

O efeito da escuta terapêutica na ansiedade e medos de pacientes cirúrgicos: ensaio clínico aleatorizado¹

Ana Cláudia Mesquita Garcia²
Talita Prado Simão-Miranda³
Ana Maria Pimenta Carvalho⁴
Paula Condé Lamparelli Elias⁵
Maria da Graça Pereira⁶
Emília Campos de Carvalho⁴

Objetivo: Investigar o efeito da escuta terapêutica sobre a ansiedade estado e os medos relacionados à cirurgia em pacientes no pré-operatório de cirurgia de câncer colorretal. **Método:** Ensaio clínico, aleatorizado e controlado, realizado com 50 pacientes que foram aleatoriamente designados para o grupo intervenção (escuta terapêutica) (n=25) ou para o grupo controle (n=25). O estudo avaliou as mudanças nos níveis de ansiedade das variáveis ansiedade estado, medos relacionados à cirurgia e variáveis fisiológicas (alfa-amilase salivar, cortisol salivar, frequência de pulso, frequência respiratória e pressão arterial). **Resultados:** Na comparação das variáveis nos grupos controle e intervenção nos momentos pré e pós-intervenção, constataram-se diferenças entre os momentos no grupo controle para as variáveis cortisol (p=0,043), frequência de pulso (p=0,034) e medos relacionados à cirurgia (p=0,030), com redução dos valores dessas variáveis. **Conclusão:** Não houve redução nos níveis das variáveis ansiedade estado e medos relacionados à cirurgia decorrente da realização da escuta terapêutica, seja por meio dos indicadores fisiológicos ou psicológicos. Contudo, o acolhimento dado pela pesquisadora na coleta de dados, sem estímulo reflexivo à situação, pode ter gerado os resultados do grupo controle. Registro de Ensaio Clínico: NCT02455128.

Descritores: Relações Interpessoais; Cuidados de Enfermagem; Ansiedade; Medo; Cuidados Pré-Operatórios; Neoplasias Colorretais.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado "A influência da escuta terapêutica sobre a ansiedade e os medos relacionados à cirurgia em pacientes no pré-operatório de cirurgia colorretal: um ensaio clínico aleatorizado", apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, processo nº 305531/2013-1.

² PhD, Professor Adjunto, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, Brasil.

³ Doutoranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

⁴ PhD, Professor Sênior, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁵ PhD, Médica, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁶ PhD, Professor Associado, Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Como citar este artigo

Garcia ACM, Simão-Miranda TP, Carvalho AMP, Elias PCL, Pereira MG, Carvalho EC. The effect of therapeutic listening on anxiety and fear among surgical patients: randomized controlled trial. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3027. [Access  ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2438.3027>.

mês dia ano

URL

Introdução

As mortes globais por câncer aumentaram 57% entre os anos de 1990 a 2013⁽¹⁾. Entre as principais causas de morte relacionadas ao câncer, destaca-se o colorretal, sendo que a maioria dos casos desse tipo de câncer é tratada cirurgicamente⁽²⁾. A hospitalização para a realização de cirurgias pode ser vivida como um fator gerador de ansiedade e medo nos pacientes, afinal, os procedimentos cirúrgicos aliados à internação do indivíduo representam uma ameaça ao doente e sua família devido às alterações físicas, como também reações psicológicas e sociais provenientes de tal situação⁽³⁻⁴⁾. O quadro é agravado quando se trata de um paciente que será submetido a uma cirurgia oncológica, visto que o câncer traz consigo sofrimento clinicamente significativo⁽⁵⁾.

A ansiedade pré-operatória é uma preocupação prevalente com efeitos deletérios na recuperação do paciente e que pode ter amplos efeitos, como, por exemplo, o aumento do uso de agentes anestésicos, o aumento da dor pós-operatória e a hospitalização prolongada⁽⁶⁾. De acordo com a literatura, a presença do sentimento de medo no pré-operatório foi associada a maiores índices de dor, má recuperação global, pior qualidade de vida e menor vitalidade após a realização da cirurgia⁽⁷⁻⁸⁾.

Habilidades para gerenciar respostas emocionais negativas e sintomas angustiantes como a ansiedade e o medo são essenciais para a qualidade de vida de um paciente com câncer. Há indícios de que intervenções psicoterapêuticas podem contribuir para a redução do sofrimento emocional, por exemplo, e para a melhora da qualidade de vida em pessoas com câncer⁽⁹⁾. Em relação à ansiedade e ao medo enquanto sintomas, e não como transtornos que exigiriam tratamentos com efeitos mais duradouros, podem ser gerenciados via intervenção breve⁽¹⁰⁾. Isso pode ser obtido por diferentes ações comprovadamente eficazes para a redução de comorbidades psicológicas, como, por exemplo, a escuta terapêutica, também conhecida como ouvir ativamente⁽¹¹⁾, que pode ser realizada por enfermeiros⁽¹²⁾.

A escuta terapêutica trata-se de um recurso de comunicação que pode ser valoroso na relação de ajuda⁽¹³⁾. Caracteriza-se pelo conjunto de interações que se desenvolvem na relação profissional-paciente quando este deve ter chance de abordar livremente suas apreensões. É um processo por meio do qual o profissional procura ajudar o paciente a aliviar sua ansiedade e aumentar a sua capacidade adaptativa⁽¹⁴⁾. Com vistas à utilização da escuta como suporte para a

comunicação terapêutica, este estudo teve como base o modelo da Abordagem Centrada na Pessoa⁽¹⁵⁾.

