

Gabriela da Silva Oliveira

**IMPACTO NOS NÍVEIS DE ANSIEDADE DE ACORDO COM A FORMA DE CONDUÇÃO DE
PACIENTES ONCOLÓGICOS ATÉ O CENTRO CIRÚRGICO: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO
COMPARANDO TRANSPORTE ATRAVÉS DE MACA E DEAMBULAÇÃO.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Oncologia

Orientador: Prof. Dr. Ricardo dos Reis

Barretos, SP

2022

Gabriela da Silva Oliveira

**IMPACTO NOS NÍVEIS DE ANSIEDADE DE ACORDO COM A FORMA DE CONDUÇÃO DE
PACIENTES ONCOLÓGICOS ATÉ O CENTRO CIRÚRGICO: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO
COMPARANDO TRANSPORTE ATRAVÉS DE MACA E DEAMBULAÇÃO.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Oncologia

Orientador: Prof. Dr. Ricardo dos Reis

Barretos, SP

2022

O48i Oliveira, Gabriela da Silva.

Impacto nos níveis de ansiedade de acordo com a forma de condução de pacientes oncológicos até o centro cirúrgico: ensaio clínico randomizado comparando transporte de maca e deambulação. / Gabriela da Silva Oliveira – Barretos, SP 2022.

51 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Fundação Pio XII - Hospital de Câncer de Barretos – Barretos SP, 2022.

Orientador (a): Prof. Dr. Ricardo Reis

1. Ansiedade. 2. Depressão. 3. Câncer. 4. Transporte de paciente. 5. Deambulação.
I. Título.

CDD 616.99



HOSPITAL de
CÂNCER de
BARRETOS

INSTITUTO DE ENSINO & PESQUISA

Rua Antenor Duarte Villela, 1331
Bairro Dr. Paulo Prata
Barretos (SP), Brasil
CEP: 14.784-400
Telefone: +55 (17) 3321-6600

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Gabriela da Silva Oliveira

“IMPACTO NOS NÍVEIS DE ANSIEDADE DE ACORDO COM A FORMA DE CONDUÇÃO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS ATÉ O CENTRO CIRÚRGICO: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO COMPARANDO TRANSPORTE ATRAVÉS DE MACA E DEAMBULAÇÃO.”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Fundação PIA XII – Hospital de Câncer de Barretos para obtenção do Título de Mestre/Doutor em Ciências da Saúde - Área de Concentração: Oncologia

Data da aprovação: 28/01/2022

Banca Examinadora:

Dra. Fabiana Faria Rezende

Instituição: Faculdade Barretos

Dr. André Aparecido da Silva Teles

Instituição: EERP-USP

Dr. Ricardo dos reis

Orientador

Dr. Vinicius Vazquez

Coorientador/Presidente da Banca



www.hospitaldeamor.com.br

Esta dissertação foi elaborada e está apresentada de acordo com as normas da Pós-Graduação do Hospital de Câncer de Barretos – Fundação Pio XII, baseando-se no Regimento do Programa de Pós-Graduação em Oncologia e no Manual de Apresentação de Dissertações e Teses do Hospital de Câncer de Barretos 2020. Os pesquisadores declaram ainda que este trabalho foi realizado em concordância com o Código de Boas Práticas Científicas, não havendo nada em seu conteúdo que possa ser considerado como plágio, fabricação ou falsificação de dados. As opiniões, hipóteses e conclusões ou recomendações expressas neste material são de responsabilidade dos autores e não necessariamente refletem a visão da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos.

Embora o Núcleo de Apoio ao Pesquisador do Hospital de Câncer de Barretos tenha realizado as análises estatísticas e orientado sua interpretação, a descrição da metodologia estatística, a apresentação dos resultados e suas conclusões são da responsabilidade dos pesquisadores envolvidos.

Os pesquisadores declaram não ter qualquer conflito de interesse relacionado a este estudo.

Dedico este trabalho ao meu esposo Thiago, que me incentivou e me deu forças nas horas difíceis, soube compreender a minha ausência e valorizou cada vez mais a minha presença, trazendo cor aos meus dias nublados.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Ricardo dos Reis, por todo carinho, paciência, amizade e ensinamento durante este percurso. Serei eternamente grata pelos sábios ensinamentos, não só acadêmicos, mas profissionais e de vida. Tenho o orgulho, sorte e prazer de chamá-lo de mestre, professor, amigo e pai de coração.

A minha mãe e meu pai, pelo exemplo de vida e educação que me ofereceram.

Ao meu irmão e meu esposo, por toda força e incentivo durante esta árdua caminhada.

Aos amigos que me ampararam durante este percurso, em especial a Gislaine, Paula, Larissa e Maisa, que estiveram sempre ao meu lado me dando apoio, incentivando e me fazendo acreditar na minha capacidade.

Ao Vinicius meu amigo e companheiro de longos anos de trabalho, que me auxiliou nas coletas de dados com todo carinho e dedicação.

A equipe NAP e a equipe da ginecologia oncológica, pela paciência, carinho e compreensão.

Ao Núcleo de Epidemiologia e Bioestatística, em especial ao Marcos, pela paciência e auxílio nas análises de dados.

A equipe do centro cirúrgico e internação cirúrgica, em especial ao Waldemar, que acompanhou todos os pacientes durante o trajeto ao centro cirúrgico.

Aos pacientes que aceitaram participar do estudo.

Aos membros da banca de acompanhamento, qualificação e defesa, Prof. Dr. André Aparecido da Silva Teles, Prof. Dra. Fabiana Faria Rezende e Prof. Dr. Vinicius Vasquez, pelas sugestões e críticas preciosas ao longo da elaboração deste trabalho.

EPÍGRAFE

“A mente que se abre a uma nova ideia, jamais volta ao seu tamanho original.”

Albert Einstein

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Dados gerais do câncer	1
1.2	Impacto emocional do tratamento oncológico	2
1.3	Estratégias para amenizar o impacto emocional causado pelo tratamento oncológico	4
1.4	Estudos avaliando a influência da forma de condução ao centro cirúrgico	6
2	JUSTIFICATIVA	8
3	OBJETIVOS	9
3.1	Objetivo Primário	9
3.2	Objetivo secundário	9
4	MATERIAIS E MÉTODOS	10
4.1	Desenho do estudo	10
4.2	População do estudo	10
4.2.1	Critérios de inclusão	10
4.2.2	Critérios de exclusão	10
4.3	Condução do estudo e medidas metodológicas	10
4.4	Análise estatística	15
4.4.1	Cálculo amostral	16
4.4.2	Plano de armazenamento de dados	16
4.4.3	Randomização	16
4.5	Aspectos éticos	16
4.5.1	Riscos ao participante	17
5	RESULTADOS	18

6	DISCUSSÃO	29
7	CONCLUSÃO	35
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
	ANEXOS	40
	Anexo A - ECOG Performance Status (Grupo de Oncologia <i>Eastern Cooperative, Robert L. Comis, MD</i>) ⁴⁴ .	40
	Anexo B - ESCALA PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA (Adaptada Jonhs Hopkins 2007) ⁴⁵ .	41
	Anexo C - Escala HAD – Avaliação do Nível de Ansiedade e Depressão ⁴⁸ .	44
	Anexo D - Questionário de Avaliação da Satisfação com os Cuidados em Saúde em Cirurgia (Sati-Cir).	46
	Anexo E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	48
	Anexo F – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	52

