônia $41,7 \pm 41,5$ (IC 31,2-52,2) no grupo total.

5.3.3 Nível de autoeficácia

Foram aferidos o nível de autoeficácia para o total, o grupo intervenção e o grupo controle. A Tabela 6 apresenta a comparação dos resultados juntamente com o valor de p.

Tabela 6. Variáveis contínuas e comparação dos resultados referentes à autoeficácia entre os grupos intervenção e controle (N = 60). Brasília, DF, janeiro a maio de 2022.

Variáveis	Total	Grupo Intervenção	Grupo Controle	p*
	N = 60 M, DP, IC	n = 30 M, DP, IC	n = 30 M, DP, IC	
Autoeficácia	$39,1 \pm 7,7$ (37,2-41,1)	$41,1 \pm 6,3$ (38,9-43,4)	$37,1 \pm 8,5$ (34,1-40,2)	0,07

DP – desvio padrão; M – média; IC – intervalo de confiança; p – p valor; *U de Mann-Whitney.

Fonte: dados da pesquisa.

Os participantes da pesquisa apresentaram médio superior autoeficácia uma vez que o escore para o grupo total foi de $39,1 \pm 7,7$ (IC 37,2-41,1) e valor 4 pontos maior para o grupo controle, porém, de acordo com o $p = 0,07$, os grupos não são estratificados, não sendo estatisticamente distintos.

5.3.4 Nível de Incerteza

Para a variável contínua incerteza, realizou-se a análise de medidas repetidas (antes e depois) apenas para os 30 pacientes do grupo intervenção, uma vez que, o íterim de internação perioperatório e o modo de operação do local do estudo, impossibilitava captar e incluir o paciente no estudo anteriormente a véspera da cirurgia. Além disso, o tratamento usual oferecido ao grupo controle não se fazia capaz de ser aferido de acordo com o protocolo da pesquisa em dois momentos imediatamente seguidos. Todos os 30 pacientes do grupo controle completaram a avaliação da escala da incerteza, bem como, os 30 do grupo intervenção completaram as duas fases de avaliações da escala. Na Tabela 7 tem-se o resultado do teste Mann-whitney e os escores de MUIS a fim de observar como os participantes se comportaram perante as avaliações da incerteza nos grupos que receberam intervenção + TU e apenas TU.

Tabela 7. Valores médios da pontuação da incerteza entre os grupos intervenção e controle (N = 60). Brasília, DF, janeiro a maio de 2022.

Variáveis	Total	Grupo Intervenção antes	Grupo Intervenção depois	p*	Grupo Controle	p*
	N = 60 M, DP, IC	n = 30 M, DP, IC	n = 30 M, DP, IC	antes- depois	n = 30 M, DP, IC	depois - controle
MUIS total	72,5±15,2 (69,3-75,6)	74,1±14,0 (69,1-79,1)	62,9±13,8 (58,0-67,8)	0,00	80,4±12,6 (75,9-84,9)	0,00
Ambiguidade	31,9±7,0 (30,5-33,4)	32,7±6,8 (30,3-35,1)	28,4±6,8 (26,0-30,9)	0,00	34,7±6,1 (32,6-36,9)	0,00
Falta de clareza	17,6±5,4 (16,5-18,7)	17,9±5,4 (16,0-19,8)	14,3±4,7 (12,7-16,0)	0,00	20,5±4,4 (18,9-22,0)	0,00
Falta de informação	10,1±3,4 (9,4-10,8)	10,5±3,6 (9,3-11,8)	8,4±2,5 (7,5- 9,3)	0,00	11,4±3,5 (10,1-12,6)	0,00
Imprevisibilidade	12,9±3,1 (12,2-13,5)	13,0±2,9 (12,0-14,0)	11,7±3,7 (10,4-13,0)	0,02	13,8±2,6 (12,9-14,8)	0,01

MUIS – Escala da incerteza na doença; DP – desvio padrão; M – média; IC – intervalo de confiança; p – p valor; *U de Mann-Whitney.

Fonte: dados da pesquisa.

Os pacientes evidenciaram um índice moderado 72,5±15,2 (IC 69,3-75,6) de incerteza quando avaliados sem distinção de grupos. Considerando o grupo intervenção, no primeiro momento, antes da intervenção, o índice correspondeu a 74,1±14,0 (69,1-79,1) seguido de 62,9±13,8 (58,0-67,8) no segundo momento, sendo 11,2 pontos menor entre os dois momentos de avaliação da incerteza (p=0,00). Considerando o grupo controle, houve uma diferença de 17,5 pontos entre o grupo intervenção no segundo momento (depois da intervenção) em relação ao grupo controle, com escores de 80,4±12,6 (75,9-84,9), considerando as aferições da incerteza em situação cujos pacientes pertencentes a ambos os grupos haviam recebido o mesmo tratamento usual (p=0,00).

A avaliação dos domínios da incerteza resultou em uma ambiguidade de 31,9±7,0 (IC 30,5-33,4) para o total. Houve diferença de 6,3 pontos para menos, menor para o grupo intervenção (segundo momento) em relação ao controle (28,4±6,8 (26,0-30,9) e 34,7±6,1 (32,6-36,9), respectivamente). Além disso, o domínio falta de clareza foi de 17,6±5,4 (IC 16,5-18,7) para o total e 6,2 pontos inferior para o grupo intervenção (segundo momento) em relação ao grupo controle (14,3±4,7 (12,7-16,0) e 20,5±4,4 (18,9-22,0), respectivamente, conforme tabela 7). Agora, para o domínio falta de informação obteve-se 10,1±3,4 (IC 9,4-10,8) para o total e 3 pontos acima para o grupo controle em relação ao grupo intervenção (segundo momento), conforme valores iguais a 11,4±3,5 (10,1-12,6) e 8,4±2,5 (7,5-9,3), respectivamente. Por fim,

o domínio imprevisibilidade foi de $12,9 \pm 3,1$ (IC 12,2-13,5) para o grupo total e 2,1 pontos maior para o grupo controle em relação ao grupo intervenção (segundo momento), com escores correspondentes a $13,8 \pm 2,6$ (12,9-14,8) e $11,7 \pm 3,7$ (10,4-13,0), respectivamente.

Os p valores apontados na tabela 7 ressaltam que as diferenças para a MUIS total e seus quatro domínios são estatisticamente significativas tanto para a diferença obtida entre as medidas repetidas, quanto para a diferença entre a incerteza aferida após a intervenção e a do grupo controle após o tratamento usual.

Por fim, a MUIS total, diminuiu de moderada para baixa no grupo intervenção depois, enquanto no grupo controle foi moderada. A ambiguidade foi moderada para ambos os grupos, permanecendo moderada apesar da queda aferida. A falta de clareza foi moderada para o grupo controle e caiu de moderada para baixa para o grupo intervenção. E, a imprevisibilidade foi alta para o grupo controle e moderada para o grupo intervenção mesmo com a queda obtida.

5.3.4.1 Associações entre os domínios da Incerteza e as variáveis sociodemográficas e clínicas do estudo

Através dos valores de p foram testadas a associação entre a incerteza e os quatro domínios da incerteza com todas as variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes por grupos, sendo eles intervenção antes, intervenção depois e controle, com intuito de verificar quais resultaram diferenças estatisticamente significativas. A Tabela 8, a seguir, retrata esse resultado.

Apesar da Tabela 8 ser intitulada de relações significantes da incerteza com as variáveis sociodemográficas e clínicas, ela apresenta alguns p valores $> 0,05$. Optou-se por apresentar também os p valores não significativos apenas das variáveis sociodemográficas e clínicas que obtiveram significância com pelo menos algum dos grupos.

Tabela 8. Incerteza e domínios da incerteza e as relações significantes com as variáveis sociodemográficas e clínicas (N = 60). Brasília, DF, janeiro a maio de 2022.

Domínios	Variáveis	Grupos		
		Intervenção antes p	Intervenção depois p	Controle p
MUIS total	Estado civil	0,04+	0,16+	0,27+
	Religião	0,02+	0,19+	0,28+
	Renda familiar	0,48+	0,75+	0,00+
	Uso de medicamentos	0,00*	0,00*	0,14*
	Ocupação	0,09+	0,35+	0,03+
	Recidiva	0,03*	0,09*	0,13*
Ambiguidade	Escolaridade	0,11+	0,04+	0,29+
	Estado civil	0,03+	0,04+	0,45+
	Religião	0,03+	0,11+	0,12+
	Renda familiar	0,38+	0,49+	0,00+
	Uso de medicamentos	0,03*	0,01*	0,27*
Falta de clareza	Religião	0,04+	0,25+	0,28+
	Uso de medicamentos	0,03*	0,03*	0,26*
Falta de informação	Estado civil	0,006+	0,098+	0,074+
	Ocupação	0,41+	0,47+	0,02+
	Recidiva	0,02*	0,04*	0,02*
	Renda familiar	0,80+	0,94+	0,03+
	Uso de medicamentos	0,04*	0,14*	0,12*
	Vícios	0,03+	0,3+	0,13+
	Procedimento cirúrgico	0,03+	0,12+	0,43 +
Diagnóstico médico	0,04+	0,15+	0,29+	
Imprevisibilidade	Uso de medicamentos	0,12*	0,01*	0,34*

*U de Mann-Whitney; + Kruskal-Wallis.

Fonte: dados da pesquisa.

Os dados da tabela 8 estão contidos nas tabelas 9 a 13, porém foram apresentados na tabela 8 por motivo de melhor visualização e para facilitar a sua interpretação. Conseqüentemente, seus resultados serão descritos a seguir de acordo com as tabelas da incerteza em separado por domínios (Tabela 9 a 13).

A Tabela 9 apresenta as relações significativas das variáveis sociodemográficas e clínicas da incerteza total juntamente com as médias de incerteza para cada variável testada que obteve $p < 0,05$ em algum grupo.

Tabela 9. Incerteza total e as relações significantes com as variáveis sociodemográficas e clínicas (N = 60). Brasília, DF, janeiro a maio de 2022.

Variável		Grupo					
		Intervenção antes Média, DP	p	Intervenção depois Média, DP	p	Controle Média, DP	p
Estado civil	Casado	68,92±11,53		57,5±11,47		77,00±11,83	
	Divorciado	82,50±21,92		72,5±30,40		89,00±8,46	
	Solteiro	86,83±12,44	0,04+	74,16±12,84	0,16+	78,16±13,6	0,27+
	União Estável	66,40±11,71		59,00±10,48		85,33±	
	Viúvo	80,33±10,21		65,33±8,14		74,00±18,77	
Religião	Católico	71,52±12,11		60,56±11,67		80,86±12,40	
	Espírita	63,00±8,48	0,02+	57,00±14,14	0,19+	59,00±7,30	0,28+
	Protestante	90,60±12,07		75,80±17,71		79,50±10,57	
Renda familiar	1 a 2 salários	73,20±14,19		62,80±15,12		84,55±10,98	
	3 a 5 salários	76,00±14,00	0,48+	63,00±11,22	0,75+	71,12±5,11	0,00+
Uso de medicamentos	Não	65,09±10,35		53,54±10,22		76,20±15,14	
	Sim	79,36±13,22	0,00*	68,26±12,75	0,00*	82,45±10,86	0,14*
Ocupação	Aposentado	80,30±11,75		66,23±12,40		84,67±12,02	
	Ativo	70,14±14,09		61,92±14,23		73,27±9,27	
	Auxílio Doença	70,50±19,09	0,09+	55,50±21,92	0,35+	107,00±0,00	0,03+
	Desempregado	0		0		76,00±6,55	
Recidiva	Não	71,80±12,52		61,19±13,23		79,07±12,37	
	Sim	89,25±14,93	0,03*	73,75±13,64	0,09*	88,75±11,78	0,13*

DP - desvio padrão; *U de Mann-Whitney; + Kruskal-Wallis.

Fonte: dados da pesquisa.

Considerando a relação das variáveis com o total da incerteza (Tabela 9), pôde-se observar que essas foram fortes em estado civil antes (primeiro momento, antes da intervenção) ($p=0,04$), religião antes ($p=0,02$), renda familiar controle ($p=0,00$), uso de medicamentos antes ($p=0,00$) e depois (segundo momento, após a intervenção) ($p=0,00$), ocupação controle ($p=0,03$) e recidiva antes ($p=0,03$).

Nas tabelas a seguir (10 a 13) observa-se relações significativas entre as variáveis sociodemográficas e o escore dos quatro domínios da incerteza.

Tabela 10. Domínio ambiguidade e as relações significantes com as variáveis sociodemográficas e clínicas (N = 60). Brasília, DF, janeiro a maio de 2022.

Variável		Grupo					
		Intervenção antes		Intervenção depois		Controle	
		Média, DP	p	Média, DP	p	Média, DP	p
Estado civil	Casado	29,50±4,70		25,21±5,29		33,28±5,25	
	Divorciado	38,50±10,60		32,5±12,02		37,16±2,63	
	Solteiro	39,50±7,17	0,03+	35,5±6,59	0,04+	34,66±8,21	0,45+
	União Estável	30,40±5,72		26,8±4,81		38,00±10,39	
	Viúvo	34,00±2,64		29,33±2,08		30,00±0,00	
Religião	Católico	31,43±5,38		27,34±5,23		34,13±5,20	
	Espírita	27,00±5,65	0,03+	24,0±7,07	0,11+	22,00±0,00	0,12+
	Protestante	40,80±7,46		35,2±9,65		34,83±4,93	
Renda familiar	1 a 2 salários	32,50±7,03		28,50±7,49		37,00±5,31	
	3 a 5 salários	33,10±6,48	0,38+	28,30±5,31	0,49+	29,87±3,44	0,00+
Uso de medicamentos	Não	29,00±4,47		24,72±5,17		33,6±7,30	
	Sim	34,84±7,01	0,03*	30,57±6,72	0,01*	35,25±5,46	0,27*
Escolaridade	Fundamental incompleto	34,16±6,99		29,75±6,01		35,50±4,27	
	Fundamental	37,20±8,04	0,11+	34,80±7,08	0,04+	35,16±5,70	0,29+
	Médio	32,83±3,81		27,16±5,60		36,62±7,24	
	Superior	25,25±3,59		22,00±3,55		28,6±5,68	

DP - Desvio padrão; *U de Mann-Whitney; + Kruskal-Wallis.

Fonte: dados da pesquisa.

Quanto ao domínio ambiguidade, tabela 10, e o grupo de intervenção antes (primeiro momento, antes da intervenção), foram significativas as relações com as variáveis estado civil ($p=0,03$), religião ($p=0,03$) e uso de medicamentos ($p=0,04$). Também houve significância estatística na comparação desse domínio com escolaridade e estado civil (grupo intervenção depois) e grupo controle, com p de 0,05 para todos e uso de medicamentos (grupo intervenção depois) com p igual a 0,02.

Quanto ao domínio falta de clareza, tabela 11, houve significância na comparação entre o uso de medicamentos nos grupos de intervenção ($p=0,03$ em ambos) e religião (grupo intervenção antes, com p igual a 0,05).

Tabela 11. Domínio falta de clareza e as relações significantes com as variáveis sociodemográficas e clínicas (N = 60). Brasília, DF, janeiro a maio de 2022.

Variável		Grupo							
		Intervençã o antes Média, DP	p	Intervençã depois Média, DP	p	Controle Média, DP	p		
Religião	Católico	17,36±5,38	0,04 +	13,56±4,36	0,25+	21,06±4,28	0,28+		
	Espírita	14,50±4,94						13,00±7,07	12,00±3,63
	Protestante	22,8±1,92						18,40±4,27	19,75±3,49
Uso de medicamentos	Não	15,36±4,84	0,03 *	11,72±3,49	0,03*	19,50±5,29	0,26*		
	Sim	19,36±5,20						15,84±4,72	20,95±3,97

DP - Desvio padrão; *U de Mann-Whitney; + Kruskal-Wallis.

Fonte: dados da pesquisa.

A Tabela 12 a seguir, apresenta as médias da incerteza em relação ao domínio falta de informação e às variáveis sociodemográficas e clínicas.

Tabela 12. Domínio falta de informação e as relações significantes com as variáveis sociodemográficas e clínicas (N = 60). Brasília, DF, janeiro a maio de 2022.

(continua)

Variável		Grupo							
		Intervençã antes Média, DP	p	Intervençã depois Média, DP	p	Controle Média, DP	p		
Estado civil	Casado	8,92±2,67	0,006 +	7,42±2,17	0,098 +	10,14±2,68	0,074+		
	Divorciado	13,50±2,12						9,50±0,70	15,16±3,06
	Solteiro	14,16±3,25						10,33±2,33	11,00±3,89
	União Estável	8,00±2,82						7,40±1,94	11,00±4,00
	Viúvo	13,00±2,00						10,00±3,46	9,00±0,00
Ocupação	Aposentado	11,69±3,47	0,41+	8,76±2,35	0,47+	12,46±3,73	0,02+		
	Ativo	9,71±3,81						8,50±2,68	9,00±2,32
	Auxílio Doença	9,00±2,82						6,50±0,00	0
	Desempregado	0						0	13,33±2,08
Recidiva	Não	9,88±3,21	0,02*	8,03±2,39	0,04*	10,92±3,56	0,02*		
	Sim	14,75±3,30						10,75±1,89	14,25±1,50
Renda familiar	1 a 2 salários	10,70±3,77	0,80+	8,40±2,60	0,94+	11,85±3,01	0,03+		
	3 a 5 salários	10,20±3,35						8,40±2,36	9,62±2,38
Uso de medicamentos	Não	8,81±3,42	0,04*	7,54±2,46	0,14*	9,90±3,34	0,12*		
	Sim	11,52±3,37						8,89±2,42	12,10±3,47
Vícios	Etilismo	7,00±1,54	0,03+	7,16±1,47	0,30+	6,50±2,12	0,13+		
	Tabagismo	12,00±4,97						9,17±2,40	11,33±3,51
	Nega	10,75±3,12						8,35±2,70	11,61±3,44

(conclusão)

Variável	Grupo							
	Intervenção antes		p	Intervenção depois		p	Controle	
	Média, DP			Média, DP			Média, DP	p
Procedimento cirúrgico	Cistectomia	16,00±4,24		12,00±0,00		9,00±4,24		
	Duodenopancreatectomia	12,00±1,41		8,00±2,82		0		
	Gastrectomia	7,75±2,36		7,75±1,25		0		
	Histectomia	9,75±2,87		8,75±3,40		12,33±2,51		
	Mastectomia	14,00±3,00		10,00±2,34		10,45±3,20		
	Nefrectomia	13,50±2,12	0,03+	11,00±1,41	0,12+	0	0,43+	
	Ooforectomia	11,50±2,12		11,5±2,12		0		
	Pancreatectomia	10,0±1,41		6,50±2,12		0		
	Retossigmoidectomia	7,16±1,47		6,33±1,50		13,75±1,50		
	Lobectomia	0		0		8,00±2,82		
	Prostatectomia	0		0		12,33±7,57		
Diagnóstico médico	Neo. Colo de útero	9,75±2,87		8,75±3,40		12,33±2,51		
	Neo. Maligna bexiga	16,00±4,24		12,00±0,00		10,50±2,12		
	Neo. Maligna mama	14,00±3,00		10,00±2,34		10,45±3,20		
	Neo. Maligna próstata	7,00±0		7,00±0,00		12,33±7,57		
	Neo. Maligna pulmão	12,00±0		9,00±0,00		8,00±2,82		
	Neo. Maligna estômago	7,75±2,36		7,75±1,25		6,00±0		
	Neo. Maligna fígado	11,00±0	0,04+	7,00±0,00	0,15+	0	0,29+	
	Neo. Maligna intestino	8,00±2,58		6,85±1,95		14,00±1,14		
	Neo. Maligna ovário	6±0,00		6±0,00		0		
	Neo. Maligna pâncreas	10,33±1,15		6,33±1,52		12,00±0		
	Neo. Maligna rim	13,50±2,12		11,00±1,41		0		
	Neo vias biliares	0		0		13,00±0		
	Neo. Tecidos conjutivos	0		0		14,00±0		

DP - Desvio padrão; *U de Mann-Whitney; + Kruskal-Wallis; Neo. – Neoplasia.

Fonte: dados da pesquisa.

Ainda conforme tabela 12, no domínio, falta de informação, foram significativas as relações com as variáveis estado civil, ocupação, recidiva, uso de medicamentos, vícios,

procedimentos cirúrgicos e diagnóstico médico, para os grupos intervenção e controle (com valores de p que variaram do 0,006 a 0,04).

Tabela 13. Domínio imprevisibilidade e as relações significantes com as variáveis sociodemográficas e clínicas (N = 60). Brasília, DF, janeiro a maio de 2022.

Variável		Grupo					
		Intervenção antes		Intervenção depois		Controle	
		Média, DP	p	Média, DP	p	Média, DP	p
Uso de medicamentos	Não	11,90±2,98	0,12*	9,54±3,38	0,01*	13,20±1,98	0,34*
	Sim	13,63±2,67		12,94±3,27		14,15±2,81	

DP - Desvio padrão; *U de Mann-Whitney; + Kruskal-Wallis.

Fonte: dados da pesquisa.

Quanto ao domínio imprevisibilidade, houve significância apenas com a variável uso de medicamentos no grupo intervenção (depois) com p igual a 0,01.

5.3.4.2 Associações entre os domínios da Incerteza, a ansiedade, a qualidade de vida e a autoeficácia

Essa seção apresenta os testes de correlação de Pearson e os valores de p para análise de associações entre os domínios da incerteza, a ansiedade, a qualidade de vida e a autoeficácia. Para essa análise foram testadas as variáveis entre o total de participantes e não por grupos. A Tabela 14 retrata apenas os casos em que os p valores apresentaram significância estatística.

Tabela 14. Domínios da incerteza e correlações significantes com a escala EORTC QLQ-C30 (qualidade de vida, escala funcional, escala de sintomas), IDATE (ansiedade-estado, ansiedade-traço) e autoeficácia (N = 60). Brasília, DF, janeiro a maio de 2022.

(continua)				
Escala	Domínios	Variáveis	Correlação♦	p
IDATE	Imprevisibilidade	Ansiedade-estado	-0,309	0,016
	Ambiguidade		-0,053	0,000
AUTOEFICÁCIA	Falta de clareza	Autoeficácia	-0,630	0,000
	Falta de informação		-0,396	0,002

				(conclusão)	
Escala	Domínios	Variáveis	Correlação [◊]	p	
EORTC QLQ-C30	Ambiguidade	Saúde global	-0,457	0,000	
		Função física	-0,402	0,001	
		Desempenho de papel	-0,396	0,005	
		Fadiga	0,370	0,004	
		Náusea	0,284	0,028	
		Dor	0,389	0,002	
		Dispneia	0,371	0,004	
		Insônia	0,294	0,023	
		Dificuldade financeira	0,346	0,007	
	Falta de Clareza	Saúde global	-0,413	0,001	
		Função física	-0,302	0,019	
		Desempenho de papel	-0,321	0,012	
		Função cognitiva	-0,326	0,011	
		Fadiga	0,314	0,015	
		Náusea	0,259	0,045	
		Dor	0,359	0,005	
		Dispneia	0,388	0,002	
		Constipação	0,279	0,031	
	Falta de informação	Dificuldade financeira	0,255	0,049	
		Saúde global	-0,442	0,000	
		Desempenho de papel	-0,388	0,002	
		Função cognitiva	-0,337	0,008	
		Fadiga	0,348	0,006	
		Náusea	0,307	0,017	
Dor		0,287	0,026		
Dispneia		0,424	0,001		
Dificuldade financeira		0,341	0,008		

[◊]ρ de Correlação de Spearman.

Fonte: dados da pesquisa.

De acordo com os achados da Tabela 14, conforme os p valores, pode-se dizer que não há correlação entre as escalas ansiedade-traço e a MUIS. Para a ansiedade, somente entre o escore da escala ansiedade-estado e o domínio imprevisibilidade há relação inversa (-0,309).

Finalmente, os p valores indicam correlação entre a escala da autoeficácia e três domínios da MUIS: ambiguidade (-0,053), falta de clareza (-0,630) e falta de informação (-0,396). Os três domínios apresentam relação inversa.

O coeficiente de correlação de Pearson revela que a saúde global, a função física e o desempenho de papel apresentam relação inversa com o domínio da ambiguidade. Ou seja, quando a saúde global aumenta, a ambiguidade diminui. A maior correlação negativa nesse domínio foi para a saúde global (-0,457). Em contrapartida, quando os sintomas fadiga, náusea, dor, dispnéia, insônia e o relato de dificuldade financeira aumentam, a ambiguidade também aumenta, de maneira positiva e significativa. As maiores correlações positivas foram para dor (0,389), dispnéia (0,371) e fadiga (0,370).

Em relação ao domínio falta de clareza, a relação é inversa para saúde global, função física, desempenho de papel e função cognitiva. Sendo a saúde global a variável de correlação negativa mais expressiva nesse domínio. Já para os sintomas (fadiga, náusea, dor, dispnéia, constipação) e para o relato de dificuldade financeira a relação é direta, sendo as maiores correlações positivas nesse domínio dispnéia (0,388), dor (0,359), e fadiga (0,314).

Novamente, para saúde global, desempenho de papel e função cognitiva o coeficiente de correlação de Pearson é negativo e indica relação inversa para o domínio falta de informação. Ainda acerca desse domínio, a falta de informação aumenta com o aumento da dispnéia (coeficiente de Pearson de 0,424), fadiga (0,348), dificuldade financeira (0,341), náusea (0,307) e dor (0,287).

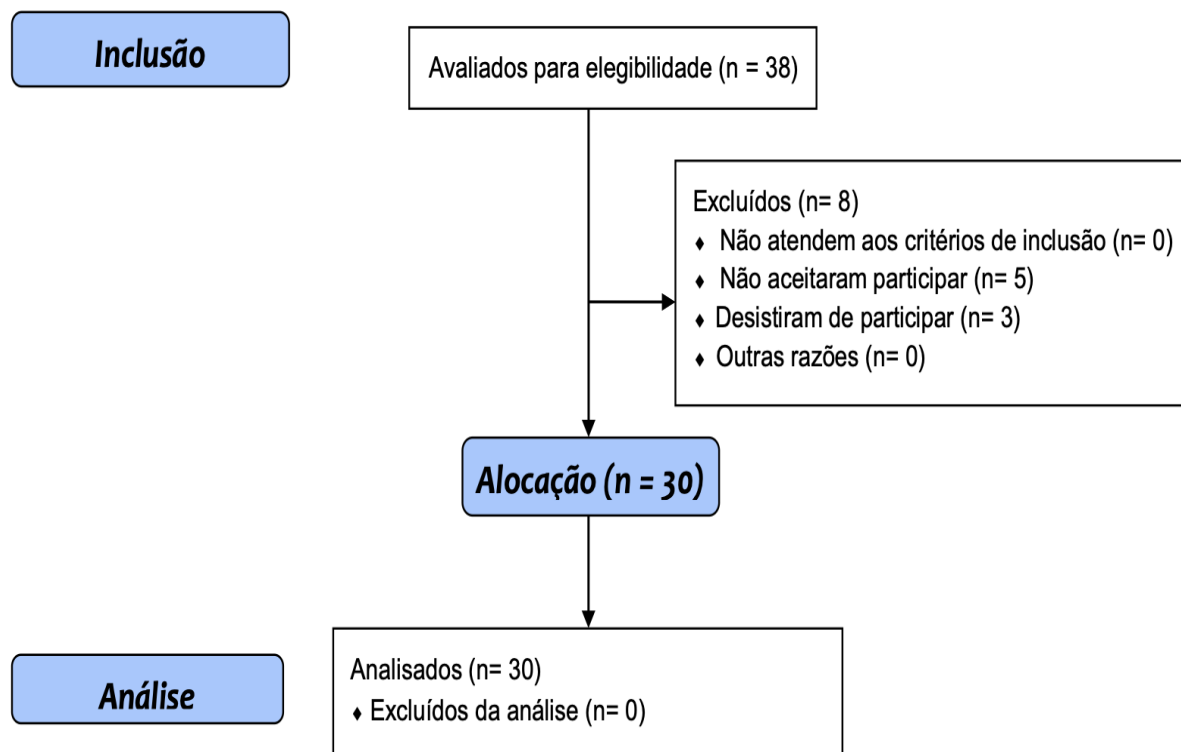
5.4 CUIDADORES

5.4.1 Fluxo dos participantes

A Figura 10 a seguir apresenta o diagrama de fluxo do estudo contendo pré-seleção, inclusão e retenção para o cuidador. Durante o período da coleta de dados, houve 38 potenciais participantes selecionados para o estudo. Entre os 38 potenciais participantes, todos

preencheram os critérios de elegibilidade, os critérios de inclusão e, conseqüentemente, foram recrutados.

Figura 10 - Fluxograma do estudo, pré-seleção, inclusão e retenção, segundo CONSORT-SPI 2018. Brasília, janeiro a maio de 2022.



Fonte: Dados da pesquisa.

Diante da Figura 10, destaca-se que apesar de todos (38) os cuidadores enquadrarem-se nos critérios de inclusão do estudo, a abstenção em participar da pesquisa foi de 13,16% (n=5) e 7,89% (n=3) de perda de seguimento.

5.4.2 Caracterização sociodemográfica e clínica

Os dados sociodemográficos e clínicos dos cuidadores participantes foram retratados na Tabela 15 e descritos a seguir.

Tabela 15. Características sociodemográficas dos cuidadores (N = 30). Brasília, DF, janeiro a maio de 2022.

Variáveis	n (%)	Variáveis	n (%)
Gênero		Ocupação	
Masculino	5 (16,67)	Ativo (a)	17 (56,67)
Feminino	25 (83,33)	Auxílio doença	2 (6,67)
Estado Civil		Aposentado (a)	2 (6,67)
Solteiro	7 (23,33)	Pensionista	1 (3,33)
Casado	12 (40,0)	Desempregado (a)	8 (26,67)
Divorciado	5 (16,67)	Renda	
União estável	5 (16,67)	<1 salário	2 (6,67)
Viúvo	1 (3,33)	1 a 2 salários	21 (69,99)
Religião		3 a 5 salários	2 (6,67)
Católico	12 (40,00)	≥ 5 salários	5 (16,67)
Protestante	13 (43,33)	Etnia	
Espírita	0 (0,00)	Negro	5 (16,67)
Outras	3 (10,00)	Branco	5 (16,67)
Nenhuma	2 (6,67)	Pardo	17 (56,67)
Grau de parentesco		Amarelo	3 (10,00)
Filho	18 (60,00)	Escolaridade	
Cônjuge	8 (26,67)	Fundamental incompleto	8 (26,67)
Nora/genro	2 (6,67)	Fundamental	8 (26,67)
Amigo	1 (3,33)	Médio	2 (6,67)
Genitora	1 (3,33)	Superior	12 (40,00)

Fonte: dados da pesquisa.

A idade média dos cuidadores foi de 45,4 ($\pm 12,5$) anos. Os dados da Tabela 15 demonstraram que predominou nos participantes o gênero feminino (83,33%); que mais da metade deles estudaram até o ensino fundamental (53,34%) e eram ativos (56,6%); 76,67% recebiam até 2 salários mínimos e o grau de parentesco predominante dos cuidadores foram filhos (60,0%) e cônjuges (26,67%).

Tabela 16. Características clínicas dos cuidadores (N = 30). Brasília, DF, janeiro a maio de 2022.

Variáveis		n (%)
Doenças de Base	Sim	11 (36,67)
	Não	19 (63,33)
Uso de medicamentos	Sim	11 (36,67)
	Não	19 (63,33)
Vícios	Sim	0 (0,00)
	Não	30 (100,00)
Transtornos psicológicos	Sim	15 (50,00)
	Não	15 (50,00)

Fonte: dados da pesquisa.

Além do perfil clínico dos cuidadores apresentado na Tabela 16, dentre as patologias declaradas: três cuidadores apresentaram mais de uma patologia, sendo 23,33% hipertensos, 6,67% com presença de nódulos e 6,67% dislipidêmicos, 3,33% diabéticos, 3,33% esteatose hepática e 3,33% que não declarou sua patologia, respectivamente. Quanto aos transtornos psicológicos, 50,0% declaram ansiedade, 13,33% depressão e 3,33% declarou outro transtorno, sendo que 13,2% dos cuidadores declararam ansiedade e depressão e 3,33% declararam três transtornos concomitantes. Vale ressaltar que 6,67% dos cuidadores sofrem de ansiedade e depressão e 3,33% das duas doenças.

5.4.3 Avaliação da incerteza

A incerteza dos acompanhantes foi mensurada a partir da MUIS-A e descrita na Tabela 17 a seguir.

Tabela 17. Incerteza e domínios da incerteza a partir da MUIS para os cuidadores (N = 30). Brasília, DF, janeiro a maio de 2022.

Variáveis	Média N = 30	Desvio Padrão N = 30	Intervalo de confiança N = 30
Incerteza total	81,9	14,7	76,7 – 87,2
Ambiguidade	34,7	8,6	31,5 – 37,7
Falta de clareza	21,9	4,8	20,2 – 23,6
Falta de informação	13,7	2,8	12,7 – 14,7
Imprevisibilidade	9,0	2,7	8,0 – 10,0

Fonte: dados da pesquisa.

Os cuidadores apresentaram uma incerteza moderada ($81,9 \pm 14,7$; 76,7 – 87,2), com 95% de confiança. Utilizando critérios análogos de classificação do escore total da escala para os quatro domínios, todos foram moderados.

A análise de correlação das medianas das variáveis sociodemográficas e clínicas com a incerteza e seus quatro domínios apresentou associação estatística significativa com $p \leq 0,05$ para escolaridade e o domínio falta de informação ($p = 0,024$) e escolaridade com o total da incerteza ($p=0,018$) através do teste Kruskal-wallis.

6. DISCUSSÃO

A discussão dos resultados será realizada em tópicos fundamentados nos objetivos específicos da tese. Para embasar as discussões, utilizou-se dados referentes a amostra total com intuito de estabelecer uma dimensão geral dos participantes e por grupos (intervenção e controle) quando necessário diferenciá-los.

A discussão seguirá a seguinte sequência: caracterização sociodemográfica dos pacientes, caracterização clínico-epidemiológica dos pacientes e comparação dos resultados entre os dois grupos (intervenção e controle) para as escalas de avaliação - IDATE, EORT-QLQ-C30, autoeficácia e MUIS. Por fim, para os cuidadores, serão discutidas as características sociodemográficas e clínicas, seguida da MUIS-A e as respostas aos itens da MUIS -A para o acompanhante.

6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO PACIENTE COM CÂNCER SUBMETIDO À CIRURGIA PARA RETIRADA DE ÓRGÃO

Traçar o perfil sócio clínico epidemiológico de uma amostra é uma etapa fundamental para se conhecer as características mais predominantes ou condições que possam influenciar os resultados. A respeito da idade média encontrada na amostra total, estudo transversal de caracterização dos pacientes oncológicos revelou que a concentração de idade dos participantes variou entre 18 e 90 anos, se concentrando nas faixas etárias entre 55 e 58 anos (PORTELLA et al., 2017). A média de idade dos participantes desse estudo foi próxima (59,02) ao do estudo transversal. Rennó e Campos (2014) em análise de prontuário com pacientes oncológicos, evidenciou predomínio de pacientes idosos.

A faixa etária de idosos com incidência de câncer relaciona-se à exposição cumulativa aos efeitos de agentes físicos e químicos como fator contribuinte ao câncer (RENNÓ e CAMPOS, 2014). Outro estudo com pacientes oncológicos revelou prevalência de faixa etária entre 51 e 60 anos, seguido de 61 a 70 anos (SILVA et al., 2013), esses dados vão ao encontro dos resultados obtidos. Este mesmo estudo, explica que a faixa etária dos 51 aos 60 anos se trata de trabalhadores ativos, que conciliam o trabalho com o tratamento. Este resultado está de acordo com a literatura, que demonstra que a carga global de doenças oncológicas em 2030 será de 21,4 milhões de casos com uma grande concentração desse número na mortalidade pela doença, em consequência do crescimento e do envelhecimento da população (FACINA, 2014).