Em que se pese o reconhecido valor terapêutico da escuta⁽¹⁶⁾, os estudos sobre essa temática ainda são escassos⁽¹⁷⁾, o que motivou a busca pelo seu efeito em uma situação específica, pré-operatório, no processo terapêutico do câncer colorretal. A importância deste trabalho reporta-se à necessidade de um estudo que possa ampliar o conhecimento e a discussão sobre a utilização da escuta terapêutica como forma de reduzir a ansiedade e os medos relacionados à cirurgia, sentimentos comprovadamente presentes em pacientes que são submetidos a um procedimento cirúrgico. O objetivo deste estudo foi investigar o efeito da escuta terapêutica sobre a ansiedade estado e sobre os medos relacionados à cirurgia em pacientes no pré-operatório de cirurgia de câncer colorretal. Para tanto, foram comparadas em ambos os momentos do estudo (pré e pós-intervenção), bem como entre os grupos controle (GC) e intervenção (GI), variáveis fisiológicas (cortisol e amilase salivar, frequências de pulso e respiratória e pressão arterial) e psicológicas (escores de ansiedade estado e de medos relacionados à cirurgia) associadas aos sentimentos de ansiedade e medo.

Método

Trata-se de um ensaio clínico controlado, aleatorizado, prospectivo, paralelo, do tipo aberto e com alocação igual (1:1).

Os participantes do estudo foram pacientes hospitalizados na clínica cirúrgica de um hospital universitário localizado no interior de São Paulo (Brasil) para tratamento cirúrgico de câncer colorretal. Para o cálculo do tamanho amostral, optou-se pelo uso da escala numérica Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Considerando-se que se desejava detectar uma diferença de 10 pontos (δ) no escore do Inventário de Ansiedade Estado (IDATE-E), com um nível de significância de 5% ($z_{1-\alpha}=1,96$) e um poder de 80% ($z_{1-\beta}=1,96$), o resultado obtido foi de 25 indivíduos para cada grupo. As informações relacionadas às variâncias dos grupos foram obtidas por meio do teste de procedimentos, sendo assumida uma correlação de 0,5.

Os participantes eram elegíveis para inclusão se (a) tivessem 18 anos de idade ou mais, (b) estivessem hospitalizados para realização de cirurgia colorretal oncológica, (c) não estivessem realizando outro tipo de tratamento para o câncer, (d) não estivessem participando de outra pesquisa, (e) apresentassem nível de escolaridade que permitisse a leitura e interpretação dos instrumentos utilizados no estudo, todos autoaplicáveis, (f) estivessem clinicamente bem

e/ou estável (escore menor ou igual a 3 pela Eastern Cooperative Oncology Group), e (g) apresentassem escore de ansiedade estado maior ou igual a 25 pelo IDATE-E na primeira abordagem, a qual foi realizada anteriormente e de forma independente à coleta de dados do momento pré-intervenção. O ponto de corte de 25 estabelecido para o IDATE-E foi baseado nos achados de um estudo sobre os efeitos de terapias complementares nos resultados clínicos de pacientes tratados com radioterapia para câncer de próstata⁽¹⁸⁾.

Os critérios de exclusão foram: (a) ser portador de distúrbios psiquiátricos (identificação realizada por meio de consulta ao prontuário médico do paciente), (b) apresentar metástase e (c) estar em uso de medicamentos contendo corticoide.

O critério de descontinuidade adotado para este estudo foi relativo a pacientes que estivessem recebendo procedimentos necessários para a realização da cirurgia, como, por exemplo, a realização de preparo do trato intestinal, durante o processo de coleta de dados. Tais pacientes seriam descontinuados do estudo.

No GI, os pacientes recebiam a informação de que teriam 30 minutos para falar com a pesquisadora sobre sua experiência com a hospitalização para o tratamento do câncer (preocupações, medos, dúvidas ou qualquer outro assunto sobre o qual o paciente quisesse tratar). A interação era iniciada com a seguinte questão norteadora: "Como tem sido sua experiência em relação à hospitalização para o tratamento de sua doença?". Antes de finalizar o processo da escuta terapêutica, era realizada a seguinte pergunta ao paciente: "Tem mais alguma coisa que o(a) senhor(a) gostaria de falar?" No GC, os pacientes eram informados que teriam alguns dados coletados. Posteriormente, a pesquisadora se ausentaria por 30 minutos e, após esse intervalo, retornaria para a conclusão da pesquisa.

Os dados foram coletados no período de agosto de 2014 a outubro de 2015. Os horários de coleta de dados foram estipulados previamente, de acordo com a rotina de serviços do hospital. Os participantes foram admitidos em uma enfermaria de cirurgia pré-operatória, na manhã do dia anterior à realização da cirurgia. A coleta de dados ocorreu no dia de admissão dos pacientes, que foram convidados a participar do estudo, após serem informados sobre o objetivo da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu em três momentos: primeira abordagem, momento pré-intervenção e momento pós-intervenção. Na primeira abordagem, realizada às 8h, após verificar se os pacientes estavam aptos ou não à participação no estudo, por meio dos critérios de inclusão e exclusão, aplicavam-se o questionário para caracterização dos participantes e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Após

duas horas e meia, no segundo momento do estudo (pré-intervenção), foram coletados os seguintes dados: amostras de saliva para análise do cortisol e da alfa-amilase salivar (AAS), frequências de pulso (FP) e respiratória (FR), pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD), ansiedade estado e medos relacionados à cirurgia. Uma hora após o momento pré-intervenção, essas mesmas variáveis foram coletadas no terceiro e último momento do estudo (pós-intervenção), logo após a realização da intervenção no GI e o intervalo no GC. Para a verificação da presença do ritmo circadiano do cortisol nos participantes, foram coletadas duas amostras de saliva, sendo uma às 8h e outra às 23h, no dia anterior à realização da cirurgia. A verificação do ritmo circadiano do cortisol teve como objetivo identificar se os participantes deste estudo, pacientes portadores de câncer, apresentariam diferenças nesse ritmo.

Os participantes foram aleatorizados em dois grupos: controle e intervenção. Para isso, uma pessoa que não fez parte das atividades desenvolvidas nesta pesquisa gerou uma lista aleatorizada no Excel 2007, a qual contemplava o GC ou o GI. As fichas contendo as descrições "Grupo intervenção" ou "Grupo Controle" foram colocadas cada uma em envelopes pardos, lacrados e abertos pela pesquisadora principal em seguida à coleta de dados no momento pré-intervenção, que decidiu em qual grupo o paciente seria alocado. Os instrumentos utilizados neste estudo foram respondidos pelos próprios pacientes e os dados referentes às variáveis fisiológicas foram coletados pela pesquisadora.