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Condução ao centro cirúrgico deambulando.	12
Figura 2 -	Condução ao centro cirúrgico de maca.	12
Figura 3 -	Fluxograma de inclusão Parte 1.	14
Figura 4 -	Fluxograma de inclusão Parte 2.	15
Figura 5 -	Consort – Flow Diagram.	18

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características sociodemográficas e clínicas.	20
Tabela 2 -	Características do tumor e dados cirúrgicos.	21
Tabela 3 -	Escala HAD – Avaliação do Nível de Ansiedade e Depressão de acordo com tipo de transporte ao centro cirúrgico.	22
Tabela 4 -	Questionário de Avaliação de Satisfação com os Cuidados em Saúde em Cirurgia (Sati-Cir).	23
Tabela 5 -	Escala HAD – Avaliação do Nível de Ansiedade e Depressão de acordo com sexo.	25
Tabela 6 -	Escala HAD – Avaliação do Nível de Ansiedade e Depressão de acordo com etnia.	25
Tabela 7 -	Escala HAD – Avaliação do Nível de Ansiedade de acordo com grau de escolaridade.	26
Tabela 8 -	Escala HAD – Avaliação do Nível de Depressão de acordo com grau de escolaridade.	26
Tabela 9 -	Escala HAD – Avaliação do Nível de Ansiedade de acordo com o tipo de câncer.	27
Tabela 10 -	Escala HAD – Avaliação do Nível de Depressão de acordo com o tipo de câncer.	28

LISTA DE ABREVIATURAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ECOG	Escala de <i>Performance Status</i>
EMC	Ensino Médio Completo
EMI	Ensino Médio Incompleto
ESC	Ensino Superior Completo
ESI	Ensino Superior Incompleto
ERAS	<i>Enhanced Recovery After Surgery</i>
FC	Fundamental Completo
FI	Fundamental Incompleto
HAD	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HIPAA	<i>Health Insurance Portability and Accountability Act</i>
I	Insatisfeito
IMC	Índice de massa corporal
MI	Muito Insatisfeito
MS	Muito Satisfeito
NAP	Núcleo de Apoio ao Pesquisador
NEB	Núcleo de Epidemiologia e Bioestatística
PG	Pós Graduação
S	Satisfeito
SAEP	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória
Sati-Cir	Questionário de Avaliação de Satisfação com Cuidados em Saúde em Cirurgia
SLE	Sabe ler e Escrever
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNM	Classificação dos tumores malignos
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE SIMBOLOS

%	Porcentagem
<	Menor
A	Alfa
B	Beta
\geq	Maior ou igual
\pm	Mais ou menos
+	Mais
=	Igual

RESUMO

Oliveira GS. *Impacto nos níveis de ansiedade de acordo com a forma de condução de pacientes oncológicos até o centro cirúrgico: ensaio clínico randomizado comparando transporte através de maca e deambulação. Dissertação (Mestrado)*. Barretos: Hospital de Câncer de Barretos; 2022.

OBJETIVO: Determinar os níveis de ansiedade do paciente diagnosticado com câncer de acordo com o tipo de transporte até o centro cirúrgico. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Ensaio clínico randomizado, paralelo, aberto, realizado no Hospital de Câncer de Barretos durante o período de 2019 a 2021. A amostra foi composta por 176 pacientes, sendo 94 pacientes alocados no grupo controle (maca) e 82 no grupo experimental (deambulação). Os pacientes do grupo controle eram encaminhados ao centro cirúrgico de maca e pijama na companhia do familiar, e os pacientes do grupo experimental eram conduzidos ao centro cirúrgico deambulando, com vestimenta própria na companhia do familiar, ambos os grupos foram acompanhados pelo profissional de enfermagem. **RESULTADOS:** Não houve diferença estatística em relação aos sintomas de ansiedade e depressão entre os grupos, 67 pacientes (81,7%) no grupo deambulação não apresentavam sintomas de ansiedade (p-valor 0,621), e 76 pacientes (92,7%) não apresentavam sintomas de depressão (p-valor 0,518). Evidenciamos diferença estatística em relação ao tempo de espera até o momento da cirurgia, onde 75 pacientes (91,5%) estavam muito satisfeitos ou satisfeitos no grupo deambulação (p-valor 0,008). Em relação a vestimenta, 51 pacientes (100,0%) que foram deambulando com a roupa própria estavam muito satisfeitos ou satisfeitos (p-valor 0,001). Quando questionamos a amostra total quanto a forma de escolha de condução ao centro cirúrgico, 124 pacientes (70,5%) escolheriam serem conduzidos ao centro cirúrgico deambulando com roupa própria na companhia de seu familiar (p-valor < 0,001). **CONCLUSÃO:** Concluímos que a forma de condução ao centro cirúrgico não interferiu nos níveis de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos, performance status 0-1 e sem risco de queda, porém os pacientes que foram deambulando apresentaram maior satisfação com relação a condução, tempo que esperou até o momento do procedimento cirúrgico e com a vestimenta.

PALAVRAS CHAVES: Ansiedade, Depressão, Câncer, Pré-operatório, Deambulação, Transporte de paciente.

ABSTRACT

Oliveira GS. *Impact on anxiety levels according to get cancer patients to operating room: randomized clinical trial to compare transport using stretcher and walking*. **Dissertation (Master's degree)**. Barretos: Barretos Cancer Hospital; 2022.

OBJECTIVE: To determine the anxiety levels of cancer patients according to the kind of transport to the operating room. **MATERIALS AND METHODS:** Randomized, parallel, and open clinical trial, carried out at Barretos Cancer Hospital from 2019 to 2021. One hundred seventy-six patients were included in the study, 94 patients at the control group (stretcher) and 82 at the experimental group (ambulation). Patients in the control group were referred to the operating room in a stretcher and wearing pajamas, in a family member accompany, and patients in the experimental group were referred to the operating room walking, wearing their own clothes, also in family's company. A nursing professional accompanied both groups. **RESULTS:** There was no statistical difference regarding symptoms of anxiety and depression between the groups, 67 patients (81.7%) in the ambulation group did not present anxiety symptoms (p-value 0.621), and 76 patients (92.7%) did not present depression symptoms (p-value 0.518). Statistical differences were found in relation to the waiting time to the surgery, 75 patients (91.5%) were very satisfied or satisfied in the ambulation group (p-value 0.008). Regarding the clothes, 51 patients (100.0%) who walked to the operating room with their own clothes were very satisfied or satisfied (p-value 0.001). When patients were asked about their preference of transport to the operating room, 124 patients (70.5%) would choose to walk with their own clothes in family's company (p-value <0.001). **CONCLUSION:** We conclude that the way of referring patients to the operating room did not interfere with the anxiety and depression levels in cancer patients, performance status 0-1 and no risk of falls, however, patients who were walking showed greater satisfaction with driving, waiting time for surgical procedure and with clothing.