Há controvérsias na literatura quanto à maior prevalência de câncer nos pacientes em relação ao gênero. Enquanto o atual estudo apresentou concentração de participantes do gênero feminino, outros estudos evidenciaram maior prevalência de câncer no sexo masculino (SENA; COSTA; FERREIRA, 2013; INCA, 2018). Ainda assim, Silva et al. (2013) demonstraram que a maior concentração de pacientes oncológicos foi do sexo feminino em seu estudo com pacientes oncológicos.

O perfil que prevaleceu sobre o estado civil dos participantes foi o casado. Estudo de Bastos et al. (2018) identificou que mais da metade dos participantes do estudo era casada ou vivia em união estável. Este dado está correlacionado na literatura há maiores chances de sobrevivência ao câncer em comparação aos que vivem solitários (RUSHTON et al., 2010; DUGNO et al., 2014). Há evidências de que pacientes casados estão mais propensos ao diagnóstico inicial do câncer, e realizarem cirurgia de forma mais precoce (LI Q et al., 2015).

A etnia parda foi a mais recorrente nesse estudo, corroborando com o estudo de Andrade et al. (2019), no qual 76,6% da amostra era parda. Contrariamente, no estudo de Hisse et al. (2014) houve predomínio de pacientes caucasianos, dado relacionado ao local de realização do estudo, Rio Grande do Sul, onde há prevalência dessa etnia.

Quanto à escolaridade, houve predomínio do ensino fundamental incompleto. Estudo transversal revelou que a maior parte dos participantes apresentou escolaridade compatível com o ensino fundamental incompleto (PORTELLA et al., 2017). Outros dois estudos realizados com pacientes com câncer no contexto hospitalar, através de análise de prontuários, demonstraram predomínio da escolaridade ensino fundamental incompleto (RENNÓ; CAMPOS, 2014; SILVA et al., 2013). Destaca-se que esse dado pode estar relacionado ao local onde ocorreu o estudo, um hospital público.

A baixa escolaridade relaciona-se a comportamentos de risco, funcionando como determinante na saúde das pessoas (SOUSA; SIMÃO; LIMA, 2012). Estes resultados vão ao encontro ao estudo com 147 pacientes com câncer, que demonstrou baixa escolaridade, identificando este fator como dificultador na compreensão do tratamento (ZILLMER et al., 2013). O nível baixo de escolaridade apresentado pela maioria dos pacientes pode influenciar nas dificuldades de compreensão e no aumento da incerteza (MISHEL, 1980). Fazendo um paralelo entre a escolaridade dos pacientes e dos seus cuidadores, percebe-se que os cuidadores apresentam escolaridade alta, concentrando 40% da amostra em ensino superior. Isto se dá

devido a evolução do acesso ao sistema educacional, o que influencia em maior acesso à saúde (PORTELLA et al., 2017).

Em relação à ocupação, no atual estudo, a maior parte dos participantes encontrava-se aposentada, o que reflete a idade dos participantes do estudo e também o diagnóstico por câncer que pode antecipar o momento da aposentadoria. Outra pesquisa sobre o perfil epidemiológico de pacientes com câncer em um serviço secundário corroboram os achados da presente pesquisa, identificando que a maior parte dos participantes era de aposentados (TAVARES; SOUSA; CARVALHO, 2020). No estudo de Bastos et al. (2018) a ocupação mais prevalente dos pacientes com câncer foi a “dona de casa”, não sendo esse um fator associado ao risco para adoecimento por câncer, segundo o estudo.

Houve predomínio de renda familiar de um a dois salários-mínimos. Andrade et al. (2019) abordam a renda familiar em seu estudo de pacientes com câncer com predominância de renda entre um e dois salários mínimos. Kolankiewicz et al. (2014) também demonstraram em seu estudo, sobre apoio social percebido por pacientes com câncer, identificando renda familiar per capita de até 1 salário-mínimo. Este dado presente nos dois estudos mencionados, relaciona a doença oncológica com as baixas condições de poder aquisitivo, ligadas também ao fato de maiores exposições a fatores de risco cancerígeno de maneira prolongada, além do menor acesso aos serviços de saúde (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012). No Brasil, as DCNT correspondem a 72% das causas de morte, atingindo camadas pobres da população e grupos vulneráveis. A diminuição dos recursos no atendimento às necessidades do paciente, mesmo que no contexto da existência do Sistema Único de Saúde (SUS), oferece sistema gratuito e universal, os valores que a doença oncológica cobra são altos, cooperando para o empobrecimento das pessoas (BRASIL, 2011).

Sobre a religião, a maioria foi de católicos. Portella et al., (2017), trazem em seu estudo com pacientes oncológicos, que as religiões mais predominantes foram o catolicismo e o protestantismo. Duas outras pesquisas com pacientes oncológicos, demonstraram também o catolicismo e o protestantismo como as religiões mais predominantes (MESQUITA et al., 2013; ALVES et al., 2012). Esse dado evidencia as necessidades psicoespirituais dos pacientes com câncer, demonstrando que o processo de enfrentamento, utilizando como recurso a religião e espiritualidade traz sentimentos positivos, que são capazes de diminuir a sensação de

sofrimento e dor. Além de aumentar a esperança, na expectativa da cura, remissão da doença ou adaptação ao diagnóstico (ALVES et al., 2012).

A respeito da caracterização clínico-epidemiológica, foram investigados dados sobre diagnóstico médico, tempo do diagnóstico, tratamento quimioterápico, radioterápico e hormonioterápico. Além do procedimento cirúrgico realizado, buscou-se também informações sobre sítio primário do câncer, antecedentes cirúrgicos, recidiva do câncer e se a amostra se enquadrava nos cuidados paliativos, a fim de verificar o perfil quanto a essas características para melhor compreender a epidemiologia e clínica dessa amostra.

Os diagnósticos médicos de base mais frequentes na amostra serão discutidos junto dos procedimentos cirúrgicos propostos nos prontuários dos pacientes. Foram identificados na amostra quatorze diferentes diagnósticos médicos e treze diferentes tipos de procedimentos cirúrgicos, sendo que os diagnósticos identificados nem sempre corresponderam ao procedimento cirúrgico realizado, devido às evoluções dos tratamentos, como presença de metástases, por exemplo.

O tratamento cirúrgico é um dos tripés da terapêutica oncológica. Portela et al. (2017) apresenta em estudo transversal que a maior parte dos participantes do estudo passou por pelo menos uma cirurgia oncológica ou cirurgia mais quimioterapia e radioterapia. Hisse et al. (2015) comentam em seu estudo, com pessoas internadas em unidade oncológica, que os tipos de câncer mais incidentes foram os de mama, seguido de cólon e reto (SILVA et al., 2013), corroborando com este estudo.

Pitas et al. (2020), em estudo sobre caracterização do perfil epidemiológico de pacientes com câncer, demonstra que 62,80% da amostra realizou tratamento cirúrgico, sendo que 78,51% sofreram mutilação de órgão, como histerectomia e mastectomia.

Revisão integrativa com pacientes oncológicos que recebiam intervenções de enfermagem, obteve em seus resultados quanto ao perfil de pacientes, que os dados dos estudos primários, demonstraram múltiplos diagnósticos de câncer, sendo os mais evidentes: mama, colorretal, pulmão, hematológico e ovário (MORETTO; CONTIM; SANTO, 2019). Estudo transversal com 198 pacientes oncológicos, apontou quatro diagnósticos de câncer mais prevalentes: pele, sistema gastrointestinal, aparelho reprodutor e sistema endócrino

(PORTELLA et al., 2017). Conforme os achados desse estudo, os procedimentos cirúrgicos, mastectomia e retossigmoidectomia foram predominantes.

As estatísticas de câncer no Brasil demonstram que de todas as neoplasias, exceto pele não melanoma, o câncer de mama representa 29,7% em mulheres, garantindo a maior porcentagem de prevalência da doença, dado similar a este estudo (25%) (INCA, 2020). O câncer de mama como doença crônica é uma fonte de tensão de longo prazo afetando a incerteza como efeito negativo, que interfere em vários aspectos da vida da paciente. Na maior parte dos casos, ciente do diagnóstico, a mulher pode apresentar período de ajuste relacionado aos eventos inesperados associados ao tratamento cirúrgico. Estudo realizado com mulheres no Distrito Federal, demonstrou, espera por mais de 90 dias para início do tratamento, baixa escolaridade e estadiamento tardio da doença, implicando em pior prognóstico (BARROS; UEMURA; MACEDO, 2013). No atual estudo, 33,3% dos pacientes obtiveram tempo de diagnóstico entre 4 meses e 1 ano.

A mastectomia é uma cirurgia geradora de incertezas, pois sentimentos como vergonha quanto a remoção da mama e demais mudanças corporais são importantes, além do medo sobre os acontecimentos do futuro e da morte, e no caso da sobrevivência a doença, ou a incerteza sobre a possibilidade de recidiva podem ampliar a incerteza na doença (AHADZADEH; SHARIF, 2018). Estudo transversal com pacientes de retirada de órgão diagnosticados com câncer de mama, demonstrou associação entre os domínios da incerteza com a cirurgia mastectomia, especialmente, o domínio falta de informação ($p=0,001$) (OLIVEIRA; JESUS, 2022). A falta de informação dificulta a formação do esquema cognitivo que é a interpretação do paciente sobre sua doença, tratamento e hospitalização (MISHEL, 1988), por essa razão, a atual pesquisa elaborou materiais educativos para instrumentalizar o paciente no conhecimento a respeito do tratamento cirúrgico.

Já o câncer colorretal integra os tumores que se iniciam no intestino grosso, no cólon, reto e ânus. Inicia pela formação de pólipos que são projeções do intestino, classificados em benignos ou não. As alterações intestinais são detectáveis através de exames de rastreio, sendo a malignidade determinada pelo aspecto da lesão e biópsia. Os fatores de risco associados à ocorrência da doença são: idade igual ou maior a 50 anos, obesidade, tabagismo, má alimentação e histórico familiar da doença (DIAS; GOLLNER; TEIXEIRA, 2007; INCA, 2019). Além disso, as taxas de câncer de cólon e reto no Brasil em 2020 revelaram ocupar a

segunda posição tanto em mulheres quanto nos homens de neoplasia de maior prevalência (BRASIL, 2022).

A retossigmoidectomia ou ressecção anterior do reto é motivada em muitos dos casos por neoplasias malignas colorretais. O bom prognóstico depende do estágio de descoberta da doença. O tratamento cirúrgico é um dos tratamentos iniciais da doença. O procedimento cirúrgico é muito utilizado para o tratamento do câncer colorretal retirando a parte do intestino afetada e os linfonodos regionais (BASSE et al., 2005; BRASIL, 2011a; FERLAY et al., 2013). As consequências desse tipo de câncer e tratamento cirúrgico, também se associam a incerteza, especialmente, nos casos de confecção de estomas de eliminação, associado a modificações na imagem corporal e anseio quanto ao ato cirúrgico (HUGHES; ROMO, 2020).

Sobre o tempo de diagnóstico por câncer, estudo transversal demonstrou que mais da metade dos pacientes pesquisados foram diagnosticados há menos de um ano, corroborando com o atual estudo (PORTELLA, 2017). Além desse dado, esse mesmo estudo demonstrou que 44,4% dos pacientes não apresentaram metástase para doença. A metástase está associada ao quanto o tumor está invadindo e ao fato da maior parte dos pacientes ter descoberto a doença a mais de um ano. Diagnósticos recentes podem estar associados a não incidência de metástases.

Ainda a respeito do tempo de diagnóstico, o menor tempo decorrido entre o diagnóstico da doença e início do tratamento influencia nos níveis de incerteza. O grupo controle concentrou sua média de tempo de descoberta do diagnóstico de 4 meses a 1 ano, sendo o grupo que apresentou maior incerteza ($p=0.00$). Segundo a TID, a incerteza é vista como um estressor cognitivo que flutua com o tempo, devido sua natureza dinâmica, se modificando em diferentes níveis. Apesar do tempo de diagnóstico não ter encontrado significância estatística com a incerteza, pode-se inferir, de acordo com outros autores, que a incerteza é influenciada pelo tempo do diagnóstico (MISHEL, 1999; JOHNSON; ZAUTRA; DAVIS, 2006). Para Stone, Olsen (2022), nos estágios iniciais do diagnóstico, há um período em que tanto o profissional da saúde quanto o paciente vivem com profunda incerteza. Esta fase pode ser prolongada, especialmente, com cânceres que apresentam sintomatologia comum, por exemplo, tosse ou dor.

Além disso, estudos demonstram que intervalos elevados entre a descoberta da doença e início do tratamento, estão associados a prognóstico ruim (CAPLAN, 2014; WILLIAMS, 2015). Em 2013 foi publicada uma Portaria nº. 876/13 que dispõe sobre a Lei nº. 12.732/12,

que versa sobre o estabelecimento de um prazo máximo de 60 dias para início de tratamento pós confirmação diagnóstica (BRASIL, 2013).

Constata-se que apesar da existência da Lei, 30% dos integrantes do estudo, informaram tempo de diagnóstico superior a um ano e conseqüentemente acesso ao tratamento cirúrgico apenas depois desse tempo, por diversas razões. Esse dado associa-se a estudos observacionais, que na maior parte dos casos, o primeiro tratamento para o câncer é iniciado com atraso. (SOUSA et al., 2019; CABRAL et al., 2019).

Coorte retrospectiva brasileira, entre os anos 2000 a 2017, informa que na maioria dos casos de câncer de mama, entre o tempo de diagnóstico e o início do tratamento foi com atraso (MEDEIROS et al., 2020). Já em outros países, o tempo decorrido entre o diagnóstico e início de tratamento cirúrgico foi menor do que o estabelecido pela lei brasileira (Mc LAUGHLIN et al., 2012). Esses resultados associam-se às disparidades sócio estruturais nos serviços de saúde em todo o mundo (MEDEIROS et al., 2020).

A respeito dos tratamentos envolvendo QT/RT/HT, 21,67% realizaram estes tratamentos, sendo que a maior parte que submeteu as terapêuticas mencionadas pertencia ao grupo controle para este estudo. Terapêuticas que podem ocasionar maior incerteza ligada a esses tratamentos. Carmo, Silva e Teixeira (2014) comentam que a quimioterapia é um dos tratamentos mais temidos pelo paciente com câncer, devido às conseqüências desencadeadas por esse tipo de terapêutica. A submissão aos tratamentos mencionados deixa o paciente com câncer mais suscetível a distúrbios psicológicos como depressão e piora da qualidade de vida (KIM et al., 2017). Já o tratamento cirúrgico, em estudo que caracterizou os fatores associados aos tratamentos, demonstrou que apenas 0,4% dos pacientes com câncer, recusam-se ao tratamento cirúrgico e que este dado está associado com a elevação das taxas de mortalidade pela doença oncológica (PORTELLA et al., 2017).

A respeito dos antecedentes cirúrgicos, 68,33% dos pacientes informaram experiências cirúrgicas prévias, sendo que a maior parte dos participantes com experiência cirúrgica, pertencia ao grupo intervenção, que apresentou menores níveis de incerteza. Apesar da relação não ter se apresentado estatisticamente significativa, esse dado importa quanto a experiência da incerteza em relação ao procedimento cirúrgico.

Pesquisa com pacientes cirúrgicos, demonstrou que a ausência da experiência cirúrgica prévia pode influenciar nas experiências dos pacientes com as situações cirúrgicas novas. Segundo o estudo, existem dois tipos de pacientes: o paciente com antecedente cirúrgico e o paciente não cirúrgico. Independentemente do tipo de paciente, todos apresentam sofrimentos perante a nova cirurgia a qual pode ser submetido. O primeiro tipo de paciente, com experiências cirúrgicas prévias, relatou mais dor, labilidade emocional, ansiedade e angústia, associados ao fato dele estar lidando com um novo evento desconhecido (cirurgia) e consequente inabilidade de lidar com o gerenciamento desse evento, uma vez que já o experimentou anteriormente como uma situação negativa. Já o segundo tipo de paciente sofre apenas com o segundo modo de experiência, a insegurança do desconhecido (ALBERTI et al., 2014). Mishel (1984) destaca que pacientes com experiências prévias, passam melhor pela hospitalização, especialmente, devido ao esquema cognitivo do paciente ter lidado com experiências anteriores, reduzindo sentimentos negativos.

O tema é controverso na literatura. Pesquisa de Alberti, Daian, Petroianu (2014) investigou se a experiência cirúrgica prévia interfere no estresse psíquico em situações cirúrgicas posteriores. Os resultados mostraram que pacientes sem experiências cirúrgicas relataram mais dor do que o outro grupo, trazendo à tona que as experiências anteriores também funcionam como mecanismos de resistência a fatores estressores. Já no pós-operatório, ocorreu o contrário, pacientes sem histórico de cirurgias enfrentam melhor o período pós-cirúrgico.

Apesar desses dados, alguns autores consideram a experiência cirúrgica como sempre única, tida como um novo evento, independente das experiências prévias (FRIAS; COSTA; SAMPAIO, 2010). Já a TID considera os antecedentes da incerteza, componentes do marco de estímulos e reforça que a tipologia dos sintomas é congruente com a familiaridade dos fatos, onde a interpretação funciona de modo que quanto mais um evento é familiar ao indivíduo, menores serão as chances de vivenciar altos níveis de incerteza ocasionados por novas situações. A autoavaliação da incerteza usa a inferência através da identificação de situações semelhantes. Quando essas situações são positivas, a incerteza é avaliada como benéfica e eles constroem um sistema de crenças positivo, mantêm a ilusão que os protege para seguir em frente, buscando adaptação e equilíbrio em suas vidas (MISHEL, 1988)

Quanto à recidiva da doença oncológica, 13,33% relatou novo episódio de câncer, sendo esse dado equânime nos dois grupos. Esse dado correlaciona-se com as experiências prévias

vividas por esses pacientes, o que pode ser um fator impulsionante ou atenuador da incerteza (MISHEL, 1991).

Ainda sobre as características clínico-epidemiológicas dos participantes, 75% da amostra apresentou comorbidades, com maior predominância no grupo controle (41,67%). Estudo de Martins et al. (2017), demonstra a existência de comorbidades em 50% da amostra de pacientes cirúrgicos. A presença de condições clínicas pré-existentes pode funcionar como fator preditor na ocorrência de complicações de ordem funcional.

Houve predomínio das DCNT, como a hipertensão (55%), e diabetes *mellitus* (25%) que serão discutidas a seguir. As DCNT's correspondem aos grupos de doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias. São doenças associadas ao subdesenvolvimento social e aos hábitos de vida ligados ao sedentarismo, má alimentação e fatores ambientais (MALTA et al., 2016). Martins et al. (2017) em pesquisa com pacientes cirúrgicos hospitalizados, analisaram o perfil de comorbidades dos pacientes, a maior prevalência de doenças prévias foi de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes *Mellitus* (DM) e tabagismo, corroborando parcialmente com os resultados dessa pesquisa.

Alessi et al. (2013) comentam que as doenças HAS e DM estão em constante crescimento na sociedade, aumentando as taxas de prevalência e incidência, especialmente associadas ao envelhecimento populacional e a crescente epidemia de obesidade e sobrepeso. Os autores ainda comentam das chances aumentadas da HAS desenvolver o DM, que são três vezes maiores que na população geral.

As comorbidades aumentam de forma expressiva as chances dos riscos dos pacientes cirúrgicos, ainda mais pela doença oncológica associada. Essas doenças aumentam as porcentagens de complicações perioperatórias, alterando os parâmetros dos sinais vitais, aumento de hormônios estressores como cortisol, dor e elevação do tempo de internação hospitalar (PAIVA, 2004).

Referente ao uso dos medicamentos para controle terapêutico das doenças de base e dos sintomas ocasionados pela doença oncológica, as classes de medicamentos mais recorrentes foram anti-hipertensivos (50%) e antirreumáticos (16,67%). O grupo controle foi quem utilizou maior diversidade de medicamentos.

Quanto à presença de vícios, 23,33% da amostra afirmou apresentar algum tipo de vício. A exposição aos vícios como alcoolismo, tabagismo e drogas são fatores associados ao aumento significativo de ocorrência do câncer, especialmente, quando as substâncias são utilizadas em doses elevadas (SAKAGUTI, 2018; OLIVEIRA, 2017).

Sobre os transtornos psicológicos apontados, 70,73% relataram transtorno de ansiedade e 29,27% depressão, sendo a ansiedade mais prevalente no grupo intervenção (36,58%). Pesquisa que avaliou 360 pacientes cirúrgicos, apenas 1 paciente não demonstrou ansiedade. A ansiedade nesse grupo se dividiu em moderada a alta (AGOSTINI; SAKAE; FELDENS, 2011). Marcolino et al. (2017) demonstra que a ansiedade apresentada no período pré-operatório atinge 44,3% dos pacientes.

O histórico de transtornos psicológicos depressão/transtornos de humor ganham destaque por serem os distúrbios emocionais mais associados aos acometimentos físicos. Estudo realizado com pacientes no período pré-operatório demonstrou que 44,3% deles apresentaram ansiedade ou depressão, dado que corrobora com esse estudo. Alta prevalência pode ser explicada pela antecipação da dor, medo da morte, temor de tornar-se dependente. Outra possível explicação para esse dado é a relação com as doenças de base pré-existentes, muitos pacientes já conviviam com a depressão anteriormente a cirurgia, muitas vezes relacionado ao sofrimento da convivência com essas condições, adicionando-se a isso, dificuldades intrafamiliares de ordem financeira, social e emocional (MARCOLINO et al., 2007).

A respeito de cuidadores, apenas um paciente estava dependente do cuidador para atividades de autocuidado. Quando se fala nas necessidades dos acompanhantes, estudo qualitativo relata sentimentos de ansiedade, depressão, dor e angústia na expectativa da realização do procedimento cirúrgico. Os acompanhantes/familiares enxergam a cirurgia como uma situação ameaçadora e a experiência de emoções que causam tensão excessiva é traduzida pelos familiares em seus discursos (BECK et al., 2007).

A maioria dos participantes do estudo apresentou idade média de 59 anos, em sua maioria acompanhados por seus cuidadores. Pereira e Silva (2012) comentam que o enfermeiro deverá incluir o acompanhante do paciente em seu planejamento assistencial ao paciente cirúrgico com câncer (BRASIL, 2007; BECK et al., 2007). Importante ressaltar que, devido às condições de enfrentamento da pandemia da COVID-19, a clínica cirúrgica estava restrita à

presença de acompanhante, sendo permitido apenas para aqueles com dependência para o autocuidado e para idosos.

Os pacientes cirúrgicos necessitam de acompanhantes não somente devido às condições fisiológicas pré e pós-operatórias, mas também pela necessidade de absorver informações precisas, apoio e recepção de orientações. As demandas de ordem emocional também são essenciais no compartilhamento com o paciente (FIGUEIREDO et al., 2011; MCCARTHY, 2011). Por fim, é importante que o enfermeiro ofereça durante o período assistencial, condições adequadas para o acolhimento desse acompanhante, especialmente, por este ser parte da reabilitação e recuperação do paciente cirúrgico com câncer (SANTOS; CESARETTI, 2015; FIGUEIREDO et al., 2011).

Ao se analisar a relação entre incerteza e comorbidades, a literatura diz que a presença de uma ou mais doenças de base interfere na manifestação da incerteza. Além disso, apresentar transtornos psicológicos, tais como a ansiedade e depressão. Os problemas de ordem emocional, interferem diretamente nos de ordem funcional, a depressão, por exemplo, influencia no sistema imune do paciente, fazendo com que suas defesas caiam, levando a problemas físicos. Pesquisa de Pinciotti, Riemann, Abramowitz (2021), sobre a tolerância da incerteza e a presença de desordens como comorbidades físicas e psicológicas revelou a influência dos efeitos dos sintomas derivados das comorbidades, incluindo transtornos psicológicos e de condições clínicas como pós-operatório, na ocorrência da intolerância à incerteza, onde os participantes do estudo sentiam-se paralisados quanto ao enfrentamento da incerteza associado a imprevisibilidade de comportamento das doenças de base.

6.2 ESTADO DE ANSIEDADE NO PACIENTE COM CÂNCER SUBMETIDO À CIRURGIA PARA RETIRADA DE ÓRGÃO

A ansiedade foi aferida por meio do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) como forma de quantificar o nível/grau de ansiedade.

Neste inventário a ansiedade pode ser verificada de duas formas, através do traço, que se refere a uma condição de ansiedade mais estável, ou seja, relacionado a suscetibilidade do indivíduo a um maior nível de ansiedade ao longo da vida. E por meio da ansiedade-estado, que reflete uma experiência momentânea (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 1979; BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979). Sobre a pontuação, as duas subescalas são pontuadas

separadamente, sendo o escore mínimo e máximo de 20 e 80 para cada uma delas. De acordo com o escore obtido, encontrou-se índice médio de ansiedade.

Enquanto o estado de ansiedade reflete uma reação transitória diretamente relacionada a uma situação de adversidade que se apresenta em dado momento, o traço de ansiedade refere-se a um aspecto mais estável relacionado à propensão do indivíduo lidar com maior ou menor ansiedade ao longo de sua vida (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 1979).

Quanto à ansiedade estado, esta foi mais prevalente na amostra de pacientes do grupo controle, podendo ser por influência do não recebimento da intervenção educativa, embora essa relação não tenha sido estatisticamente comprovada, além de que não foi possível aplicar o instrumento IDATE antes da intervenção. Esse traço da ansiedade corresponde especialmente ao momento cirúrgico pré-operatório imediato, no qual os níveis de ansiedade encontram-se no pico (JAYAWARDANE; GANKANDA; GUNATHILAKE, 2021). O que poderia explicar os valores mais elevados para o estado de ansiedade, é que nem sempre os pacientes sentem-se ansiosos, mas que o momento clínico em que se encontravam trouxe essa condição exacerbada.

Já a avaliação referente ao traço de ansiedade, demonstrou níveis moderados de ansiedade para o total de participantes do estudo, apresentando significância estatística ($p=0,049$). Este dado demonstra a existência de personalidade ansiosa, especialmente, no grupo controle. Isso também pode ser explicado uma vez que a ansiedade pode fazer parte da personalidade dos indivíduos, participando enquanto características basais da personalidade e de forma controlada. Porém, na existência de um evento estressor poderá ser exacerbada, o que corrobora os valores encontrados na ansiedade estado (REY-VILLAR et al., 2017).

Os transtornos de humor são evidentes por se classificarem como distúrbios emocionais muitas vezes condicionados aos acometimentos físicos. Marcolino et al., (2007), em pesquisa com pacientes em pré-operatório, revelou que 44,3% dos participantes da pesquisa apresentaram ansiedade corroborando com os achados dessa pesquisa. Esse número pode ser explicado devido a antecipação da dor, o temor da morte, e preocupações relativas ao não sucesso do tratamento cirúrgico bem como as consequências derivadas do tratamento como a possibilidade de dependência para praticar as atividades de vida diárias, outra hipótese é a correlação entre as doenças de base anteriores, na qual muitos pacientes já conviviam com a ansiedade, independente do tratamento, trazendo a tona a agudização dessa condição devido a espera pela cirurgia (MARCOLINO et al., 2007).

Em estudo para determinar a ansiedade de pacientes com câncer de mama e as mudanças sofridas após os tratamentos foi obtida a partir do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) inicialmente a ansiedade grave como estado (48,6%) e como traço (18,2%) com posterior redução significativa após os tratamentos (REY-VILLAR et al., 2017).

A literatura relata que o momento do pré-operatório é o ideal para melhorar a interação entre enfermeiro e paciente, para realizar visita de enfermagem e especialmente o melhor momento para disponibilizar informações, prestar apoio emocional ao paciente e à família como principais medidas de controle da ansiedade (FRIAS; COSTA; SAMPAIO, 2010), como foram propostos os formatos das intervenções aplicadas. Outro estudo comenta sobre a contribuição da visita pré-operatória de enfermagem que analisa através do inventário IDATE a diminuição da ansiedade e revelou que a visita foi determinante para redução dos níveis de ansiedade (GONÇALVES et al., 2016).

A fase pré-operatória também é considerada o momento de maior vulnerabilidade do paciente, deixando-o mais suscetível ao descontrole emocional (COSTA; SILVA; LIMA, 2010). Momentos de descontrole, falta de orientação e suporte emocional, social, psicológico e físico, interferem na aplicação das terapêuticas necessárias na assistência operatória ao paciente, podem levar a persistência do estado ansioso e ao não controle dessa condição (SILVA; ZAKIR, 2011).

A sistematização da assistência de enfermagem perioperatória (SAEP), na qual a visita de enfermagem está inserida, sendo de grande importância neste momento, enfatiza a qualidade da informação prestada, que desempenha papel fundamental na diminuição da ansiedade e incerteza. A qualidade da informação depende de fatores como clareza, objetividade, informações personalizadas, focalizadas nas necessidades de cada paciente, sequência lógica de informações e garantia da compreensão (SILVA; NAKATA, 2005).

A disponibilização de boas informações também é capaz de prevenir complicações perioperatórias, especialmente, se essas informações forem adequadamente compartilhadas com a equipe multiprofissional (KRUSE et al., 2009).

Estudo que avaliou a capacidade da visita pré-operatória em funcionar como fator atenuante da ansiedade de pacientes cirúrgicos, concluiu que, quem recebeu a visita de enfermagem no pré-operatório, experimentou a diminuição do grau de ansiedade comparado aos que não passaram por essa fase do processo de enfermagem (SILVA; NAKATA, 2005).

A experiência cirúrgica desencadeia uma mudança no padrão cognitivo do paciente de caráter psicobiológico que modifica a experiência com o evento cirúrgico. Alterando padrões fisiológicos revelados por meio de escalas que avaliam ansiedade e qualidade de vida, transparecendo na subescala de sintomas, indicando maior porcentagem de prevalência de dor, insônia e constipação, sintomas estes que também podem ocorrer sob influência da ansiedade (PENICHE, 2005).

A ansiedade também pode funcionar como uma adaptação a um agente estressor, que no caso desse estudo é a cirurgia. A ansiedade como adaptação pode ser vista pela perspectiva de que trabalha como uma resposta ao desequilíbrio do sistema provocado pela cirurgia enquanto agente estressor. Embora a existência da ansiedade neste sentido, também seja sinal do desequilíbrio do sistema (PRITCHARD, 2009).

Ensaio clínico aleatorizado com intervenções visuais para acompanhantes de pacientes cirúrgicos, demonstrou que as orientações fornecidas pela enfermagem influenciam na redução dos níveis de ansiedade no pré-operatório (HAMESTER et al., 2016).

Estudo quase experimental, revelou através do uso de intervenções de enfermagem: efetiva comunicação, fornecimento de informações e momentos de apoio emocional, melhor controle da ansiedade pós-intervenções (MACHADO et al., 2015).

Uma *overview* investigou a efetividade das intervenções de enfermagem para pacientes oncológicos, mencionou que as intervenções de enfermagem ao paciente com câncer foram categorizadas como intervenções educacionais, psicossociais, psicológicas e baseadas em atividades, juntamente com intervenções de apoio ao enfrentamento dos pacientes. Sendo as mais comuns, as intervenções educacionais através do fornecimento de informação, aconselhamento e orientações trabalhadas em pacientes ansiosos (TUOMINEN et al., 2019).

Intervenções de enfermagem referem-se a quaisquer ações ou atividades que os enfermeiros realizam com o objetivo de melhorar o bem-estar das pessoas com necessidades de saúde e cuidados relacionados ao câncer (BAKER et al., 2020). Uma intervenção educacional incluindo vídeo e material escrito foi eficaz no manejo da dor entre pacientes com câncer avançado (LOVELL et al., 2010).

Revisão sistemática, sobre intervenções psicológicas para pacientes ansiosos no período pré-operatório, revelou que os estudos selecionados foram geralmente unânimes quanto ao achado principal de que tais intervenções reduzem a ansiedade do paciente no pré-operatório (RENOUF; LEARY; WISEMAN, 2014). As intervenções de enfermagem relatadas na revisão mencionaram: tempo gasto na consulta de enfermagem e na pré-avaliação operatória, oportunidade de perguntas e respostas, contato com equipe multiprofissional e ensino pré-operatório sobre o tipo de cirurgia. Chama atenção a informação disponibilizada por essa revisão de que para que a informação tenha poder de diminuir a ansiedade, é preciso disponibilizar informações personalizadas a cada perfil de pacientes.

Essa mesma revisão sistemática sintetiza em seus achados que a ansiedade pré-operatória dos pacientes é reduzida por intervenções psicológicas pré-operatórias gerais dadas por enfermeiros, como o fornecimento de informações. Defende que os cuidados pré-operatórios eficazes devem ser individualizados de acordo com as necessidades dos pacientes e que pacientes com câncer podem ter níveis mais altos de ansiedade antes da cirurgia. Concluem que são necessárias mais pesquisas em pacientes com câncer e ansiedade pré-operatória para desvendar mecanismos de melhor controle da ansiedade (RENOUF; LEARY; WISEMAN, 2014).

A TID apresenta o domínio da falta de informação o qual pode associar-se ao histórico de transtornos psicológicos, como por exemplo: ansiedade e depressão. Lemos et al. (2019) tratam do fornecimento de informações no período pré operatório. No geral, fornecer informação aos pacientes resultou em níveis mais baixos de ansiedade, enquanto não houve mudanças no grupo que não recebeu a informação pré-operatória apresentando índices constantes de ansiedade. Nesse presente estudo, observa-se que o grupo que recebeu a intervenção apresentou menores pontuações para ansiedade. Não se tem parâmetros suficientes nesse estudo para afirmar que a pontuação menor de ansiedade se deva às intervenções de enfermagem aplicadas. No entanto, é inevitável considerar o paralelo entre quem recebeu e quem não recebeu a intervenção ter apresentado pontuações diferentes.

Apesar das intervenções de enfermagem aplicadas no presente estudo não terem sido prioritariamente direcionadas à redução da ansiedade pré-operatória, os achados obtidos perante a ansiedade-traço, trouxe indícios de que a intervenção configurou como uma estratégia de promoção ao enfrentamento da ansiedade no paciente com câncer submetido a cirurgia de

retirada de órgão. Portanto, estudos posteriores podem investigar mais efetivamente essa condição.

Por fim, a ansiedade é um componente importante na condição da incerteza, sendo relevante identificar o estado e o tipo de ansiedade nos pacientes em que está investigando a incerteza e como ela se comporta. Apesar das intervenções aplicadas nesse estudo não objetivarem prioritariamente o alcance da diminuição da ansiedade, no formato em que foram elaboradas, tendo como componente a disponibilização de informação, podem interferir na ansiedade, ainda que isto não traga relações de causalidade.

6.3 ESCALA DA QUALIDADE DE VIDA, EORTC QLQ-C30, NO PACIENTE COM CÂNCER SUBMETIDO À CIRURGIA PARA RETIRADA DE ÓRGÃO

De acordo com as escalas do instrumento EORTC QLQ-C30, a qualidade de vida global dos pacientes participantes foi avaliada em 72,1 para o total, relativo a médio superior, valores inferiores aos da literatura (BARBOSA et al., 2017; BEZERRA et al., 2013; SALVETTI et al., 2020). Outros estudos também abordam que a qualidade de vida é mais alta no pré-operatório e que há um declínio no período pós-operatório em decorrência da dor pós cirúrgica e do sítio primário do câncer (DELL'ANTONIO-PEREIRA et al., 2017; KWAN et al., 2010; PANDEY et al., 2006; ZANDONAI et al., 2010), embora os valores a respeito da qualidade de vida não tenham sido aferidos no pós operatório neste estudo. Além disso, a literatura revela que com o passar do tempo, a qualidade de vida volta a se igualar a da população geral (BEZERRA et al., 2013; KWAN et al., 2010; PEITINGER et al., 2003; PANDEY et al., 2006). O grupo intervenção apresentou valores maiores para qualidade de vida, embora essas diferenças não tenham sido significativas. Ressalta-se que os valores aproximados entre os dois grupos, intervenção e controle, pode ter ocorrido pelo fato de a qualidade de vida ter sido aferida no mesmo momento, pré-operatório.