Durante o período de coleta de dados, houve duas desistências e cinco indivíduos foram descontinuados da pesquisa por motivo de realização de atividades de cuidado de rotina do hospital durante a coleta de dados. No total, 50 participantes chegaram ao final do estudo (Figura 1).

Para a coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos:

Questionário sociodemográfico: os dados sociodemográficos coletados foram idade, sexo, nível de escolaridade, estado civil, renda familiar mensal e religião;

Inventário de Ansiedade Traço-Estado: a ansiedade foi avaliada por meio do IDATE⁽¹⁹⁾, validado no Brasil⁽²⁰⁾. Esse instrumento apresenta 40 itens dos quais 20 avaliam a ansiedade-traço e 20 avaliam a ansiedade-estado em construtos distintos. Ao responder o questionário, o indivíduo deve levar em consideração uma escala Likert de quatro itens que variam de 1 (absolutamente não) a 4 (muitíssimo). O escore de cada parte varia de 20 a 80 pontos, sendo que os escores podem indicar baixo grau de ansiedade (20-30), grau mediano de ansiedade (31-49) e grau elevado de ansiedade (maior ou igual a 50).

Em relação à confiabilidade do IDATE neste estudo, na primeira abordagem, os resultados foram $\alpha=0,89$ para o IDATE-E e $\alpha=0,83$ para o Inventário de Ansiedade Traço (IDATE-T), valores considerados aceitáveis para esta pesquisa⁽²⁰⁾;

Escala de Medos Relacionados à Cirurgia (EMRC): os medos relacionados à cirurgia foram mensurados por meio da EMRC, a qual foi validada pelas pesquisadoras, com a devida autorização da autora do instrumento, para a utilização neste estudo. A escala avalia os temores cirúrgicos por meio de 8 afirmações descritivas agregadas em duas subescalas: “medos de

consequências imediatas da cirurgia” (5 itens) e “medos das consequências a longo prazo da cirurgia” (3 itens). A pontuação de cada item varia de 0 a 10, de modo que, para calcular a pontuação total da escala, a soma das pontuações de cada item deve ser dividida pelo número de itens do instrumento. Assim, valores mais elevados refletem níveis maiores de medo⁽²¹⁾. Quanto à confiabilidade da EMRC, considerando o escore total da escala de ambos os grupos no momento pré-intervenção, o resultado foi $\alpha=0,77$, valor considerado aceitável para este estudo⁽²²⁾.

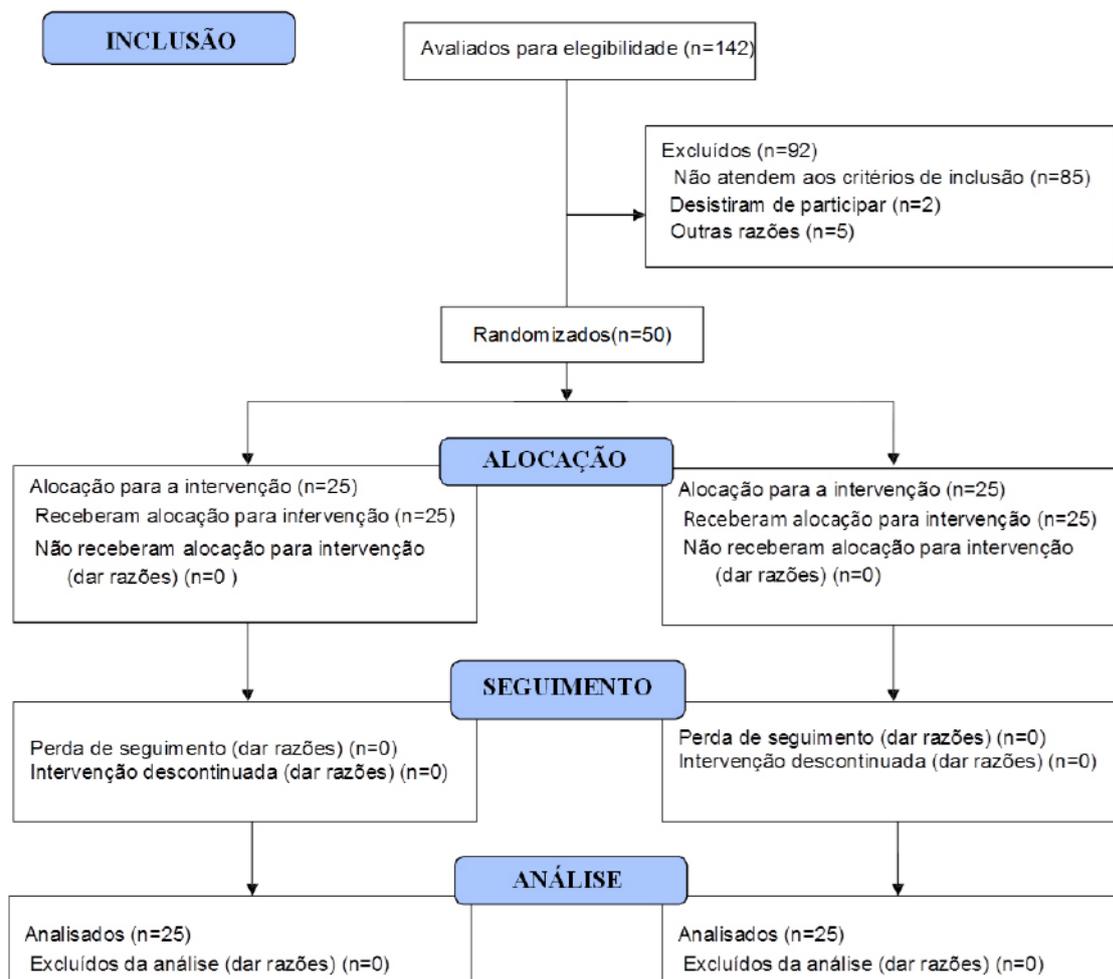


Figura 1 - Fluxograma CONSORT 2010

Quanto às variáveis fisiológicas, a FP e a PAS/PAD foram mensuradas por meio do monitor portátil de pressão arterial e frequência de pulso Omron® (Japão). A FP foi identificada pela contagem dos movimentos respiratórios torácicos durante o período de 1 minuto. Para a coleta da saliva para identificação do cortisol salivar, foi utilizado o Tubo Salivette® (Sarstedt - Alemanha), swab em algodão para determinação de cortisol. A análise das amostras foi