KEYWORDS: Anxiety, Depression, Cancer, Preoperative, Walking, Patient transport.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Dados gerais do câncer

De acordo com o Ministério da Saúde, câncer é o nome dado a um conjunto de doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo se espalhar para outras partes do corpo ¹. É considerado um dos principais problemas de saúde pública no mundo e já está entre as quatro principais causas de morte prematura na maioria dos países. Sua incidência e mortalidade vêm aumentando no mundo, em parte pelo envelhecimento, pelo crescimento populacional, como também pela mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco, especialmente aos associados ao desenvolvimento socioeconômico. A mais recente estimativa mundial, ano 2018, aponta que ocorreram no mundo 18 milhões de casos novos de câncer (17 milhões sem contar os casos de câncer de pele não melanoma) e 9,6 milhões de óbitos (9,5 milhões excluindo os cânceres de pele não melanoma) ².

Esta doença pode ser considerada uma doença extremamente agressiva, causando grande impacto na vida do paciente, podendo desenvolver alterações físicas e emocionais como ansiedade e depressão, que são consequências que alguns pacientes apresentam ao diagnóstico e decorrer do tratamento ^{3,4}.

São vários os tipos de tratamento para os mais diversos tipos de câncer, incluindo além da cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, imunoterapia e reabilitação. Alguns tipos de tratamentos trazem inúmeros efeitos colaterais relacionados ao fato de não atingirem exclusivamente as células cancerígenas, dentre eles destacam-se: náuseas, vômitos, alopecia e queimaduras, que debilitam o paciente e abalam o seu estado emocional o que corrobora para a desesperança e o sofrimento do paciente oncológico ⁵.

Um dos pilares do tratamento curativo é a cirurgia para remoção tumoral, e algumas práticas podem ter graves consequências físicas, como por exemplo, a submissão a procedimentos cirúrgicos mutiladores. O medo da intervenção cirúrgica em alguns pacientes é tão grande, que a ansiedade patológica ou pensamentos distorcidos resultam em recusa do tratamento em mais de 5% dos casos ^{6,7}. O procedimento cirúrgico é frequentemente uma experiência difícil para os pacientes e seus familiares, e requer uma série de mobilizações afetivas para lidar com a ansiedade e o estresse da situação. Qualquer ato cirúrgico é

considerado uma situação crítica capaz de despertar comportamentos individuais, influenciada por múltiplos fatores físicos e emocionais ⁸.

1.2 Impacto emocional do tratamento oncológico

A angústia é definida como uma experiência multifatorial desagradável de natureza emocional, psicológica, social ou espiritual que interfere na capacidade de enfrentar o câncer, seus sintomas físicos e seu tratamento ^{9, 10}. E no contexto da oncologia, o sofrimento é multifatorial, pois várias áreas na vida do paciente contribuem para sua experiência de sofrimento, incluindo sintomas físicos, gravidade da doença, tratamento, apoio social e fatores psicológicos como otimismo e estilo de enfrentamento, e além destes fatores, as taxas de sofrimento geralmente variam dependendo da idade, sexo e local do tumor ¹¹.

Pacientes mais jovens e mulheres relatam níveis mais elevados de sofrimento, e indivíduos com câncer de pulmão em comparação com indivíduos com outros diagnósticos de câncer, também apresentam níveis mais elevados de sofrimento. Aproximadamente 43% dos pacientes com câncer de pulmão relatam níveis clinicamente significativos de angústia, em comparação a 33% dos pacientes com câncer de mama e 32% dos pacientes com câncer de cólon ¹²⁻¹⁵.

A cirurgia é um acontecimento crítico, uma realidade muitas vezes abruptamente imposta provocando alterações profundas na vida do paciente e implicações no bem-estar, na saúde, e padrões fundamentais a nível individual e familiar, produzindo mudanças de papéis, causando estresse e ansiedade ao paciente e seus familiares, pelo receio do desconhecido e dúvidas quanto ao processo de recuperação. O paciente cirúrgico apresenta estes sintomas no pré-operatório, independente do grau de complexidade da cirurgia, que são causados pela desinformação sobre os acontecimentos que sucedem, bem como pelas demais situações que a internação hospitalar proporciona ¹⁶⁻¹⁸.

O período pré-operatório envolve uma grande sobrecarga emocional para o doente e para os familiares. Ele se inicia desde o agendamento da cirurgia até o processo de início do procedimento cirúrgico, e durante este período com frequência são encontrados sintomas psicológicos de ansiedade e depressão. O ideal seria que não houvesse preocupações, a não ser aquelas originadas pela própria doença, no entanto, a antecipação da dor, a separação da família, a perda da independência, e o medo da incapacitação além do medo do procedimento

em si e da morte, acabam sendo fatores que com frequência desencadeiam estes sintomas durante este período ¹⁸⁻²⁰.

Assiss *et al.* ²¹ observaram que a ansiedade no pré-operatório estava presente em cerca de 80% dos pacientes adultos que aguardavam algum tipo de cirurgia. Os sintomas de ansiedade se iniciam quando o paciente recebe a notificação de que a cirurgia é necessária, aumentando durante a hospitalização e atingindo seu pico máximo antes da anestesia ²². Frente a isso, é indiscutível que a ansiedade merece adequada atenção da equipe de saúde, pois pode influenciar na resposta do paciente ao tratamento e provocar efeitos negativos em sua recuperação pós-operatória ²³⁻²⁵.

A ansiedade é definida pela Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem como “sentimento vago e incomodo de desconforto ou temor”. É um sentimento de apreensão causado pela antecipação de algo que pode vir acontecer, seja bom ou ruim, um estado emocional temporário de tensão, nervosismo, e medo, e os eventos que provocam ansiedade incluem admissão em ambiente hospitalar, procedimento cirurgico e medo da anestesia ^{26, 27}.

A ansiedade pré-operatória é conhecida por aumentar a liberação de catecolaminas pelo paciente, resultando em um aumento da pressão arterial, frequência cardíaca e arritmia. A avaliação da ansiedade é de suma importância, pois os sintomas e as queixas causados por ela podem interferir na qualidade de vida do paciente. Além disso, a ansiedade é uma condição comum em pacientes com câncer e merece identificação e manejo precoces por parte dos profissionais de saúde. Pacientes com câncer apresentam desafios adicionais relacionados à natureza da doença como o potencial impacto da cirurgia em sua imagem corporal além do impacto dos tratamentos não cirúrgicos, como quimioterapia ou radioterapia em seu bem-estar ²⁸.

Neste contexto, o atendimento centrado no paciente pode ser praticado desenvolvendo atitudes de prestação de cuidados através do olhar do paciente, afim de diminuir o estresse causado por este momento. Através de interações cuidadosas, pode-se descobrir o que é mais importante para eles, e assim os enfermeiros podem evoluir de um paradigma tecnicamente dominante de prestação de cuidados para um paradigma humanístico que se concentra nas necessidades expressas do paciente ²⁹.