A qualidade de vida pode ter sido próxima em ambos os grupos porque a redação dos itens da escala EORTC QLQ-C30 os quais avaliam esse parâmetro podem induzir o paciente a não considerar a intervenção de enfermagem realizada no pré-operatório como fato contemplado para melhora de sua qualidade de vida. A saber: item 29 “*Como você classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?*” e item 30 “*Como você classificaria a sua qualidade de vida em geral durante a última semana?*”.

Conforme o manual do EORTC (AARONSON et al., 1993) faz parte da estratégia de desenvolvimento desse instrumento, utilizar o QLQ-C30 juntamente com os módulos de questionário suplementares (mama QLQ-BR23, cabeça e pescoço QLQ-H&N35, entre outros), dessa forma, é possível fornecer informações mais detalhadas para avaliar a qualidade de vida em populações específicas de pacientes. Portanto, nesse estudo a amostra foi multivariada quanto ao tipo de câncer, constituindo-se em fator dificultador para obtenção de parâmetros distintos de diferenciação da qualidade de vida entre os dois grupos, uma vez que a amostra foi heterogênea.

Ao avaliar a função física entre os dois grupos do estudo, o grupo intervenção apresentou melhor desempenho funcional. Existem vários mecanismos que podem gerar impactos do câncer na função física do paciente e a diferença obtida entre os grupos, pode ter ocorrido devido ao tipo de câncer ou terapêutica ministrada. É possível até mesmo que a própria percepção dos pacientes sobre sua saúde e suas limitações possa ser diminuída pelo próprio diagnóstico de câncer (STAFFORD; CYR, 1997), além disso, os hábitos de vida e o sedentarismo incidem diretamente na função física (CANARIO et al., 2016; GIOVANNUCCI et al., 1995; ZANDONAI et al., 2010). Contudo, os dados obtidos não foram suficientes para diferenciá-los significativamente. Por fim, entende-se que a intervenção aplicada não gerou influência no desempenho da função física do paciente no ínterim ao qual foi aplicada.

No que tange ao desempenho de papel, em outras palavras, a capacidade em executar as atividades diárias e de lazer, o grupo intervenção também apresentou capacidade superior ao grupo controle. Essa habilidade está diretamente relacionada à função física do paciente. A função física é caracterizada, a partir dos itens constantes no EORTC (AARONSON et al., 1993), como execução das atividades diárias de autocuidado e ao cansaço físico em desempenhar atividades básicas, enquanto, o desempenho de papel é mais abrangente. Sendo assim, os participantes desse estudo provenientes do grupo intervenção mantiveram melhor índice de desempenho de papel em relação ao grupo controle. Porém, os dois grupos sofreram os efeitos debilitantes da doença em suas vidas (STAFFORD; CYR, 1997) fazendo com que o escore da escala para esse atributo fosse inferior a 8,6 pontos em relação à função física para o total. Novamente, sem significância estatística entre os grupos.

O resultado obtido para função emocional foi 14,2 pontos maior para o grupo intervenção em relação ao grupo controle. Os itens 21 a 24 da escala EORTC referem-se à

percepção do paciente em relação aos sentimentos emocionais vivenciados na última semana, os itens são: “*Você se sentiu nervoso? Você esteve preocupado? Você se sentiu irritado facilmente? Você se sentiu deprimido?*” Desta feita, tem-se que a intervenção de enfermagem aplicada neste estudo foi elaborada a fim de fornecer informações ao paciente que contrapõem sentimentos dessa natureza (MAJASAARI et al., 2005). No entanto, não houve significância estatística.

É comum em pacientes com câncer ocorrer o declínio cognitivo o qual relaciona-se ao tratamento e à doença propriamente dita (BRANT, 2010). Nesse estudo, o grupo controle teve um valor inferior de função cognitiva em relação ao grupo intervenção de 16,6 pontos. A função cognitiva interfere de forma prática e com consequências diretas na qualidade de vida. A perda da função cognitiva dificulta a compreensão e recordação das instruções acerca do tratamento, provoca o esquecimento de sinais e sintomas da doença e dos efeitos colaterais da terapia que merecem atenção médica (YOSHIMURA et al., 2013). Não foi aferida diferença entre os grupos estatisticamente significantes, porém, esse subgrupo da escala EORTC pode influenciar nos resultados do estudo uma vez que a dificuldade em assimilar ou lembrar conhecimentos facilita a perda das informações e orientações propostas na intervenção.

A função social é importante para aumentar a qualidade de vida do paciente porque ela representa as relações sociais que ele tem com seus familiares e com todas as suas atividades sociais (AARONSON et al., 1993). A literatura traz valores superiores aos obtidos neste estudo para qualidade de vida em pacientes oncológicos em diversos estudos: tratamentos pré-operatório para o câncer de mama (DELL’ANTONIO-PEREIRA et al., 2017), tratamento quimioterápico (SAWADA et al., 2009), dentre outros.

Quanto à escala de sintomas, os participantes obtiveram valores baixos para a maior parte dos sintomas. Uma hipótese para isso é que a maioria da amostra descobriu seu diagnóstico com tempo inferior a três meses, o que pode interferir na não ocorrência de alta sintomatologia. No entanto, o relato a respeito da dificuldade financeira, insônia e dor foram os que apresentaram maiores escores. Considerando que o grupo intervenção foi predominantemente feminino, a literatura demonstra que as mulheres sofrem mais do que os homens com sintomas como: dor, constipação e fadiga. Enquanto os homens são mais vulneráveis aos fatores emocionais e cognitivos (ZANDONNAI et al., 2010). Os achados desse estudo corroboram os dados da literatura, uma vez que os maiores valores foram fadiga, dor,

constipação e insônia, sintomas comumente associados aos diagnósticos de câncer presentes na atual amostra.

Por fim, a qualidade de vida é afetada por dificuldades financeiras (STAFFORD; CYR et al., 1997) e os participantes do estudo obtiveram escores iguais tanto no grupo total, quanto nos grupos em separados. A dificuldade financeira obtida pelo auto relato no EORTC é compatível com os achados sociodemográficos predominantemente de baixa renda dos participantes. Parker et al, (2013), discutem sobre o baixo poder aquisitivo e a debilidade acarretada pelo câncer, juntamente com a demanda financeira exigida pelo tratamento que trouxeram índices da escala de qualidade de vida superiores a metade para dificuldades financeiras.

Muitos estudos associam a incerteza na doença com a qualidade de vida em pacientes com câncer (DELIS, 2019; GUAN et al., 2020; VERDUZCO-AGUIRRE et al., 2020). Intervenções de enfermagem direcionadas ao enfrentamento da incerteza podem melhorar a qualidade de vida dos pacientes com câncer (TUOMINEN et al., 2019). Apoiando essa descoberta, Parker et al. (2013) realizou estudo prospectivo para acompanhar pacientes com pequenos tumores renais que estavam em tratamento do tipo espera vigilante e foram submetidos às intervenções psicossociais que obtiveram ganhos na qualidade de vida. As intervenções elaboradas neste estudo não foram delineadas para o alcance direto da qualidade de vida, não sendo possível aferir essa variável antes e depois aos moldes da escala da incerteza.

6.4 AVALIAÇÃO DA AUTOEFICÁCIA DO PACIENTE COM CÂNCER SUBMETIDO À CIRURGIA PARA RETIRADA DE ÓRGÃO

No presente estudo, na Escala de Autoeficácia Geral e Percebida (pontuação máxima igual a 50), constatou-se valor médio de 39,1 pontos (DP=7,7). Resultado semelhante foi obtido por pesquisadores brasileiros em dois hospitais do interior de Minas Gerais, que avaliaram a autoeficácia geral de 76 pacientes no pós-operatório de prostatectomia radical por diagnóstico de câncer, com média de 39,0 pontos (DP=6,4) (MATA et al., 2015).

Já para análise por grupos, apesar do grupo intervenção ter apresentado maior escore do que o grupo controle para a percepção de autoeficácia, essa diferença não foi significativa ($p=0,07$). Ensaio clínico realizado em três hospitais do interior de Minas Gerais com 68

participantes submetidos a prostatectomia radical também obteve equivalência entre os grupos para a autoeficácia (MATA et al., 2019).

Apesar dos achados desse estudo não demonstrarem diferenças na autoeficácia entre os grupos, estudiosos apontam que a oferta de ensino, juntamente com o confronto de preocupações associadas à doença e ao tratamento aumentam significativamente a autoeficácia, o bem-estar emocional e o conhecimento específico da doença/tratamento (SONG et al., 2018). Em outras palavras, essa condição pode ser alcançada por influência de intervenções comportamentais que incentivem o paciente a uma boa autopercepção sobre sua saúde.

A literatura ainda apresenta lacunas sobre a influência das intervenções de enfermagem no gerenciamento da autoeficácia, sugerindo mais estudos sobre o tema (XU; WANG; WU, 2019). Contudo, as intervenções de enfermagem aqui disponibilizadas podem influenciar a autoeficácia sobre o ponto de vista de que o paciente com câncer, tendo maior acesso às informações sobre seu tratamento cirúrgico, aumente suas expectativas de melhora e incentivo no tratamento. Esse indício é percebido nos maiores escores de autoeficácia obtidos para o grupo intervenção, mesmo que incipientes estatisticamente.

A autoeficácia pode ser aprendida (HOFFMAN, 2011). Quanto maior a autoeficácia, maior a capacidade de mudar os comportamentos a fim de obter a autogestão. Indivíduos em idades mais avançadas, idosos, aposentados e com familiares já independentes repercutem habilidades de autogestão adquiridas ao longo de suas vidas. Esse perfil de pacientes ainda transparecem comportamentos resilientes e conformistas mesmo perante a realidade perturbadora da doença. A autoeficácia, portanto, interfere na motivação, competência, perseverança e esforço, influenciando nos comportamentos de gerenciamento de sintomas (WHITE et al., 2017). Além disso, a autoeficácia para gerenciamento de sintomas é um preditor de resultados para populações com doenças crônicas e é importante para gerenciar os desafios complexos do tratamento do câncer (KELLEHER et al., 2016; WHITE et al., 2017).

A Autoeficácia e o gerenciamento de sintomas são conceitos fundamentais que afetam os resultados para adultos com câncer em seus diferentes estágios do tratamento. Autoeficácia é a capacidade de uma pessoa de implementar o comportamento para um resultado desejado (BANDURA, 2001). Idealmente, espera-se que adultos realizem o autogerenciamento de seus sintomas, porém podem não ter autoeficácia para fazê-lo. Pacientes com câncer são os principais responsáveis pelo gerenciamento de sua saúde e devem ser capazes de implementar

comportamentos específicos para a tarefa de gerenciamento de sintomas, como reconhecimento de sintomas, prevenção e ações para diminuir ou aliviar a intensidade, duração e frequência de sintomas (WHITE et al., 2017).

Compreender a autoeficácia, os efeitos dos sintomas e o papel que as estratégias de gerenciamento de sintomas têm no controle destes, é fundamental para manter a qualidade de vida. Os tratamentos prolongados tornam-se desgastantes uma vez que ocasionam vários efeitos adversos, tais como: náuseas, vômitos, fadiga, alopecia e distúrbios de sono (VILLAR et al., 2017). Os valores mais elevados de autoeficácia obtidos neste estudo podem estar associados ao tempo de diagnóstico predominantemente baixo nos pacientes, implicando num menor agravamento dos sintomas.

Metanálise sobre intervenções para autoeficácia em pacientes com câncer, sugere que a autoeficácia melhora significativamente o contexto psicológico do paciente. Além disso, os efeitos da autoeficácia são importantes devido aos ganhos em outros comportamentos de saúde (MERLUZZI et al., 2019). Em contrapartida, há constante incerteza nos tratamentos prolongados para o câncer, uma vez que geram constante medo da morte e dificultam muito a manutenção da autoeficácia (MUÑOZ et al., 2018).

Revisão integrativa sobre autoeficácia relata que existem poucos estudos que trabalhem intervenções para o alcance da autoeficácia nos pacientes oncológicos, indicando a necessidade de mais pesquisas sobre esse tópico. Realizar essas pesquisas em fases específicas do tratamento, permite o desenvolvimento de intervenções centradas no paciente (WHITE et al., 2017), sendo que a atual pesquisa sugere realizar isso nos pacientes cirúrgicos oncológicos de retirada de órgão.

O conceito de autoeficácia, também se relaciona com a capacidade de autogerenciamento que significa assumir a responsabilidade pela saúde por meio da resolução de problemas, tomada de decisão, uso de recursos, parcerias paciente-provedor e planejamento de ações (LORIG; HOLMAN, 2003). Verificar uma alta autoeficácia na amostra traduz bons resultados de enfrentamento. Portanto, orientar com qualidade o paciente cirúrgico proporciona aumento de conhecimento, satisfação e bem-estar psicológico no período pós-operatório, conseqüentemente, reduzindo a morbidade psicológica oriunda da experiência cirúrgica e das alterações físicas pós procedimento (HEDDEN et al., 2017). Conseqüentemente, a autoeficácia

caracteriza-se como um antídoto para a incerteza na doença, sobretudo, tida como ameaça (PASTUNA-DOICELA; SANHUEZA-ALVARADO, 2021).

6.5 AVALIAÇÃO DA INCERTEZA NA DOENÇA DO PACIENTE COM CÂNCER SUBMETIDO À CIRURGIA PARA RETIRADA DE ÓRGÃO

A escala da incerteza na doença que foi aplicada aos pacientes com câncer cirúrgicos de retirada de órgão tem por meta mensurar essa incerteza através dos elementos da escala agrupados em domínios: ambiguidade, complexidade, inconsistência e imprevisibilidade, que são afirmações que conferem as formas de demonstração da incerteza. Conforme destacado nos métodos, foi utilizada a escala do primeiro modelo formulado pela teorista, para ser aplicado em doentes hospitalizados, contendo trinta itens (BARBOSA, 2012; MISHEL, 1981).

Trata-se de um modelo de escala autoaplicada, sendo que para os pacientes com dificuldades de leitura foi disponibilizado um cartão ampliado com as possibilidades de resposta tipo *Linkert*. Para interpretação da escala, adotou-se como parâmetro para os níveis de incerteza: 30 a 70 pontos como baixa incerteza, de 71 a 110 moderada e de 111 a 150 alta incerteza. O menor escore foi de 40 pontos e o escore máximo de 107 para incerteza.

Quanto à pontuação da escala, para ambos os grupos, houve um índice médio de incerteza, sendo classificada como moderada, com escore médio de 72,5 pontos. Quando se realiza uma comparação entre o grupo intervenção antes e após intervenção, verifica-se diminuição da incerteza estatisticamente significativa no pós-intervenção, bem como maiores índices de incerteza no grupo controle, que recebeu as intervenções habituais da clínica cirúrgica.

Sobre o momento de aferição da intervenção educativa, em pacientes cirúrgicos, estudos que utilizaram intervenções educativas, aferiram as respostas dos participantes em diferentes momentos, no pré-operatório variando entre 15 dias a 24 horas antes do procedimento cirúrgico, outros ainda, aplicaram suas intervenções no mesmo dia do procedimento cirúrgico, aos moldes da atual pesquisa (KADDA et al., 2016; PIREDDA et al., 2016).

Conforme a autora Mishel (1988), a incerteza pode revelar-se ao paciente nas situações em que a doença pode ser interpretada como ambígua, complexa, imprevisível e inconsistente.

Estudo sobre a incerteza com pacientes que apresentavam neoplasias vulvares e que eram submetidas a cirurgias mutiladoras que envolviam retirada de órgão, destaca que maior incerteza se correlaciona com idade avançada, menor escolaridade, menor renda, menor qualidade de vida, menor suporte social e informação insuficiente (RAPHELIS et al., 2018). Apesar do estudo envolver apenas mulheres e a maior predominância de mulheres na atual amostra, é possível também correlacionar os achados com os resultados obtidos em relação a idade avançada, menor escolaridade, menor renda e informação insuficiente. Este mesmo estudo de Raphaelis e colaboradores (2018) apresentou médias de escores para a incerteza de 78 pontos para o grupo que recebeu informações por escrito e de 68 pontos para quem recebeu informações por meio do aconselhamento. Dentro do grupo de aconselhamento, a incerteza total, ambiguidade, inconsistência e imprevisibilidade diminuíram significativamente desde o diagnóstico até seis meses após a cirurgia, demonstrando os benefícios da intervenção educativa para pacientes com câncer. De forma semelhante, o atual estudo demonstrou menores valores para incerteza para o grupo intervenção com significância estatística ($p=0,00$).

Já estudo com pacientes cirúrgicos com câncer de próstata, a pontuação média da incerteza da doença dos pacientes foi 60,6 (DP = 15,7), com aproximadamente 50,6% dos pacientes acima da pontuação média (GUAN et al., 2020). Este mesmo estudo identificou que o diagnóstico e o tratamento do câncer são uma experiência estressante e a incerteza da doença é uma fonte desse estresse (GUAN et al., 2020).

Estudo anterior de Oliveira (2018) aplicou a MUIS e obteve a presença de níveis elevados de incerteza dos pacientes cirúrgicos de retirada de órgãos, evidenciando a necessidade do manejo dessa condição. Também constatou que os aspectos psicossociais dos tratamentos cirúrgicos acabam secundarizados em detrimento do restabelecimento clínico, circunstância em que se negligencia o sofrimento emocional do paciente. Portanto, os achados do presente estudo despontam como uma alternativa efetiva de manejo da incerteza em pacientes com câncer submetidos às cirurgias de retirada de órgão.

Pesquisa anterior mostrou que a incerteza na doença durante o tratamento está associada a níveis mais elevados de sofrimento entre pacientes com câncer (HAISFIELD-WOLFE et al., 2012). Além disso, pacientes com câncer, que estão mais angustiados, têm um risco aumentado de mortalidade prematura e são menos propensos a aderir às recomendações de tratamento (PRIETO et al., 2002; PINQUART; DUBERSTEIN, 2010). Considerando essa dificuldade de

adesão das recomendações de tratamento, oportunizar intervenção educativa de leitura rápida, de fácil compreensão e que ofereça suporte emocional para enfrentamento da incerteza e ansiedade pré-operatórias aos moldes da intervenção aplicada neste estudo torna-se importante alternativa. Apesar da intervenção aplicada não abranger seguimento, ela indica bons atributos para lidar com angústia desse momento do tratamento, visto que a incerteza foi menor no grupo intervenção antes e depois quando comparada ao grupo controle.

Quando os pacientes com câncer percebem a incerteza como um estressor, poderá haver maior angústia, a depender das estratégias de enfrentamento que usam e da disponibilidade de apoio social (LAZARUS; FOLKMAN, 1987). Associa-se a isso que o quadro de incerteza na doença pode ser particularmente problemático para pacientes com câncer, durante o tratamento com intenção curativa (ALDAZ et al., 2018; AGUIRRE-CAMACHO et al., 2017).

Uma maneira pela qual os pacientes com câncer podem lidar com a incerteza na doença é por meio da evitação experiencial de pensamentos e emoções relacionados à incerteza na doença (ALDAZ et al., 2017). Embora a evitação possa ser uma estratégia de enfrentamento útil em algumas situações, o uso persistente da evitação está relacionado ao maior sofrimento e redução do bem-estar na população em geral (HAYES et al., 2006). Uma explicação alternativa para esses achados correlatos é que nos dias em que os pacientes com câncer experimentam mais sofrimento relacionado ao tratamento, eles são mais propensos a evitar pensamentos e/ou emoções relacionados à incerteza da doença (ALDAZ et al., 2019). Por outro lado, a aceitação da incerteza relacionada ao câncer foi associada à redução do sofrimento e ao aumento do bem-estar psicológico (VICTORSON et al., 2017).

Em relação aos domínios da incerteza, todos apresentaram pontuações maiores no grupo intervenção antes e menores no grupo intervenção depois, enquanto que o grupo controle apresentou pontuações próximas ao grupo intervenção antes. Apresentando em todos os domínios e total significância estatística. O que significa dizer que o infográfico e o vídeo educativo interferiram na diminuição da incerteza.

As características dos materiais educativos utilizados como tecnologias educativas influenciaram a percepção dos participantes da pesquisa em relação ao tratamento cirúrgico e na forma de manifestação da incerteza, agregando saber. Guimarães et al. (2022) utilizaram vídeo educativo para educação perioperatória, concluindo que o vídeo funcionou como ferramenta digital, no fornecimento de informações como intervenção cognitivo

comportamental, na diminuição de sentimentos negativos quanto ao procedimento cirúrgico. Outros estudos combinavam as intervenções educativas, com materiais impressos, no formato de folhetos, telefonemas e vídeos, explicando sobre as etapas do procedimento e cuidados pós-operatórios (WATT-WATSON et al., 2000; WATT-WATSON; STEVENS; KATZ et al., 2004). A investigação de Nielsen et al. (2020) elucidam o benefício do uso do recurso audiovisual em detrimento da educação em saúde padrão (orientações verbais).

A respeito do uso do infográfico, este é um recurso que agrega texto e grafia, a fim de tornar informações e histórias mais fiéis à realidade, de modo científico e didático. Trata-se de uma metodologia simples e objetiva, que torna intuitiva a comunicação, concedendo uma visão geral sobre determinado tema. No sentido de facilitar esse processo de aprendizagem, o infográfico foi eleito como recurso promotor do conhecimento a respeito da cirurgia. Revisão integrativa sobre o autocuidado direcionado aos pacientes cirúrgicos, de diagnósticos diversos, identificou a importância dos materiais impressos, como infográfico e cartilhas para o alcance do paciente cirúrgico, identificando o material impresso como método tradicional, porém efetivo, possibilitando a autonomia do paciente cirúrgico (STADLER et al., 2019).

As intervenções elaboradas funcionaram como catalizadores para a interpretação do esquema cognitivo para o alcance de remodelagens cognitivas, pois a incerteza experimentada como um estado neutro, a partir da percepção cognitiva conduzida, por meio da avaliação e dos fornecedores de estrutura, trouxeram através do infográfico e vídeo educativo a familiaridade dos fatos, fazendo com que houvesse coerência entre o esperado e o experimentado.

Analisando os domínios da incerteza relatados através das respostas contidas nas escalas dos participantes, verifica-se predominância quanto aos escores gerais, através da média, em relação ao total, para os domínios ambiguidade (31,9 pontos), falta de clareza (17,6 pontos), falta de informação (10,1 pontos) e imprevisibilidade (12,9 pontos). Na análise por grupos, todos os domínios foram maiores para o grupo controle.

Revisão integrativa sobre uso de tecnologias impressas para paciente cirúrgico, com informações a respeito dos procedimentos cirúrgicos, de como o paciente deveria se portar no pós-operatório, juntamente com uma complementação por meio de orientação oral, concluiu que as intervenções foram vistas com avaliações positivas por parte dos pacientes, apesar da

dificuldade na utilização de instrumentos que de fato mensurem a efetividade das intervenções (PAIVA et al., 2017).

Revisão sistemática sobre intervenções de enfermagem para manejo da incerteza em pacientes com câncer e seus familiares, evidenciou 20 intervenções de enfermagem através do suporte informativo, realizadas pessoalmente. Concluiu o potencial promissor de intervenções de enfermagem, envolvendo múltiplos componentes, como suporte informativo, emocional e avaliativo, para auxiliar pacientes com câncer a gerenciar sua incerteza na doença (GUAN; QAN'IR; SONG, 2021). O estudo ainda comenta a importância das implicações clínicas para a prática da enfermagem e pesquisas. Afinal, as intervenções analisadas provaram-se efetivas na redução da incerteza na doença.

As intervenções levantadas para o delineamento desse estudo focaram no fornecimento de informações, não abordando componentes diretos como gerenciamento de sintomas da doença ou mesmo aprofundando suporte cognitivo. Intervenções que abordem multidimensionalidades tendem a ser mais efetivas no alcance da diminuição da incerteza e diminuição da ansiedade, influencia na qualidade de vida e capacidade de autoeficácia.

A respeito das intervenções propostas, a literatura também afirma as limitações de se oferecer intervenções apenas por um meio, ou seja, somente informações por telefone ou escritas. O formato presencial é o mais recomendado, devido à complexidade das informações fornecidas e do sofrimento dos pacientes com câncer. Idealmente, a melhor forma apontada pela literatura, é a combinação de formatos para aplicar as intervenções, de maneira híbrida: presencial e por meio digital, por exemplo. Ainda há escassez de estudos que trabalhem a modalidade digital, especialmente, por meio do uso de aplicativos (GUAN; QAN'IR; SONG, 2021).

O domínio com maior pontuação foi a ambiguidade, composto por 12 itens, capazes de informar dados mais gerais sobre a incerteza, relacionada a inabilidade de tomar decisões e associada a não firmeza para tomada de decisões. Esse domínio apresenta itens como “*Eu não tenho clareza se minha doença está ficando melhor ou pior*” e “*Meus sintomas continuam mudando de forma imprevisível*”. Os itens referentes a ambiguidade transparecem os diferentes significados que a doença pode assumir e os diferentes rumos que as situações clínicas podem tomar (BARBOSA, 2012).

A falta de clareza envolve 8 itens que refletem explicações insuficientes ou incompletas ou incompreensão. Este domínio também está relacionado a falta de informação, o que os difere é que, em muitas situações a informação é fornecida, porém não é clara e compreensível. Neste domínio, apresenta-se afirmações como “*Eu tenho várias perguntas que estão sem respostas*” e “*As explicações que me dão não são claras para mim*”, representando o quanto o paciente cirúrgico com câncer, possa ter ou não clareza quanto às informações que lhes são apresentadas (BARBOSA, 2012).

A falta de clareza pode estar relacionada à qualidade da informação ou ao não fornecimento dessas informações. A falta de clareza também pode ser influenciada pela baixa escolaridade dos participantes, uma das possíveis explicações para os valores apresentados quanto a este domínio (MISHEL, 1980).

A falta de informação é manifesta quando as informações não são compartilhadas, disponibilizadas e conhecidas. Os itens a seguir, revelam a expressão da falta de informação: “*Eu não sei o que há de errado comigo*” e “*Eles não têm me falado como tratarão a minha doença*”. Pesquisa sobre a incerteza em pacientes com câncer ginecológico, obteve em seus resultados, com intervenções educacionais, redução da incerteza para o grupo intervenção quanto ao domínio falta de informação (CHOW et al., 2014) de forma semelhante ao atual estudo.

A incerteza relacionada à doença pode ser reduzida por informações ou aconselhamentos devido a uma de suas causas ser por informações insuficientes. Intervenções baseadas em informações influenciam positivamente a incerteza (CHRISTMAN; CAIN, 2004; STIEGELIS et al., 2004). Pacientes oncológicos que realizaram tratamentos cirúrgicos, apresentaram melhora da incerteza por fornecimento de informações cujo influenciaram na consistência e ambiguidade (GERMINO et al., 2013), corroborando com o atual estudo.

Estudo de Mishel et al. (2009) confirma que o manejo da incerteza na decisão de tratamentos para o câncer de próstata em estágio inicial diante da falta de informação leva ao aumento da incerteza.

Em contrapartida, intervenções baseadas em informações podem ser particularmente relevantes para pacientes com neoplasia que aguardam cirurgias. Logo, a intensidade das

informações disponibilizadas deve ser aumentada na fase inicial do tratamento, especialmente, antes da cirurgia, devido à incerteza ser maior neste momento (RAPHAELIS et al., 2018).

As intervenções com fornecimento de informações podem se encaixar como estratégias de enfrentamento, conferindo aos pacientes maiores habilidades em lidar com incerteza na doença (MISHEL, 1991).

Conforme Sebastiani e Maia (2005), cirurgiões não dispõem de tempo para explicar e orientar de forma adequada sobre o tratamento cirúrgico e/ou também sobre a doença. Dessa forma, a falta de conhecimento e informações se intensificam com sentimentos de temor e incerteza. Corroborando com o que foi expresso, Tenani e Pinto (2007) orientam sobre a importância de educar o paciente sobre seu procedimento cirúrgico. Tendo em vista que boas informações funcionam como instrumento para a redução da incerteza por atuarem na redução do pessimismo e ansiedade diante do procedimento cirúrgico.

Os enfermeiros estão em uma posição crucial para facilitar a resiliência. A informação em saúde é importante na construção de significados a respeito do início e duração da doença (RAPHAELIS et al., 2018).

Estudo envolvendo a MUIS, confirma que a falta de informação foi relacionada à imprevisibilidade. A falta de informação assume um papel estressor aumentando a incerteza, associada ao fato da imprevisibilidade para o enfrentamento de eventos (MISHEL, 1983). Hansen (2012) informa que a ansiedade em relação ao futuro em pacientes que experimentaram a incerteza é alimentada pela imprevisibilidade da progressão e prognóstico da doença.

Finalmente, o domínio imprevisibilidade é interpretado através de 5 itens, entre eles “*Eu posso prever a duração da minha doença*” e “*Eu costumo saber se terei um bom ou mal dia*”. Os itens refletem a impossibilidade de realizar previsões sobre o futuro, especialmente, quanto aos sintomas ou evolução da doença. Este domínio pode ser acentuado caso o paciente se encontre hospitalizado (BARBOSA, 2012).

A imprevisibilidade é representada pela inabilidade de prever o futuro. Mishel (1983) diz que a imprevisibilidade ocorre quando não se sabe o que pode ser feito para obter bons resultados para controlar a doença, com destaque, ao período de hospitalização prolongada (MISHEL, 1983). Pesquisa em pacientes com câncer e intervenções de enfermagem para

manejo da incerteza apresentou efeito significativo na melhora da subescala imprevisibilidade (RAPHAELIS et al., 2018).

Sobre a influência das intervenções educativas, nos domínios da incerteza, é importante discutir a relevância dos formatos das intervenções escolhidas. A utilização de vídeos educativos é comunicar-se com a linguagem atual, devido às suas características de dinamismo, atratividade e atualidade. Vídeos são utilizados rotineiramente, o que possibilita a familiaridade com a espécie do material desenvolvido, além disso, são usados para capacitar pacientes na área da saúde, promovendo informação. Sendo essencial nesse processo a elaboração e validação quanto aos conteúdos e aparência (CAMPOS et al., 2021).

Estudo australiano, utilizando vídeo educativo, comparou a apresentação do vídeo ao paciente ao invés de uma cartilha, foi observado que os pacientes que receberam o vídeo, apresentaram maior engajamento na modificação de hábitos de risco a saúde diários dos que os que receberam apenas a cartilha (HILL et al., 2009).

A utilização do infográfico também precisa ser destacada em associação com o vídeo. Juntos oferecem ao paciente a vivência multissensorial, envolvendo mais de um sentido, no caso a visão e audição, aumentando a capacidade de extração e recordação das informações referidas nos materiais (CAMPOS et al., 2021).

6.5.1 Associações entre os domínios da Incerteza e as variáveis sociodemográficas e clínicas do estudo dos pacientes com câncer submetido à cirurgia de retirada de órgão

Foram realizados testes estatísticos a fim de verificar associações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a incerteza e seus domínios: ambiguidade, falta de clareza, falta de informação e imprevisibilidade. A seção a seguir analisa estes achados a fim de levantar os fatores sociodemográficos e clínicos que implicam na incerteza.

As relações que apresentaram significância estatística entre a incerteza e seus domínios, com os grupos da amostra em relação às variáveis sociodemográficas e clínicas foram: estado civil (grupo intervenção antes e depois), religião (grupo intervenção antes), renda familiar (grupo controle), uso de medicamentos (ambos grupos intervenção), ocupação (grupo controle), escolaridade (grupo intervenção depois), recidiva (todos os grupos), vícios (grupo intervenção antes), procedimento cirúrgico (grupo intervenção antes) e diagnóstico médico (grupo intervenção antes).

A incerteza apresentou maior média para as categorias solteiro, seguido por divorciado no grupo intervenção para incerteza total para o grupo intervenção antes ($p = 0,04$) e para os domínios ambiguidade (intervenção antes $p = 0,03$ e intervenção depois $p = 0,04$). Já para o domínio falta de informação (grupo intervenção antes $p = 0,006$). Apesar da predominância de casados na amostra, o estado civil solteiro foi o mais relacionado à incerteza. A literatura aborda que o estado civil de casado ou união estável auxilia na elaboração de sentimentos que previnem a solidão, ofertando maior suporte emocional e físico ao paciente (JUNGES et al., 2016; RODRÍGUEZ; GALVE, 2011). Quando há apoio familiar, a incerteza tende a ser menor (JUNGES et al., 2016). Estudo que investigou o status marital e sua influência no diagnóstico do câncer, concluiu que pacientes solteiros apresentavam significativamente maior risco de câncer metastático, não tratamento e morte por câncer (AIZER et al., 2013). Essa relação é explicada através da importância do apoio social na prevenção e cuidado com a doença, o que interfere na incerteza, aumentando-a quando não há suporte social e diminuindo-a quando há.

A prática religiosa associou-se ao grupo intervenção (antes), com maior média para religião protestante, tanto na incerteza total ($p = 0,02$), quanto nos domínios ambiguidade ($p = 0,03$) e falta de clareza ($p = 0,04$). A religião oferece apoio e suporte derivado da necessidade humana da busca pelo transcendente e sentido. O suporte religioso é identificado pela TID como forma de gerenciar sentimentos e emoções e como auxílio à adaptação ao diagnóstico e tratamento. É conhecido que o suporte religioso proporciona conforto e alívio, influenciando na diminuição da incerteza (HOGG; ALDEMAN; BLAGG, 2010). Embora, a utilização da estratégia religiosa também possa gerar frustrações e consequências negativas relacionadas à incerteza, conforme aborda estudo qualitativo de Souza, Borges (2022) cujos participantes do estudo culpam a postergação da sua prática religiosa com as consequências do adoecimento, o que pode impulsionar a sensação de incerteza.

A renda familiar encontrou relação com a incerteza total ($p = 0,00$) e os domínios ambiguidade ($p = 0,00$) e falta de informação ($p = 0,03$), com o grupo controle, em relação a renda classificada de um a dois salários mínimos. Pesquisa que investigou a incerteza verificou que as condições financeiras precárias funcionam como fator preditivo para aumento dos níveis de incerteza (GOMEZ-PALENCIA; CASTILLO-ÁVILA; ALVIS-ESTRADA, 2015), confirmando os dados encontrados no atual estudo. Afinal, o grupo controle apresentou maior incerteza associando a renda menor ou igual a um salário mínimo e os domínios da incerteza.