realizada por meio do High Sensitivity Salivary Cortisol Ezyme Imunoassay Kit (1-3002; Salimetrics LLC, State College, PA), método ELISA/EIA. Para a coleta e análise da saliva para a identificação da AAS, foi utilizado um sistema constituído por uma fita de teste descartável e um analisador portátil, o Cocoro Meter® (Nipro Corporation - Japão).

Os dados obtidos a partir dos instrumentos da pesquisa foram duplamente digitados e organizados

em planilha eletrônica utilizando o programa Microsoft Office Excel 2007. Em seguida, essa planilha foi exportada para o programa estatístico IBM - SPSS versão 22, no qual foram realizadas todas as análises estatísticas deste estudo.

As variáveis para caracterização sociodemográfica da amostra foram analisadas a partir de estatística descritiva, com análises de distribuições e frequências. A distribuição dos dados foi verificada pelo teste de Shapiro-Wilk. Todas as variáveis apresentaram distribuição não-normal, de modo que optou-se pela estatística não-paramétrica para a realização das demais análises, sendo considerados significativos os valores de $p \leq 0,05$.

Para a comparação intragrupos das variáveis fisiológicas, ansiedade estado e medos relacionados à cirurgia nos momentos pré e pós-intervenção, utilizou-se o teste não-paramétrico U de Mann-Whitney. Para a comparação intergrupos, utilizou-se o teste não-paramétrico Wilcoxon para medidas repetidas em dois momentos.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética de Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (CAAE 11683313.9.0000.5393) e registrada na plataforma Clinical Trials (NCT02455128). Após serem informados sobre o estudo, os participantes também foram esclarecidos sobre o anonimato e a confidencialidade dos dados, assinando, em seguida, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A idade média dos participantes do GI foi de 58 anos de idade ($dp = 11$) e do GC 57 anos ($dp = 15$). Os participantes, na maior parte, tinham baixa escolaridade (fundamental incompleto e completo), eram casados, católicos, com uma renda familiar mensal entre um e três salários mínimos (Tabela 1).

Verificou-se a equivalência dos grupos no momento pré-intervenção em relação às variáveis AAS, cortisol, FP, FR PAS, PAD, ansiedade estado e medos relacionados à cirurgia. Vale ressaltar que a equivalência entre os grupos intervenção e controle no momento pré-intervenção em relação às variáveis de interesse (AAS, cortisol, FP, FR, PAS, PAD, ansiedade estado e medos relacionados à cirurgia) foi verificada pelo teste U de Mann-Whitney e não houve diferenças significativas entre os grupos. As médias das variáveis analisadas nos momentos pré e pós-intervenção podem ser visualizadas na Tabela 2.

Tabela 1 - Características sociodemográficas de pacientes no pré-operatório de cirurgia oncológica colorretal. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015

Variáveis	n%	
	GC*	GI†
Sexo		
Masculino	11 (44)	11 (44)
Feminino	14 (56)	14 (56)
Nível de escolaridade		
≤ 4 anos de estudo	9 (36)	15 (60)
5 - 11 anos de estudo	14 (56)	9 (36)
> 11 anos de estudo	2 (8)	1 (4)
Estado civil		
Solteiro	5 (20)	3 (12)
Casado	13 (52)	17 (68)
Divorciado/viúvo	7 (28)	5 (20)
Renda familiar mensal (salário mínimo‡)		
1	2 (8)	6 (24)
2 - 3	17 (68)	17 (68)
4 - 5	4 (16)	1 (4)
6 - 10	2 (8)	0
Sem renda	0	1 (4)
Religião		
Católica	18 (72)	15 (60)
Protestante / Espírita e outras	6 (24)	8 (32)
Sem religião, mas espiritualizado	1 (4)	2 (8)

* GC - Grupo Controle; † GI - Grupo Intervenção; ‡ Salário mínimo equivalente a R\$880,00 no período da coleta de dados.

Tabela 2 - Médias e desvios-padrão (DP) das variáveis analisadas nos grupos controle e intervenção nos momentos pré e pós-intervenção. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015

Variáveis	GC*		GI†	
	Média (DP‡)		Média (DP‡)	
	Pré	Pós	Pré	Pós
Alfa-Amilase Salivar (KU/L [§])	137 (146,5)	123 (143)	174 (172,3)	163 (134)
Cortisol salivar (µg/dL [¶])	0,39 (0,39)	0,29 (0,3)	0,33 (0,27)	0,30 (0,33)
Frequência de Pulso (bpm [¶])	80,32 (15)	76,44 (15)	77,48 (13)	77,44 (15)
Frequência Respiratória (irpm ^{**})	20,32 (5)	20,48 (4)	20,24 (5)	19,04 (5)
Pressão Arterial Sistólica (mmHg ^{††})	124,5 (16)	122,2 (16)	119,5 (13)	122,6 (19)
Pressão Arterial Diastólica (mmHg ^{††})	77,2 (12)	76,3 (10)	75,4 (8)	77,8 (9)
Ansiedade estado	37,4 (10,7)	36,2 (11,2)	37 (10,3)	36,3 (10,1)
Medos relacionados à cirurgia	22,5 (18,9)	20,1 (19,6)	21,1 (19,8)	21,1 (19,7)

* GC - Grupo Controle; † GI - Grupo Intervenção; ‡ DP - Desvio-Padrão; § kU/L - Quilo unidades por litro; ¶ µg/dL - Micrograma por decilitro; ¶ bpm - Batimentos por minuto; ** irpm - Incursões respiratórias por minuto; †† mmHg - Milímetros de mercúrio

Foi possível identificar que não houve diferenças significativas entre os grupos no momento pós-

intervenção, de modo que os grupos apresentaram-se equivalentes também nesse momento em relação às variáveis estudadas. Assim, nota-se que a intervenção escuta terapêutica não ocasionou diferenças entre ambos os grupos nas condições em que foi aplicada aos participantes (Tabela 3).