1.3 Estratégias para amenizar o impacto emocional causado pelo tratamento oncológico

A educação pré-operatória tem sido usada para melhorar as experiências dos pacientes, fornecendo cuidados de saúde relevantes, informações, habilidades de enfrentamento e apoio psicossocial antes da cirurgia. Comparado com o cuidado normal, a educação pré-operatória pode promover resultados pós-operatórios positivos em grupos mistos de pacientes cirúrgicos ³⁰.

Um ensaio clínico randomizado demonstrou que as informações pré-operatórias para pacientes submetidos à cirurgia de catarata resultou em um menor nível de ansiedade, maior compreensão e satisfação com o seu tratamento ³¹. O período pré-operatório é o momento ideal para que haja o contato entre enfermeiro e paciente, quando o profissional pode, através da visita de enfermagem, passar as informações necessárias sobre o procedimento e promover um preparo emocional eficiente e eficaz do paciente, sendo as informações passadas de vital importância para minimizar o nível de ansiedade do mesmo ³².

A visita de enfermagem pré-operatória faz parte da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória (SAEP). Entre as atividades realizadas pelo enfermeiro destacam-se o esclarecimento e orientações sobre a cirurgia e a minimização da ansiedade, transmitindo informações ao paciente de modo individualizado e com foco nas necessidades apresentadas. Garantindo que seja esclarecido aquilo que o paciente realmente deseja e precisa saber, mantendo uma sequência lógica das orientações de maneira que facilite a capacidade de compreensão ¹⁷.

Uma das estratégias utilizadas para diminuir os níveis de ansiedade e depressão durante o período pré-operatório é o acolhimento, que consiste no fornecimento de informações sobre as condições de saúde, procedimentos realizados e a participação do familiar neste momento através de orientações pré-operatórias ⁸. Em 2005, Blay et al. ³³ realizaram um estudo sobre o efeito da educação pré-operatória nos resultados da colecistectomia laparoscópica e concluíram que os pacientes instruídos apresentaram menor grau de dor, náusea e vômito em comparação com pacientes sem orientação.

A educação pré-operatória através de materiais de mídia como: textos, vídeos, sons, gráficos e animação, associado a um ambiente de aprendizagem, fornece estratégias econômicas que são fáceis de usar e de fácil acesso na educação do paciente e do cuidador. Fontes de multimídia como vídeos, áudios e imagens são combinadas em estratégias de educação pré-operatória e seu uso ajuda a superar barreiras linguísticas, físicas

e culturais, e a atender às diferentes necessidades de aprendizagem. Além disso, também oferece experiências únicas na apresentação de materiais em diferentes formatos e de diferentes perspectivas para os pacientes ²².

As visitas de enfermagem pré-operatórias informativas e de suporte podem fazer com que os pacientes percebam melhor a cirurgia, a anestesia, bem como a reabilitação. Estudos com a educação pré-operatória fornecidas de acordo com as necessidades de aprendizagem dos pacientes ajuda a determinar a quantidade apropriada de informações necessárias para aumentar o nível de conforto dos pacientes, reduzir seu nível de ansiedade e afetar positivamente seus sinais vitais ³⁴⁻³⁶.

Educação cirúrgica pré-operatória para cirurgia oncológica é um parte fundamental do processo de tratamento de um paciente para sua doença. O tratamento do câncer e o tratamento cirúrgico são processos complexos para os pacientes, que pode ser agravado por estresse, medo e ansiedade. A qualidade das informações fornecidas ao paciente depende de uma coordenação cuidadosa entre a equipe multiprofissional, com troca de informações técnicas e comunicação regular entre todas as pessoas da equipe envolvidas no tratamento ^{9, 11, 37}.

Estudos mostram que pacientes acolhidos pelos familiares no pré-operatório reduz significativamente os sintomas de ansiedade, medo e pânico frente aqueles que foram unicamente acompanhados pelos profissionais da saúde. A presença do familiar reduz principalmente o sentimento de ansiedade caracterizado como um sentimento de medo e apreensão do desconhecido, ao contrário do que acontece quando há a presença única do profissional de enfermagem, aumentando os índices de ansiedade em relação aos pacientes que não foram acompanhados por seus familiares. Dessa forma, é possível ver a relação imprescindível entre a presença familiar e a redução da ansiedade num período tão crítico que é o pré-operatório ²¹.

Além disso, aumentar a autonomia do paciente no período pré-operatório pode auxiliar na redução da ansiedade vinculada à realização de um procedimento cirúrgico e pode aumentar a satisfação do mesmo frente ao processo de enfrentamento ³⁸.

O princípio de autonomia do paciente é um dos pilares da bioética. Segundo este conceito, deve ser dado ao paciente o poder de tomar as decisões relacionadas ao seu tratamento. Trata-se de um componente importante da ética médica moderna, que tem recebido bastante interesse na literatura atual, no entanto, a participação do paciente e a sua

vontade de opinar são variáveis de acordo com o meio cultural, social e familiar no qual se encontram inseridos ³⁹.

1.4 Estudos avaliando a influência da forma de condução ao centro cirúrgico

Na maioria dos hospitais, os pacientes são conduzidos para o centro cirúrgico de maca acompanhado pelo técnico de enfermagem ou enfermeiro. Além disso, na maioria dos centros, os pacientes usam um vestuário próprio do hospital. Estudos mostram que a perda do autocontrole e da autonomia do paciente durante este período, combinado com mau contato visual e situação de enfermo comprometem a satisfação e aumentam a ansiedade no período pré-operatório ^{38, 40, 41}.

Kojima *et al.* ⁴¹ realizaram um estudo com pacientes de 15 a 80 anos que seriam submetidos a algum tipo de cirurgia, porém no estudo não foram especificadas as doenças prévias e nem o motivo da cirurgia, focando apenas na forma de condução ao centro cirúrgico: através do uso de maca e através da deambulação. Eles concluíram que os pacientes que foram deambulando sentiram-se mais tranquilos no pré-operatório. O uso da maca os deixava mais ansiosos, angustiados e até mesmo inferiorizados ao conversar com outras pessoas, já que permaneceram deitados e chamaram mais atenção por onde passaram, porém no manuscrito não é referenciado a metodologia empregada de avaliação do impacto emocional.

Nagraj, S *et al.* ³⁸ realizaram um estudo transversal prospectivo em um período de 4 semanas em um único hospital em Londres. Todos os pacientes receberam um questionário antes de ir ao centro cirúrgico com questões relacionadas à preferência dos pacientes por irem deambulando ou serem levados de cadeira de rodas ou maca. A análise foi realizada em relação aos pacientes de acordo com idade, sexo e especialidade cirúrgica. No geral, os pacientes preferiam ir caminhando para o centro cirúrgico, e aqueles que optaram pelo uso de cadeira de rodas e maca, quando questionados porque desta escolha, relataram que estavam preocupados com a falta de dignidade associada a vestimenta do hospital, e alguns dos participantes expressaram ansiedade sobre a possibilidade de sentir-se mal durante o trajeto.