A incerteza total ($0=0,00$ e $p=0,00$) e os domínios: ambiguidade ($p = 0,03$ e $p = 0,02$), falta de clareza ($p = 0,03$ e $p = 0,02$) associaram-se aos grupos intervenção antes e depois. O domínio falta de informação ($p = 0,04$) associou-se ao grupo intervenção antes e, por fim, o domínio da imprevisibilidade relacionou-se ao grupo intervenção depois ($p = 0,01$), sendo essas relações entre domínios e grupos expostos com o uso de medicamentos. O uso de medicamentos decorre do tratamento das doenças de base dos participantes do estudo, variando entre diversas classes medicamentosas, chamando atenção ao fato de que o uso de medicamentos relaciona-se à incerteza através de seus domínios. Sob esse aspecto existem diferentes facetas. Se por um lado a incerteza pode aumentar quando o paciente relaciona o uso de medicamentos às doenças de base e seu tratamento cirúrgico, pode-se cogitar que este fato interfira de forma negativa no enfrentamento da doença oncológica. Por outro lado, o fato de utilizar medicamentos para tratar doenças de base, pode dar maior segurança ao paciente de que seus sintomas e tratamento estejam dando certo. Ou também, pode-se pensar no maior uso de medicamentos associado a maiores dificuldades de enfrentamentos e conseqüentemente maiores incertezas quanto à doença. Embora a literatura não relate, até o momento, essas associações as quais permitam confirmar com maior propriedade as hipóteses levantadas, entende-se que esse aspecto pode sim relacionar-se a um grau maior de incerteza. Porém, há necessidade de mais estudos que investiguem essas relações.

Sobre a variável ocupação, esta associou-se a incerteza total ($p=0,03$) e ao domínio falta de informação com o grupo controle ($p=0,02$), apresentando relação estatisticamente significativa com o paciente que recebia auxílio-doença (benefício governamental). A ocupação é um fator relevante em pacientes com diagnóstico de uma doença crônica como o câncer, a ocupação é uma das fontes de renda para sobrevivência, e quando esta se encontra comprometida em decorrência da doença, surgem desafios adicionais no enfrentamento ao câncer e aos tratamentos associados (MARCOLINO et al., 2007). O domínio falta de informação, pode relacionar-se a ocupação, aos que recebem auxílio-doença, no sentido do desconhecimento sobre a permanência desse recurso pelo tempo que for necessário ao tratamento da doença como fonte de obtenção de renda, para custeio de medicamentos e despesas gerais com os tratamentos (SILVA; PESSOA; VELOSO, 2018).

A falta de informação sobre a previsibilidade do retorno ou não da doença pode ser uma das justificativas da associação encontrada entre o domínio falta de informação e recidiva da doença, o que foi encontrado em todos os grupos (antes $p=0,02$; depois $p=0,04$; controle

$p=0,02$). Para a incerteza total a recidiva foi significativa para o grupo intervenção (antes) ($p=0,03$). A recidiva da doença foi identificada em 13,33% da amostra total, sendo equânime no grupo intervenção e no grupo controle. Morais, Muniz e Viegas et al. (2019) comentam que a recidiva da doença pode ocorrer pouco ou muito tempo após a finalização do tratamento, exigindo encorajamentos redobrados para a luta com a recidiva da doença. O retorno da enfermidade pode afetar ainda mais a incerteza sobre a doença e o novo tratamento. Sobretudo, ao se criar expectativas sobre tratamento cirúrgico como curativo, o que nem sempre acontece ou mesmo possui essa finalidade.

A respeito da escolaridade, esta se relacionou ao grupo pós-intervenção com o domínio ambiguidade $p=0,04$, sendo a escolaridade fundamental com maior média. A baixa escolaridade foi predominante na amostra total e também no grupo intervenção. Acuffe e Jabson (2016), não encontraram relação entre escolaridade e incerteza, embora outros estudos encontram essa relação, associando a incerteza a baixos níveis de escolaridade (GOMEZ-PALENCIA; CASTILLO ÁVILA; ALVIS-ESTRADA, 2015).

Lee e Park (2020) destacam em seu estudo, a associação entre o aumento da incerteza na doença com escolaridade inferior ao ensino médio, em comparação com aqueles com formação universitária ou superior, de maneira associada, a relação também foi encontrada entre alta incerteza para participantes com mais de 60 anos que tinham baixa renda mensal e baixo nível de escolaridade. Portanto, é necessário considerar fatores socioeconômicos ao desenvolver estratégias de redução de incertezas, como entrega de informações personalizadas e comunicação.

Conforme a TID, há uma relação inversa entre nível educacional e incerteza (MISHEL, 1988). Pesquisa sobre a incerteza encontrou associação significativa entre baixa escolaridade e baixa renda com altos níveis de incerteza (GOMEZ-PALENCIA; CASTILLO ÁVILA; ALVIS-ESTRADA, 2015).

Apesar do grupo intervenção depois ter apresentado menor ambiguidade, não houve diferença estatística entre os grupos quanto aos níveis de escolaridade, quando analisada isoladamente. Contudo, a ambiguidade ser menor no grupo pós-intervenção traz indícios de que a intervenção proposta é o fator associado a menor ambiguidade obtida. Uma vez que, o vídeo educativo e o infográfico foram propostos para entendimento dos pacientes inclusive com baixa escolaridade, já identificada em amostra semelhante em estudo anterior (OLIVEIRA; JESUS, 2022).

A incerteza associou-se estatisticamente aos vícios por meio do domínio falta de informação nos participantes do grupo intervenção antes ($p = 0,03$). Entre os vícios relatados, o tabagismo apresentou maior média de incerteza. Sabe-se que o estilo de vida é influente na ocorrência de doenças crônicas como o câncer. Tabagismo e alcoolismo funcionam como vícios relacionados à ocorrência da doença oncológica. Pacientes tabagistas podem interpretar seu vício como fator causador da doença oncológica, fazendo com que, quem fuma apresente maior incerteza sobre a doença por meio de sentimentos de culpa, onde se atribui ao tabagismo a causa da doença; outra hipótese que pode ser levantada é sobre a necessidade de interrupção do fumo devido ao diagnóstico da doença ou mesmo a necessidade de internação hospitalar e tratamento cirúrgico, que pode gerar maior ansiedade e incertezas sobre fazer diferença ou não o ato de fumar. Também levantam-se incertezas a respeito de como trabalhar com o vício no futuro, se a pessoa será capaz de abandonar o cigarro, ou mesmo se haverá recorrência da doença por esse motivo, aumentando assim a incerteza sobre a doença (CHAVES; MENDES, 2013).

Quanto às proposições da teoria, ela afirma que a exposição por longos períodos à incerteza, vista como ameaça, leva a estados de irritação e outros distúrbios emocionais, o que pode relacionar-se a associação entre a presença de vícios e a manifestação da incerteza, perante diagnóstico e tratamento oncológico que gera a sensação da incerteza como ameaça (MISHEL, 1988).

O domínio falta de informação ($p=0,04$) também se associou ao diagnóstico médico oncológico neoplasia maligna da bexiga e ao procedimento cirúrgico de retirada de órgão cistectomia ($p=0,03$) no grupo intervenção antes. O diagnóstico de câncer leva a momentos de crise, no instante em que o desconhecido se instala e causa grande incerteza, surgem perguntas como: O que vai acontecer comigo? Vou sentir muita dor? Vai acontecer alguma mutilação no meu corpo? A associação entre a incerteza e o diagnóstico de câncer provoca abalos sistêmicos que interferem na aderência ao tratamento, associada a diminuição da capacidade de percepção e absorção das informações sobre manejo da doença e tratamento (RAMÍREZ-PERDOMO; RODRÍGUES-VELEZ; PERDOMO-ROMERO, 2018).

A cistectomia consiste na retirada da bexiga quando há, por exemplo, a existência de tumor maligno invasivo. Ela pode ser feita de forma total ou parcial, ou seja, retirando-se parte ou totalmente a bexiga. Não é incomum que outros órgãos sejam retirados concomitantemente a cistectomia radical. Por exemplo, em homens a retirada da bexiga pode acompanhar a retirada da próstata e vesícula seminal, já nas mulheres a cistectomia pode acompanhar a retirada dos

ovários, tubas uterinas, útero e até mesmo parte de estruturas como vagina. Além disso, pode ser necessário a utilização de bolsas de urostomia para poder conter o conteúdo urinário ou ser necessária a utilização de cateteres urinários frequentes para o esvaziamento da urina. A cirurgia de retirada da bexiga também pode interferir na sexualidade de homens e mulheres, ou seja, o impacto do câncer de bexiga e da cistectomia são complexos e permeados de incertezas sobre as escolhas e consequências terapêuticas (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2019a; BLADDER, 2021).

As consequências advindas do tratamento do câncer de bexiga, que envolvem a mutilação de órgãos e confecção de estomia, impõe-se como uma agressão a vida do paciente, implicando na alteração da qualidade de vida e na readaptação cheia de significados que a necessidade de uma estomia produz, gerando preocupações com o odor e modo de excreção da urina, necessidade de cuidados diários, auxílio de terceiros, acompanhamento com profissionais da saúde e modificações na percepção da autoimagem. Relatos de estudo qualitativo sobre o tratamento para o câncer da bexiga, informa que a continuidade da vida é sempre uma incerteza (FITCH et al., 2010; LOPES; NASCIMENTO; ZAGO, 2016).

No momento em que o diagnóstico oncológico de retirada de órgão surge, concomitantemente, tudo se transforma, os pacientes começam a saga da busca por informações, compreensão da gravidade da doença e caminhos para o tratamento, tendo que enfrentar decisões complexas diante de tratamentos desconhecidos, tal como a cirurgia, associada ainda a retirada de parte ou do total de algum segmento corporal (OLIVEIRA; JESUS, 2022). Tais acontecimentos seguem como uma avalanche de tomadas de decisões na luta contra o tempo, a expectativa da cirurgia e as inseguranças referentes às consequências do tratamento cirúrgico, não permitindo a assimilação dos acontecimentos. Estudo qualitativo que aborda as falas dos pacientes sobre o diagnóstico do câncer e retirada de órgão, comenta que um dos assuntos presentes no discurso dos participantes é a importância de dialogar com outros pacientes que sofreram a retirada de uma parte do corpo a fim de encontrar apoio (STEPHENSON et al., 2017).

O infográfico e o vídeo educativo interferiram nas relações entre a incerteza e a percepção quanto ao diagnóstico e o tratamento cirúrgico, pois quando a pessoa autoavalia a incerteza, usa a inferência através da identificação de situações semelhantes, fazendo o paralelismo entre as informações contidas no vídeo e o infográfico sobre o procedimento

cirúrgico. Quando essas associações são positivas, a incerteza é avaliada como benéfica e eles constroem um sistema de crenças positivo, mantêm a ilusão que os protege para seguir em frente, buscando adaptação e equilíbrio em suas vidas, por fim, as informações e treinamentos oferecidos à pessoa se traduzem em reformulação cognitiva, o que reduz a incerteza (SAJJADI et al., 2016). Embora, os materiais produzidos não tenham sido direcionados a diagnósticos específicos de câncer, sendo inegável o benefício da produção de materiais personalizados ao diagnóstico e tipo de cirurgias específicas, para um melhor alcance do gerenciamento da incerteza nessas condições.

O profissional de saúde é quem vai viabilizar as intervenções para manejo da incerteza, como fontes de estrutura, trazendo conhecimento claro, necessário, suficiente, viabilizando que os pacientes compreendam as novas experiências, por meio da interpretação do quadro de estímulos e estruturação de novos significados que gerem menor incerteza, diminuindo também os obstáculos na comunicação com os profissionais de saúde (RAMÍREZ-PERDOMO; RODRÍGUES-VELEZ; PERDOMO-ROMERO, 2018).

A falta de informação, as barreiras ao acesso ao diagnóstico adequado e ao tratamento oncológico elevam a incerteza dos pacientes. Outros fatores preponderantes ao acesso são baixos níveis socioeconômicos, desconhecimento de legislações protetoras do direito do paciente (RAMÍREZ-PERDOMO; RODRÍGUES-VELEZ; PERDOMO-ROMERO, 2018).

6.5.2 Associações entre os domínios da incerteza, a ansiedade, a qualidade de vida e a autoeficácia do paciente com câncer submetido à cirurgia de retirada de órgão

A tabela 14 apresenta as correlações significativas entre as escalas Idate, autoeficácia e qualidade de vida e os domínios da incerteza.

Sobre a relação entre o domínio imprevisibilidade e a escala ansiedade-estado, podem relacionar-se diante dos acontecimentos relativos à doença, gerando ansiedade em relação ao futuro e ao desconhecido. A ansiedade-estado trata-se de como o indivíduo representa sua ansiedade em um determinado momento. Esta associação encontra sentido em estar ansioso devido à incógnita a respeito do amanhã (LOPES; MELO-DIAS, 2015). Embora a relação encontrada neste estudo seja controversa, demonstrando que com o aumento da imprevisibilidade a ansiedade-estado diminui.

A relação inversa encontrada entre autoeficácia e os domínios ambiguidade, falta de clareza e falta de informação, transparecem o que a literatura informa sobre o tema, a medida que os domínios da incerteza aumentam, a autoeficácia tende a diminuir (MISHEL, 1983). A ambiguidade é marcada pela inabilidade de tornar um evento compreensível, na qual o paciente não alcança o poder de tomar decisões ou realizar planejamentos. A escala da autoeficácia investiga a capacidade de resolver problemas e atingir metas, encontrando correspondência com ambiguidade. Quanto à falta de clareza e falta de informação, estas correspondem a falta de compreensão sobre algo, onde a informação foi recebida, mas não foi processada adequadamente. E a falta de informação corresponde a ausência de informações ou informações incompletas sobre a doença. A autoeficácia também é afetada por esses domínios, pois a medida que a informação não é clara ou é insuficiente, aumenta a incerteza (MISHEL, 1983).

O coeficiente de correlação de Pearson revela que a saúde global, a função física e o desempenho de papel apresentam relação inversa com o domínio ambiguidade. Isso significa dizer que o aumento da saúde global, da função física e do desempenho de papel, diminui a incerteza para o domínio ambiguidade. Vale ressaltar que maiores escores para essas escalas implicam em melhor qualidade de vida.

A qualidade de vida, segundo a WHO (1995), trata como a forma com que o indivíduo percebe as influências sociais e culturais, econômicas e políticas para seu bem-estar, alcance de objetivos, permitindo boas escolhas em todos esses âmbitos, refletindo satisfação pessoal e comunitária. A escala de saúde global aborda aspectos gerais sobre a qualidade de vida, correspondendo aos itens 29 e 30 da escala, que compreende a auto pontuação sobre como o indivíduo percebe sua saúde geral e qualidade de vida geral na última semana (FAYERS; BOTTOMLEY, 2002).

Já a função física, investiga possíveis dificuldades para desempenhar esforços, realizar caminhadas, ficar na cama ou se necessita de ajuda para se levantar, ir ao banheiro, se vestir ou se lavar. Vale salientar que para obter o escore da escala funcional, as pontuações obtidas em cada item são reversas.

O desempenho de papel é aferido por itens relativos à dificuldade em realizar as atividades diárias e ao lazer, também calculados como itens reversos.

Os valores obtidos para saúde global, função física e desempenho de papel foram maiores no grupo intervenção. Essas três escalas que avaliam a qualidade de vida, associaram-se a domínios da incerteza.

Os itens relativos aos sintomas e dificuldade financeira, quando encontrados com alta pontuação, representam piora da qualidade de vida. A variável renda associou-se à incerteza, conforme tabela 8, sabendo que a renda predominante foi de até 1 a 2 salários mínimos, justificando a predominância de sentimentos ambíguos devido à escassez de recursos, especialmente como de sustento e sobrevivência.

Pesquisas que investigam a incerteza na doença e qualidade de vida, demonstram correlação negativa entre ambas (LEE; PARK, 2020) corroborando com o atual estudo que identifica essa mesma relação entre os domínios ambiguidade, falta de clareza e falta de informação em relação a saúde global, função física, desempenho de papel e função cognitiva.

Pesquisa de Lee e Park (2020) obteve média de 66,90 para qualidade de vida, de participantes com diagnóstico oncológico em tratamento para o câncer. Neste estudo a média foi de 72,1 para o total de participantes. Outras pesquisas relatam valores ainda menores para qualidade de vida para os participantes com câncer de mama, em que a média de qualidade de vida foi de 60,13 pontos (KWON; YI, 2012) identificando pontuações mais baixas em comparação a este estudo. Pesquisa envolvendo mulheres com câncer mastectomizadas, revelou baixas pontuações para qualidade de vida, variando entre 53,4 a 56,66 pontos (KIM, 2014). Essas diferenças de pontuações podem se dar a partir da fase de tratamento que esses pacientes se encontram. No início do diagnóstico e tratamento é comum que a qualidade de vida não tenha se alterado tanto do padrão de normalidade conhecido, e durante os tratamentos consecutivos ou maior tempo de decorrência do diagnóstico, a qualidade de vida dos pacientes oncológicos tende a se alterar, numa tendência diminutiva, quando não se alcança a cura (YUN; SONG, 2013). Importa destacar que a literatura evidencia a necessidade de desenvolver intervenções para melhora da qualidade de vida de acordo com cada estágio do câncer, sendo ideal o desenvolvimento de materiais educativos que contemplem as diferentes temporalidades dos estágios da doença e tratamentos (ADAMSEN; RASMUSSEN, 2001).

Quando se trata da qualidade de vida associada a incerteza na doença na população de pacientes com câncer submetidos à cirurgias, Park e Lee (2020) constataram que a incerteza foi muito influente na qualidade de vida de pacientes sobreviventes de câncer, demonstrando a

relação entre maior incerteza associada a menor qualidade de vida, corroborando com o atual estudo.

Por outro lado, relata níveis elevados de incerteza enfrentados por pacientes com câncer antes da cirurgia e com qualidade de vida na média de 81,43 pontos em pacientes com câncer internados por câncer de mama, tireoide e bexiga (PARK, 2015).

Estudo qualitativo de 25 sobreviventes de câncer de mama com mais de 30 anos que se submeteram a cirurgia e quimioterapia como tratamento primário para esse tipo de câncer (YUN; SONG, 2013) investigou a qualidade de vida após o tratamento para sobreviventes e verificou a coexistência de ansiedade e incerteza. O estudo concluiu a necessidade de manejar a incerteza de acordo com cada estágio de sobrevivência do câncer, desenvolvendo intervenções para reduzir a incerteza que acompanha cada estágio para controle da ansiedade conjuntamente.

Sobre as correlações positivas encontradas, estas se concentraram na escala de sintomas, de modo com que à medida que a sintomatologia associada ao câncer aumenta, aumenta também a incerteza na doença, como demonstrado na tabela 14. As perguntas na escala da incerteza que se referem aos sintomas investigam, no domínio ambiguidade, se a dor está ficando melhor ou pior, mudanças imprevisíveis de sintomas, se os medicamentos estão ajudando ou não e sobre a possibilidade de planejar o futuro em vista dos sintomas (SALVETTI et al., 2020).

A fadiga é relatada por 50% a 90% dos pacientes com câncer, interferindo na qualidade de vida. Náuseas, vômitos, constipação, diarreia, insônia, ansiedade e dor, também são sintomas comuns nesta população, especialmente, submetida aos tratamentos quimioterápicos. Os sintomas relatados associaram-se fortemente a menor qualidade de vida (COSTA; CHAVES, 2012; SALVETTI; MACHADO; DONATO et al., 2020). Os sintomas do câncer associam-se a incerteza conjuntamente a baixa qualidade de vida, devido ao ambiente gerado pelo medo da piora ou recorrência da doença, através dos sintomas. A incerteza conduz a um viés cognitivo que pode ocasionar sensação de ameaça constante (HEATHCOTE; ECCLESTON, 2017).

6.6 INCERTEZA DE CUIDADORES DE PACIENTE COM CÂNCER SUBMETIDO À CIRURGIA DE RETIRADA DE ÓRGÃO

O cuidador principal é a pessoa do meio social do paciente que voluntariamente assume a função de responsável em um sentido amplo e está disposto a tomar decisões para cobrir

necessidades básicas do paciente direta ou indiretamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). A literatura concorda que é importante conhecer o perfil dos cuidadores e de que forma a incerteza se manifesta, na tentativa de compreender a multidimensionalidade e a complexidade da abordagem exigida por esses cuidadores (DE ANDRADE RAMALHO et al., 2018; ARIAS-ROJAS; CARRENO-MORENO; POSADA-LÓPEZ, 2019). Portanto, esse estudo permitiu traçar o perfil sociodemográfico e clínico dos cuidadores de pacientes com câncer submetidos à cirurgia para retirada de órgão e avaliar a incerteza para esse público.

Acerca do perfil sociodemográfico dos cuidadores, chama-se atenção à predominância do gênero feminino. O principal perfil de cuidador ainda é o da mulher, cujo vínculo com o paciente costuma ser de filha, esposa ou mãe (PIOLLI; DECESARO; SALES, 2018; PINHO CHIBANTE; ESPÍRITO SANTO; OLIVEIRA, 2015). Nesse estudo, a predominância das cuidadoras confirma o estereótipo culturalmente estabelecido que para as mulheres, a atividade de cuidar é uma extensão de seu papel como mãe, filha ou esposa (LIMA et al., 2019).

Também houve predominância de indivíduos casados, ativos, com baixa escolaridade e baixa renda familiar, religiosos (católicos e protestantes com distribuição quase equitativa) e com vínculo filial com os pacientes.

Quanto às relações significativas entre as variáveis, embora a pesquisa que investiga as relações de ser cuidador de familiar com câncer apresenta a religiosidade como uma estratégia de enfrentamento da incerteza na doença do paciente com câncer, nesse estudo, não foi encontrada significância entre religião e incerteza. Assim, corroborando com achado de pesquisa semelhante que apresentaram correlações fracas do cuidador religioso com o nível de incerteza na doença do cuidador do paciente (ARIAS-ROJAS; CARREÑO-MORENO; POSADA-LÓPEZ, 2019).

No que se refere a faixa etária, o perfil dos cuidadores revelou que estão em um momento de plena atividade laboral, se concentrando em ativos e desempregados. A literatura apresenta que a grande concentração de cuidadores acumula o trabalho externo com o cuidado do familiar (GARCIA et al., 2021). O acúmulo de jornadas pode potencializar o estresse e gerar uma sobrecarga física e emocional ao cuidador (GARCIA et al., 2021). Ainda representa uma preocupação ao lidar com sua ausência no lar, sem oferecer participação direta nos cuidados de seu ente querido enquanto trabalha, a ausência de tempo para cuidar de si mesmo ou de seu lar,

quando chega do trabalho em abdicação ao cuidado do paciente. Essas preocupações podem gerar ansiedade e potencializar a incerteza como perigo (CARRILLO et al., 2018; GARCIA et al., 2021).

A respeito da baixa escolaridade identificada nesse estudo, a Teoria da Incerteza na Doença relaciona indivíduos com menos de seis anos de estudo com maiores níveis de incerteza, demonstrando uma relação inversa entre a educação e a incerteza (MISHEL, 1983; MISHEL, M.; CLAYTON, 2018). Esse contexto de associação do grau de incerteza à presença de baixa escolaridade pode afetar a capacidade de assimilação e compreensão da informação médica recebida a cerca da enfermidade do ente querido. Outro aspecto da discussão que pode ser levantado, é que mesmo o cuidador tendo acesso a mais anos de estudo, isto não lhe certifica seguranças sobre o futuro da pessoa cuidada (MITCHELL; COURTNEY, 2004).

De modo geral, a renda dos cuidadores foi baixa, equivalente a até dois salários mínimos. Quando o profissional de saúde reconhece as diferenças nas culturas das classes sociais entre as famílias, é possível estabelecer subsídios na elaboração de estratégias de intervenção e promoção da saúde (DE CARVALHO et al., 2021). Outro fator importante em conhecer a classe social do cuidador consiste em cuidadores com maiores recursos pessoais, sejam eles financeiros ou de autoeficácia, permitem maior suporte social (CARRILLO et al., 2018; CASTRO; ESCOBAR, 2020) e o suporte social é um atributo próprio ao cuidador.

As doenças de base, tais como hipertensão, diabetes e demais doenças crônicas não transmissíveis, juntamente com o uso contínuo de medicamentos e os transtornos psicológicos relatados pelos cuidadores, relacionam-se ao cuidado. Portanto, o estresse vivenciado pelos cuidadores resulta em diversos sintomas físicos e psicológicos. Dentre os sintomas físicos estão: indigestão, anorexia, cansaço, distúrbios do sono, prisão de ventre, dor e outros. Enquanto para os psicológicos, lista-se: depressão, ansiedade, medo, solidão e sintomas psicossomáticos (CASTRO; ESCOBAR, 2020). Dessa forma, também para os cuidadores desse estudo, mais de um terço tinham doenças de base e metade deles traziam consigo transtornos psicológicos como ansiedade e depressão.

Uma vez delineado o perfil sociodemográfico e clínico dos cuidadores, avaliar a incerteza experimentada pelo cuidador é revelar que a pessoa e sua doença não são mais os principais centros de atenção e investigação da enfermagem, visto que a família passou a ser incluída como foco dessa atenção. A incerteza quando se insere na experiência dos cuidadores

é manifesta por meio dos antecedentes da incerteza, avaliação da incerteza e enfrentamento com incerteza (MITCHELL; COURTNEY, 2004; MISHEL, M.; CLAYTON, 2018).

Em estudo sobre a incerteza em cuidadores familiares em pacientes com câncer, foi encontrado um alto nível de incerteza pelo cuidador do paciente com câncer (ARIAS-ROJAS; CARRENO-MORENO; POSADA-LÓPEZ, 2019). Enquanto o nível de incerteza moderado avaliado nesse estudo para os cuidadores, pode estar relacionado ao tempo de cuidado vivenciado com o paciente. Já que a maioria dos pacientes acompanhados por esses cuidadores apresentava menos de 1 ano de diagnóstico de câncer. Perante os avanços dos tratamentos da doença, esse tempo pode ser considerado como uma descoberta recente. De tal modo, os cuidadores ainda não realizaram uma longa trajetória nos cuidados em saúde com o membro familiar. Quanto mais experiências o cuidador desempenha realizando sua função, mais estável a incerteza vai se tornando, apresentando menores pontuações (CARRILLO et al., 2018).

Ainda é relevante ressaltar que o nível de incerteza do cuidador depende muito do apoio social percebido, ofertado pelos profissionais da saúde, o que representa dizer que quanto maior suporte o cuidador tem dos profissionais da saúde, menores tendem a ser os níveis de incerteza (ARIAS-ROJAS; CARRENO-MORENO; POSADA-LÓPEZ, 2019). O local do estudo tem a característica peculiar de ser um hospital universitário propiciando um suporte diferenciado ao paciente e ao cuidador. A satisfação dos usuários com o atendimento recebido em hospitais universitários é superior em períodos letivos quando comparadas aos períodos não letivos (SILVA et al., 2019).

A respeito dos domínios da incerteza, estudo qualitativo revela que os discursos dos cuidadores demonstram ambiguidade de sentimentos, hesitação, falta de clareza, informação inconsistente e dificuldade de aquisição de informação, que levam a sustentação ou crescimento da incerteza (MENDES, 2020). O status de cuidador converge, especialmente, para o domínio ambiguidade, onde a ambiguidade de sentimentos, leva o cuidador a experimentar o desejo de permanecer cuidando e a vontade de se dissociar da experiência desse sofrimento (WAKIUCHI et al, 2017).

A falta de informação é uma das manifestações da incerteza e o nível de escolaridade associou-se com o domínio falta de informação ($p=0,024$). Bem como, a escolaridade associou-se à incerteza de maneira geral ($p=0,018$). Sabe-se que os anos de estudo podem influenciar na capacidade de assimilação das informações e, conseqüentemente, na capacidade de levantar

recursos para o gerenciamento da incerteza (OLIVEIRA; JESUS, 2022). Nesse estudo, a escolaridade predominante por categoria foi a do ensino superior, embora, mais de 50% da amostra enquadrou-se em ensino fundamental ou fundamental incompleto, evidenciando a relação encontrada entre a falta de informação e baixa escolaridade.

Em decorrência dos achados dessa pesquisa, ressalta-se o importante papel dos profissionais da enfermagem em atuarem como provedores de informações (MISHEL; CLAYTON, 2018) de modo que perpassem as limitações socioculturais e consigam trazer aos acompanhantes e pacientes, apesar de suas limitações de letramento, quando for o caso, as informações necessárias para diminuir a incerteza do cuidador do paciente com câncer que se será submetido ao tratamento cirúrgico.

6.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Trata-se de um ensaio clínico monocêntrico, apresentando restrições quanto a possíveis generalizações de resultados.

Apesar de ser um estudo do tipo ensaio clínico, a longitudinalidade fica comprometida pelo não seguimento do paciente em mais de um espaço de tempo, além da não aplicação da intervenção em mais de um momento, o que poderia potencializar os efeitos da intervenção, embora o momento em que esta foi aplicada, vá ao encontro do momento de maior incerteza de acordo com a literatura.

Outro ponto a se destacar é que a experiência da incerteza varia com o tipo e o curso do câncer. Como o atual estudo previu a participação de pacientes com diferentes diagnósticos de câncer e diferentes estadiamentos, pode ser uma limitação à expansão dos resultados deste estudo para populações específicas de câncer, sendo necessária a adaptação dos materiais educativos mais adequados aos diferentes perfis de pacientes cirúrgicos com câncer.

Cabe destacar a importância de se direcionar também esse tipo de estudo à população analfabeta e/ou com baixa escolaridade, buscando evidenciar como esse grupo responde ao uso de intervenções apropriadas, tendo como foco o letramento em saúde.

Sugere-se que a efetividade das intervenções apresentadas, sejam capazes de ser medidas ao longo do tempo, a fim de compreender seu poder de duração quanto ao gerenciamento da incerteza e condições associadas, como ansiedade, qualidade de vida e

autoeficácia. Assim, estudos longitudinais sobre o tema podem ser instituídos para uma completa avaliação.

7. CONCLUSÃO

Foi traçado o perfil a respeito dos dados sociodemográficos e clínicos dos participantes do estudo enquanto pacientes e cuidadores. Sobre as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes, a idade média dos participantes foi de 59,02 anos, com predominância do gênero feminino, estado civil casado, maioria de etnia parda, baixa escolaridade, com ocupação de aposentados, renda familiar de 1 a 2 salários-mínimos e maioria de religião católica. Em relação às características clínicas, o diagnóstico médico que mais predominou foi a neoplasia maligna da mama, com tempo de diagnóstico menor que três meses, acompanhado da cirurgia de maior predominância que foi a de mastectomia. A maioria dos participantes relatou antecedentes cirúrgicos e negava a recidiva do câncer, mais da metade também apresentava comorbidades como transtornos psicológicos. O grupo controle apresentou mais comorbidades, com predominância da hipertensão e diabetes *mellitus*, por fim, apenas um participante, pertencente ao grupo controle, apresentou necessidade de cuidador.

Os níveis de ansiedade para os participantes no total foram médios. Tanto a ansiedade-estado, quanto a ansiedade-traço, não apresentaram diferenças significativas entre os grupos intervenção e controle. Também não houve diferença de escores entre os grupos para a qualidade de vida, que pela interpretação dos resultados da escala, apresentou valores médios para qualidade de vida geral. Além disso, a autoeficácia dos participantes foi classificada como média superior, sem diferenças estatísticas significativas entre os grupos.

A respeito da incerteza na doença, os pacientes apresentaram níveis moderados de incerteza, com maiores pontuações médias para o grupo controle, houve declínio dessa condição para o grupo intervenção depois na incerteza total e em seus domínios, demonstrando a eficácia das intervenções educativas. Os cuidadores também apresentaram níveis moderados para escala da incerteza na doença.

Também foram testadas associações estatísticas para os domínios da incerteza e as variáveis sociodemográficas e clínicas. Houve associações diversificadas entre a incerteza e comorbidades, vícios, idade, escolaridade, estado civil, religião, renda, uso de medicamentos, ocupação, recidiva do câncer, procedimento cirúrgico e diagnóstico médico. Conjuntamente, foram encontradas correlações entre a incerteza e algumas variáveis correspondentes às escalas de qualidade de vida sobre a saúde global, função física, desempenho de papel, sintomas e

dificuldade financeira. Ainda foram encontradas correlações entre a incerteza e a escala de ansiedade-estado, bem como associações com a escala de autoeficácia.

O Processo de enfermagem foi utilizado para embasar a condução da pesquisa. Utilizado como guia intelectual e Padrão da prática assistencial. A partir dele, realizou-se a etapa de coleta de dados individualizada e baseada em escalas validadas; a etapa de diagnóstico de enfermagem onde ocorreu julgamento clínico relacionado as respostas humanas sobre os comportamentos de saúde, letramento em saúde e incertezas dos pacientes; a etapa do planejamento incluiu intervenções para o gerenciamento da incerteza, através de vídeo educativo e infográfico; e as etapas de implementação e avaliação que representam a ação e a necessidade de verificação de mudancas das intervenções implementadas; compreende-se, portanto, que a sua aplicação em pacientes cirurgicos com cancer a serem submetidos a retirada de órgão, tende a minimizar o grau de incerteza do paciente.

Por fim, fica evidente que o uso de intervenções educacionais para redução da incerteza na doença são potencialmente efetivas no gerenciamento dessa condição, quando empregadas de forma individualizada e com suporte informativo, desenvolvendo nos pacientes mecanismos de enfrentamento positivos diante de situações desafiadoras no contexto da cirurgia oncológica associada a retirada de órgão. As intervenções funcionaram como influencia positiva no padrão de sintomas, levando o paciente a familiaridade dos fatos que culminou em remodelagens cognitivas com vistas a diminuição da incerteza.

REFERÊNCIAS

- AARONSON, N. K. et al. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 85, n. 85, p. 365-376, 1993.
- ADAMSEN, L.; RASMUSSEN, J. Sociological perspectives on self-help groups: reflections on conceptualisation and social processes. **J Adv Nurs**. v. 35, n. 6, p. 909–17, 2001. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01928.x>.
- AGGELI, C. et al. Laparoscopic surgery for pancreatic insulinomas: an update. **Hormones**, v. 12, n. 2, p. 157-169, 2016.
- AGOSTINI, P.; SAKAE, T. M.; FELDENS, V. P. Prevalência de sintomas ansiosos em pacientes em consultório de anestesia de Tubarão. **Arq Catarin Med**. v. 40, n. 1, p. 52-6, 2011.
- AGUIRRE-CAMACHO, A. et al. The relevance of experiential avoidance in breast cancer distress: Insights from a psychological group intervention. **Psycho-Oncology**, v. 26 n. 4, p. 469–475. 2017.
- AHADZADEH, A. S.; SHARIF, S. P. Uncertainty and Quality of Life in Women With Breast Cancer. **Cancer Nursing**. v. 41, n. 6, p. 484-490, 2018.
- AIZER, A. A. et al. Marital Status and Survival in Patients With Cancer. **J Clin Oncol.**, v. 31, n. 31, p. 3869-3876, 2013.
- ALBERTI, L. R.; DAIAN, M. R.; PETROIANU, A. A experiência cirúrgica prévia interfere no estresse psíquico em pacientes submetidos à operações de grande porte. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 41, n. 1, p. 43-48, 2014.
- ALDAZ, B. E. et al. ‘It gets into your head as well as your body’: The experiences of patients with cancer during oncology treatment with curative intent. **Journal of Health Psychology**, v. 23, n. 1, p. 3–16. 2018.
- ALDAZ, B. E. et al. Oncology healthcare professionals’ perspectives on the psychosocial support needs of cancer patients during oncology treatment. **Journal of Health Psychology**, v. 22, n.10, p.1332–1344. 2017.
- ALDAZ, B. E. et al. Is avoidance of illness uncertainty associated with distress during oncology treatment? A daily diary study. **Psychology & Health**, v. 34, n. 4, p. 422-437. 2019.
- ALESSI, A. I. et al. Posicionamento Brasileiro em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. **Arq Bras Cardiol**, v. 100, n. 6, p. 491-501, 2013.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- ALVES, R. F. et al. Qualidade de vida em pacientes oncológicos na assistência em casas de apoio. **Aletheia, Canoas**, n. 38-39, p. 39-54, dez. 2012.

AMERICAN CANCER SOCIETY. How Surgery Is Used for Cancer. The American Cancer Society medical and editorial content team. Oct. 2019.