Tabela 3 - Resultados do teste Mann-Whitney para comparação entre os grupos controle e intervenção no momento pós-intervenção. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015

Variáveis	Postos de Média		U [‡]	p [§]
	GC*	GI [†]		
Alfa-Amilase Salivar	19,57	26,28	177,5	0,086
Cortisol salivar	14,13	12,64	73	0,966
Frequência de Pulso	25,26	25,74	306,5	0,907
Frequência Respiratória	28,32	22,68	242	0,157
Pressão Arterial Sistólica	25,68	25,32	308	0,930
Pressão Arterial Diastólica	24,26	26,74	281,5	0,545
Ansiedade estado	24,86	26,14	296,5	0,756
Medos relacionados à cirurgia	24,96	26,04	299	0,793

* GC - Grupo Controle; † GI - Grupo Intervenção; ‡ U - Mann Whitney U; § p - Nível de significância

Dois pacientes no GI e três no GC não tiveram quantidade de saliva suficiente para a realização da análise da AAS. O mesmo ocorreu com um participante no GI e um paciente no GC quanto ao cortisol.

De acordo com os resultados da Tabela 4, verifica-se que as mudanças do momento pré para o pós-intervenção não foram significativas no GI, embora se apresentassem significativas no GC. Neste grupo, no momento pré-intervenção, obtiveram-se as seguintes médias para as variáveis cortisol salivar, FP e medos relacionados à cirurgia: 0,39 µg/dL (dp=0,39), 80,32 bpm (dp=15) e 22,5 (dp=18,9), respectivamente. Já no momento pós-intervenção, as médias foram 0,29 µg/dL (dp=0,3), 76,44 bpm (dp=15) e 20,1 (dp=19,6). Assim, houve redução dos valores das variáveis supracitadas do momento pré para o pós-intervenção no GC (Tabela 4).

Dos 50 participantes do estudo, 36 (72%) tiveram as amostras coletadas de forma completa, nos períodos matutino e noturno, com o volume de saliva suficiente para as respectivas análises. Em quatorze indivíduos não foi possível avaliar o ritmo circadiano do cortisol salivar por diferentes motivos: a quantidade de saliva coletada não foi suficiente em 3 pacientes (6%), a coleta do período noturno não foi realizada em 10 pacientes (20%) e um paciente (2%) apresentou contaminação da amostra. De acordo com as especificações do kit utilizado para as análises do cortisol, o valor de referência para o cortisol salivar às 23h em sujeitos normais está entre 0,007 e 0,115 µg/dL. Assim, dos 36 sujeitos avaliados, 15 (41,6%) apresentaram ritmo circadiano e 21 (58,3%) não apresentaram ritmo circadiano do cortisol.

Tabela 4 - Resultados do teste Wilcoxon para medidas repetidas (pré e pós-intervenção) para as variáveis fisiológicas, ansiedade estado e medos relacionados à cirurgia. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015

Grupos	Variáveis	CN*	CP [†]	V [‡]	Postos de Média		Z [§]	p [¶]
					Ordem Negativa	Ordem Positiva		
GC [¶]	Alfa-Amilase Salivar (n=22)	15	7	0	10,93	12,71	-1,218	0,223
	Cortisol salivar (n=23)	17	6	0	12,03	11,92	-2,023	0,043
	Frequência de Pulso (n=25)	15	8	2	13,83	8,56	-2,121	0,034
	Frequência Respiratória (n=25)	5	9	11	9,30	6,50	-0,406	0,684
	Pressão Arterial Sistólica (n=25)	13	8	4	11,35	10,44	-1,114	0,265
	Pressão Arterial Diastólica (n=25)	11	11	3	12,64	10,36	-0,406	0,684
	Ansiedade estado (n=25)	17	8	0	13,50	11,94	-1,817	0,069
	Medos relacionados à cirurgia (n=25)	15	5	5	10,87	9,40	-2,171	0,030
GI ^{**}	Alfa Amilase Salivar (n=23)	11	12	0	12,68	11,38	-0,046	0,964
	Cortisol salivar (n=24)	8	3	0	5,88	6,33	-1,245	0,141
	Frequência de Pulso (n=25)	10	12	3	11,75	11,29	-0,293	0,769
	Frequência Respiratória (n=25)	9	5	11	8,22	6,20	-1,456	0,145
	Pressão Arterial Sistólica (n=25)	8	12	5	8,38	11,92	-1,423	0,155
	Pressão Arterial Diastólica (n=25)	8	14	3	10,31	12,18	-1,435	0,151
	Ansiedade estado (n=25)	11	9	5	11,14	9,72	-0,656	0,512
	Medos relacionados à cirurgia (n=25)	10	10	5	11,60	9,40	-0,411	0,681

*CN - Classificações Negativas; †CP - Classificações Positivas; ‡V - Vínculos; §Z - Estatística Z; ¶p - Nível de significância; ¶ GC - Grupo Controle; ** GI - Grupo Intervenção