Humphrey, J. A *et al* ⁴² entrevistaram pacientes em um centro de tratamento ortopédico eletivo, os quais foram convidados a responder um questionário de satisfação após a cirurgia referente ao modo como foram conduzidos até o centro cirúrgico. Em seus resultados foi observado que 87% dos pacientes quando questionados, gostariam de serem

conduzidos deambulando até o centro cirúrgico, e os 13% restantes que optaram em serem conduzidos de maca ou de cadeira de rodas, foram submetidos a cirurgia de membros inferiores ou coluna, sendo assim a maioria exigia auxílio para caminhar. Entre os comentários, os principais motivos para a preferência pela deambulação foram que os pacientes sentiam maior controle sobre a situação e mantinham sua independência. Os pacientes que necessitaram de uma cadeira de rodas ou maca, destacaram a idade, o conforto e a mobilidade deficiente como fatores contribuintes para tal escolha.

Keegan-Doody, M.⁴³ et al. realizaram um estudo para determinar a percepção dos pacientes sobre a possibilidade de mudança na prática tradicional de transporte ao centro cirúrgico, dando maior autonomia e oferta de escolha ao paciente, e evidenciaram que 96% dos pacientes preferiram serem conduzidos ao centro cirúrgico deambulando, afirmando que deste modo o processo aparentava ser menos estressante e lhes davam um sentimento de maior controle sobre a situação.

Maharjan e colaboradores⁴⁰ entrevistaram 100 pacientes em um hospital geral a respeito de sua percepção sobre ir ao centro cirúrgico deambulando, destes 100 pacientes apenas dois não quiseram seguir o percurso caminhando, dos 98 pacientes que optaram por caminhar ao centro cirúrgico todos estavam satisfeitos, e 89 não estavam ansiosos, mostrando que é possível mudar o hábito de conduzir os pacientes para a sala de cirurgia, permitindo ir caminhando na companhia de familiares e da enfermagem. O fato de ir deambulando evitou que os pacientes se sentissem enfermos deitados na maca, olhando para o teto.

Tudo isto reflete o estresse causado por esse tipo de transporte, entendendo-se que a deambulação pode reduzir o nível de ansiedade e aumentar a satisfação e independência do paciente. Sendo assim, pacientes com cirurgias eletivas podem caminhar até a sala de cirurgia, respeitando sua autonomia, aumentando sua satisfação, economizando logística, e assim refletindo na grande tendência para os cuidados de saúde no pré-operatório que visa uma melhor recuperação no pós-operatório^{38, 40-43}.

2 JUSTIFICATIVA

- Com a crescente tendência para os cuidados de saúde no pré-operatório, maior autonomia e independência, com o intuito de melhorar os níveis de ansiedade, depressão e satisfação neste período, algumas formas de condução ao centro cirúrgico tem demonstrado, em estudos prévios, um maior conforto e satisfação dos pacientes nesse momento delicado ^{38, 41-43}.
- Atualmente, não existem estudos avaliando os níveis de ansiedade e satisfação dos pacientes conforme o modo de condução ao centro cirúrgico em pacientes oncológicos cirúrgicos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Primário

Determinar os níveis de ansiedade e depressão do paciente diagnosticado com câncer de acordo com o tipo de transporte até o centro cirúrgico.

3.2 Objetivo secundário

Avaliar se o tipo de transporte até o centro cirúrgico influencia no grau de satisfação.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Ensaio clínico randomizado, aberto e paralelo.

4.2 População do estudo

4.2.1 Critérios de inclusão

- Pacientes diagnosticados com câncer
- Idade entre 18 anos e 70 anos
- Ambos os sexos
- Classificados em *performance status* 0 e 1 (ANEXO A)⁴⁴
- Pacientes que sejam classificados em Risco Zero ou Baixo Risco pela escala de avaliação de risco de quedas (ANEXO B)⁴⁵
- Indicação de cirurgia eletiva

4.2.2 Critérios de exclusão

- Pacientes que momentos antes da cirurgia apresentaram algum evento adverso que possa pôr em risco a deambulação até o centro cirúrgico
- Deficiência física ou necessidade de auxílio para deambular
- Indicação de leito na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no pós-operatório
- Transtornos psiquiátricos previamente diagnosticados (depressão grave, transtorno de ansiedade, pânico, dentre outros)
- Pacientes que não apresentaram um acompanhante no dia da cirurgia
- Uso de medicações ansiolíticas e antidepressivas

4.3 Condução do estudo e medidas metodológicas

Foi confeccionado um roteiro de coleta de dados na plataforma de dados REDCap ⁴⁶. Nela, coletamos dados sociodemográficos como: data de admissão, data de nascimento, peso, altura, sexo, grupo étnico, nível socioeconômico, escolaridade. Utilizamos o documento fonte

(prontuário) para informações como: classificação dos tumores malignos (TNM), classificação da *performance status*⁴⁴ (ANEXO A) de acordo com as comorbidades, classificação da escala de risco de queda ⁴⁵ (ANEXO B), que é realizada no momento da avaliação de possível elegibilidade para o presente estudo através dos dados obtidos em documento fonte, medicamentos em uso, antecedentes cirúrgicos, o tipo e o local da neoplasia, data da cirurgia, via de acesso da cirurgia, tempo de internação após o procedimento.

Todos os pacientes que se encontraram na recepção da unidade de internação cirúrgica aguardando o momento do procedimento cirúrgico, e que preencheram os critérios de inclusão foram elegíveis para o estudo.

A checagem dos critérios de inclusão e exclusão foi realizada através do documento fonte (prontuário). Através da evolução médica e ficha de avaliação pré-anestésica foi possível identificar idade, classificação de *performance status* ⁴⁴ (ANEXO A), fatores de risco para quedas (ANEXO B), deficiência física, medicações diárias, entre outras informações necessárias e julgadas como pertinentes para a inclusão do paciente e realização da randomização.

Preenchendo todos os critérios de elegibilidade, o paciente foi randomizado de forma aleatória através da plataforma REDCap⁴⁶. Após a randomização, realizou-se a orientação do profissional de enfermagem (maqueiro) que o conduziria até o centro cirúrgico, com a informação quanto o grupo no qual ele foi alocado. O paciente não foi informado a respeito da forma de condução ao centro cirúrgico, a fim de não o induzir durante a realização dos questionários. Sendo assim, o paciente foi informado do protocolo de pesquisa apenas após o trajeto ao centro cirúrgico e realização dos questionários.

O grupo 1 (maca) foi acolhido em seu quarto por um técnico de enfermagem, um familiar e pelo maqueiro que o levaram deitado em uma maca até o centro cirúrgico, acompanhado de seu familiar, onde foi recebido por um profissional de enfermagem que realizou os procedimentos padrões de centro cirúrgico. Já o grupo 2 (deambulação) saiu da recepção da unidade de internação cirúrgica e foi ao centro cirúrgico deambulando junto a um familiar e o maqueiro que o acompanhou durante o percurso. Os pacientes randomizados para o grupo maca foram conduzidos ao centro cirúrgico com a roupa hospitalar (Figura 1), já os pacientes randomizados para o grupo deambulação, foram conduzidos ao centro cirúrgico com roupa própria (Figura 2).