AMORIM, N. M. A. et al. O profissional de saúde do outro lado do cuidado segundo a teoria da incerteza na doença. **Cienc Cuid Saude**. v.17, n. 2, Abr-Jun 2018.

AMTHAUER, C. et al. Atividades de educação em saúde com pacientes cirúrgicos em um hospital universitário: Relato de Experiência. **Revista Contexto & Saúde**. v. 11, n. 20, p. 705-710, 2013.

ANDRADE, A. L. P. et al. Influência do Tratamento Quimioterápico no Comportamento Alimentar e Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 65, n. 2, 2019.

ANDRADE, R. C. **Infográficos animados e interativos em saúde: um estudo sobre a compreensão de notícias**. [dissertação]. Curitiba: Setor de Artes, Comunicação e Design, Universidade Federal do Paraná, 2014.

ANTONI, M. H.; DHABHAR, F. S. The impact of psychosocial stress and stress management on immune responses in patients with cancer. **Cancer**, v. 125, p. 1417-1431, 2019.

ANTONY, L.; GEORGE, L. S.; JOSE, T. T. Stress, coping, and lived experiences among caregivers of cancer patients on palliative care: a mixed method research. **Indian J Palliat Care**, v. 24, n. 3, p. 313-9, 2018.

ARAÚJO, M. A. N. **Raciocínio clínico do enfermeiro: repercussões na qualidade do cuidado e na segurança do paciente**. 2016. 215 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2016.

ARIAS-ROJAS, M.; CARRENO-MORENO, S.; POSADA-LOPEZ, C. Uncertainty in illness in family caregivers of palliative care patients and associated factors. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, e3200, 2019.

ARREGI, B. et al. Mujeres y hombres ante el cuidado informal: diferencias en los significados y las estrategias. **Rev Fac Nac Salud Pública**, v. 27, n. 1, p. 50-5, 2009.

AVERBECK, M. et al. Diagnóstico e tratamento da hiperplasia benigna da próstata. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 54, n. 4, p. 471-477, 2010.

BAILEY, D. E. et al. Uncertainty intervention for watchful waiting in prostate cancer. **Cancer Nursing**, v. 27, p. 339-346, 2004.

BAILEY, D. E. Jr. et al. Randomized trial of an uncertainty self-management telephone intervention for patients awaiting liver transplant. **Patient Educ Couns**. v. 100, n. 3, p. 509-517, 2016.

BAKER, A. W. et al. A pilot study augmenting cognitive behavioral therapy for panic disorder with attention bias modification: Clinical and psychophysiological outcomes. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, v. 68, n. 101568, Sep 2020.

BANDURA, A. Social cognitive theory: An agentic perspective. **Annual Review of Psychology**, v. 52, p. 1–26. 2001.

BARBOSA, I. V. **Tradução, Adaptação e Validação da Mishel: Uncertainty in illness scale for family: Aplicação em familiares de Pessoas com Paraplegia**. 2012. 130f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

BARBOSA, P. A. et al. Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama pós-intervenção cirúrgica em uma cidade da zona da mata de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 17, n. 2, p. 385-399, Junho 2017.

BÁREZ, M.; BLASCO, T.; FERNÁNDEZ, J. La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. **Anales de Psicología**, v. 19, n. 2, p. 235-246, 2003.

BARRERA, O. L. et al. **Cuidando a los cuidadores**. Vol. 1, Statewide Agricultural Land Use Baseline 2010. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010. 360 p.

BARROS, A. F.; UEMURA, G.; MACEDO J. L. S. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 35, n. 10, p. 458-463, 2013.

BARROS, B. P. et al. Ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes com glomerulonefrite familiar ou doença renal policística autossomica dominante. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 120-128, June 2011.

BASSE, L. et al. Functional recovery after open versus laparoscopic colonic resection: a randomized, blinded study. **Ann Surg**. v. 241, n. 3, p. 416-423, 2005.

BASTOS, B. R. et al. Perfil sociodemográfico dos pacientes em cuidados paliativos em um hospital de referência em oncologia do estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v. 9, n. 2, p. 31-36, jun. 2018.

BECK, C. L. C. et al. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto – Enferm**, Florianópolis, v.16, n3, p. 503-10, jul/set. 2007.

BEZERRA, K. B. B. et al. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama em uma cidade do nordeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.7, p.1933-1941, 2013.

BIAGGIO, A. M. B.; NATALÍCIO, L. Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Rio de Janeiro, RJ, Brasil: **Centro Editor de Psicologia Aplicada-CEPA**; 1979.

BLADDER cancer: Types of Treatment. **Cancer.Net**. ASCO: Knowledge Conquers Cancer, 2021 . United States, Disponível em: www.cancer.net/cancer-types/bladder-cancer/treatment-options. Acesso em: 31/10/2022.

BLASCO, T. et al. La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. **Anales de Psicología**. v. 19, n. 2, p. 235-246, 2003.

BRANT, J. M. Palliative care for adults across the cancer trajectory: from diagnosis to end of life. **Semin Oncol Nurs**, v. 26, n. 4, p. 222-230, 2010.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante**. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 244p.

BRASIL . Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estatísticas de câncer: ações de Vigilância do Câncer**, componente estratégico para o planejamento eficiente e efetivo dos programas de prevenção e controle de câncer no país. Rio de Janeiro: INCA; 2022 .

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2019. 120 p.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. **Portaria N.º 876, de 16 de maio de 2013**. Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Seção I, Brasília, DF, p. 135, 17 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ cartilha_dcnt_pequena_portugues_espanhol.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_espanhol.pdf)

BRASIL. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 108p.

BRAY, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA cancer J Clin**. v. 68, n.6, p. 68: 394-424. 2018.

BRITO, C. D.; LIMA, E. D. R. P. Dispositivo intravascular periférico curto mais seguro para infusão de quimioterápicos antineoplásicos vesicantes: o que a literatura diz. **REME – Rev. Min. Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 275-279, abr./jun. 2012.

BUTCHER, H. K. et al. NIC -Classificação das Intervenções de Enfermagem (7ª ed.). GEN Guanabara Koogan, 2020

BYUN, E. et al. Caregiving immediately after stroke: a study of uncertainty in caregivers of older adults. **J Neurosci Nurs**., v. 48, n. 6, p. 343–51, 2016.

CABRAL, A. L. L. V.; GIATTI, L.; CASALE, C., et al. Vulnerabilidade social e câncer de mama: diferenciais no intervalo entre o diagnóstico e o tratamento em mulheres de diferentes perfis sociodemográficos. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 24, n. 2, p. 613-22, 2019.

CALDAS, A. R. et al. Insulinoma pancreático: casuística de um hospital central e revisão da literatura. **Rev Port Endocrinol Diabetes Metab.**, v. 11, n. 2, p. 181–187, 2016.

CAMPOS, D. C. et al. Development and validation of an educational video to prevent falls in hospitalized children. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. v. 30 p. e20190238, 2021.

CAMPOS, H. L. M. et al. Aspectos culturais que envolvem o paciente com diagnóstico de neoplasia de próstata: um estudo na comunidade. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 57, n. 4, p. 493-501. 2011.

CANARIO, A. C. G. et al. Physical activity, fatigue and quality of life in breast cancer patients. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 62, n. 1, p. 38-44, Feb. 2016.

CANESQUI, A. M.; BARSAGLINI, R. A. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1103-1114, May 2012.

CAO, A.; HUANG, L.; SHAO, Z. The Preventive Intervention of Hereditary Breast Cancer. **Translational Research in Breast Cancer**, Advances in Experimental Medicine and Biology, v. 10, n. 1007, p. 978-981, 2017.

CAPLAN, L. Delay in breast cancer: implications for stage at diagnosis and survival. **Front Public Health.**, v. 29, n. 2, p. 87, 2014.

CARMO, C. B. S.; SILVA, R. D.; TEIXEIRA, R. C. Perfil epidemiológico de pacientes com câncer de pulmão em hospital público de referência oncológica do estado do Pará. **Rev paraense med.** v. 28, n. 1, p. 55-62, 2014.

CARRILLO, G. M. et al. Looking for control at the end of life through the bond: a grounded theory on the hospital discharge process in palliative care. **J Hosp Palliat Nurs**, v. 20, n. 3, p. 296-303, 2018.

CARVALHO, J. M. S.; CRISTÃO, A. S. M. O valor dos cuidados de Enfermagem: A consulta de enfermagem no homem submetido à prostatectomia radical. **Revista de Enfermagem Referência**. Série 3, n.7, jul, 2012.

CARVALHO, J.; ARAGÃO, I. Infografia: conceito e prática. São Paulo. **InfoDesign**. v. 9, n.3, p. 160-77, 2012.

CASTRO, E. K.; PINTO, D. W.; PONCIANO, C. F. Auto-eficácia e qualidade de vida de jovens adultos com doenças crônicas: Self-efficacy and quality of life in young adults with chronic disease. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 100-113, dez. 2009.

CASTRO, R. V. P.; VARGAS-ESCOBAR, L. M. Efectividad de una intervención de enfermería para modificar la autoeficacia y la sobrecarga del cuidador del paciente hemato-oncológico. **Rev Cuid, Bucaramanga**, v. 11, n. 2, e867, Aug. 2020.

CESNIK, M.; SANTOS, M. dos; Mastectomia e sexualidade: uma revisão integrativa. **Psicologia: Revisão e Crítica**. v. 25, n.2, 2011.

CHAVES, B. L.; MENDES, T. N. Estratégias de enfrentamento utilizadas para parar de fumar após diagnóstico de câncer: dois estudos de caso. **Psicol. hosp.** (São Paulo), São Paulo, v. 11, n. 1, p. 25-51, jan. 2013.

CHECTON, M. G. et al. Patients' and Partners' Perspectives of Chronic Illness and Its Management. **Families Systems & Health**. v. 30, n. 2, p. 114-29, June 2012.

CHOW, K. M. et al. A feasibility study of a psychoeducational intervention program for gynecological cancer patients. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 18, n. 4, p. 385-392. 2014.

CHRISTMAN, N. J.; CAIN, L. B. The effects of concrete objective information and relaxation on maintaining usual activity during radiation therapy [Online exclusive]. **Oncology Nursing Forum**, v. 31, n. 2, E39-E45. 2004.

CID, H. P.; OY, A.; BARRIGA, O. M. A. R. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. **Rev. méd. Chile**, Santiago, v. 138, n. 5, p. 551-557, mayo 2010.

CIPHER, D. J.; FERNANDEZ, E. Expectancy variables predicting tolerance and avoidance of pain in chronic pain patients. **Behaviour Research and Therapy**. v. 35, n. 5, p. 437-444, May 1997.

CLAYTON, M.; DEAN, M.; MISHEL, M. Theories of Uncertainty in Illness. In: SMITH, M. J.; LIEHR, P. Eds. **Middle range theory for nursing**. 4. ed. New York: Springer Publishing; p. 49-82, 2018.

COGO, A. L.; et al. Digital educational materials in nursing: assesment by professors from an undergraduate course. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 295-299, June 2009.

COLEMAN, E. A.; GROUND, K. L.; MAUL, A. The Family Caregiver Activation in Transitions (FCAT) Tool: A New Measure of Family Caregiver Self-Efficacy. **Jt Comm J Qual Patient Saf. The Joint Commission**. v. 41, n. 11, p. 502-7, 2015.

COSTA, A. L. D. et al. Osteoporose na atenção primária: uma oportunidade para abordar os fatores de risco. **Rev Bras Reumatol**. v. 56, n. 2, p. 111-116, 2016.

COSTA, A. I. S.; CHAVES, M. D. Pain in cancer patients under chemotherapy. **Rev Dor**. v. 13, n., 1, p. 45-9, 2012. doi: 10.1590/S1806-00132012000100008

COSTA JUNIOR, A. L. et al. Preparação psicológica de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 29, n. 2, p. 271-284, June 2012.

COSTA, P.; LEITE, R. C. B. O. Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes oncológicos submetidos a cirúrgicas mutiladoras. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 55, n. 4, p. 355-364, 2009.

COSTA, V. A. S. F; SILVA, S. C. F; LIMA, V. C. P. O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 282-298, dez. 2010.

CRANLEY, L. A. et al. Recognizing and Responding to Uncertainty: A Grounded Theory of Nurses' Uncertainty. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v.9, n. 3, p. 149-158, 2012.

CRUZ, C. T.; BARROS, N. F.; HOEHNE, E. L. Evidências sobre o Uso de Práticas Alternativas e Complementares no Tratamento Convencional de Neoplasias Mamárias. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 3, p. 237-246, 2009.

D'EÇA JUNIOR, A. et al. Check list da visita pré-operatória de enfermagem: avaliação da qualidade dos dados. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 10, p. 1-13, 2020.

DE ANDRADE RAMALHO, M. N. et al. Cuidados paliativos: percepção de familiares cuidadores de pessoas com câncer/ Palliative care: the perception of family caregivers of cancer patients. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 17, n. 2, 14 jul. 2018.

DE CARVALHO, W. M. O. et al. Saúde mental de cuidadores de crianças e adolescentes com neoplasia maligna no Nordeste do Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 3, p. e4614, 2021.

DELIS, P. C. Uncertainty and Quality of Life in Systemic Lupus Erythematosus: A Cross-sectional Study. **Rehabil Nurs.**, v. 44, n. 1, p. 2-10, 2019.

DELL'ANTONIO-PEREIRA, L. et al. Quality of life of women with pre-and post-operative breast cancer. **Invest. educ. enferm**, Medellín, v. 35, n. 1, p. 109-119, Jan. 2017.

DHABHAR, F. S. The short-term stress response — Mother Nature's mechanism for enhancing protection and performance under conditions of threat, challenge, and opportunity. **Front Neuroendocrinol**. v. 49, p. 175-192, 2018.

DIAS, A. P. T. P.; GOLLNER, A. M.; TEIXEIRA, M. T. B. Câncer Colorretal Rastreamento, prevenção e controle. **HU Rev**, Juiz de Fora, v. 33, n. 4, p.125-131, out./dez. 2007.

DIAS, S. A. O.; AQUINO, G. B. Aspectos psicológicos do paciente oncológico diante do procedimento cirúrgico de laringectomia total. **Revista Científica da Faminas**, v. 9, n. 1, Jan.-Abr. 2014.

DUGNO, M. L. G. et al. Perfil do câncer de mama e relação entre fatores de risco e estadiamento clínico em hospital do Sul do Brasil. **Rev Bras Oncol Clin**, v. 10, n. 36, p. 60-66, 2014.

EMENTÁRIO. Fs.unb.br, 2022. Disponível em: <http://fs.unb.br/ppgenf-ementario-item>. Acesso em: 13, setembro de 2022.

FACINA, T. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. **Rev bras cancerol**, v. 60, n.1, p.63-64, 2014.

FALKEMBACK, G. A. M. Concepção e desenvolvimento de material educativo digital. **Novas Tecnologias na Educação**. v.3, n. 1, p.1-15, 2005.

FARINHAS, G. V.; WENDLING, M. I.; DELLAZZANA-ZANON, L. L. Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 111-129, dez. 2013.

FAWCETT, J. **The relationship of theory and research**. 3. ed. Philadelphia, PA: F.A. Davis, 1999.

FAYERS, P.; BOTTOMLEY, A. Quality of life research within the EORTC—the EORTC QLQ-C30. On behalf of the EORTC Quality of Life Group and of the Quality of Life Unit. **European Journal of Cancer**. v. 38, Supplement 4, p. 125-133, March 2002.

FERLAY, J. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **International Journal of Cancer**, Genève, v. 136, n. 5, p. 359-386, 2015.

FERREIRA, A. S. et al. Breast cancer: prevalence of anxiety and depression in outpatients. **Arq Ciênc Saude**. v. 19, n. 3, p. 185-9, 2016.

FIGUEIREDO, J. F., et al. Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos. **REME**. v. 8, 2018.

FIGUEIREDO, L. L. et al. Estratégias de enfermagem para participação de acompanhantes de adultos e idosos hospitalizados: revisão de literatura. **RECENF. Rev Técnico-Cient Enferm**, Imbituba, v. 9, p. 155-160, 2011.

FILHO, M. A. A.; BATISTA, R. F.; CRUZ, E. A. Nurses' perception nursing preoperative visit. **REAS/EJCH**, v. Sup. n. 42, e2842, 2019.

FIorentino, S. **Psicoprofilaxis quirúrgica: como dominar el miedo a operarse**. Diário de Cuyo. Estilo. 2005.

FITCH, M. I. et al. Radical cystectomy for bladder cancer: a qualitative study of patients experiences and implications for practice. **Can Oncol Nurs J**. v. 20, n. 4, p. 177-81, 2010.

FITZGERALD, B. M.; ELDER, J. Will a 1-page informational handout decrease patients' most common fears of anesthesia and surgery? **J Surg Educ**. v. 65, n. 5, p. 359-63, Sep-Oct; 2008.

FRANCESCHINI, J. et al. Reprodutibilidade da versão em português do Brasil do European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire em conjunto com seu módulo específico para câncer de pulmão. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 595-602, Oct. 2010.

FRANZI, S. A.; SILVA, P. G. Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial no Hospital Heliópolis. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro: INCA, v. 49, n. 3, p. 153-158, jul.-set. 2003.

FREDERICKS, S. et al. Postoperative Patient Education: A Systematic Review. **Clin Nurs Res**. V. 19, n. 2, p.144-164, May. 2010.

FREIRE, M. E. M et al. Qualidade De Vida Relacionada À Saúde De Pacientes Com Câncer Avançado: Uma Revisão Integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 357-367, Apr. 2014.

FREITAS, A. A. S.; CABRAL, I. E. O cuidado à pessoa traqueostomizada: análise de um folheto educativo. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 84-89, Mar. 2008.

FRIAS, T.F.P, COSTA, C.M.A.; SAMPAIO, C.E. P. O impacto da visita pré-operatória de enfermagem no nível de ansiedade de pacientes cirúrgicos. **REME Rev Min Enferm**, v, 14, n. 3, p. 345-52, 2010.

FRIZZO, N. S. et al. Música como Recurso de Enfrentamento em Pacientes Oncológicos e Familiares. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 40, e217577, 2020.

FROELICH, T. C. Psico-oncologia e terminalidade: casos em que o paciente é uma criança. In: JORNADA DE PESQUISA EM PSICOLOGIA: desafios atuais nas práticas de psicologia, 4., 2011, Santa Cruz do Sul. Anais. Santa Cruz do Sul: **UNISC**,134-143, 2011.

GARCIA, A. S. et al. Commitment to the quality of life of caregivers of patients under palliative treatment. **REAC/EJSC**. v. 19, n. e6046, 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/react.e6046.2021>

GARCÍA RODRÍGUEZ; M. E.; ROMERO SÁNCHEZ, R. E. Histerectomia vaginal em pacientes sem prolapso uterino. **Rev Cubana Cir.** 2011, v. 50, n. 2, p. 155-63, 2011.

GEOVANINI, F. C. M. **Notícias que (des) enganam: o impacto da revelação do diagnóstico e as implicações éticas na comunicação de más notícias para pacientes oncológicos**. 2011. 132 f. Dissertação (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

GERMINO, B. B. Outcomes of an uncertainty management intervention in younger African American and Caucasian breast cancer survivors. **Oncol Nurs Forum**. v. 40, n. 1, p. 82-92. 2013.

GIMENES, M. G. G. A pesquisa do enfrentamento na prática psico-oncológica. In: CARVALHO, M. M. (Org.), **Resgatando o Viver: Psico-oncologia no Brasil** p. 256. São Paulo: Summus, 1998.

GIOVANNUCCI, E. et al. Physical Activity, Obesity, and Risk for Colon Cancer and Adenoma in Men. **Annals of Internal Medicine**, v. 122, n. 5, p. 327, 1995.

GOMEZ-PALENCIA, I. P.; CASTILLO-AVILA, I. Y.; ALVIS-ESTRADA, L. R. Incertidumbre en adultos diabéticos tipo 2 a partir de la teoría de Merle Mishel. **Aquichán**, Bogotá, v. 15, n. 2, p. 210-218, Apr. 2015.

GONÇALVES T. F.; MEDEIROS, V. C. C. The preoperative visit as the anxiety mitigating factor in surgical patients La visita preoperatoria como un factor atenuante de la ansiedad en pacientes quirúrgicos. **REV. SOBECC**, São Paulo. Jan./mar. v. 21, n. 1. p. 22-27, 2016.

GONCALVES, K. K. et al. Ansiedade no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 2, p. 397-403, abr. 2016.

GONCALVES, M. A. R.; CEREJO, M. N. R.; MARTINS, J. C. A. A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. ser IV, n. 14, p. 17-26, set. 2017.

GONÇALVES, S.; BRAGA, M. F. Comunicar, informar e educar na ansiedade pré-operatória: Desenvolvimento de uma intervenção breve. **Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 2, p. 99-108, 2012.

GOUIN, J. P.; KIECOLT-GLASER, J. K. The impact of psychological stress on wound healing: methods and mechanisms. **Immunol Allergy Clin North Am**. v. 31, n. 1, p. 81-93. 2011.

GUAN, T.; QAN'IR, Y.; SONG, L. Systematic review of illness uncertainty management interventions for cancer patients and their family caregivers. **Support Care Cancer**, v. 29, n. 8, p. 4623-4640, 2021. Doi: 10.1007/s00520-020-05931-x

GUAN, T. et al. Illness Uncertainty, Coping, and Quality of Life among Patients with Prostate Cancer. **Psycho-Oncology**. v. 29, p. 1019– 1025, 2020.

GUERREIRO, M. P. P.; SIQUEIRA, F. D.; DEZORDI, C. C. M. et al. Processo de deliberação moral dos enfermeiros de competência gerencial e fiscalizatória dos conselhos de enfermagem. **Enferm. Foco**, v. 10, n. 4, p. 22-27, 2019.

GUIMARÃES, E. M. R.; BARBOSA, I. V.; CARMO, T. G. et al. Construction and validation of an educational video for patients in the perioperative period of robotic surgery. **Rev Bras Enferm**. v. 75, n. 5, p. e20210952, 2022.

GUIMARÃES, L. S. P. et al. Os principais delineamentos na epidemiologia: ensaios clínicos (parte II). **Clinical & Biomedical Research**, [S.l.], v. 33, n. 3/4, jan. 2014.

HAISFIELD-WOLFE, M. E., et al. Prevalence and correlates of symptoms and uncertainty in illness among head and neck cancer patients receiving definitive radiation with or without chemotherapy. **Supportive Care in Cancer**. v. 20, n. 8, p. 1885–1893, 2012.

HALEY, W. E. et al. Caregiving strain and estimated risk for stroke and coronary heart disease among spouse caregivers: differential effects by race and sex. **Stroke**. v. 41, n. 2, p. 331-6. Feb. 2010.

HAMESTER, L. et al. Effectiveness of a nursing intervention in decreasing the anxiety levels of family members of patients undergoing cardiac surgery: a randomized clinical trial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, p. 2729, 2016.

HAMPTON, M. M. **Self-efficacy of caregiving and caregiver stress in adult informal caregivers of individuals at the end-of-life**. 2014. 105f. Tese (Doctor of Philosophy) - Faculty of the Graduate School, University of Texas at Arlington, Texas, 2014.

HANSEN, B. S. et al. Patient experiences of uncertainty - a synthesis to guide nursing practice and research. **Journal of Nursing Management**, v. 20, n. 2, 266–277. 2012.

HAUSMAN, D. M. What Is Cancer? **Perspectives in Biology and Medicine**, v. 62, n.4, p.778–784, 2019.

HAYES, S. C. et al. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. **Behaviour Research and Therapy**, v. 44, n. 1, p. 1–25. 2006.

HEATHCOTE, L. C.; ECCLESTON, C. Pain and cancer survival: A cognitive-affective model of symptom appraisal and the uncertain threat of disease recurrence. **Pain**, v. 158, n. 7, p. 1187–1191, 2017. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000872>

HEDDEN, L.; WASSERSUG, R.; MAHOVLICH, S. et al. Evaluating na educational intervention to alleviate distress amongst men with newly diagnosed prostate cancer and their partners. **BJU Int.**, v. 120, n. 5b, p. E21-E29, 2017.

HILL, A. M. et al. A randomized trial comparing digital video disc with written delivery of falls prevention education for older patients in hospital. **J Am Geriatr Soc** [Internet]. v. 57, n. 8, p. 1458-63, 2009.

HIRAI, K., et al. A structural model of the relationships among self-efficacy, psychological adjustment, and physical condition in Japanese advanced cancer patients. **Psychooncology**. v.11, n.3, p. 221-229. 2008.

HISSE, C. N. et al. Caracterização dos pacientes de quimioterapia e hormonioterapia de uma unidade de oncologia. **Rev Enferm Cent-Oeste**, v. 4, n. 2, p. 1185-1193, 2014.

HOCHHAUSEN, N. et al. Social support, optimism, and self-efficacy predict physical and emotional well-being after bone marrow transplantation. **Journal of Psychosocial Oncology**, v. 25, n. 1, p. 87–101, 2007.

HOFFMAN, A. J. et al. The development and testing of an instrument for perceived self-efficacy for fatigue self-management. **Cancer Nursing**, v. 34, n. 3, p.167–175. 2011.

HOGG, M. A.; ADELMAN, J. R.; BLAGG, R. D. Religion in the face of uncertainty: an uncertainty-identity theory account of religiousness. **Pers Soc Psychol Rev**. v. 14, n. 1, p. 72-83, 2010.

HOON, L. S.; SALLY, C. W. C.; HONG-GU, H. Effect of psychosocial interventions on outcomes of patients with colorectal cancer: a review of the literature. **Eur J Oncol Nurs**. v. 17, n. 6, p. 883-91. 2013.

HORTENSE, F. T. P; BERGEROT, C. D.; DOMENICO, E. B. L. de. Quality of life, anxiety and depression in head and neck cancer patients: a randomized clinical trial. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 54, e03546, 2020.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – HUB. Carta de serviços ao cidadão. Brasília, 2019. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/16496/208947/Carta+de+Serviços/07641bec-a939-441e-9c2d-5c0630f21e2f> Acesso em: 15/03/2020.

HOWELL, D. et al. Self-management education interventions for patients with cancer: a systematic review. **Support Care Cancer**. v.25, n. 4, p. 1323-55, 2017.

HUGHES, S. L.; ROMO, L. K. An Exploration of How Individuals with an Ostomy Communicatively Manage Uncertainty, **Health Communication**, v. 35, n. 3, p. 375-383, 2020.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

JAKOBSSON, J.; IDVALL, E.; WANN-HANSSON, C. General health and state anxiety in patients recovering from colorectal cancer surgery. **Journal of Advanced Nursing**. v. 72, n.2, p. 328–338, 2015.

JAYAWARDANE, M.; GANKANDA, W.; GUNATHILAKE, M. Prevalence of pre-operative anxiety and associated factors among a group of women undergoing gynaecological surgeries at a single unit in a tertiary care hospital in Sri Lanka. **F1000Res**. v. 10, p. 74, 2021.

JOHNSON, L. M.; ZAUTRA, A. J.; DAVIS, M. C. The role of illness uncertainty on coping with fibromyalgia symptoms. **Health Psychol.**, v. 25, n. 6, p. 696-703, 2006.

JONCZYK, M. M. et al. Surgical trends in breast cancer: a rise in novel operative treatment options over a 12 year analysis. **Breast Cancer Res. Treat.** v. 173, n. 2, p. 267–274, 2019. DOI: 10.1007/s10549-018-5018-1

JUAN, K. O impacto da cirurgia e os aspectos psicológicos do paciente: uma revisão. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 48-59, 2007.

JUNGES, V. M. et al. Perfil do paciente obeso e portador de síndrome metabólica candidato à cirurgia bariátrica em uma clínica particular de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Sci Med**. v. 26, n. 3 p. 26, 2016.

KADDA, O. et al. Gender analysis in the outcomes of a lifestyle intervention among patients who had an open heart surgery. **Angiology**. v. 67, n. 1, p. 66-74, 2016.

KARABULUTLU, E.Y. Enfrentamento de cuidadores familiares de pacientes com câncer na Turquia. **Eur J Oncol Nurs**, v. 14, n. 1, p. 42. 2010.

KELLEHER, S. A. et al. Using patient reported outcomes in oncology clinical practice. **Scandinavian Journal of Pain**, v. 13, p. 6–11. 2016.

KIM, G. D. Impact of climacteric symptoms and fatigue on the quality of life in breast cancer survivors: the mediating effect of cognitive dysfunction. **Asian Oncol Nurs**. v.14, n. 2, p. 58–65, 2014. <https://doi.org/10.5388/aon.2014.14.2.58>.

KIM, S. H.; LEE, R.; LEE, K. S. Symptoms and uncertainty in breast cancer survivors in Korea: differences by treatment trajectory. **Journal of Clinical Nursing**. v. 21, p.1014–1023, 2011.

KIM, Y. H.; CHOI, K. S.; HAN, K. et al. A psychological intervention programme for patients with breast cancer under chemotherapy and at a high risk of depression: A randomised clinical trial. **J Clin Nurs**., v. 27, n. 3-4, p. 572-581, 2017.

KOLANKIEWICZ, A. C. B. et al. Apoio social percebido por pacientes oncológicos e sua relação com as características sociodemográficas. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 35, n. 1, p. 31-38, 2014.

KRUSE, M. H. L., et al. Orientação pré-operatória da enfermeira: lembranças de pacientes. **Rev Eletr Enf**, v. 11, n. 3, p. 494-500, 2009.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. Paulo Menezes (Trad.). São Paulo: Martins Fontes. 2005.

KWAN, M. L., et al. Quality of life among women recently diagnosed with invasive breast cancer: the Pathways Study. **Breast Cancer Res Treat**, v. 123, n. 2, p. 507-524, 2010.

KWON, E. J.; YI, M. Distress and quality of life in breast cancer survivors in Korea. **Asian Oncol Nurs**. v.12, n. 4, p. 289-96, 2012. <https://doi.org/10.5388/aon.2012.12.4.289>.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. Transactional theory and research on emotions and coping. **European Journal of Personality**, v. 1, n. 3, p. 141-169. 1987.

LEE, I.; PARK, C. The mediating effect of social support on uncertainty in illness and quality of life of female cancer survivors: a cross-sectional study. **Health Qual Life Outcomes**. v. 18, n. 143, p. 1-11, 2020. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01392-2>

LEBREGO, A. M.; CABRAL, L. S. O médico no lugar do paciente: impactos da revelação de diagnóstico de câncer. In: DAL MOLIN, R. S. (Org.). **Saúde em foco: temas contemporâneos**. 3. 2020, Guarujá: Científica, 2020. p. 431-442.

LEMOS, M. F. et al. A informação no pré-operatório reduz a ansiedade pré-operatória em pacientes com câncer submetidos à cirurgia: utilidade do Inventário Beck de Ansiedade. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 69, n. 1, p. 1-6, Jan. 2019.

LI, P. et al. Effectiveness of nursing intervention for increasing hope in patients with cancer: a meta-analysis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 26, e2937, 2018.

LI, Q. et al. The influence of marital status on stage at diagnosis and survival of patients with colorectal cancer. **Rev. Oncotarget**. v. 6, n. 9, p. 7339-7347, 2015.

LI, X. et al. Illness uncertainty, social support, and coping mode in hospitalized patients with systemic lupus erythematosus in a hospital in Shaanxi, China. **PLOS ONE**. v. 14, n. 2, e0211313, February 2019.

LIANG, S. Y. et al. Symptom-management self-efficacy mediates the effects of symptom distress on the quality of life among Taiwanese oncology outpatients with breast cancer. **Cancer Nursing**, v. 39, p. 67-73. 2016.

LIAW, S. Y. et al. Designing and evaluating an interactive multimedia web-based simulation for developing nurses' competencies in acute nursing care: randomized controlled trial. **J Med Internet Res**. v. 17, n. 1, Jan 2015.

LIMA, M. B. de et al. Construction and validation of educational video for the guidance of parents of children regarding clean intermittent catheterization. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 51, e03273, 2017.

LIMA, L. do E. S. et al. Experiences of cancer patients' family caregivers in palliative care / Juntos resistimos, separados caímos: vivências de familiares cuidadores de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **R. pesq. cuid. fundam. online [Internet]**. v. 11, n. 4, p. 931-6, 2019.

LIU, C. Y.; XU, L.; ZANG, Y. L. Effectiveness of audiovisual interventions on stress responses in adolescents with ENT surgery in hospital: randomized controlled trial protocol. **J Adv Nurs**. v. 70, n. 6, p. 1414-24, 2014.

LOPES, C.; MELO-DIAS, C. O Impacto de Informar pelo Enfermeiro na Ansiedade do Doente em Cuidados Diferenciados Hospitalares. **Revista Nursing, edição online**. 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fwww.nursing.pt%2Fo-impacto-de-informar-pelo-enfermeiro-na-ansiedade-do-doente-em-cuidados-diferenciados%2F> consultado em: 30/10/2022.

LOPES, M.; NASCIMENTO, L. C.; ZAGO, M. M. F. Paradox of life among survivors of bladder cancer and treatments. **Rev Esc Enferm USP**. v. 50, n. 2, p. 222-229, 2016.

LÓPEZ, J. et al. Espiritualidad y religiosidad en cuidadores de personas con demencia como posibles factores protectores de maltrato. **Soc y Utopía, Rev Ciencias Soc**, v. 41, p. 402-23, 2013.

LOPEZ-ROIG, S.; PASTOR, M. A., RODRIGUES-MARIN, J. In: CARRILLO, F. X. M.; ANTÓN, D. M.; RODRIGUES, J. O. **Intervención conductual en contextos comunitarios I: programas aplicados de prevención**. Madrid: Piramide, 1993.

LORIG, K. R.; HOLMAN, H. Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 26, n. 1, p. 1-7. 2003.

LOVELL, M. et al. A Randomized Controlled Trial of a Standardized Educational Intervention for Patients with Cancer Pain. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 40, n. 1, p. 49-59, July 2010.

LUCENA, A. de F.; GUTIÉRREZ, M. G. R. de; ECHER, I. C.; et al. Intervenções de enfermagem utilizadas na prática clínica de uma unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 5, p. 873-880, 2010.

LUPINACCI, M.; LUPINACCI, R. A.; HERMAN, P. Hepatectomia regradada e colectomia esquerda simultâneas realizadas por acesso laparoscópico. **Revista ColBras Cir**. v. 38, n.2, p. 139-141, 2011.

LUSZCZYNSKA, A.; MOHAMED, N. E.; SCHWARZER, R. Self- efficacy and social support predict benefit finding 12 months after cancer surgery: The mediating role of coping strategies. **Psychology, Health & Medicine**, v. 10, N. 4, p. 365-375, 2005.

MACHADO, J. A. et al. Autocontrole de ansiedade no pré-operatório cardíaco: resultado de uma intervenção de enfermagem. **S A N A R E**, Sobral, v. 14, n. 02, p. 36-42, jul./dez. – 2015.

MACHADO, S. M; SAWADA, N, O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 750-757, Dec. 2008.

MACHELL, K. A.; GOODMAN, F. R.; KASHDAN, T. B. Experiential avoidance and well-being: A daily diary analysis. **Cognition & Emotion**. v. 29, n. 2, p. 351–359, 2015.

MAGALHÃES, V. M. P. C. **Construção e validação de uma escala de autoeficácia materna na alimentação do lactente**. 2018, 154 f. Dissertação (Mestrado) – CCS, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018.

MAJASAARI, H. et al. As percepções dos pacientes sobre o suporte emocional e as informações fornecidas aos familiares. **AORN Journal**, v. 81, n. 5, p. 1030 – 1039, 2005.

MALTA, D. C et al. National Health Promotion Policy (PNPS): chapters of a journey still under construction. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, June 2016.