Discussão

Neste estudo, foi investigada a eficácia da escuta terapêutica sobre a ansiedade estado e os medos relacionados à cirurgia em pacientes no pré-operatório de cirurgia de câncer colorretal. Outras intervenções não-farmacológicas também já foram testadas quanto à sua eficácia na redução de ansiedade em pacientes com câncer e, nas circunstâncias em que foram realizadas, apresentaram resultados que corroboram com este estudo, uma vez que também não tiveram influência na redução desse sentimento. Um estudo do tipo ensaio clínico randomizado controlado foi realizado com o objetivo de testar a hipótese de que uma abordagem multidisciplinar poderia melhorar a compreensão das informações fornecidas pelo anestesista e, por sua vez, reduzir a ansiedade de mulheres que iriam passar por cirurgia para tratamento de câncer de mama⁽²³⁾. De acordo com os resultados, não houve diferenças significativas entre os grupos avaliados no escore médio de ansiedade antes e após a intervenção testada. No entanto, somente para as pacientes altamente ansiosas (IDATE ≥ 51) a pontuação do IDATE diminuiu significativamente no grupo da abordagem multidisciplinar quando comparado ao grupo que não recebeu essa intervenção ($p=0,024$).

Vale ressaltar que tanto no presente estudo quanto no citado anteriormente⁽²³⁾ as intervenções foram realizadas uma única vez, diferentemente de outros nos quais as intervenções foram realizadas em um período maior de tempo, como por exemplo durante sete dias⁽²⁴⁾ ou três semanas⁽²⁵⁾, obtendo resultados positivos a respeito das intervenções não-farmacológicas testadas. Outro fator a ser levado em consideração é a dinâmica do serviço de atendimento dos pacientes no local onde o estudo foi realizado. Antes de participarem da pesquisa, os pacientes, que apresentaram um escore de ansiedade mediano (Tabela 2), já haviam conversado com a equipe médica sobre o tratamento ao qual seriam submetidos. De acordo com a literatura, a conversa com a equipe médica tem se apresentado como uma estratégia de enfrentamento bastante utilizada por pacientes que se sentem ansiosos em relação ao procedimento cirúrgico a que serão submetidos⁽²⁶⁾. Portanto, é possível que os esclarecimentos oferecidos pela equipe médica possam ter contribuído para os níveis de ansiedade encontrados entre os participantes do estudo.

Quanto aos medos relacionados à cirurgia, em um estudo que teve como objetivo identificar as preocupações mais comuns sobre a anestesia geral durante a clínica anestésica pré-operatória em diferentes configurações de saúde, 88% dos pacientes experimentaram o medo pré-operatório. As principais

causas de seus medos foram o medo da dor pós-operatória (77,3%), o de consciência intraoperatória (73,7%) e o de continuar "dormindo" após a cirurgia (69,5%)⁽²⁷⁾. Excluindo os pacientes que obtiveram valor zero na EMRC, as médias dos escores da EMRC em ambos os grupos do estudo nos momentos pré e pós-intervenção variaram entre 20,1 e 22,5, respectivamente (Tabela 2). Uma possível explicação para esse resultado, de que a escuta terapêutica não tenha se apresentado eficaz para a redução dos medos relacionados à cirurgia dos pacientes, pode ser atribuída ao fato de que o tempo de 30 minutos para a realização da intervenção seguido da coleta dos dados pós-intervenção não tenha sido suficiente para que o paciente, após a reflexão sobre seus medos referentes ao procedimento cirúrgico, restabelecesse seu estado emocional.

De acordo com os resultados deste estudo, no momento pré-intervenção os pacientes apresentaram escores medianos de ansiedade estado e níveis baixos de medos relacionados à cirurgia (Tabela 2). É possível que em pacientes com escores mais elevados a escuta terapêutica possa ter um efeito diferenciado, como relatado em um estudo já citado, no qual a intervenção testada mostrou-se eficaz para a redução da ansiedade apenas em pacientes que apresentaram altos níveis de ansiedade⁽²³⁾.

Há relatos de que a comunicação entre pesquisador e paciente durante os momentos de coleta de dados pode contribuir para a diminuição dos níveis de ansiedade dos pacientes, inclusive em indivíduos de grupos controle⁽²⁸⁾. Acredita-se que a relação estabelecida entre a pesquisadora e os pacientes nesses momentos pode ter contribuído para os dados obtidos no presente estudo, com diminuição das variáveis cortisol salivar, FP e medos relacionados à cirurgia no GC (Tabela 4). No processo de cuidar em enfermagem, é desejável que as ações possam ir além do ato técnico, baseando-se numa relação permanente com o outro, que perpassa o toque, a comunicação, o cuidado físico e o respeito, sendo tais aspectos fundamentais para a promoção do bem-estar do paciente⁽²⁹⁾.

Uma possível justificativa para que o ocorrido no GC não tenha sido observado no GI é que nesse grupo foram discutidas questões que suscitaram reflexão acerca da experiência do paciente em relação à hospitalização para o tratamento da doença, o que pode ter levado o participante da pesquisa a repensar suas preocupações sobre tal situação. Para que se possa auxiliar o paciente no gerenciamento de sentimentos como a ansiedade e o medo, é possível que haja a necessidade de maior tempo para a realização da escuta terapêutica, com um número maior de encontros entre enfermeiro e paciente ou, ainda, que o período de 30 minutos para

a avaliação desses parâmetros possa ser pequeno para o processamento das emoções havidas na interação enfermeiro-paciente, repercutindo nos parâmetros observados na segunda avaliação.

Quanto ao ritmo circadiano do cortisol, há que se levar em consideração que portadores de tumores podem exibir ritmos circadianos quase normais ou marcadamente alterados⁽³⁰⁾. Variações no ritmo circadiano do cortisol em pacientes com câncer colorretal já foram relatadas na literatura⁽³¹⁻³²⁾. Tais variações no ritmo circadiano do cortisol em pacientes com câncer podem ser decorrentes de fatores físicos como a fadiga⁽³³⁾ ou da desregulação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal⁽³⁴⁾, por exemplo. Além disso, devem ser consideradas alterações nos padrões de secreção do cortisol tanto em casos de doenças agudas como crônicas, como resultado, por exemplo, da ação de mediadores inflamatórios⁽³⁵⁾. Assim, as alterações no ritmo circadiano do cortisol de pacientes oncológicos podem ser devidas à própria enfermidade, a qual pode ser a responsável por modificações nos componentes do sistema circadiano⁽³⁶⁾.