Figura 1 - Condução ao centro cirúrgico deambulando (arquivo pessoal)



Figura 2 - Condução ao centro cirúrgico de maca (arquivo pessoal)

Ao adentrar o centro cirúrgico, ambos os pacientes do grupo maca e deambulação responderam ao questionário escala HAD – avaliação do nível de ansiedade e depressão, de fácil manuseio e rápida execução, desenvolvida para detectar estados de ansiedade e depressão em pacientes fisicamente doentes. A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) possui 14 itens, dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade e sete para

a depressão. Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala, sendo adotado como pontos de corte: HAD-ansiedade: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade ≥ 9 ; HAD-depressão: sem depressão de 0 a 8, com depressão ≥ 9 ⁴⁷⁻⁴⁹ (ANEXO C), e ao Questionário de Avaliação da Satisfação com os Cuidados em Saúde em Cirurgia (Sati-Cir) (ANEXO D), questionário este desenvolvido para o presente estudo a fim de avaliar a satisfação do paciente em relação aos cuidados recebidos no hospital, e avaliar a satisfação com a forma de condução do mesmo até o centro cirúrgico.

O desenvolvimento deste questionário foi dividido em quatro etapas: busca ativa na literatura; montagem das questões; análise do comitê de especialistas; versão final do questionário.

Etapa 1: Busca ativa na literatura – Foi realizada busca ativa na literatura a fim de encontrar questionários que avaliassem satisfação com os serviços hospitalares, para utilizarmos como base para o desenvolvimento do inquérito a fim de avaliar as necessidades de nossa instituição.

Etapa 2: Montagem das questões – Após a realização da busca ativa na literatura, um compilado de 40 questões foi realizado, baseadas nas demandas de nossa instituição.

Etapa 3: Análise do Comitê de Especialistas – Enviamos o compilado de questões a um comitê de 10 especialistas, pesquisadores com experiência no uso de questionários, e eles opinaram em relação às melhores questões.

Etapa 4: Versão final do questionário – Após tabular a opinião do comitê de especialistas e identificar as questões apontadas por eles, chegando ao final de 14 questões contidas em nosso questionário. A criação deste questionário ocorreu devido à escassez de questionários que avaliem a satisfação do paciente com os serviços de saúde prestados.

A aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO E) foi realizada após o transporte e aplicação dos questionários no centro cirúrgico como orientação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para que não ocorresse um viés do participante na forma em que ele responderia os questionários, a fim de não o induzir a acreditar que ser levado ao centro cirúrgico deambulando fosse mais confortável e provocasse mais satisfação.

Ambos os questionários foram utilizados para avaliar os achados quanto às alterações emocionais, grau de ansiedade e satisfação vividas pelo paciente naquele momento, os questionários poderiam ser autoaplicáveis, porém para otimização do tempo, eles foram

aplicados pelo mesmo colaborador do Núcleo de Apoio ao Pesquisador, o que não invalidou as respostas em nenhum dos dois questionários.

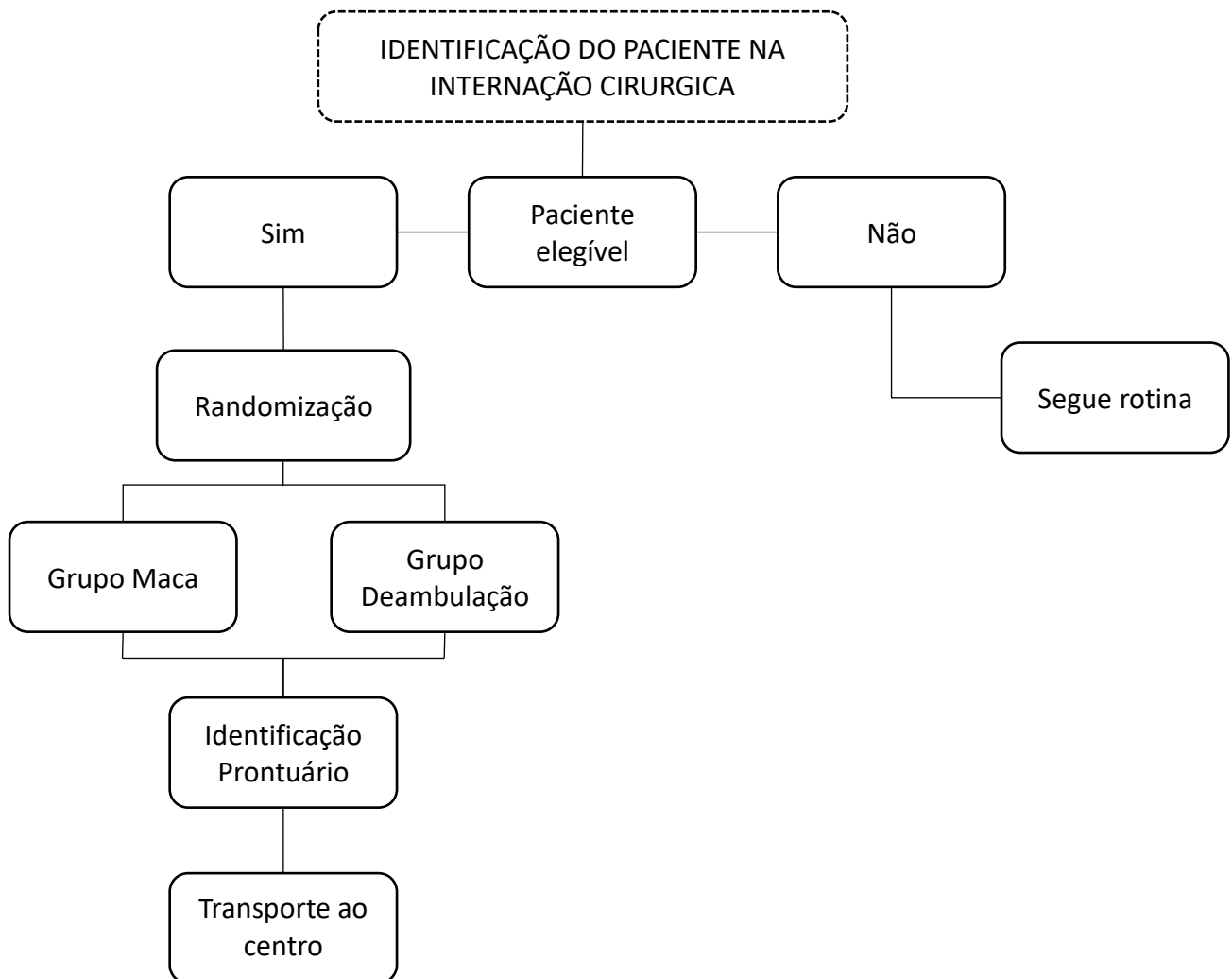


FIGURA 3 - Fluxograma de inclusão parte 1.