MALTA, D. C. et al. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiol. Serv. Saude.**, v. 25, n. 2, p. 373-390, abr-jun 2016.

MARCOLINO, J. A. M. et al. Medida da ansiedade e da depressão em pacientes no pré-operatório: estudo comparativo. **Rev Bras Anesthesiol**. v. 57, n. 2, p. 157-66, 2007.

MARQUES, S. F. S. et al. Incertezas dos pais de recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva. **Rev Enferm UFPE On line [Internet]**. v. 11, suppl 12, p. 5361-9, 2017.

MARTINS, T. et al. Pré-operatório de cirurgias potencialmente contaminadas: fatores de risco para infecção do sítio cirúrgico. **Acta Paul Enferm**, v. 30, n. 1, p. 16-24, 2017.

MASLOW, G. R.; HILL, S. N. Systematic review of character development and childhood chronic illness. **World journal of clinical pediatrics**, v. 5, n. 2, p. 206–211, 2016.

MATA, L. R. F. et al. Autoeficácia e morbidade psicológica no pós-operatório de prostatectomia radical. **Rev Lat Am Enfermagem** (Internet), v. 23, n. 5, p. 806-813, 2015.

MATA, L. R. F. et al. Effectiveness of a home care teaching program for prostatectomized patients: a randomized controlled clinical trial. **Rev Esc Enferm USP** [online], v. 53, p. e03421, 2019.

MATTHIAS, A. T.; SAMARASEKERA, D. N. Preoperative anxiety in surgical patients - experience of a single unit. **Acta Anaesthesiol Taiwan**. v. 50, n. 1, p. 3–6, 2012.

MAZE, M.; TRANQUILLI, W. Alpha-2 adrenoceptor agonists: defining the role in clinical anesthesia. **Anesthesiology**. v.74, n. 3, p.581-605, 1991.

MCCARTHY, B. Family members of patients with cancer: what they know, how they know and what they want to know. **Europ J Oncol Nurs**, Manchester, vol. 15, n. 5, p. 428-441, 2011.

MCCORKLE, R. et al. Effects of a nursing intervention on quality of life outcomes in post-surgical women with gynecological cancers. **Psycho-Oncology**. v. 18, n. 1, p. 62–70, 2009.

McCORKLE, R. et al. Effects of Advanced Practice Nursing on Patient and Spouse Depressive Symptoms, Sexual Function, and Marital Interaction after Radical Prostatectomy. **Urol Nurs**. v. 27, n. 1, p. 65-77, 2007.

McEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

McLAUGHLIN, J. M.; ANDERSON, R. T.; FERKETICH, A. K. et al. Effect on survival of longer intervals between confirmed diagnosis and treatment initiation among low-income women with breast cancer. **J Clin Oncol**. v. 30, n. 36, p. 4493-4500, 2012.

MEDEIROS, G. C. D.; TEODÓZIO, C. G. C.; FABRO, E. A. N. et al. Factors Associated with Delay between Diagnosis and Initiation of Breast Cancer Treatment: a Cohort Study with 204.130 Cases in Brazil. **Rev. Bras. Cancerol.** [Internet]. v. 66, n. 3, p. e-09979, 2020.

MENDES, A. P. A incerteza na doença crítica e o imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, e20190056. 2020.

MÉNDEZ, F. X.; ORTIGOSA, J. M.; PEDROCHE, S. Preparación a la hospitalización infantil (I): Afrontamiento del estrés. **Psicología conductual**, v. 4, n. 2, p. 193-209, 1996.

MENDOZA RODRIGUEZ, R.; BARRETO GUERRERO, G. Autoeficácia e percepção do suporte social na adesão terapêutica de pacientes com câncer. **Saúde, Arte e Cuidado**, v. 10, n. 1 pág. 17-26, 01 de julho 2017.

MERIGHI, M. A. B. et al. Experiências e expectativas de mulheres submetidas à histerectomia. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 608-615, Sept. 2012.

MERLUZZI, T. V. et al. Interventions to Enhance Self-Efficacy in Cancer Patients: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. **Psycho-Oncology**. V. 28, n. 9, p. 1781–90, 2019.

MESQUITA, A. C. et al. The use of religious/spiritual coping among patients with cancer undergoing chemotherapy treatment. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 539-545, Apr. 2013.

MILLER, C. K.; GUTSCHALL, M. Y.; LAWRENCE, F. Instrumentos para Evaluar las Expectativas de Resultados y Autoeficacia respecto del Consumo de Carbohidratos, la Autoevaluación de la Glucosa y el Tratamiento de la Diabetes. **PHN [Internet]**, v. 10, n. 6, p. 628-634, 2016.

MISHEL, M. H. **Perceived ambiguity of events associated with the experience of illness and hospitalization: development and testing of a measurement tool**. 1980. Dissertation

(Graduate of Psychology) – Faculty Claremont Graduate School, The Claremont Graduate University, Claremont, 1980.

MISHEL, M. H, et al. Uncertainty in illness theory: A replication of the mediating effects of mastery and coping. **Nursing Research**. v. 40, p. 236–240, 1991.

MISHEL, M. H. et al. Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects. **Cancer**. v. 94, n. 6, p. 1854–1866, 2002.

MISHEL, M. H. et al. Managing uncertainty about treatment decision making in early stage prostate cancer: A randomized clinical trial. **Patient Education and Counseling**. v. 77, n. 3, p. 349-359. Dec. 2009.

MISHEL, M. H. **Living with Chronic Illness: Living with Uncertainty**. Springer, New York, 1993.

MISHEL, M. H. Parent's perception of uncertainty concerning their hospitalized child. **Nursing Research**. v. 32, n. 6, p. 324-330, 1983.

MISHEL, M. H. Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. **Journal of Nursing Scholarship**. v. 22, n. 4, p. 256-262. 1990.

MISHEL, M. H. Uncertainty in chronic illness. **Annual Review of Nursing Research**, v. 17, p. 269-294, 1999.

MISHEL, M.; CLAYTON, M. Theories of uncertainty in illness. In: SMITH, M.; LIEH, P. **Middle Range Theory for Nursing**. New York: Springer Publishing; p. 49-81, 2018.

MISHEL. Perceived Uncertainty and Stress in Illness. **Research in Nursing and Health**. v. 7, p. 163-171, 1984.

MISHEL. The measurement of uncertainty in illness. **Nurs Res**. v. 30, n. 5, p. 258-263. Sep.-Oct. 1981.

MISHEL. Uncertainty in illness. **The Journal of Nursing Scholarship**. v. 20, n. 4 p. 225–232, 1988.

MITCHELL, M. Psychological care of patients undergoing elective surgery. **Nurs Stand.**, v. 21, n. 30, p. 48-60, 2007.

MITCHELL, M.; COURTNEY, M. Reducing family members' anxiety and uncertainty in illness around transfer from intensive care: an intervention study. **Intensive Crit Care Nurs**. v. 20, n. 4, p. 223-231, 2004.

MIURA, C. R. M. et al. Qualidade de vida e experiências religiosas/espirituais de pacientes com câncer em um serviço de emergência. **Cogitare enferm**. v. 25. 2020.

MONTGOMERY, P. et al. Reporting randomised trials of social and psychological interventions: the CONSORT-SPI 2018 Extension. **Trials** 19, n. 407, 2018.

MORAES, A. F. de. A diversidade cultural presente nos vídeos em saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 12, n. 27, p. 811-822, Dec. 2008.

MORAES, M. W.; CARVALHO, R. A inserção do centrocirúrgico na assistência à saúde. In: CARVALHO, R; BIANCHI, E. R. F. (Orgs). **Enfermagem em centrocirúrgico e recuperação**. 1. ed., Barueri: Manole; p.1-21, 2010

MORAIS, E. S.; MUNIZ, R. M.; VIEGAS, A. C. et al. Family experiences in cancer survival: between hope of healing and fear of relapse. **Rev Enferm Atenção Saúde [Online]**. v. 8, n. 1, p. 39-50, Jan/Jul 2019.

MORENO ACOSTA, A. I.; KRIKORIAN, A.; PALACIO, C. Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 33, n. 3, p. 517-529, 2015.

MORETTO, I. G.; CONTIM, C. L. V.; SANTO, F. H. E. Acompanhamento por telefone como intervenção de enfermagem a pacientes em quimioterapia ambulatorial: revisão integrativa. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 40, 2019. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190039>.

MUÑOZ, D. et al. Incerteza sobre a doença em mulheres diagnosticadas com câncer de mama. **Investiga Andina**. v. 20, n. 36, p. 11-22, 2018.

MYSTAKIDOU, K.; PARPA, E.; TSILIKA, E.; et al. General perceived self-efficacy: Validation analysis in Greek cancer patients. **Supportive Care in Cancer**, v. 16, n. 12, p. 1317-1322, 2008.

NASCIMENTO, J. D. et al. The experience of family care in transitional support houses. *Rev Bras Enferm.* v. 69, n. 3, p. 538-545, jun 2016.

NEDEL, W. L.; SILVEIRA, F. Os diferentes delineamentos de pesquisa e suas particularidades na terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 256-260, set. 2016.

NIELSEN, C. A-B. et al. Simulation-based virtual-reality patient-specific rehearsal prior to endovascular procedures: a systematic review. **Diagnostics (Basel)** [Internet]. v. 10, n. 7, p. 500-512, 2020. <https://doi.org/10.3390/diagnostics10070500>

NORINDER, M.; GOLIATH, I.; ALVARIZA, A. Patients' experiences of care and support at home after a family member's participation in an intervention during palliative care. **Palliat Support Care**, v. 15, n. 3, p. 305-12, 2017.

NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION INTERNATIONAL (NANDA-I). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2021-2023**. Tradução: Regina Machado Garcez. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 468, 2015.

NORTHOUSE, L. L. et al. Couples' patterns of adjustment to colon cancer. **Soc Sci Med**, v. 50, n. 2, p. 271-84, Jan 2000.

NUNES, M. P. R. S. et al. Representações de mulheres acerca da histerectomia em seu processo de viver. **Escola Anna Nery Rev. Enfermagem**. v. 13, n.3, p. 574-581, 2009.

OLIVEIRA, A. S. B. Muscle biopsy with different levels of histological sections: an old procedure as a “still modern” approach. **J. Bras. Patol. Med. Lab.** v. 53, n. 3, p. 148-149, 2017.

OLIVEIRA, S. S. W. et al. A espiritualidade no enfrentamento da dor em pacientes oncológicos: revisão sistemática. **BrJP**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 158-163, Mar. 2020.

OLIVEIRA, T. M. G de et al. Perfil diagnóstico de pacientes submetidos à retirada de órgão fundamentado em escalas de avaliação. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 19, n. 57, p. 63-106, 2020.

OLIVEIRA, T. M. G de, JESUS, C. A. C de. Incertezas vivenciadas por pacientes pós-cirúrgicos diagnosticados com neoplasias. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.12, n. 10, p. 2873-82, out., 2018.

OLIVEIRA, T. M. G. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia para retirada de órgão à luz da teoria da incerteza na doença**. 2018. 206 f., il. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)— Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

OLIVEIRA, T. M. G.; JESUS. C. A. C. **Construção e validação de materiais educativos para pacientes com câncer cirúrgicos de retirada de órgão**. 2023. No prelo.

OLIVEIRA, T. M. G.; JESUS, C. A. C. Expressão da incerteza em pacientes cirúrgicos de retirada de órgão: estudo transversal. **Enferm. glob.**, v. 65, p. 218-232, 2022.

OLIVEIRA, T. R.; SOUZA, J. R. Avaliação do impacto psicossocial do diagnóstico e tratamento do câncer na vida de familiares cuidadores de pacientes em regime de internação hospitalar. **Tempus, Actas Saúde Colet**. v. 11, n. 1, p. 215-227, 2017.

ORTIZ, J. et al. Informação pré-operatória ao paciente: podemos melhorar a satisfação e reduzir a ansiedade? **Rev. Bras. Anesthesiol**. v. 65, n. 1, p. 7-13. 2015.

OSTHERR, K. et al. Death in the digital age: a systematic review of information and communication technologies in end-of-life care. **J Palliat Med**. v. 19, n. 4, p. 408-20. 2016.

OTTATI, F.; CAMPOS, M. P. S. Qualidade de vida estratégias de enfrentamento de pacientes em tratamento oncológico. **Acta. colomb. psicol.** v. 17, n. 2, p. 103-111, 2014.

PABLO SANTIAGO, R. et al. Sobrecarga y autoeficacia percibida en cuidadores primarios informales de pacientes con insuficiencia cardíaca. **Rev Clin Med Fam**, Albacete, v. 9, n. 3, p. 152-158, oct. 2016.

PAIVA, B. C. et al. Evaluation of the effectiveness of intervention with educational material in surgical patients: an integrative literature review. **REV. SOBECC**, v. 22, n. 4, p. 208-217., 2017.

PAIVA, I. Diabetes Mellitus e Cirurgia: Preparação do doente diabético para cirurgia. **Acta Médica Portuguesa**. v. 17, p. 94-99, 2004.

PANDEY, M. et al. Early effect of surgery on quality of life in women with operable breast cancer. **Jpn J Clin Oncol**, v. 36, n. 7, p. 468-472, 2006.

PAPASTAVROU, E.; CHARALAMBOUS, A.; TSANGARI, H. How do informal caregivers of patients with cancer cope: A descriptive study of the coping strategies employed. **Eur J Oncol Nurs**. v. 16, n. 3, p.258-63, 2012.

PARAHOO, K. et al. Psychosocial interventions for men with prostate cancer. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 24, n. 12, CD008529, 2013.

PARK, Y. J. **Uncertainty, anxiety and social support among preoperative patients of cancer: A correlational study**. Thesis (Master). The Seoul National University; Seoul, 2015.

PARKER, P. A. et al. Illness Uncertainty and Quality of Life of Patients with Small Renal Tumors Undergoing Watchful Waiting: A 2-year Prospective Study. **European Urology**, v. 63, n.6, p. 1122–1127, 2013.

PARREIRAS, D. A. S., et al. Qualidade de vida, sintomas depressivos e de ansiedade no início do tratamento quimioterápico no câncer: desafios para o cuidado. **Enferm Foco**. v. 8, n. 2. p. 82-6, 2017.

PARREIRAS, F. C. et al. Prevalence of pain among melanoma patients. **Rev. dor**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 39-42, Mar. 2016.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: Fundamentos e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PASTUNA-DOICELA, R.; SANHUEZA-ALVARADO, O. Influencia de la autoeficacia en la incertidumbre y la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. **Revisión integrativa. Enfermería** (Montevideo), v. 10, n. 2, p. 124-144, 2021.

PATENAUDE, A. F. et al. Support needs and acceptability of psychological and peer consultation: attitudes of 108 women who had undergone or were considering prophylactic mastectomy. **Psycho-Oncology**, v. 17, n. 8, p. 831-843, 2009.

PEINTINGER, F. et al. Comparison of quality of life and arm complaints after axillary lymph node dissection vs sentinel lymph node biopsy in breast cancer patients. **Br J Cancer**, v. 89, n. 5, p. 652, 2003.

PENICHE, A. C. G. **Ansiedade e o paciente cirúrgico: análise das variáveis intervenientes**. 2005. Tese (Livre Docência em Ansiedade no Paciente Cirúrgico) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

PENROD, J. Living with uncertainty: concept advancement. **JAN**, v.57, n. 6, p. 658-667, 2007.

PEREIRA, I. C. B. F.; SILVA, A. A. P. Ser cuidador familiar: a percepção do exercício do papel. **Pensar Enferm**, Lisboa, v. 16, n. 1, p. 42-54, 1o Semestre de 2012.

PEREIRA, L.; FIGUEIREDO-BRAGA, M.; CARVALHO, I. P. Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes. **Patient Educ Couns.** v. 99, n. 5, may 2016, p. 733-738.

PEREZ, E. A.; WEILBAECKER, K. Aromatase inhibitors and bone loss. **Oncology (Williston Park).** v. 20, n. 9, p. 1029-1048, 2006.

PÉREZ-CRUZ, M. et al. Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de Andalucía, España. **Atencion primaria.** v. 49, n. 7, p. 381-388, 2017.

PETERSON, S. J.; BREDOW, T. S. **Middle Range Theories: Application to Nursing Research.** 3. Ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2013.

PINCIOTTI, C. M.; RIEMANN B. C.; ABRAMOWITZ, J. S. Intolerance of uncertainty and obsessive-compulsive disorder dimensions. **J Anxiety Disord.** v. 81, p. 102417, 2021.

PINHO CHIBANTE, C. L.; ESPÍRITO SANTO, F. H.; OLIVEIRA, A. A. C. As reações do familiar acompanhante de idosos hospitalizados frente às situações de estresse. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online.** v. 7, n. 3, p. 2961-2973, 2015.

PINQUART, M.; DUBERSTEIN, P. R. Depression and cancer mortality: A meta-analysis. **Psychological Medicine,** v. 40, n. 11, p. 1797–1810, 2010.

PINTO, A. C. et al. A importância da espiritualidade em pacientes com câncer. **Rev Saúde. Com.** v. 11, n. 2, p. 114-122, 2015.

PIO, E. S. S.; ANDRADE, M. C. M. Psico-oncologia: A atuação do Psicólogo junto aos familiares e ao paciente oncológico. **Revista Mosaico,** v. 11, n. 1, p. 93-99, 2020.

PIOLLI, K. C. V.; DECESARO, M. N.; SALES, C. A. O (des) cuidar-se como mulher ao ser cuidadora do companheiro com câncer. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 39, n. e2016-0069, 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0069>.

PIREDDA, M. et al. Improving cancer patients' knowledge about totally implantable access port: a randomized controlled trial. **Support Care Cancer.** v. 24, p. 833-41, 2016.

PITAS, E. A. et al. Caracterização do perfil epidemiológico dos pacientes oncológicos em um hospital da Paraíba. **Journal of Medicine and Health Promotion,** v. 5, n. 3 p. 128-139, 2020.

PLATAS, E. M. **Psicoprofilaxis quirúrgica: la preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas.** Barcelona: Ediciones Rol., 1990.

POLYDORO, S. A. J; GUERREIRO-CASANOVA, D. C. Escala de auto-eficácia na formação superior: construção e estudo de validação. **Aval. psicol.,** Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 267-278, ago. 2010.

PORTA, M. (Ed.) **A dictionary of epidemiology.** 6. Ed. New York: Oxford University Press: 2014.

PORTELLA, M. P. et al. Caracterização sociodemográfica e clínica de pacientes. **Oncológicos**. Santa Maria, v. 43, n.3, p. 1-8, set./dez. 2017.

PRIETO, J. M., et al. Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. **Journal of Clinical Oncology**. v. 20, n.7, p. 1907–1917, 2002.

PRITCHARD, M. J. Managing anxiety in the elective surgical patient. **Br J Nurs**, v. 18, n. 7, p. 416- 419, 2009.

RAMÍREZ-PERDOMO; C. A.; RODRÍGUES-VELEZ; M. E.; PERDOMO-ROMERO; A. Y. Uncertainty in the face of the cancer diagnosis. **Texto Contexto Enferm**. v. 27, n. 4, p. 5040017, 2018.

RAPHAELIS, S. et al. Effects of written information and counseling on illness-related uncertainty in women with vulvar neoplasia. **Oncol Nurs Forum**, v. 45, n. 6, p. 748-760. Nov 2018.

RAZERA, A. P. R. et al. Construção de um vídeo educativo sobre os cuidados pós-operatórios de queiloplastia e palatoplastia. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 28, e20180301, 2019.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 101-108, Feb. 2012.

REGINO, P. A. et al. Ansiedade, depressão e qualidade de vida de pacientes com câncer mamário e ginecológico sob quimioterapia. **Ciência, Cuidado E Saúde**. v. 17, n. 4, 2018.

RENNÓ, C. S. N.; CAMPOS, C. J. G. Interpersonal communication research: valorization of the oncological patient in a high complexity oncology unit. **Rev Min Enferm**, v. 18, n. 1, p. 106-115, 2014.

RENOUF, T.; LEARY, A.; WISEMAN, T. Do psychological interventions reduce preoperative anxiety? **British Journal of Nursing**, v. 23, n. 22, p.1208–1212, 2014.

REY-VILLAR, R.; PITA-FERNANDEZ, S.; CEREIJO-GAREA, C.; et al. Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 25, e2958, 2017.

RIBEIRO, A. E. **Textos multimodais: leitura e produção**. 1. ed. São Paulo: Parábola Editorial, 2016.

RIBEIRO, R. M.; TAVANO, L. D. O.; NEME, C. M. B. Intervenções psicológicas nos períodos pré e pós-operatório com pacientes submetidos a cirurgia de enxerto ósseo. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, n. 19, v. 3, 2002.

RODRÍGUEZ, A. R.; GALVE, M. I. R. Influencia de la dependencia de los enfermos oncológicos en la sobrecarga de sus cuidadores familiares. **Med Paliativa**, v. 18, n. 4, p. 135-40, 2011.

RODRÍGUEZ-GÁZQUEZ, M. A.; ARREDONDO-HOLGUÍN, E.; HERRERA-CORTÉS, R. Efetividade de um programa educativo em enfermagem no autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2. mar.-abr. 2012

ROSENDAHL, J. Bypass surgery with psychological and spiritual support (the By.pass study): study design and research methods. **American Heart Journal**, v. 158, n. 1, p. 8-14, 2009.

RUSHTON, L. et al. Occupation and cancer in Britain. **Br J Cancer**, v. 27, n. 9, p. 1428-1437, 2010.

SAJJADI, M. et al. Lived experiences of “illness uncertainty” of iranian cancer patients: a phenomenological hermeneutic study. **Cancer Nurs.** v. 39, n. 4, p.1-8, 2016.

SAKAGUTI, S. A. K. **Tipos de tabaco e bebidas alcoólicas e câncer de cabeça e pescoço.** 2018. 215 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

SALVETTI, M. G. et al. Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crônica. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 111-117, 2007.

SALVETTI, M. G. et al. Prevalência de sintomas e qualidade de vida de pacientes com câncer. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 2, 2020.

SAMPAIO, P. et al. Determinant factors of the anxiety and mechanisms of coping on general surgical procedures. **Journal of Research.** v. 5, n. 4, p. 547-555, 2013.

SANTICHI, E. C. et al. Rastreo de sintomas de ansiedade e depressão em mulheres em diferentes etapas do tratamento para o câncer de mama. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 42-67, jan. 2012.

SANTOS, V. L. C. G.; CESARETTI, I. U. R. **Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com Estomia.** 2. Ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

SAWADA, N. O. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 581-587, Sept. 2009.

SBICIGO, J. B. et al. Propriedades psicométricas da escala de autoeficácia geral percebida (EAGP). **PSICO.** v. 43, n.2, p. 139-146, 2012.

SBROGGIO, A. M. et al. O significado da retirada do útero para as mulheres: um estudo qualitativo. **Rev Assoc Med Bras.** v. 51, n. 5, 2005.

SCHULMAN-GREEN, D. et al. Processes of self-management in chronic illness. **J Nurs Scholarsh.** v. 44, n. 2, p. 136-44, 2012.

SCHULZ, K. F.; GRIMES, D. A. Blinding in randomised trials: hiding who got what. **Lancet.** v. 359, n. 9307, p. 696-700, 2002.

SCHWARZER, R.; JERUSALEM, M. Generalized Self-Efficacy scale. In: WEINMAN, J.; WRIGHT, S; JOHNSTON, M. **Measures in health psychology: A user's portfolio**. Causal and control beliefs. Windsor, UK: NFER-NELSON. 1995. p. 35-37.

SCHWARZER, R.; SCHOLZ, U. Cross-cultural assessment of coping resources: The General Perceived Self- Efficacy Scale. In: 2000: **HEALTH PSYCHOLOGY AND CULTURE**, 2000, Tokyo. Anais Asian Congress of Health Psychology, Tokyo, Japan, August 28-29, 2000.

SEBASTIANI, R. W.; MAIA, E. M. C. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 20, p. 50-55, 2005.

SENA, M. F., COSTA, A. P. S. FERREIRA, M. A. F. Características sociodemográficas, clínicas e histopatológica de pacientes com carcinoma epidermóide de lábio: uma análise retrospectiva (1997- 2004). **Medicina. Ribeirao Preto. (Online)**, Brasil, v. 46, n. 2, p. 128-134, jun. 2013.

SETTE, C. P.; CAPITÃO, C. G. Investigação do suporte social e qualidade de vida em pacientes com câncer. **Revista saúde e pesquisa [Internet]**. v. 11, n. 1, p. 151-62. Jan./Abr. 2018.

SHRESTHA, J. S. et al. Social support, quality of life and mental health status in breast cancer patients. **Cancer Rep Rev**. v. 1., n. 2, p. 1-5:.

SILVA, C. M. C.; VARGENS, O. M. C. A mulher que vivencia as cirurgias ginecológicas: enfrentando as mudanças impostas pelas cirurgias. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 24, e2780, 2016.

SILVA, C. R. L.; SILVA, R. C. L.; VIANA, D. L. **Compacto dicionário ilustrado de saúde e principais legislações de Enfermagem**. 4. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

SILVA, D. K. V.; PESSOA, E. T.; VELOSO, H. H. Dificuldades Financeiras e seus Impactos no Tratamento de Pacientes com Câncer: Uma Realidade Vivenciada no Projeto Ero. **Revista Saúde e Ciência online**, v. 7, n. 2, p 157-169, maio a agosto de 2018.

SILVA I. B. S. et al. Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. 3, p. e-121122, 2020.

SILVA, M. C.; PRAÇA, N. S.; STEFANELLI, M. C. La mujer responsable de la salud de la familia: Constatando la universalidad cultural del cuidado. **Index Enferm**, Granada, v. 13, n. 46, p. 13-17, oct. 2004.

SILVA, M. E. D. C. et al. Assistência de enfermagem ao paciente oncológico no hospital. **Rev Enferm UFPI**, v. 2, n. 5, p. 69-75, 2013.

SILVA, M. E. M.; ZAKIR, N. S. Controle instrucional e relaxamento como preparo psicológico pré-cirúrgico para portadores de cardiopatia. **Estud. psicol.** (Campinas), Campinas, v. 28, n. 3, p. 371-379, Sept. 2011.

SILVA, M. M. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas em tratamento quimioterápico: subsídios para o gerenciamento em enfermagem. **Rev Eletr Enf**, v. 15, n. 3, p. 704-712, 2013.

SILVA, W. V. da; NAKATA, S. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 673-676, Dec. 2005.

SIMÃO, D. A. S., et al. Qualidade de vida, sintomas depressivos e de ansiedade no início do tratamento quimioterápico no câncer: desafios para o cuidado. **Enferm Foco**. v. 8, n. 2, p. 82-6, 2017.

SIMARD, S. et al. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: A systematic review of quantitative studies. **J Cancer Surviv**. v.7, n. 3, p. 300-22, 2013.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. In: Brunner & Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. vol. I e II.

SMITH, A. C. Middle Range Theory for Nursing. **Clinical Nurse Specialist**, v. 19, n. 1, p. 55, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO. **Recuperação Pós-Anestésica e Centro de Material e Esterilização**. Práticas Recomendadas – SOBECC. São Paulo: SOBECC; 2013.

SONG, L. et al. Enhancing survivorship care planning for patients with localized prostate cancer using a couple-focused mHealth symptom self-management program: protocol for a feasibility study. **JMIR Res Protoc** [Internet]. v. 7, n. 2, p. 1-11, 2018.

SOUSA, S. M. M. T.; CARVALHO, M. G. F. M.; SANTOS JUNIOR, L. A., et al. Acesso ao tratamento da mulher com câncer de mama. *Saúde em Debate* [online]. v. 43, n. 122 [Acessado 31 Outubro 2022], p. 727-741, 2019.

SOUZA, J. R. **Estudo sobre avaliação de eficácia terapêutica em oncologia: grupo psicoeducacional “Aprendendo a Enfrentar”**. 2009. 228 f. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) — Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

SOUZA, M. C. S.; BORGES, M. S. Aplicabilidade da teoria da incerteza da doença na lista de espera de transplante renal. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro.**, v. 12, p. e4201, 2022.

SOUZA, R. S.; SIMÃO, D. A. S.; LIMA, E. D. R. P. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes atendidos em um serviço ambulatorial de quimioterapia paliativa em Belo Horizonte. **Rev Min Enferm**, v. 16, n. 1, p. 38-47. 2012.

SPIELBERGER, C. D. et al. The factor structure of the State-Trait Anxiety Inventory. In: SARASON, I. G.; SPIELBERGER, C. D. Eds. **Stress and anxiety**. Washington, DC: Hemisphere, v. 7, p. 95-109, 1980.

SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. E. Manual for the state-trait anxiety inventory (“self-evaluating questionnaire”). California: **Consulting-Psychologists**. 1979. Trad. BIAGGIO, A. M. B.; NATALÍCIO, L. Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Rio de Janeiro: CEPA; 1979.

SPRANGERS, M.A.G. et al. The European Organization for Research and treatment of cancer approach to developing questionnaire modules: an update and overview. **Quality of Life Research**, v.7, p. 291-300, 1998.

STADLER, D. V. et al. Estratégias para o Ensino do Autocuidado de pacientes Cirúrgicos: Uma Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Gestão & Saúde**, p. 128–141, 2019.

STAFFORD, R. S. CYR, P. L. The impact of cancer on the physical function of the elderly and their utilization of health care. **Cancer**, v. 15, n. 10, p. 1973-1980, 1997.

STEINHAUSER, K. E. et al. State of the science of spirituality and palliative care research part I: definitions, measurement, and outcomes. **J Pain Symptom Manage**, v. 54, n. 3, p. 428–40, 2017.

STEPHENSON, P. S. et al. The Spiritual Nature of Uncertainty Among Hospice Patients. **J Hosp Palliat Nurs**. v. 19, n. 5, p.480-6, 2017.

STIEGELIS, H.E. et al. The impact of an informational self-management intervention on the association between control and illness uncertainty before and psychological distress after radiotherapy. **Psycho-Oncology**, v. 13, n. 4, p. 248–259. 2004. <https://doi.org/10.1002/pon.738>

STONE, L.; OLSEN, A. Illness uncertainty and risk management for people with câncer. **Aust J Gen Pract.**, v. 51, n. 5, p. 321-326, 2022.

SUNG, H. et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA Cancer J Clin**, v. 71. P. 209- 49. 2021.

SURMAN, M.; JANIK, M. E. Stress and its molecular consequences in cancer progression. **Postepy Hig Med Dosw**. v. 12, n. 71, p. 485-499, Jun 2017.

SZULCZEWSKI, L. et al. Meta-Analysis: Caregiver and youth uncertainty in pediatric chronic illness. **J Pediatr Psychol**, v. 42, n 4, p. 395–421, 2017.

TAVARES, D. S.; SOUSA, M. N. A.; CARVALHO, F. K. L. Perfil epidemiológico de pacientes oncológicos em um serviço secundarista. **Rev. Bra. Edu. Saúde**, v. 10, n. 1, p. 122-128, jan-mar 2020.

TEIXEIRA, M. A.; DIAS, A. C. Propriedades psicométricas da versão traduzida para o português da Escala de Auto-Eficácia Geral Percebida de Ralph Schwarzer. In: Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (Org.). **Resumos do II Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica** (CD-ROM). Gramado: IBAP, 2005.

TELES, L. M. R. et al. Eficácia de manual educativo para acompanhantes de parto: estudo piloto de ensaio clínico randomizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e2996, 2018.

TENANI, A. C.; PINTO, M. H. A importância do conhecimento do cliente sobre o enfrentamento do tratamento cirúrgico. **Arq Ciênc Saúde**, v. 14, n. 2, p. 81-7. abr-jun 2007.

TOMEY, A. M; ALLIGOOD, M. R. **Teóricas de enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5. ed. Loures: Lusociência, 2002.

TRINCAUS, M. R.; CORREA, A. K. A dualidade vida-morte na vivência dos pacientes com metástase. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 44-51, mar. 2007.

TUOMINEN, L. et al. Effectiveness of nursing interventions among patients with cancer: An overview of systematic reviews. **Journal of Clinical Nursing**, v. 28, n. 13, p. 2401-2419, 2019.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. **Ementário das disciplinas oferecidas pelo ppgenf. Programa de Pós Graduação em Enfermagem**. Brasília, 28 de out, 2022. Disponível em: <http://fs.unb.br/ppgenf-ementario-item>. Acesso em: 28 de out. de 2022.

VERDUZCO-AGUIRRE, H. C. et al. Associations of Uncertainty With Psychological Health and Quality of Life in Older Adults With Advanced Cancer. **Journal of Pain and Symptom Management**., v. 61, n. 2, p. 369-376, 2021.

VICTORSON, D. et al. Feasibility, acceptability and preliminary psychological benefits of mindfulness meditation training in a sample of men diagnosed with prostate cancer on active surveillance: Results from a randomized controlled pilot trial. **Psycho-Oncology**, v. 26, n. 8, p. 1155–1163. 2017.

VILLAR, R. et al. Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. **Rev Lat Am Enfermagem** (Internet). v. 25, p. e2958, 2017.

WAKIUCHI, J. et al. Sentimentos compartilhados por acompanhantes de pacientes oncológicos hospedados em casas de apoio: um estudo fenomenológico. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2017.

WALLER, A. et al. Preparatory education for cancer patients undergoing surgery: a systematic review of volume and quality of research output over time. **Patient Educ Couns.**, v. S0738-3991, n. 15, 00229-3, May 2015.

WATT-WATSON, J.; STEVENS, B.; COSTELLO, J. et al. Impact of preoperative education on pain management outcomes after coronary artery bypass graft surgery: A pilot. **Can J Nurs Res**. v. 31, n. 4, p. 41-56, 2000.

WATT-WATSON, J.; STEVENS, B.; KATZ, J. et al. Impact of preoperative education on pain outcomes after coronary artery bypass graft surgery. **Pain**. v. 109, n. 1-2, p. 73-85, 2004.

WHITE, L. L. et al. Perceived self-efficacy: A concept analysis for symptom management in patients with cancer [Online exclusive]. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v. 21, E272–E279, 2017.

WILLIAMS, F. Assessment of breast cancer treatment delay impact on prognosis and survival: a look at the evidence from systematic analysis of the literature. **J Cancer Biol Res.**, v. 3, n. 4, p. 1071, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019 [Internet]. Geneva: **WHO**; 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Soc Sci Med.** v. 46, n. 12 p. 1569-85. 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med.** v. 41, n. 10, p. 1403-1409, Nov. 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Lessons for long-term care policy. The cross-cluster. Geneve: Iniciative on Long term care; **WHO**, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO's pain relief ladder**. Geneva: **WHO**; 2016.

WU, L. M. et al. Self-efficacy beliefs mediate the relationship between subjective cognitive functioning and physical and mental well-being after hematopoietic stem cell transplant. **Psycho-Oncology**, v. 21, n. 11, p. 1175–1184, 2012.

XU, A.; WANG, Y.; WU, X. Effectiveness of e-health based self-management to improve cancer-related fatigue, self-efficacy and quality of life in cancer patients: systematic review and meta-analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 75, n. 12, p. 3434-47, Dec 2019.

YOSHIMURA, K. et al. Relationship between depression and risk of malnutrition among community-dwelling young-old and old-old elderly people. **Aging Ment Health**, v. 17, n. 4, p. 456-460, 2013.

YUN, M; SONG, M. A qualitative study on breast cancer survivors' experiences. **Perspect Nurs Sci.** v. 10, p. 41–51, 2013.

ZANDONAI, A. P. et al. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 3. p. 554-61. 2010.

ZILLMER, J. G. V. et al. Caracterização dos clientes em tratamento radioterápico em um serviço no sul do Brasil. **Rev Enferm UFSM**, v. 3, n. 2, p. 315-325, 2013.

APÊNDICE A – INFOGRÁFICO

O que você precisa saber para se preparar para sua cirurgia oncológica?