Conclusão

O objetivo deste estudo consistiu em avaliar o efeito da escuta terapêutica sobre a ansiedade estado e os medos relacionados à cirurgia em pacientes no pré-operatório hospitalizados para tratamento cirúrgico de câncer colorretal. Nas condições em que foi aplicada e considerando-se o perfil de ansiedade estado e medos relacionados à cirurgia no momento pré-intervenção dos participantes da pesquisa, não foi possível observar redução nos níveis de tais variáveis decorrente da realização da escuta terapêutica, seja por meio dos indicadores fisiológicos ou psicológicos.

No entanto, o contato da pesquisadora com os pacientes do GC para a coleta de dados, quando houve apenas o acolhimento sem o estímulo à reflexão da situação vivenciada (intervenção), pode ter propiciado a redução dos valores das variáveis cortisol salivar, FP e medos relacionados à cirurgia. Dessa forma, na véspera do procedimento cirúrgico, atitudes de atenção e de acolhimento oferecidas pelo enfermeiro ao paciente, neste estudo, sugeriram ter sido eficientes para propiciar a redução das variáveis destacadas.

Um fator a ser levado em consideração foi o tempo de interação com a pesquisadora para a realização da escuta terapêutica, composto do período entre o primeiro momento de coleta de dados (pré-intervenção) e o segundo momento (pós-intervenção), ocasião em que o paciente era convidado a refletir sobre sua situação e expor seus sentimentos e pensamentos.

O tempo de 30 minutos pode ter sido insuficiente para o paciente realizar tais tarefas e restabelecer seu estado emocional, o que pode ter interferido nos resultados das variáveis investigadas e, conseqüentemente, em suas medidas. Possivelmente, um número maior de sessões pudesse apresentar resultados distintos. No entanto, ressalta-se que no contexto pré-operatório em que este estudo foi realizado isso não seria possível, visto que os pacientes eram hospitalizados o mais próximo possível do momento da cirurgia. Em outro contexto, como, por exemplo, em um serviço de atendimento ambulatorial, seria possível ter mais encontros com o paciente.

Além disso, é possível que um período maior do que 30 minutos entre a realização da intervenção e a coleta dos dados pós-intervenção seja capaz de refletir escores menores das variáveis estudadas, pois, tendo um intervalo de tempo maior após a realização da escuta terapêutica, o paciente teria o tempo de processar suas emoções e, assim, a possibilidade de apresentar condições emocionais mais próximas do desejável. Esses aspectos merecem novos estudos.

O presente estudo ressalta a utilização da escuta terapêutica como intervenção de enfermagem em pacientes com câncer colorretal no período pré-operatório, pois o uso dessa intervenção pode possibilitar uma coleta de informações centrada no paciente, visto que a escuta terapêutica busca como centro de suas ações o paciente e não a doença.

Referências

1. Global Burden of Disease 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015 Jan 10;385(9963):117-71. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61682-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61682-2)
2. Medeiros M, Oshima CT, Forones NM. Depression and anxiety in colorectal cancer patients. *J Gastrointest Cancer*. 2010 Sep;41(3):179-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12029-010-9132-5>
3. Santos MA, Rossi LA, Paiva L, Dantas RAS, Pompeo DA, Machado ECB. Measure of anxiety and depression in postoperative patients undergoing elective surgeries. *REE*. [Internet]. 2012 [cited Jul 22, 2017];14(4):922-7. Available from: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a21.pdf
4. Suriano MLF, Lopes DCF, Macedo GPOS, Michel JLM, Barros ABL. Identification of the defining characteristics of fear and anxiety in patients scheduled for gynecological