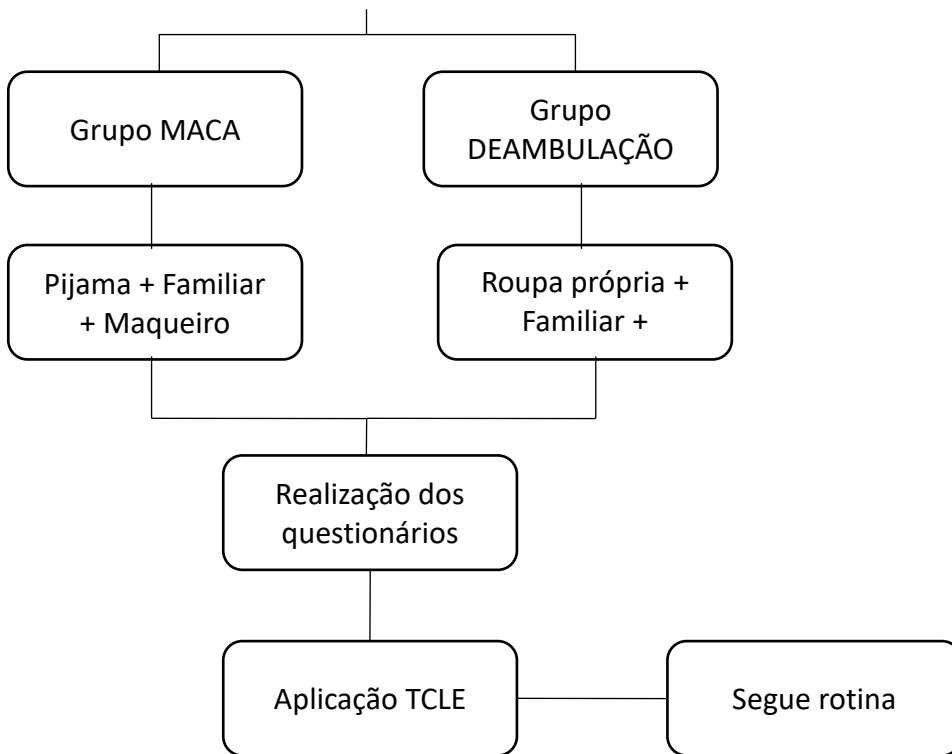


FIGURA 4 - Fluxograma de inclusão parte 2.

4.4 Análise estatística

Para a análise estatística foram descritos os dados de nossa amostra através de medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio padrão e quartis) para todas as variáveis do tipo quantitativo. Já para as variáveis do tipo qualitativo, foram utilizadas tabelas contendo os valores absolutos e relativos de cada categoria das variáveis. Com a finalidade de observar a diferença entre os grupos de estudo (Maca x Deambulando) em relação à repercussão emocional, grau de satisfação e ansiedade, foram utilizados testes estatísticos considerando a significância de 0,05. Para as variáveis quantitativas aplicamos o Teste de Mann-Whitney. Já para as variáveis categóricas, empregamos os testes Qui-Quadrado ou Exato de Fisher, dependendo das características dos dados. Para tais análises, utilizamos o *software* SPSS versão 27, e o auxílio do Núcleo de Epidemiologia e Bioestatística (NEB) do Hospital de Câncer de Barretos.

4.4.1 Cálculo amostral

Foi realizado o cálculo amostral para comparação de proporções com base nos resultados encontrados por Kojima et al ⁴¹. Considerando um erro α de 0,05 e um poder $1 - \beta$ de 0,80 chegou-se a um tamanho amostral de 176 pacientes, sendo 88 pacientes alocados no grupo maca, e 88 pacientes alocados para o grupo deambulação. As coletas de dados ocorreram no período de janeiro de 2019 a agosto de 2021 no Hospital de Câncer de Barretos.

4.4.2 Plano de armazenamento de dados

Os dados foram armazenados na Plataforma REDCap. A plataforma REDCap está entre as melhores plataformas de coleta, gerenciamento e armazenamento de dados para pesquisa e estudos multi institucionais. Está de acordo com as leis Americanas de proteção de dados de pacientes, HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act*). Além da segurança de armazenamento e gerenciamento de dados, os dados de pesquisa ficam armazenados no próprio servidor da instituição ⁴⁶.

4.4.3 Randomização

A randomização foi gerada através da plataforma – REDCap ⁴⁶ - criando uma lista aleatória de entrada no estudo, separando em grupo 1 - controle (pacientes que foram transportados ao centro cirúrgico pelo método tradicional, ou seja, de maca) e grupo 2 - experimental (pacientes que foram deambulando até o centro cirúrgico), ambos os grupos acompanhados por seus familiares e o profissional de enfermagem (maqueiro). Desta forma, todos os pacientes tiveram chances iguais de serem incluídos nos dois grupos.

4.5 Aspectos éticos

Este projeto está de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde) e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital de Câncer de Barretos com número do CAAE: 82010218.2.0000.5437 e todos os pacientes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido para participação no estudo (ANEXO E). O projeto foi registrado no *Clinical trials: Barretos Cancer Hospital Protocol Record 1527/2018*.

4.5.1 Riscos ao participante

Em relação aos riscos ao participante de pesquisa, há o risco de quebra da confidencialidade de dados entre os membros do estudo, mas este foi evitado ao máximo, assim como o risco mínimo de quedas, já que um grupo em específico foi conduzido ao centro cirúrgico deambulando. E para minimizar estes riscos, realizamos a escala de risco de quedas utilizada na rotina hospitalar, não expondo nenhum paciente à intercorrências.

5 RESULTADOS

Foram incluídos 176 pacientes, randomizados aleatoriamente através da plataforma REDCap, sendo 88 pacientes alocados no grupo maca e 88 pacientes alocados no grupo deambulação. Devido à dificuldade de logística, 30 pacientes não seguiram à randomização, porém foram avaliados os níveis de ansiedade e satisfação da mesma forma. Sendo assim 94 pacientes foram conduzidos até o centro cirúrgico de maca, e 82 pacientes conduzidos até o centro cirúrgico deambulando, conforme apresentado na figura 2 abaixo.

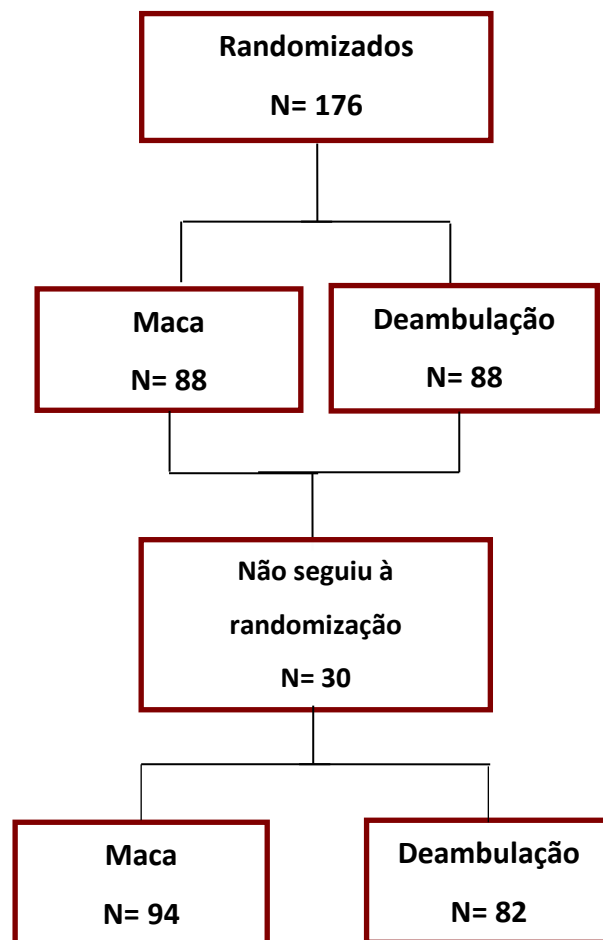


FIGURA 5 - Consort – Flow Diagram ⁵⁰.