"CÂNCER É O NOME DADO A UM CONJUNTO DE MAIS DE 100 DOENÇAS QUE TÊM EM COMUM O CRESCIMENTO DESORDENADO DE CÉLULAS, QUE INVADEM TECIDOS E ÓRGÃOS." INCA, 2020

COMO CONVIVER COM O CÂNCER E ENFRENTAR DA MELHOR FORMA O SEU TRATAMENTO CIRÚRGICO?

Cirurgia oncológica



A cirurgia oncológica é um tipo de tratamento para o câncer. Quando indicada, possui diferentes finalidades a depender do perfil clínico de cada paciente.

Info 1- Finalidade da cirurgia

- O ato cirúrgico pode ter **finalidade curativa**, especialmente quando há detecção precoce do câncer e é possível sua retirada, ou **finalidade paliativa**, quando o objetivo é de reduzir a quantidade de células cancerígenas ou de controlar sintomas que comprometam a qualidade de vida do paciente.



Info 2- Acredite que a equipe cirúrgica fará o melhor possível durante sua cirurgia

- O procedimento cirúrgico deve ser realizado sob anestesia, em ambiente adequado e com material e equipe devidamente preparados para a intervenção cirúrgica.
- Busque com a equipe cirúrgica, conhecimento sobre a doença, estadiamento do câncer, preparo adequado e cuidados pós-operatórios.



Info 3- Esteja preparado(a) para imprevistos

- Podem ocorrer alterações não esperadas durante a realização de seu procedimento cirúrgico. Mas saiba que a equipe de sua cirurgia, intervirá se necessário, controlando os riscos e os imprevistos da melhor forma possível.



Info 4- Há coisas que só podem ser vistas durante a cirurgia

- A cirurgia oncológica também é uma forma de avaliar a extensão da doença. Ou seja, em alguns casos, o estadiamento do câncer só é possível de ser verificado durante o ato cirúrgico.



Info 5-Centro cirúrgico e recuperação

- Você fará a cirurgia no Centro Cirúrgico, e irá após o término, para a sala de recuperação anestésica.
- Caso não haja complicações, posteriormente será encaminhado à clínica cirúrgica até que receba alta.



Info 6- Atenção ao seu plano terapêutico

- Procure seguir as recomendações que forem fornecidas por sua equipe de saúde.
- Pode ser que nem tudo saia como planejado, respire fundo e pausadamente, busque o apoio dos profissionais e de sua rede de apoio.
- Após a alta hospitalar, caso ocorram imprevistos, procure o atendimento de referência.



Não se esqueça...

Você é acompanhado por uma equipe que reconhece a sua importância. Independente do resultado de sua cirurgia, lembre-se que toda situação pode ser enfrentada, readaptar-se é um processo a ser construído.



Infográfico da pesquisa- Intervenções de enfermagem em pacientes com câncer submetidos à cirurgia para retirada de órgão à luz da incerteza - Ensaio clínico aleatorizado. Programa de pós graduação em enfermagem- Universidade de Brasília

Fonte das informações: Instituto Nacional do Câncer (INCA/MS). Diagnóstico e tratamento. Disponível em: <https://www.inca.gov.br>

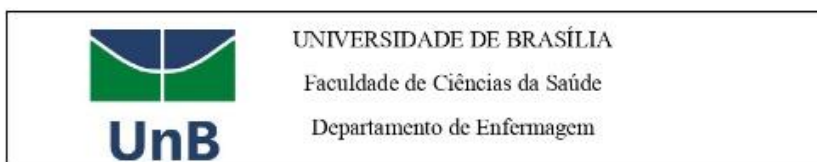
APÊNDICE B – VÍDEO EDUCATIVO



APÊNDICE C – TCLE PACIENTE



TERMO CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)



INSTITUIÇÃO: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UnB.

TÍTULO DA PESQUISA: **Intervenções de enfermagem em pacientes oncológicos cirúrgicos à luz da teoria da incerteza na doença - ensaio clínico aleatorizado.**

PESQUISADORES: Prof^o. Dr^a. Cristine Alves Costa de Jesus; Doutoranda em Enfermagem, Thais Martins Gomes de Oliveira; Acadêmica de Enf. Clara Abreu Ramos.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa, “**Intervenções de enfermagem em pacientes oncológicos cirúrgicos à luz da teoria da incerteza na doença - ensaio clínico aleatorizado**” sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof^o. Dr^a. Cristine Alves Costa de Jesus e doutoranda em Enfermagem Thais Martins Gomes de Oliveira. Notícias como o diagnóstico do câncer são difíceis de serem transmitidas, uma vez que despertam diversas reações no indivíduo que a recebe. Além disso, o diagnóstico do câncer implica em muitas mudanças. Nesse contexto, a escolha do tratamento e a cirurgia se destacam. Em meio a essa notícia pode surgir o estado da incerteza. A incerteza é considerada como a falta de habilidade para determinar os acontecimentos relacionados a alguma disfunção ou doença. Esses momentos de incertezas originam respostas corporais que afetam negativamente no estilo de vida do indivíduo que sofre e dos seus familiares. Portanto, na tentativa de diminuir esse sofrimento, intervenções dos profissionais enfermeiros são muito importantes.

Página 1 de 4

Rubrica
Participante da pesquisa / Responsável

Rubrica
Pesquisador Responsável



O objetivo desta pesquisa é examinar os efeitos das intervenções de enfermagem no gerenciamento da incerteza em pacientes que sofreram a retirada de órgão atendidos na Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Brasília. Conseqüentemente, auxiliará na qualidade do cuidado de enfermagem, tornando-o fundamentado e sistematizado.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (la).

A participação do (a) senhor (a) se dará por meio de entrevista e aplicação de instrumento (questionário) de coleta de dados. Esclarecemos que para esta pesquisa, existem duas possibilidades de participação, a inclusão em grupos, o experimental ou o controle. O (a) senhor (a) será alocado em um dos grupos de maneira aleatória, ou seja, por sorteio. Os participantes do grupo experimental receberá intervenções de enfermagem não invasivas, tais como: consulta de enfermagem individualizada, orientações para o manejo de sintomas, fornecimento de material educativo em saúde e suporte emocional, além dos cuidados já disponibilizados pela Clínica Cirúrgica do HUB. Enquanto, os participantes do grupo controle receberão os cuidados de enfermagem já oferecidos pela equipe de enfermagem da Clínica Cirúrgica do HUB. Será realizada entrevista e aplicação de instrumento a ambos os grupos. A coleta de dados se dará durante sua internação na clínica cirúrgica no período pré-operatório e pós-operatório em horário a ser combinado previamente, com tempo estimado de 40 minutos, havendo necessidade de contatá-lo, após alta médica, será previamente combinado. A entrevista será uma conversa sobre sua história acerca da cirurgia, seus sentimentos sobre a doença e suas impressões pessoais sobre seu tratamento. A aplicação de instrumento objetivará obter dados sobre a incerteza na doença, para isso, ele será constituído por um questionário aplicado em forma de perguntas e respostas em que o pesquisador auxiliará no preenchimento das respostas. A duração da aplicação do instrumento será de aproximadamente 1h30min. Outras informações poderão ser obtidas do prontuário. Não serão empregados métodos alternativos (que diferem desses) e não serão empregadas medidas invasivas (que te machuque ou invada seu corpo).

O (a) senhor (a) deverá apenas responder às solicitações durante a avaliação. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são constrangimento ao responder

Página 2 de 4

Rubrica
Participante da pesquisa / Responsável

Rubrica
Pesquisador Responsável



algumas perguntas ligadas à sua intimidade ou mal estar quanto a exposição de sentimentos e preocupações concernentes ao seu estado de saúde. Esses sentimentos poderão ser minimizados evitando exposição excessiva, buscando local privativo e respeitando seus sentimentos.

A qualquer momento, o (a) senhor (a) poderá pedir esclarecimentos sobre o curso da pesquisa, acerca do que está sendo realizado e caso se sinta constrangido, a qualquer momento da entrevista, aplicação do instrumento ou durante as intervenções de enfermagem podendo recusar-se a dar continuidade. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente da participação do (a) senhor (a) na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

O estudo poderá trazer benefícios aos pacientes internados, uma vez que o conhecimento sobre a incerteza na doença poderá guiar melhor a assistência de enfermagem e trazer melhorias para qualidade da assistência. Os dados fornecidos servirão para os pesquisadores realizarem julgamentos clínicos e elaborarem diagnósticos de enfermagem, bem como intervenções de enfermagem e medidas para redução da incerteza, uma vez que pode gerar impactos negativos na saúde dos indivíduos, que por muitas vezes têm seus aspectos psicológicos negligenciados com o intuito de ajudar na construção de um corpo de conhecimentos teóricos para a enfermagem.

Todos os dados da participação do (a) senhor (a) neste estudo serão documentados e mantidos confidencialmente, não havendo nenhuma forma de identificação em relação a sua participação, ficando todas as suas informações pessoais e/ou de identificação em sigilo com os pesquisadores, podendo os dados não identificados ser publicados em revistas ou congressos científicos.

O (a) senhor (a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Página 3 de 4

_____ Rubrica Participante da pesquisa / Responsável	_____ Rubrica Pesquisador Responsável
--	---



Todas as despesas que o (a) senhor (a) tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, alimentação no local da pesquisa) serão providenciadas pelo pesquisador responsável.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília – UnB, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Thaís Martins Gomes de Oliveira, no telefone: (61) 98405-5957, disponível inclusive para ligação a cobrar; ou para a orientadora do Projeto: Cristine Alves Costa de Jesus, da Universidade de Brasília – UnB, nos telefones (61) 3107-1756 e (61) 98641-0525, disponível inclusive para ligação a cobrar.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o (a) Senhor (a).

_____ Nome / assinatura Participante da pesquisa / Responsável	_____ Nome / assinatura Pesquisador Responsável
--	---

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PACIENTE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Pesquisa: Intervenções de enfermagem em pacientes oncológicos cirúrgicos à luz da teoria da incerteza na doença - Ensaio clínico aleatorizado

Pesquisadora: Thaís Martins Gomes de Oliveira

Orientadora: Cristine Alves Costa de Jesus



Universidade de Brasília

Nº :

Instrumento de coleta de dados

Dados colhidos por:	
Dados Fornecidos por:	Local:
Data do preenchimento:	

Dados Sócio clínicos e demográficos

1. Gênero: () Fem. () Masc	11. Renda familiar: 1 salário mínimo () 2 salários mínimos () 3 salários mínimos () 4 ou mais salários mínimos ()
2. Idade:	10- Diagnóstico médico:
3. Estado civil: () Solteiro/a () Casado/a () Divorciado/a () União Estável () Viúvo/a	12. Procedimento cirúrgico a ser realizado/ data:
4. Naturalidade:	
5. Etnia: Negro/a () Branco/a () Pardo/a () Amarelo/a () Indígena/a ()	13. Outras patologias: () sim () não Quais:
	14. Uso de medicamentos terapêuticos? () sim () não
6. Religião: Sim () Não ()	15. Vícios: () Sim () Não Quais:

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Pesquisa: Intervenções de enfermagem em pacientes oncológicos cirúrgicos à luz da teoria da incerteza na doença - Ensaio clínico aleatorizado
Pesquisadora: Thaís Martins Gomes de Oliveira
Orientadora: Cristine Alves Costa de Jesus



Universidade de Brasília

Católica () Protestante () Espirita () Outra:	
7. Escolaridade Ensino superior () Ensino médio () Ensino fundamental () () analfabetismo	16. Histórico ou história atual de transtornos psicológicos ? () ansiedade () depressão () Outro:
8. Ocupação: () ativo () auxílio doença () aposentado(a) () desempregado	16. Antecedentes cirúrgicos: Sim () Não () Quais:
9. Realizou/ realiza quimioterapia/radioterapia/hormonioterapia Sim () Não ()	17. Cuidados paliativos: Sim () Não () Sitio primário do câncer: Recidiva: Sim () Não ()
10. Tempo do diagnóstico: < 3 meses () 4 meses a 1 ano () > 1 ano ()	18. Necessita de cuidador: () sim () não

Cognição

19. Déficit cognitivo: () sim () não
--

Dados objetivos- Exame Físico

Dados Objetivos: SSVV: R (mrpm): Sat 02: P	Aparência Geral:
--	------------------

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Pesquisa: Intervenções de enfermagem em pacientes oncológicos cirúrgicos à luz da teoria da incerteza na doença - Ensaio clínico aleatorizado
Pesquisadora: Thaís Martins Gomes de Oliveira
Orientadora: Cristine Alves Costa de Jesus



Universidade de Brasília

(bpm): ____ T (°C): ____ PA: ____ Dor: 0 a 10	() Obeso () Magro () Bem disposto () Chorando () Normolíneo () Indisperto () Agitado () Brevelíneo () Calmo () Irritado () Preocupado () Agressivo
Condições de risco: Risco de infecção: () não () sim Risco de aspiração: () não () sim Risco de choque: () não () sim Risco de sangramento: () não () sim Recuperação cirúrgica retardada: não () sim ()	Altura: ____ Peso: ____ IMC: ____
Pele/Anexos Cuidado corporal: Higienização corporal adequada () Inadequada () Presença de feridas: () sim () não Lesão por pressão: () sim () não Dermatites: Unhas: () íntegras () onicocriptose () onicomicose () paroniquia Integridade e sujidade: () Limpa () Sujas () Íntegra () Lesões () Pálida () Ictérica () Cianótica Presença de estomia: () sim () não Qual/Quais:	Cabeça e Pescoço Quedas de cabelos () sim () não Olhos () petéquias () icterícia Acuidade visual preservada sim () não () Nariz - Sangramentos () sim () não Alterações na Boca: sim () não () Gengivas - Sangramentos () sim () não Língua: alteração de papilas () sim () não Condições dos dentes Gânglios palpáveis () sim () não

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Pesquisa: Intervenções de enfermagem em pacientes oncológicos cirúrgicos à luz da teoria da incerteza na doença - Ensaio clínico aleatorizado
Pesquisadora: Thaís Martins Gomes de Oliveira
Orientadora: Cristine Alves Costa de Jesus



Universidade de Brasília

Feridas: () sim () não	
Tórax: Conformação normal () Deformação () Tipo: Aparelho Respiratório: Ritmo () Regular () Irregular Expansibilidade torácica () Simétrico () Assimétrico () Profunda () Superficial Outras alterações Ausculta: () Murmúrios vesiculares Ruidos adventícios () Ronco () Sibilo () Estertores	Aparelho Circulatório: Pulso: () Rítmico () Arritmico Características do Pulso: () Cheio () Filiforme Ausculta: Ritmo cardíaco: () Regular () Irregular Bulhas: () Normofonéticas () Hipofonéticas () Hiperfonéticas Sopros: () Presentes () Ausentes Perfusão periférica: Cor: Pulso: Tempo de enchimento capilar: Foi indicado o uso de Meias de compressão graduada: () sim () não Genitália e ânus: () Sem anormalidades () Lesões () Secreções () Alterações anatômicas
Abdome: () Livre () Plano () Escavado () Distendido () Hérnia () Tumores aparentes	

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Pesquisa: Intervenções de enfermagem em pacientes oncológicos cirúrgicos à luz da teoria da incerteza na doença - Ensaio clínico aleatorizado
Pesquisadora: Thaís Martins Gomes de Oliveira
Orientadora: Cristine Alves Costa de Jesus



Universidade de Brasília

Fígado: () Impalpável () Palpável Doloroso () sim () não Baço: () Impalpável () Palpável Doloroso () sim () não	
---	--

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Pesquisa: Intervenções de enfermagem em pacientes oncológicos cirúrgicos à luz da teoria da incerteza na doença - Ensaio clínico aleatorizado
Pesquisadora: Thaís Martins Gomes de Oliveira
Orientadora: Cristine Alves Costa de Jesus



Universidade de Brasília

**ANEXO 1 – Questionário de qualidade de vida (EORTC QLQ-C30)
EORTC QLQ-C30 (versão 3.0)**

Nós estamos interessados em alguns dados sobre você e sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. A informação que você fornecer permanecerá estritamente confidencial.

Por favor, preencha suas iniciais: [] [] [] [] [] []

Sua data de nascimento (dia, mês, ano): [] / [] / []

Data de hoje (dia, mês, ano): [] / [] / []

	Não	Pouco	Moderado	Muito
1. Você tem qualquer dificuldade quando faz grande esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma longa caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma curta caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4
Durante a última semana:				
6. Tem sido difícil fazer as atividades diárias?	1	2	3	4
7. Tem sido difícil ter atividades de divertimento e lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você tem dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você tem se sentido fraco?	1	2	3	4
13. Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você tem se sentido enjoado?	1	2	3	4
15. Você tem vomitado?	1	2	3	4

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Pesquisa: Intervenções de enfermagem em pacientes oncológicos cirúrgicos à luz da teoria da incerteza na doença - Ensaio clínico aleatorizado
Pesquisadora: Thaís Martins Gomes de Oliveira
Orientadora: Cristine Alves Costa de Jesus



Universidade de Brasília

Durante a última semana:

	Não	Pouco	Moderado	Muito
16. Você tem tido prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Você tem tido diarreia?	1	2	3	4
18. Você esteve cansado/a?	1	2	3	4
19. A dor interferiu em suas atividades?	1	2	3	4
20. Você tem tido dificuldade para se concentrar em coisas, como ler jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Você se sentiu nervoso/a?	1	2	3	4
22. Você esteve preocupado/a?	1	2	3	4
23. Você se sentiu irritado/a facilmente?	1	2	3	4
24. Você se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4
25. Você tem tido dificuldade para se lembrar das coisas?	1	2	3	4
26. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida familiar?	1	2	3	4
27. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades sociais?	1	2	3	4
28. A sua condição física ou o tratamento médico tem trazido dificuldades financeiras?	1	2	3	4

Para as seguintes perguntas, faça, por favor, um círculo em volta do número entre 1 e 7 que melhor se aplica a você.

29. Como você classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Péssima Ótima

30. Como você classificaria a sua qualidade de vida em geral durante a última semana?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Péssima Ótima

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Pesquisa: Intervenções de enfermagem em pacientes oncológicos cirúrgicos à luz da teoria da incerteza na doença - Ensaio clínico aleatorizado
Pesquisadora: Thaís Martins Gomes de Oliveira
Orientadora: Cristine Alves Costa de Jesus



Universidade de Brasília

ANEXO A

1ª Parte – Dados de identificação

Sexo: () masculino () feminino Idade: _____

Questionário de autoavaliação para traço de ansiedade

Por favor, leia cada um dos itens abaixo e assinale o número que melhor indica como você geralmente se sente. Não gaste muito tempo em um único item.

	Quase nunca - 1	Às vezes - 2	Frequentemente - 3	Quase sempre - 4
1. Sinto-me bem	1	2	3	4
2. Canso-me com facilidade	1	2	3	4
3. Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4. Gostaria de ser tão feliz como os outros parecem ser	1	2	3	4
5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
6. Sinto-me descansado	1	2	3	4
7. Sou calma, ponderada e senhora de mim mesma	1	2	3	4
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolvê-las	1	2	3	4
9. Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10. Sou feliz	1	2	3	4
11. Deixo-me aletar muito pelas coisas	1	2	3	4
12. Não tenho confiança em mim mesma	1	2	3	4
13. Sinto-me segura	1	2	3	4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15. Sinto-me deprimida	1	2	3	4
16. Estou satisfeita	1	2	3	4
17. Ideias sem importância me entram na cabeça e ficam me pressionando	1	2	3	4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20. Fico tensa e perturbada quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Pesquisa: Intervenções de enfermagem em pacientes oncológicos cirúrgicos à luz da teoria da incerteza na doença - Ensaio clínico aleatorizado
Pesquisadora: Thaís Martins Gomes de Oliveira
Orientadora: Cristine Alves Costa de Jesus



Universidade de Brasília

2ª Parte – Questionário de autoavaliação para estado de ansiedade

Por favor, leia cada um dos itens abaixo e assinale o número que melhor indica como você se sente. Não gaste muito tempo em um único item.

	Absolutamente não - 1	Um pouco - 2	Bastante - 3	Multíssimo - 4
1. Sinto-me calma	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro	1	2	3	4
3. Estou tensa	1	2	3	4
4. Estou arrendida	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbada	1	2	3	4
7. Estou preocupada com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8. Sinto-me descansada	1	2	3	4
9. Sinto-me ansiosa	1	2	3	4
10. Sinto-me "em casa"	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervosa	1	2	3	4
13. Estou agitada	1	2	3	4
14. Sinto-me "uma pilha de nevos"	1	2	3	4
15. Estou descontraída	1	2	3	4
16. Sinto-me satisfeita	1	2	3	4
17. Estou preocupada	1	2	3	4
18. Sinto-me superexcitada e confusa	1	2	3	4
19. Sinto-me alegre	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

3ª Parte

Descreva como você se sente neste exato momento.

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Pesquisa: Intervenções de enfermagem em pacientes oncológicos cirúrgicos à luz da teoria da incerteza na doença - Ensaio clínico aleatorizado

Pesquisadora: Thaís Martins Gomes de Oliveira
Orientadora: Cristine Alves Costa de Jesus



Universidade de Brasília

Escala da Incerteza na doença de Merle Mishel – MUIS (adaptada)

Instruções: Por favor, esteja atento a cada afirmação. Em seguida, informe qual coluna mais se aproxima de como você está se sentindo HOJE. Se você concorda com a afirmação poderá apontar 'concordo totalmente' ou 'concordo', caso você discorde, aponte em 'discordo totalmente' ou 'discordo'. Caso esteja indeciso a respeito de como se sente, aponte 'indeciso' para essa afirmação

Perguntas	Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
1. Eu não sei o que há de errado comigo					
2. Eu tenho várias perguntas que estão sem respostas					
3. Eu não tenho clareza se minha doença está ficando melhor ou pior					
4. Não está claro para mim o quanto minha dor pode ficar pior					
5. As explicações que me dão não são claras para mim					
6. A proposta do tratamento está clara para mim					
7. Quando eu sinto dor eu sei sobre o que isso significa sobre a minha condição					
8. Eu não sei quando esperar que as coisas sejam feitas para mim					

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Pesquisa: Intervenções de enfermagem em pacientes oncológicos cirúrgicos à luz da teoria da incerteza na doença - Ensaio clínico aleatorizado

Pesquisadora: Thaís Martins Gomes de Oliveira
Orientadora: Cristine Alves Costa de Jesus



Universidade de Brasília

20. Não está claro o que está acontecendo comigo					
21. Eu costumo saber se terei um bom ou mal dia					
22. É claro para mim quando fico pior ou melhor					
23. Eles não têm me falado como tratarão a minha doença					
24. É difícil determinar em quanto tempo eu poderei cuidar de mim mesmo/a					
25. Eu posso no geral prever o curso da minha doença					
26. Eles em deram tanta informação que eu não sei dizer qual delas é a mais importante.					
27. Eu tenho certeza que meu vigor físico retornará um dia					
28. Os médicos compartilham a mesma opinião sobre como tratar o meu problema					
29. Eles não deram um diagnóstico específico para mim					
30. O sofrimento do meu corpo é previsível; eu sei quando está ficando melhor ou pior					

Adaptado Mishel,1981.

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Pesquisa: Intervenções de enfermagem em pacientes oncológicos cirúrgicos à luz da teoria da incerteza na doença - Ensaio clínico aleatorizado

Pesquisadora: Thaís Martins Gomes de Oliveira
Orientadora: Cristine Alves Costa de Jesus



Universidade de Brasília

9. Meus sintomas continuam mudando de forma imprevisível					
10. Eu entendo tudo que explicam para mim					
11. Os médicos dizem coisas para mim que podem ter muitos significados					
12. Eu posso prever a duração da minha doença					
13. Meu tratamento é muito complexo para ser alcançado					
14. É difícil saber se o tratamento ou os medicamentos que estou recebendo estão me ajudando					
15. Existem tantos tipos diferentes de médicos especialistas que não está claro para mim quem é responsável pelo que.					
16. Devido a imprevisibilidade da minha doença, eu não posso planejar meu futuro					
17. O curso da minha doença continua mudando. Eu tenho bons e maus dias					
18. Está vago para mim como vou continuar vivendo após sair do hospital					
19. Eu tenho recebido diferentes opiniões sobre o que está acontecendo de errado comigo					

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Pesquisa: Intervenções de enfermagem em pacientes oncológicos cirúrgicos à luz da teoria da incerteza na doença - Ensaio clínico aleatorizado

Pesquisadora: Thaís Martins Gomes de Oliveira
Orientadora: Cristine Alves Costa de Jesus



Universidade de Brasília

Escala de auto eficácia

Abaixo são apresentadas algumas questões sobre como você é. Por favor faça um círculo em torno do número de 1 a 5 que indica a sua resposta em cada questão, conforme o esquema abaixo:

1. Discordo totalmente	2. Discordo na maior parte	3. Não concordo nem discordo	4. Concordo na maior parte	5. Concordo totalmente
------------------------	----------------------------	------------------------------	----------------------------	------------------------

1. Eu sempre consigo resolver os problemas difíceis se eu tentar bastante.	1	2	3	4	5
2. Mesmo se alguém se opuser, eu posso encontrar os meios e as formas de alcançar o que eu quero.	1	2	3	4	5
3. É fácil para mim, agarrar-me aos meus objetivos e atingir as minhas metas.	1	2	3	4	5
4. Eu estou confiante que poderia lidar, eficientemente, com acontecimentos inesperados.	1	2	3	4	5
5. Graças ao meu desembaraço, eu sei como lidar com situações inesperadas.	1	2	3	4	5
6. Eu posso resolver a maioria dos problemas se eu investir o esforço necessário para isso.	1	2	3	4	5
7. Eu consigo manter-me calmo ao enfrentar dificuldades porque eu confio nas minhas habilidades para enfrentar essas situações.	1	2	3	4	5
8. Quando eu me confronto com um problema, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções.	1	2	3	4	5
9. Se eu estiver com problemas, geralmente consigo pensar em algo para fazer.	1	2	3	4	5
10. Eu normalmente consigo resolver as dificuldades que acontecem na minha vida.	1	2	3	4	5

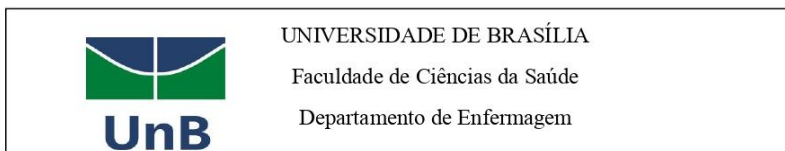
Não há itens invertidos

Utilizar a média ou soma dos escores.

Quanto maior a pontuação maior a percepção da autoeficácia geral.

APÊNDICE E – TCLE CUIDADOR

TERMO CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)



INSTITUIÇÃO: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UnB.

TÍTULO DA PESQUISA: **Intervenções de enfermagem em pacientes oncológicos cirúrgicos à luz da teoria da incerteza na doença - ensaio clínico aleatorizado.**

PESQUISADORES: Prof^ª. Dr^ª. Cristine Alves Costa de Jesus; Doutoranda em Enfermagem, Thaís Martins Gomes de Oliveira; Acadêmica de Enf. Clara Abreu Ramos.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa, “**Intervenções de enfermagem em pacientes oncológicos cirúrgicos à luz da teoria da incerteza na doença - ensaio clínico aleatorizado**” sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof^ª. Dr^ª. Cristine Alves Costa de Jesus e doutoranda em Enfermagem Thaís Martins Gomes de Oliveira. Notícias como o diagnóstico do câncer são difíceis de serem transmitidas, uma vez que despertam diversas reações no indivíduo que a recebe. Além disso, o diagnóstico do câncer implica em muitas mudanças. Nesse contexto, a escolha do tratamento e a cirurgia se destacam. Em meio a essa notícia pode surgir o estado da incerteza. A incerteza é considerada como a falta de habilidade para determinar os acontecimentos relacionados a alguma disfunção ou doença. Esses momentos de incertezas originam respostas corporais que afetam negativamente no estilo de vida do indivíduo que sofre e dos seus familiares. Portanto, na tentativa de diminuir esse sofrimento, intervenções dos profissionais enfermeiros são muito importantes. Sabe-se que o acompanhante do paciente oncológico vivencia juntamente com ele as consequências da notícia do câncer, da cirurgia, da recuperação pós cirúrgica e do tratamento. Nesse contexto, considera-se importante a identificação das preocupações comuns entre os acompanhantes e o grau de incerteza por eles vivenciados.

 Rubrica
 Participante da pesquisa / Responsável

 Rubrica
 Pesquisador Responsável

O objetivo desta pesquisa é verificar os efeitos das intervenções de enfermagem no manejo da incerteza em pacientes oncológicos pós-cirúrgicos que sofreram a retirada de órgão atendidos na Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Brasília, para que venha auxiliar na qualidade do cuidado de enfermagem tornando-o fundamentado e sistematizado (organizado, balizado). Aliado a isso, pretende-se investigar a vivência da incerteza na doença, também, em acompanhantes de pacientes que sofreram a retirada de órgão em decorrência de doença oncológica, atendidos na Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Brasília.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Solicitamos a sua colaboração por meio da aplicação de um questionário durante a internação do seu familiar na clínica cirúrgica, com tempo estimado de 20 minutos. O questionário será acerca da cirurgia oncológica de retirada de órgão do seu familiar, seus sentimentos e suas impressões pessoais sobre o tratamento dele (a). Outras informações poderão ser obtidas do prontuário. Não serão empregados métodos alternativos (que diferem desses) e não serão empregadas medidas invasivas (que te machuque ou invada seu corpo).

Os riscos da sua participação serão decorrentes das perguntas ligadas a seus sentimentos, os mesmos poderão ser minimizados buscando local privativo e respeitand-os. A sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador (a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir, o(a) senhor (a) não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). O (a) senhor (a) poderá pedir esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Todos os dados da sua participação neste estudo serão documentados e mantidos confidencialmente, não havendo nenhuma forma de identificação em relação a sua participação, ficando todas as suas informações pessoais e/ou de identificação em sigilo

Rubrica
Participante da pesquisa / Responsável

Rubrica
Pesquisador Responsável

com os pesquisadores, podendo os dados não identificados ser publicados em revistas ou congressos científicos.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, alimentação no local da pesquisa) serão providenciadas pelo pesquisador responsável. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o (a) senhor (a) poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília – UnB, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o (a) senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Clara Abreu Ramos, nos telefones (61) 3391-1172 e (61) 9987-7608, no horário que desejar, sendo permitidas ligações a cobrar. Thaís Martins Gomes de Oliveira, no telefone (61) 98405-5957, no horário que desejar, sendo permitidas ligações a cobrar. Ou para o Orientador do Projeto: Cristine Alves Costa de Jesus, da Universidade de Brasília – UnB. Nos telefones (61) 3107-1756 e (61) 98641-0525, disponível inclusive para ligação a cobrar.

Caso o (a) senhor (a) necessite de maiores informações sobre o presente estudo ou dúvidas em relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa, favor ligar para telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

 Nome / assinatura
 Participante da pesquisa / Responsável

 Nome / assinatura
 Pesquisador Responsável

Brasília, ___ de _____ de _____.

APÊNDICE F – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS CUIDADOR

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Pesquisa: Intervenções de enfermagem em pacientes oncológicos cirúrgicos à luz da teoria da incerteza na doença - Ensaio clínico aleatorizado

Pesquisadora: Thaís Martins Gomes de Oliveira

Orientadora: Cristine Alves Costa de Jesus



Universidade de Brasília

Nº :

Instrumento de coleta de dados

Dados colhidos por:	
Dados Fornecidos por:	Local:
Data do preenchimento:	

Dados Sócio clínicos e demográficos

1. Gênero: () Fem. () Masc	9. Renda familiar: 1 salário mínimo () 2 salários mínimos () 3 salários mínimos () 4 ou mais salários mínimos ()
2. Idade:	
3. Estado civil: () Solteiro/a () Casado/a () Divorciado/a () União Estável () Viúvo/a	10. Grau de parentesco:
4. Naturalidade:	
5. Etnia: Negro/a () Branco/a () Pardo/a () Amarelo/a () Indígena/a ()	11. Patologias: () sim () não Quais:
	12. Uso de medicamentos terapêuticos? () sim () não
6. Religião: Sim () Não () Católica () Protestante () Espirita () Outra:	13. Vícios: () Sim () Não Quais:
7. Escolaridade	14. Histórico ou história atual de transtornos psicológicos ?

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Pesquisa: Intervenções de enfermagem em pacientes oncológicos cirúrgicos à luz da teoria da incerteza na doença - Ensaio clínico aleatorizado
Pesquisadora: Thaís Martins Gomes de Oliveira
Orientadora: Cristine Alves Costa de Jesus



Ensino superior () Ensino médio () Ensino fundamental () () analfabetismo	() ansiedade () depressão () Outro:
8. Ocupação: () ativo () auxílio doença () aposentado(a) () desempregado	

Padrões de enfrentamento (copying)	
1. Vê alternativas limitadas ou não vê alternativas que possam alterar o curso da doença do seu familiar? () não () sim Explique:	
2. Compreende as informações repassadas, como por exemplo o motivo pelo qual o familiar realizou o procedimento cirúrgico, suas implicações e cuidados após a cirurgia: () sim () não	
3. Quais sentimentos são gerados em relação às suas expectativas quanto a situação saúde-doença do seu familiar?	
4. Sente-se impotente no momento que deseja oferecer ajuda ao familiar?	
5. Sente que é um peso acompanhar seu familiar?	
6. A família se desestabilizou/desorganizou, levando ao conflito, negação de problemas, resistência a mudança após descoberta da doença e tratamento indicado: () não () sim Explique (se necessário):	
7. As suas interações sociais ficaram prejudicadas após o tratamento cirúrgico proposto: () não () sim; explique:	
8. Algo mais relacionado aos papéis e relacionamentos que queira relatar:	

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Pesquisa: Intervenções de enfermagem em pacientes oncológicos cirúrgicos à luz da teoria da incerteza na doença - Ensaio clínico aleatorizado
Pesquisadora: Thaís Martins Gomes de Oliveira
Orientadora: Cristine Alves Costa de Jesus



Escala da incerteza

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Pesquisa: Intervenções de enfermagem em pacientes oncológicos cirúrgicos à luz da teoria da incerteza na doença - Ensaio clínico aleatorizado
Pesquisadora: Thaís Martins Gomes de Oliveira
Orientadora: Cristine Alves Costa de Jesus



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Pesquisa: Intervenções de enfermagem em pacientes oncológicos cirúrgicos à luz da teoria da incerteza na doença - Ensaio clínico aleatorizado
Pesquisadora: Thaís Martins Gomes de Oliveira
Orientadora: Cristine Alves Costa de Jesus



INSTRUÇÕES

Por favor, leia cada afirmação. Utilize o tempo necessário para pensar sobre o que cada afirmação diz. Em seguida, coloque um "X" em cima do número que melhor descreve como você se sente em relação ao membro da sua família HOJE. Se você concordar com a afirmação, você deve marcar entre "Concordo totalmente" ou "Concordo". Se você não concordar com a afirmação, então, marque entre "Discordo totalmente" ou "discordo". Se você não tem certeza sobre como você se sente em relação ao membro da sua família, marque "Indeciso". Por favor, responda a cada afirmação.