- surgery. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(spe):928-34. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000700016>
5. Best M, Aldridge L, Butow P, Olver I, Price M, Webster F. Assessment of spiritual suffering in the cancer context: A systematic literature review. *Palliat Support Care.* 2015 Oct;13(5):1335-61. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1478951514001217>
 6. Aviado-Langer J. Measuring preoperative anxiety in patients with breast cancer using the visual analog scale. *Clin J Oncol Nurs.* 2014 Oct;18(5):489-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1188/14.CJON.489-491>
 7. Peters ML, Sommer M, de Rijke JM, Kessels F, Heineman E, Patijn J, et al. Somatic and psychologic predictors of long-term unfavorable outcome after surgical intervention. *Ann Surg.* [Internet]. 2007 [cited Jun 22, 2017];245(3):487-94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1877005/>
 8. Peters ML, Sommer M, Kleef M, Marcus MA. Predictors of physical and emotional recovery 6 and 12 months after surgery. *Br J Surg.* 2010;97(10):1518-27. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.7152>
 9. Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Küffner R. Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol.* 2013 Feb 20;31(6):782-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2011.40.8922>
 10. Traeger L, Greer JA, Fernandez-Robles C, Temel JS, Pirl WF. Evidence-Based Treatment of anxiety in patients with cancer. *J Clin Oncol.* 2012;30(11):1197-205. doi: <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2011.39.5632>
 11. Segre LS, Stasik SM, O'hara MW, Arndt S. Listening visits: an evaluation of the effectiveness and acceptability of a home-based depression treatment. *Psychother Res.* 2010;20(6):712-21. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2010.518636>
 12. Gélinas C, Arbour C, Michaud C, Robar L, Côté J. Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nurs Crit Care.* 2013 Nov;18(6):307-18. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.14785153.2012.00531.x>
 13. Souza RC, Pereira MA, Kantorski LP. Therapeutic listening: an essential instrument in nursing care. *Rev Enferm UERJ.* [Internet]. 2003 [cited Jul 18, 2017];11(1):92-7. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v11n1/v11n1a15.pdf>
 14. Mariutti MG, Furegato ARF, Scatena MCM. A nurse's relationship of help with a women in pre-mastectomy. *REME.* [Internet]. 2007 [cited Jul 20, 2017];11(2):144-8. Available from: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622007000200006&lng=pt&xxlng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 15. Rogers CR. *A way of being.* New York: Mariner Books; 1995.
 16. Fassaert T, van Dulmen S, Schellevis F, Bensing J. Active listening in medical consultations: development of the Active Listening Observation Scale (ALOS-global). *Patient Educ Couns.* [Internet]. 2007 [cited Jul 20, 2017];68(3):258-64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17689042>
 17. Mesquita AC, Carvalho EC. Therapeutic listening as a health intervention strategy: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(6):1127-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000700022>
 18. Beard C, Stason WB, Wang Q, Manola J, Dean-Clower E, Dusek JA et al. Effects of complementary therapies on clinical outcomes in patients being treated with radiation therapy for prostate cancer. *Cancer.* 2011;117(1):96-102. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/cncr.25291>
 19. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE, Vagg PR, Jacobs GA. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1983.
 20. Biaggio AMB, Natalício L, Spielberger CD. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)* de Spielberger. *Arq Bras Psicol apl.* [Internet]. 1977 [cited Jun 20, 2017];29(3):31-44. Available from: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/view/17827>
 21. Pinto PR, McIntyre T, Nogueira-Silva C, Almeida A, Araújo-Soares V. Risk factors for persistent postsurgical pain in women undergoing hysterectomy due to benign causes: a prospective predictive study. *J Pain.* 2012;13(11):1045-57. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2012.07.014>
 22. Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, Windt DA, Knol DL, Dekker J et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol.* [Internet]. 2007 [cited Jun 21, 2017];60(1):34-42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17161752>
 23. Granziera E, Guglieri I, Del Bianco P, Capovilla E, Dona B, Ciccarese AA, et al. A multidisciplinary approach to improve preoperative understanding and reduce anxiety: a randomised study. *Eur J Anaesthesiol.* 2013;30(12):734-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/EJA.0b013e3283652c0c>
 24. Pinar R, Afsar F. Back massage to decrease state anxiety, cortisol level, blood pressure, heart rate and increase sleep quality in family caregivers of patients with Cancer: A Randomised Controlled Trial. *Asian Pac J Cancer Prev.* [Internet]. 2015 [cited Jun 23, 2017];16(18):8127-33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26745049>

25. Charalambous A, Giannakopoulou M, Bozas E, Paikousis L. A randomized controlled trial for the effectiveness of progressive muscle relaxation and guided imagery as anxiety reducing interventions in breast and prostate cancer patients undergoing chemotherapy. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/270876>
26. Aust H, Rüscher D, Schuster M, Sturm T, Brehm F, Nestoriuc Y. Coping strategies in anxious surgical patients. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(250). doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1492-5>
27. Ruhaiyem ME, Alshehri AA, Saade M, Shoabi TA, Zahoor H, Tawfeeq NA. Fear of going under general anesthesia: a cross-sectional study. *Saudi J Anaesth*. 2016;10(3): 317-21. doi: <http://dx.doi.org/10.4103/1658-354X.179094>
28. Erci B, Sezgin S, Kaçmaz Z. The impact of therapeutic relationship on preoperative and postoperative patient anxiety. *Aust J Adv Nurs*. [Internet]. 2008 [cited Jun 24, 2017];26(1):59-66. Available from: http://ajan.com.au/Vol26/26-1v2_Erci.pdf
29. Silva FLF, Oliveira RCC, Sá LD, Lima AS, Oliveira AAV, Collet N. Humanization of nursing care in a hospital environment: the user's perception. *Cienc Cuid Saude*. 2014;13(2):210-18. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v13i2.22015>
30. Mormont MC, Lévi F. Circadian-system alterations during cancer processes: a review. *Int J Cancer*. [Internet]. 1997 [cited Jun 24, 2017];70(2):241-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9009166>
31. Mormont MC, Hecquet B, Bogdan A, Benavides M, Toutou Y, Lévi F. Non-invasive estimation of the circadian rhythm in serum cortisol in patients with ovarian or colorectal cancer. *Int J Cancer*. [Internet]. 1998 [cited Jun 24, 2017];78(4):421-4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9797128>
32. Mussi C, Angelini C, Crippa S, Caprotti R, Fumagalli L, Motta V, Uggeri F. Alteration of hypothalamus-pituitary-adrenal glands axis in colorectal cancer patients. *Hepatogastroenterology*. [Internet]. 2003 [cited Jun 24, 2017];50(2):228-31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/15244187/>
33. Schmidt ME, Semik J, Habermann N, Wiskemann J, Ulrich CM, Steindorf K. Cancer-related fatigue shows a stable association with diurnal cortisol dysregulation in breast cancer patients. *Brain Behav Immun*. 2016 Feb;52(2016):98-105. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2015.10.005>
34. Bränström R, Kvillemo P, Akersted T. Effects of mindfulness training on levels of cortisol in cancer patients. *Psychosomatics*. 2013;54(2):158-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psych.2012.04.007>
35. Gibbison B, Angelini GD, Lightman SL. Dynamic output and control of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in critical illness and major surgery. *Br J Anaesth*. 2013;111(3):347-60. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/bja/aet077>
36. Mormont MC, Langouët AM, Claustrat B, Bogdan A, Marion S, Waterhouse J et al. Marker rhythms of circadian system function: a study of patients with metastatic colorectal cancer and good performance status. *Chronobiol Int*. [Internet]. 2002 [cited Jun 25, 2017];19(1):141-55. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11962672>

Recebido: 06.09.2017

Aceito: 06.05.2018

Correspondência:

Emilia Campos de Carvalho
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Av dos Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: ecdava@eerp.usp.br

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.