- Eu não sei o que ele/ela tem de errado.
Concordo totalmente (5) Concordo (4) Indeciso (3) Discordo (2) Discordo totalmente (1)
- Eu tenho muitas dúvidas que não foram esclarecidas.
Concordo totalmente (5) Concordo (4) Indeciso (3) Discordo (2) Discordo totalmente (1)
- Eu não tenho certeza se ele/ela está ficando melhor ou pior da doença.
Concordo totalmente (5) Concordo (4) Indeciso (3) Discordo (2) Discordo totalmente (1)
- Eu não sei o quão ruim será a dor dele/dela.
Concordo totalmente (5) Concordo (4) Indeciso (3) Discordo (2) Discordo totalmente (1)
- As explicações que nos dão sobre ele/ela parecem confusas para mim.
Concordo totalmente (5) Concordo (4) Indeciso (3) Discordo (2) Discordo totalmente (1)
- O objetivo de cada tratamento dele/dela está claro para mim.
Concordo totalmente (5) Concordo (4) Indeciso (3) Discordo (2) Discordo totalmente (1)
- Eu não sei quando ele/ela fará os procedimentos.

- | | | | | |
|-------------------------|--------------|--------------|--------------|-------------------------|
| Concordo totalmente (5) | Concordo (4) | Indeciso (3) | Discordo (2) | Discordo totalmente (1) |
|-------------------------|--------------|--------------|--------------|-------------------------|
- Os sintomas dele/dela mudam de forma imprevisível.
Concordo totalmente (5) Concordo (4) Indeciso (3) Discordo (2) Discordo totalmente (1)
 - Eu entendo tudo que é explicado para mim.
Concordo totalmente (5) Concordo (4) Indeciso (3) Discordo (2) Discordo totalmente (1)
 - Os médicos me dizem coisas que têm muitos significados.
Concordo totalmente (5) Concordo (4) Indeciso (3) Discordo (2) Discordo totalmente (1)
 - Eu posso imaginar quanto tempo vai durar a doença dele/dela.
Concordo totalmente (5) Concordo (4) Indeciso (3) Discordo (2) Discordo totalmente (1)
 - O tratamento dele/dela é muito difícil para entender.
Concordo totalmente (5) Concordo (4) Indeciso (3) Discordo (2) Discordo totalmente (1)
 - É difícil saber se o tratamento ou as medicações dele/dela estão servindo.
Concordo totalmente (5) Concordo (4) Indeciso (3) Discordo (2) Discordo totalmente (1)
 - Existem tantos profissionais que é difícil saber o que fazem.
Concordo totalmente (5) Concordo (4) Indeciso (3) Discordo (2) Discordo totalmente (1)
 - Por causa da imprevisibilidade da doença dele/dela eu não posso fazer planos para o futuro.
Concordo Concordo Indeciso Discordo Discordo

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Pesquisa: Intervenções de enfermagem em pacientes oncológicos cirúrgicos à luz da teoria da incerteza na doença - Ensaio clínico aleatorizado
Pesquisadora: Thaís Martins Gomes de Oliveira
Orientadora: Cristine Alves Costa de Jesus



Universidade de Brasília

totalmente (5)	(4)	(3)	(2)	(1)
16. A evolução da doença dele/dela muda muito. Ele/ela tem dias bons e ruins.				
Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
17. Eu não sei como cuidarei dele/dela depois que ele/ela deixar o hospital.				
Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
18. Não tenho idéia do que acontecerá com ele/ela.				
Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
19. Eu geralmente sei se ele/ela terá um dia bom ou ruim.				
Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
20. Os resultados dos exames dele/dela são indefinidos.				
Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
21. A eficácia do tratamento é indeterminada.				
Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
22. É difícil determinar em quanto tempo conseguirei cuidar dele/dela sozinho (a).				
Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
23. Eu geralmente posso prever a evolução da doença dele/dela.				
Concordo	Concordo	Indeciso	Discordo	Discordo

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Pesquisa: Intervenções de enfermagem em pacientes oncológicos cirúrgicos à luz da teoria da incerteza na doença - Ensaio clínico aleatorizado
Pesquisadora: Thaís Martins Gomes de Oliveira
Orientadora: Cristine Alves Costa de Jesus



Universidade de Brasília

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
24. Devido ao tratamento, o que ele/ela pode ou não fazer muda muito.				
Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
25. Eu tenho certeza que eles não encontrarão mais nada de errado com ele/ela.				
Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
26. Eles não deram a ele/ela um diagnóstico específico.				
Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
27. O sofrimento físico dele/dela é previsível. Eu sei quando ele (a) vai melhorar ou piorar.				
Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
28. O diagnóstico dele/dela é definitivo e não vai mudar.				
Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
29. Eu posso depender dos enfermeiros para estarem presentes quando eu precisar.				
Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
30. A gravidade da doença dele/dela já foi confirmada.				
Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
31. Os médicos e os enfermeiros usam linguagem do dia a dia, portanto eu posso entender o que estão dizendo.				
Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)

ANEXO A – ESCALA DA INCERTEZA NA DOENÇA PARA O PACIENTE MUIS

(continua)

Perguntas	Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
1. Eu não sei o que há de errado comigo.					
2. Eu tenho várias perguntas que estão sem respostas.					
3. Eu não tenho clareza se minha doença está ficando melhor ou pior.					
4. Não está claro para mim o quanto minha dor pode ficar pior.					
5. As explicações que me dão não são claras para mim.					
6. A proposta do tratamento está clara para mim.					
7. Quando eu sinto dor eu sei sobre o que isso significa sobre a minha condição.					
8. Eu não sei quando esperar que as coisas sejam feitas para mim.					
9. Meus sintomas continuam mudando de forma imprevisível.					
10. Eu entendo tudo que explicam para mim.					

(continua)

Perguntas	Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
11. Os médicos dizem coisas para mim que podem ter muitos significados.					
12. Eu posso prever a duração da minha doença.					
13. Meu tratamento é muito complexo para ser alcançado.					
14. É difícil saber se o tratamento ou os medicamentos que estou recebendo estão me ajudando.					
15. Existem tantos tipos diferentes de médicos especialistas que não está claro para mim quem é responsável pelo que.					
16. Devido a imprevisibilidade da minha doença, eu não posso planejar meu futuro.					
17. O curso da minha doença continua mudando. Eu tenho bons e maus dias.					
18. Está vago para mim como vou continuar vivendo após sair do hospital.					
19. Eu tenho recebido diferentes opiniões sobre o que está acontecendo de errado comigo.					

(conclusão)

Perguntas	Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
20. Não está claro o que está acontecendo comigo.					
21. Eu costumo saber se terei um bom ou mal dia.					
22. É claro para mim quando fico pior ou melhor.					
23. Eles não têm me falado como tratarão a minha doença.					
24. É difícil determinar em quanto tempo eu poderei cuidar de mim mesmo/a.					
25. Eu posso no geral predizer o curso da minha doença.					
26. Eles em deram tanta informação que eu não sei dizer qual delas é a mais importante.					
27. Eu tenho certeza que meu vigor físico retornará um dia.					
28. Os médicos compartilham a mesma opinião sobre como tratar o meu problema.					
29. Eles não deram um diagnóstico específico para mim.					
30. O sofrimento do meu corpo é previsível; eu sei quando está ficando melhor ou pior.					

Fonte: MISHEL, 1988 (Adaptado).

ANEXO B – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE – IDATE

(Continua)

1ª Parte – Dados de identificação

Sexo: () masculino () feminino Idade: _____

Questionário de autoavaliação para traço de ansiedade

Por favor, leia cada um dos itens abaixo e assinale o número que melhor indica como você geralmente se sente.

Não gaste muito tempo em um único item.

Quase nunca – 1	Às vezes – 2	Frequentemente – 3	Quase sempre – 4
1. Sinto-me bem	1	2	3 4
2. Canso-me com facilidade	1	2	3 4
3. Tenho vontade de chorar	1	2	3 4
4. Gostaria de ser tão feliz como os outros parecem ser	1	2	3 4
5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3 4
6. Sinto-me descansada	1	2	3 4
7. Sou calma, ponderada e senhora de mim mesma	1	2	3 4
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolvê-las	1	2	3 4
9. Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3 4
10. Sou feliz	1	2	3 4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3 4
12. Não tenho confiança em mim mesma	1	2	3 4
13. Sinto-me segura	1	2	3 4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3 4
15. Sinto-me deprimida	1	2	3 4
16. Estou satisfeita	1	2	3 4
17. Ideias sem importância me entram na cabeça e ficam me pressionando.	1	2	3 4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3 4
19. Sou uma pessoa estável	1	2	3 4
20. Fico tensa e perturbada quando penso em meus problemas do momento	1	2	3 4

(Conclusão)

2ª Parte – Questionário de autoavaliação para estado de ansiedade

Por favor, leia cada um dos itens abaixo e assinale o número que melhor indica como você se sente.

Não gaste muito tempo em um único item.

	Absolutamente não – 1	Um pouco – 2	Bastante – 3	Muitíssimo - 4
1. Sinto-me calma	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro	1	2	3	4
3. Estou tensa	1	2	3	4
4. Estou arrependida	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbada	1	2	3	4
7. Estou preocupada com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8. Sinto-me descansada	1	2	3	4
9. Sinto-me ansiosa	1	2	3	4
10. Sinto-me "em casa"	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervosa	1	2	3	4
13. Estou agitada	1	2	3	4
14. Sinto-me "uma pilha de nervos"	1	2	3	4
15. Estou descontraindo	1	2	3	4
16. Sinto-me satisfeita	1	2	3	4
17. Estou preocupada	1	2	3	4
18. Sinto-me superexcitada e confusa	1	2	3	4
19. Sinto-me alegre	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

3ª Parte

Descreva como você se sente neste exato momento.

Fonte: (SPIELBERGER et al., 1979).

ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA EORTC QLQ-C30

(Continua)

EORTC QLQ-C30 (versão 3.0)

Nós estamos interessados em alguns dados sobre você e sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. A informação que você fornecer permanecerá estritamente confidencial.

Por favor, preencha suas iniciais:

Sua data de nascimento (dia, mês, ano):

Data de hoje (dia, mês, ano):

	Não	Pouco	Modera-	Muito
1. Você tem qualquer dificuldade quando faz grande esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma longa caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma curta caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4
Durante a última semana:	Não	Pouco	Modera-	Muito
6. Tem sido difícil fazer as atividades diárias?	1	2	3	4
7. Tem sido difícil ter atividades de divertimento e lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você tem dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você tem se sentido fraco/a?	1	2	3	4
13. Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você tem se sentido enjoado/a?	1	2	3	4
15. Você tem vomitado?	1	2	3	4
	1	2	3	4

(Conclusão)

Durante a última semana:

	Não	Pouco	Modera-	Muito
16. Você tem tido prisão de ventre?				
17. Você tem tido diarreia?	1	2	3	4
18. Você esteve cansado/a?	1	2	3	4
19. A dor interferiu em suas atividades?	1	2	3	4
20. Você tem tido dificuldade para se concentrar em coisas, como ler jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Você se sentiu nervoso/a?	1	2	3	4
22. Você esteve preocupado/a?	1	2	3	4
23. Você se sentiu irritado/a facilmente?				
24. Você se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4
25. Você tem tido dificuldade para se lembrar das coisas?	1	2	3	4
26. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida familiar?	1	2	3	4
27. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades sociais?	1	2	3	4
28. A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras?	1	2	3	4
	1	2	3	4

Para as seguintes perguntas, faça, por favor, um círculo em volta do número entre 1 e 7 que melhor se aplica a você.

29. Como você classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Ótima

30. Como você classificaria a sua qualidade de vida em geral durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Ótima

Fonte: (FAYERS, P.; BOTTOMLEY, A.; 2002).

ANEXO D – ESCALA DE AUTOEFICÁCIA

Escala de autoeficácia

Abaixo são apresentadas algumas questões sobre como você é. Por favor, faça um círculo em torno do número de 1 a 5 que indica a sua resposta em cada questão, conforme o esquema abaixo:

1. Discordo totalmente	2. Discordo na maior parte	3. Não concordo nem discordo	4. Concordo na maior parte	5. Concordo totalmente
------------------------	----------------------------	------------------------------	----------------------------	------------------------

1. Eu sempre consigo resolver os problemas difíceis se eu tentar bastante.	1	2	3	4	5
2. Mesmo se alguém se opuser, eu posso encontrar os meios e as formas de alcançar o que eu quero.	1	2	3	4	5
3. É fácil para mim, agarrar-me aos meus objetivos e atingir as minhas metas.	1	2	3	4	5
4. Eu estou confiante que poderia lidar, eficientemente, com acontecimentos inesperados.	1	2	3	4	5
5. Graças ao meu desembaraço, eu sei como lidar com situações imprevistas.	1	2	3	4	5
6. Eu posso resolver a maioria dos problemas se eu investir o esforço necessário para isso.	1	2	3	4	5
7. Eu consigo manter-me calmo ao enfrentar dificuldades porque eu confio nas minhas habilidades para enfrentar essas situações.	1	2	3	4	5
8. Quando eu me confronto com um problema, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções.	1	2	3	4	5
9. Se eu estiver com problemas, geralmente consigo pensar em algo para fazer.	1	2	3	4	5
10. Eu normalmente consigo resolver as dificuldades que acontecem na minha vida.	1	2	3	4	5

Fonte: (SCHWARZER, R.; JERUSALÉM, M., 1995; TEIXEIRA, M. A.; DIAS, A. C., 2005).

ANEXO E – ESCALA DA INCERTEZA NA DOENÇA PARA O CUIDADOR MUIS-A

(Continua)

INSTRUÇÕES

Por favor, leia cada afirmação. Utilize o tempo necessário para pensar sobre o que cada afirmação diz. Em seguida, coloque um "X" em cima do número que melhor descreve como você se sente em relação ao membro da sua família HOJE. Se você concordar com a afirmação, você deve marcar entre "Concordo totalmente" ou "Concordo". Se você não concordar com a afirmação, então, marque entre "Discordo totalmente" ou "discordo". Se você não tem certeza sobre como você se sente em relação ao membro da sua família, marque "Indeciso". Por favor, responda a cada afirmação.

1. Eu não sei o que ele/ela tem de errado.

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
_____	_____	_____	_____	_____

2. Eu tenho muitas dúvidas que não foram esclarecidas.

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
_____	_____	_____	_____	_____

3. Eu não tenho certeza se ele/ela está ficando melhor ou pior da doença.

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
_____	_____	_____	_____	_____

4. Eu não sei o quão ruim será a dor dele/dela.

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
_____	_____	_____	_____	_____

5. As explicações que nos dão sobre ele/ela parecem confusas para mim.

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
_____	_____	_____	_____	_____

6. O objetivo de cada tratamento dele/dela está claro para mim.

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
_____	_____	_____	_____	_____

7. Eu não sei quando ele/ela fará os procedimentos.

(continua)

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
-------------------------------	-----------------	-----------------	-----------------	-------------------------------

8. Os sintomas dele/dela mudam de forma imprevisível.

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
-------------------------------	-----------------	-----------------	-----------------	-------------------------------

9. Eu entendo tudo que é explicado para mim.

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
-------------------------------	-----------------	-----------------	-----------------	-------------------------------

10. Os médicos me dizem coisas que têm muitos significados.

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
-------------------------------	-----------------	-----------------	-----------------	-------------------------------

11. Eu posso imaginar quanto tempo vai durar a doença dele/dela.

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
-------------------------------	-----------------	-----------------	-----------------	-------------------------------

12. O tratamento dele/dela é muito difícil para entender.

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
-------------------------------	-----------------	-----------------	-----------------	-------------------------------

13. É difícil saber se o tratamento ou as medicações dele/dela estão servindo.

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
-------------------------------	-----------------	-----------------	-----------------	-------------------------------

14. Existem tantos profissionais que é difícil saber o que fazem.

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
-------------------------------	-----------------	-----------------	-----------------	-------------------------------

15. Por causa da imprevisibilidade da doença dele/dela eu não posso fazer planos para o futuro.

Concordo	Concordo	Indeciso	Discordo	Discordo
----------	----------	----------	----------	----------

(continua)

totalmente (5)	(4)	(3)	(2)	totalmente (1)

16. A evolução da doença dele/dela muda muito. Ele/ela tem dias bons e ruins.

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)

17. Eu não sei como cuidarei dele/dela depois que ele/ela deixar o hospital.

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)

18. Não tenho idéia do que acontecerá com ele/ela.

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)

19. Eu geralmente sei se ele/ela terá um dia bom ou ruim.

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)

20. Os resultados dos exames dele/dela são indefinidos.

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)

21. A eficácia do tratamento é indeterminada.

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)

22. É difícil determinar em quanto tempo conseguirei cuidar dele/dela sozinho (a).

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)

23. Eu geralmente posso prever a evolução da doença dele/dela.

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)

(conclusão)

24. Devido ao tratamento, o que ele/ela pode ou não fazer muda muito.

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
_____	_____	_____	_____	_____

25. Eu tenho certeza que eles não encontrarão mais nada de errado com ele/ela.

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
_____	_____	_____	_____	_____

26. Eles não deram a ele/ela um diagnóstico específico.

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
_____	_____	_____	_____	_____

27. O sofrimento físico dele/dela é previsível; Eu sei quando ele (a) vai melhorar ou piorar.

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
_____	_____	_____	_____	_____

28. O diagnóstico dele/dela é definitivo e não vai mudar.

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
_____	_____	_____	_____	_____

29. Eu posso depender dos enfermeiros para estarem presentes quando eu precisar.

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
_____	_____	_____	_____	_____

30. A gravidade da doença dele/dela já foi confirmada.

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
_____	_____	_____	_____	_____

31. Os médicos e os enfermeiros usam linguagem do dia a dia, portanto eu posso entender o que estão dizendo.

Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
_____	_____	_____	_____	_____

ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM PACIENTES ONCOLÓGICOS CIRÚRGICOS À LUZ DA TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA - ENSAIO CLÍNICO

Pesquisador: THAIS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 17580719.5.0000.0030

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem (ENF)

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.803.488

Apresentação do Projeto:

“Resumo:

Introdução: As neoplasias são consideradas como importante problema de saúde pública. Estima-se que a maioria dos casos novos da doença surja nos países em desenvolvimento, implicando em uma alta taxa de mortalidade (FERLAY et al., 2015). Notícias como o diagnóstico do câncer são difíceis de serem transmitidas, uma vez que despertam diversas reações no indivíduo que a recebe, pois implicam em muitas mudanças, incluindo a escolha do tratamento, onde a cirurgia ganha especial destaque. Em meio a essa notícia pode surgir o estado da incerteza. A cirurgia é um método usual de tratamento, que produz no indivíduo sensações de ansiedade e incerteza. A autora Mishel (1988), destaca que quando o indivíduo experimenta a incerteza decorrente de uma doença ou tratamento poderá resultar em estresse que afeta a mente, o corpo e as relações sociais. A literatura apresenta lacunas nesse conhecimento, o que se torna um grande motivador para realização da pesquisa, que determinará impactos importantes a serem alcançados pela pesquisa, ensino e prática ofertados pela enfermagem em prol do paciente e sociedade. Método: Ensaio clínico aleatorizado a ser realizado no Hospital Universitário de Brasília, na Clínica Cirúrgica. Serão incluídos pacientes com idade igual ou superior a 18 anos de ambos os sexos que se encontrem no pós-operatório, submetidos a cirurgia eletiva retirada de um ou múltiplos órgãos; com o diagnóstico de neoplasia. Amostra será constituída por 60 pacientes. A intervenção será realizada por meio da consulta de enfermagem individualizada com a entrega de material

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.803.488

Benefícios:

Sendo confirmada a hipótese do estudo, a assistência de enfermagem oferecida na Clínica Cirúrgica poderá reduzir significativamente a incerteza na doença apresentada pelos participantes do estudo e já constatada em pesquisas anteriores. A redução da incerteza permitirá gerenciamento de sintomas, monitoramento, suporte emocional, educação em saúde, fornecimento de recursos, referências e cuidados diretos de enfermagem. Além desses benefícios será possível traçar um perfil mais caracterizador dessa população e construir um protocolo de medidas interventivas para minimização das incertezas vivenciadas por pacientes oncológicos*.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de Projeto de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília, da Doutoranda Thais Martins Gomes de Oliveira, sob a orientação da Profa. Dra. Cristine Alves Costa de Jesus.

Trata-se de financiamento próprio com orçamento de R\$ 1.345,00 com previsão para início no primeiro semestre de 2020.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apreciados para emitir o presente Parecer:

1 - Informações Básicas do Projeto - "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1381605.pdf", postado em 29/11/2019.

2 - Carta de Encaminhamento ao CEP/FS, informando tratar-se de Projeto de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília da doutoranda Thais Martins Gomes de Oliveira sob a orientação de Cristine Alves Costa de Jesus. Versão editável "cartaencaminhprojeto_ao_CEPFS.doc", postado em 15/07/2019 e versão não editável "carta_encaminhamento.pdf" assinada pela pesquisadora responsável e por seu orientador na data 30/06/2019, postado em 15/07/2019.

3 - Folha de Rosto para Pesquisa com Seres Humanos e Termo de Compromisso do Diretor da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Folha de Rosto adequadamente preenchida, datada de 27/06/2019, assinada, respectivamente, pela pesquisadora responsável

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com

Página 04 de 10

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.803.488

pelo projeto, Thais Martins Gomes de Oliveira, e assinada e carimbada em 27/06/2019 pelo Diretor da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Prof. Dr. Laudimar Alves de Oliveira, que declara ciência e compromisso com o disposto na Resolução 466/12 e suas complementares. Informa, também, que a instituição tem condições de desenvolver o projeto e autoriza a execução do mesmo. Versão não editável "folhaDeRosto.pdf", postada em 27/06/2019.

4 - Termo de Concordância de Instituição Coparticipante - informando ciência e de acordo da Superintendente do HUB-UNB, Elza Ferreira Noronha, e do Chefe do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica, Fernando Araújo R. Oliveira, não datado, e assinado pelos referidos responsáveis, versão editável "Termo_de_concordancia_coparticipante.doc", e versão não editável "termo_ciencia_coparticipante.p" Versão editável "termo_concordancia_institucional.doc" e versão não editável "termo_concordancia_institucional.pdf", assinado no dia 14/07/2019 pela Superintendente do HUB, pelo Chefe do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica, pelo Chefe do Setor onde a pesquisa será conduzida (Cleusimar V. J. de Jesus) e pela pesquisadora responsável, postados em 15/07/2019.

5 - Projeto Detalhado - versão editável "Projeto_detalhado-versao_3.docx", e não-editável "Projeto_detalhado-versao_3.pdf", postados em 29/11/2019.

6 - Termo de Responsabilidade e Compromisso do Pesquisador Responsável, informando ciência e compromisso com o cumprimento das Resoluções CNS 466/2012 e 510/2016. Versão não editável "termo_responsabilidade_pesq.pdf", datada de 15/07/2019 e assinada pela pesquisadora responsável e versão editável "TermodesresponsabilidadeThaisword.doc", postados em 15/07/2019.

7 - Cronograma de Execução das Atividades: o projeto tem início previsto para o 1o. semestre de 2020, com a realização da coleta de dados, conforme documentos: em versão não editável "Cronograma_pos_parecer.pdf", postado em 16/10/2019 e em versão editável, "Cronograma_pos_parecer.doc", postado em 16/10/2019.

8 - Planilha de Orçamento Detalhado: Previsão de gastos no valor de R\$ 1.345,00, incluindo gravador, tinta para impressora, papel e gasolina. No PB consta que o projeto terá financiamento

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com

Página 05 de 10

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.803.488

próprio, conforme documentos: em versão não editável "orcamento.pdf", postado em 15/07/2019 e em versão editável "orcamento.docx", postado em 15/07/2019.

9 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE). Versão não editável "TCLE_paciente_pos_parecer2.pdf" e "TCLE_acompanhante_pos_parecer2.pdf" e versão editável "TCLE_paciente_pos_parecer2.doc" e "TCLE_acompanhante_pos_parecer2.doc", postados em 18/10/2019.

10- Currículos Lattes do orientador (curriculo_Cristine.pdf), do pesquisador responsável (curriculo_thais.pdf) e outro membro da pesquisa (curriculo_clara.pdf), postados em 15/07/2019.

11- CARTA EM RESPOSTA ÀS PENDÊNCIAS APONTADAS PELO CEP - versão editável "carta_resposta_ao_parecer_3733715.docx", e versão não-editável "carta_resposta_ao_parecer_3733715.pdf" postados em 29/11/2019.

Recomendações:

Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. Quanto ao projeto de pesquisa:

1.1. ANÁLISE: A pesquisadora esclareceu quanto à participação do membro familiar na pesquisa. Entretanto, um dos critérios de exclusão dos participantes constante no projeto da Plataforma Brasil (PB) e no projeto detalhado é "não aceitarem voluntariamente a participação na pesquisa", sendo que esta é uma condição para participar da pesquisa e não um critério de exclusão do estudo. Solicita-se adequação nas duas versões do projeto. PENDÊNCIA ATENDIDA PARCIALMENTE.

RESPOSTA: Em atenção a solicitação de adequação de um dos critérios de exclusão dos participantes constante no projeto da Plataforma Brasil (PB) e no projeto detalhado é "não aceitarem voluntariamente a participação na pesquisa", sendo que esta é uma condição para participar da pesquisa e não um critério de exclusão do estudo, foram editados os critérios de exclusão no terceiro parágrafo da página 8 de 26 tanto no projeto da Plataforma Brasil (PB), quanto no projeto detalhado, suprimindo a condição "não aceitarem voluntariamente a participação na pesquisa". Dessa forma, a nova redação para os critérios de exclusão foi: "Serão excluídos os pacientes que: estiverem em pós-operatório imediato; não atenderem ao conceito de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com

Página 06 de 10

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.803.488

diagnóstico oncológico solicitado pela pesquisa; não se encontrarem em plenas condições mentais, cognitivas e intelectuais para responderem aos questionamentos e receberem as intervenções; não responderem ao questionário integralmente; não participem de uma das etapas: coleta de dados, entrevista, intervenção ou aplicação do instrumento". NOVA ANÁLISE: A pesquisadora adequou os critérios de exclusão tanto no projeto detalhado quanto no projeto da Plataforma Brasil (PB).

PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.3. ANÁLISE: Conforme já apontado na análise do item 1.1, um dos critérios de exclusão dos participantes constante no projeto da Plataforma Brasil (PB) e no projeto detalhado é "não aceitarem voluntariamente a participação na pesquisa", sendo que esta é uma condição para participar da pesquisa e não um critério de exclusão do estudo. Solicita-se adequação nas duas versões do projeto. PENDÊNCIA NÃO ATENDIDA.

RESPOSTA: De acordo com a resposta já apontada do item 1.1, a solicitação de rever um dos critérios de exclusão, em ambas as versões do projeto foi realizada com a reescrita dos critérios de exclusão para: "Serão excluídos os pacientes que: estiverem em pós-operatório imediato; não atenderem ao conceito de diagnóstico oncológico solicitado pela pesquisa; não se encontrarem em plenas condições mentais, cognitivas e intelectuais para responderem aos questionamentos e receberem as intervenções; não responderem ao questionário integralmente; não participem de uma das etapas: coleta de dados, entrevista, intervenção ou aplicação do instrumento." Texto editado no terceiro parágrafo da página 8 de 26.

NOVA ANÁLISE: A pesquisadora adequou os critérios de exclusão tanto no projeto detalhado quanto no projeto da Plataforma Brasil (PB).

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis devem apresentar relatórios parciais semestrais, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa; e um relatório final do projeto de pesquisa, após a conclusão da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com

Página 07 de 10

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.803.488

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1361605.pdf	29/11/2019 09:18:55		Aceito
Outros	carta_resposta_ao_parecer_3733715.pdf	29/11/2019 09:17:44	THAIS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	carta_resposta_ao_parecer_3733715.docx	29/11/2019 09:17:14	THAIS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_versao_3.pdf	29/11/2019 09:15:54	THAIS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_versao_3.docx	29/11/2019 09:15:26	THAIS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_paciente_pos_parecer2.pdf	18/10/2019 21:41:53	THAIS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_paciente_pos_parecer2.doc	18/10/2019 21:41:28	THAIS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_acompanhante_pos_parecer2.pdf	18/10/2019 21:41:01	THAIS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_acompanhante_pos_parecer2.doc	18/10/2019 21:40:39	THAIS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	carta_resposta_ao_parecer.docx	16/10/2019 21:11:55	THAIS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	carta_resposta_ao_parecer.pdf	16/10/2019 21:10:25	THAIS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	Cronograma_pos_parecer.doc	16/10/2019 21:02:14	THAIS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	Cronograma_pos_parecer.pdf	16/10/2019 21:00:05	THAIS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	15/07/2019 01:13:33	THAIS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	orcamento.doc	15/07/2019	THAIS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

Página 08 de 10

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.803.488

Impresso educativo. O grupo controle receberá os cuidados de enfermagem rotineiramente oferecidos pela Clínica Cirúrgica. Objetivo: Verificar os efeitos das intervenções de enfermagem no manejo da incerteza em pacientes oncológicos pós-cirúrgicos que sofreram a retirada de órgão e examinar os efeitos dessas intervenções no gerenciamento da incerteza. Resultados esperados: Espera-se com esse estudo reduzir significativamente a presença de altos níveis da incerteza na doença por meio das intervenções de enfermagem".

Critério de Inclusão:

Pacientes com idade igual ou superior a 18 anos de ambos os sexos que se encontram no pós-operatório, submetidos a cirurgia eletiva retirada de um ou múltiplos órgãos; com o diagnóstico de neoplasia em tratamento oncológico pelo hospital referenciado, e que estejam em plenas condições mentais, cognitivas e intelectuais para responder aos questionamentos e receber as intervenções. Não haverá restrição de tipo de diagnóstico oncológico cirúrgico do paciente para inclusão na pesquisa. Após cumpridos os critérios de inclusão, os voluntários assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para os acompanhantes, os critérios de inclusão serão análogos aos do paciente para o quesito idade, gênero e condições para responderem o questionário.

Critério de Exclusão:

Serão excluídos os pacientes que: estiverem em pós-operatório imediato; não atenderem ao conceito de diagnóstico oncológico solicitado pela pesquisa; não se encontrarem em plenas condições mentais, cognitivas e intelectuais para responderem aos questionamentos e receberem as intervenções; não responderem ao questionário integralmente; não participarem de uma das etapas: coleta de dados, entrevista, intervenção ou aplicação do instrumento. Os critérios de exclusão são análogos para o acompanhante".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar os efeitos das intervenções de enfermagem no manejo da incerteza em pacientes oncológicos pós-cirúrgicos que sofreram a retirada de órgão e examinar os efeitos dessas intervenções no gerenciamento da incerteza.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar o perfil da população estudada quanto aos aspectos sócio-demográficos e clínicos;

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

Página 02 de 10

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.803.488

Orçamento	orcamento.doc	01:13:18	GOMES DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	curriculo_clara.pdf	15/07/2019 01:05:42	THAIS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	curriculo_thais.pdf	15/07/2019 01:05:17	THAIS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	curriculo_Cristine.pdf	15/07/2019 01:04:44	THAIS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	termo_ciencia_coparticipante.pdf	15/07/2019 01:04:00	THAIS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Termo_de_concordancia_coparticipante.doc	15/07/2019 01:03:35	THAIS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	termo_concordancia_institucional.pdf	15/07/2019 01:01:46	THAIS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	termo_concordancia_institucional.doc	15/07/2019 01:01:19	THAIS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	termo_responsabilidade_pesq.pdf	15/07/2019 01:00:10	THAIS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	TermoderesponsabilidadeThaisword.doc	15/07/2019 00:55:05	THAIS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	carta_encaminhamento.pdf	15/07/2019 00:54:14	THAIS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	cartaencaminhprojeto_ao_CEPFS.doc	15/07/2019 00:49:56	THAIS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	27/08/2019 15:44:19	THAIS MARTINS GOMES DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

Página 09 de 10

UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.803.488

- Construir um instrumento formulado pelo pesquisador(a) para coleta de informações relativas aos dados que subsidiem a temática do estudo;
- Mensurar a incerteza na doença no membro familiar;
- Aplicar intervenções de enfermagem para redução das incertezas;
- Comparar se houve ou não redução da incerteza na doença no grupo que recebeu as intervenções em detrimento do grupo controle;
- Construir protocolo de medidas interventivas para minimização das incertezas vivenciadas por pacientes oncológicos;
- Mensurar o nível de incerteza dos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias de retiradas de órgãos".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Por se tratar de aplicação de instrumento de entrevista e intervenções não farmacológicas aos pacientes que forem alocados ao grupo experimental, no qual serão aplicadas intervenções psicossociais definidas por ações que intencionam modificar processos e sistemas de natureza social e psicológica tais como cognição, emoções, comportamentos relacionamentos e ambientes, que podem ser aplicadas a nível individual ou a grupos (CONSORT, 2018). Os riscos aos pacientes não envolvem aplicação de procedimentos invasivos, entretanto, deve-se levar em conta que "toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variados" (Item V, Res. CNS 466/2012). Consequentemente, ressalta-se que os riscos decorrentes da participação do paciente na pesquisa são constringimento ao responder algumas perguntas ligadas à sua intimidade ou mal estar no momento da exposição de sentimentos e preocupações concernentes ao estado de saúde do indivíduo. Esses sentimentos poderão ser minimizados evitando-se a investigação excessiva, buscando local privativo e respeitando seus sentimentos. Além disso, o risco de cansaço durante a entrevista e aplicação das intervenções também serão levados em conta, aguardando sempre o momento oportuno e desejado pelo participante de pesquisa. No caso de qualquer constringimento do paciente durante a coleta de dados e, caso o mesmo decida pela não continuidade de sua participação na pesquisa, estará garantido seu desligamento sem prejuízo à sua assistência. Ressalta-se que os pacientes do grupo controle receberão a assistência corriqueiramente oferecida pela unidade hospitalar, não ficando isentos dos benefícios ofertados na integralidade de seus tratamentos.


Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

Página 03 de 10

ANEXO G – REGISTRO BRASILEIRO DE ENSAIOS CLÍNICOS

BRASIL

[Ir para o conteúdo \[1\]](#) [Ir para o menu \[2\]](#) [Habilitar alto contraste \[3\]](#)



Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos

Registro Visualizar

Procurar nos estudos

Estudo publicado

RBR-9qjspy7 Nursing interventions according to the disease uncertainty theory in cancer patients undergoing surgery - Clinical trial

Data de registro: 05/02/2021 (dd/mm/yyyy)

Última data de aprovação: 05/02/2021 (dd/mm/yyyy)

Tipo de estudo:

Intervenções

Título científico:

<p>en</p> <p>Nursing interventions in surgical cancer patients in the light of the disease uncertainty theory - Randomized clinical trial</p>	<p>pt-br</p> <p>Intervenções de enfermagem em pacientes oncológicos cirúrgicos à luz da teoria da incerteza na doença - Ensaio clínico aleatorizado</p>	<p>es</p> <p>Intervenciones de enfermería en pacientes quirúrgicos oncológicos a la luz de la teoría de la incertidumbre en la enfermedad - Ensayo clínico aleatorizado</p>
--	--	--

[Enviar mensagem](#)

Identificação do ensaio

- Número do UTN: U1111-1258-6352
- Título público:

<p>en</p> <p>Nursing interventions according to the disease uncertainty theory in cancer patients undergoing surgery - Clinical trial</p>	<p>pt-br</p> <p>Intervenções de enfermagem de acordo com a teoria da incerteza na doença em pacientes com câncer submetidos à cirurgia - Ensaio clínico</p>	<p>es</p> <p>Intervenciones de enfermería según la teoría de la incertidumbre de la enfermedad en pacientes oncológicos sometidos a cirugía - Ensayo clínico</p>
--	--	---

- Acrônimo científico:
- Acrônimo público:
- Identificadores secundários:
 - Número do CAAE: 17580719.5.0000.0030
Órgão emissor: Plataforma Brasil
 - Número do Parecer do CEP: 3.803.488
Órgão emissor: Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinadores

- Patrocinador primário: Universidade de Brasília
- Patrocinador secundário:
 - Instituição: Universidade de Brasília