As características sociodemográficas, clínicas, do tumor e dados cirúrgicos estão demonstradas nas tabelas 1 e 2. Casos com valores ignorados foram excluídos da análise. Entre os pacientes incluídos no grupo deambulação, 62 (75,6%) eram mulheres e 20 (24,4%) eram homens, e no grupo maca 61 (64,9%) eram mulheres e 33 (35,1%) eram homens (p-valor 0,122), a mediana de idade dos pacientes era de 44,93 anos (26,30-68,41) no grupo deambulação e 50,65 anos (20,42-69,91) no grupo maca (p-valor 0,048). Com relação à etnia no grupo deambulação, 62 (78,5%) possuíam etnia autodeclarada branca e 17 (21,5%) etnia autodeclarada como não branca, enquanto no grupo maca 70 (76,1%) possuíam etnia autodeclarada branca e 22 (23,9%) etnia autodeclarada não branca (p-valor 0,710). Quanto a escolaridade, no grupo deambulação 34 (44,2%) possuíam ensino médio ou técnico completo ou ensino superior incompleto, e no grupo maca 30 (34,1%) possuíam ensino médio ou técnico completo ou ensino superior incompleto (p-valor 0,142). No grupo deambulação 70 (85,4%) possuíam *Performance Status 0*, e 12 (14,6%) possuíam *Performance Status 1*, já no grupo maca 81 (86,2%) possuíam *Performance Status 0*, e 13 (13,8%) possuíam *Performance Status 1* (p-valor 0,879). No grupo deambulação 59 (72,0%) foram considerados sem risco para quedas, e no grupo maca 61 (64,9%) foram considerados sem risco para quedas (p-valor 0,316).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas.

Variável	Categoria	Maca (94)	Deambulação (82)	Total	P-valor
		Mediana (Min-Max) N* (%)	Mediana (Min-Max) N* (%)		
Idade	Anos	50,65 (20,42-69,91)	44,93 (26,30-68,41)	176 (100%)	0,048
IMC	Kg/m ²	27,41(16,53-54,70)	26,85 (19,82-40,41)		0,687
Etnia	Branco	70 (76,1%)	62 (78,5%)	132 (77,2%)	0,710
	Não Branco	22 (23,9%)	17 (21,5%)	39 (22,8%)	
Sexo	Masculino	33 (35,1%)	20 (24,4%)	53 (30,1%)	0,122
	Feminino	61 (64,9%)	62 (75,6%)	123 (69,9%)	
Escolaridade	Analfabeto	1 (1,1%)	2 (2,6%)	3 (1,8%)	0,142
	SLE / FI	24 (27,3%)	16 (20,8%)	40 (24,2%)	
	FC / EMI	18 (20,5%)	7 (9,1%)	25 (15,2%)	
	EMC / ESI	30 (34,1%)	34 (44,2%)	64 (38,8%)	
	ESC / PG	15 (17,0%)	18 (23,4%)	33 (20,0%)	
ECOG	PS 0	81 (86,2%)	70 (85,4%)	151 (85,8%)	0,879
	PS 1	13 (13,8%)	12 (14,6%)	25 (14,2%)	
Risco de quedas	Sem Risco	61 (64,9%)	59 (72,0%)	120 (68,2%)	0,316
	Baixo Risco	33 (35,1%)	23 (28,0%)	56 (31,8%)	

(*) Casos com valores ignorados foram excluídos da análise

IMC: Índice de massa corporal

SLE = Sabe Ler e Escrever / FI = Fundamental Incompleto

FC = Fundamental Completo / EMI = Ensino Médio Incompleto

EMC = Ensino Médio Completo / ESI = Superior Incompleto

ESC = Superior Completo / PG = Pós-graduação

ECOG = Escala de Performance Status

PS 0 = Atividade normal

PS 1 = Sintomas da doença, mas deambula e leva o dia a dia normal

O tipo de câncer mais frequentemente encontrado em ambos os grupos foi de mama, 28 (34,1%) no grupo deambulação e 32 (34,0%) pacientes no grupo maca (p-valor 0,461). O estadiamento clínico mais frequentemente encontrado no grupo deambulação foram I e III, ambos com 14 pacientes (29,2%), já no grupo maca o estadiamento mais encontrado foi II, com 19 pacientes (33,9%) (p-valor 0,566). A via de acesso cirúrgico laparotômica foi empregada em 67 pacientes (82,7%) no grupo deambulação e 72 pacientes (78,3%) no grupo maca (p-valor 0,740). A mediana de procedimentos cirúrgicos realizados previamente por cada paciente foi de 2 em ambos os grupos, variando de 1 a 7 (p-valor 0,391).

Tabela 2 - Características do tumor e dados cirúrgicos.

<i>Variável</i>	<i>Categoria</i>	<i>Maca (94)</i>	<i>Deambulação (82)</i>	<i>Total</i>	<i>P-valor</i>
		<i>Mediana (Min-Max)</i> N* (%)	<i>Mediana (Min-Max)</i> N* (%)		
<i>Tipo de câncer</i>	Mama	32 (34,0%)	28 (34,1%)	60 (34,1%)	0,461
	Ovário	3 (3,2%)	4 (4,9%)	7 (4,0%)	
	Colo do útero	5 (5,3 %)	1 (1,2%)	6 (3,4%)	
	Endométrio	0 (0,0%)	1 (1,2%)	1 (0,6%)	
	Cabeça e Pescoço	6 (6,4%)	7 (8,5%)	13 (7,4%)	
	Próstata	6 (6,4%)	4 (4,9%)	10 (5,7%)	
	Geniturinário	11 (11,7%)	3 (3,7%)	14 (8,0%)	
	Gastrointestinal	2 (2,1%)	3 (3,7%)	5 (2,8%)	
	Pele não melanoma	5 (5,3%)	9 (11,0%)	14 (8,0%)	
	Melanoma	3 (3,4%)	3 (3,7%)	6 (3,4%)	
	Outros	21 (22,3%)	19 (23,2%)	40 (22,7%)	
<i>Estadiamento Clínico</i>	I	12 (21,4%)	14 (29,2%)	26 (25,0%)	0,566
	II	19 (33,9%)	11 (22,9%)	30 (28,8%)	
	III	17 (30,4%)	14 (29,2%)	31 (29,8%)	
	IV	8 (14,3%)	9 (18,8%)	17 (16,3%)	
<i>Acesso cirúrgico</i>	Laparotômica	72 (78,3%)	67 (82,7%)	139 (80,3%)	0,740
	Laparoscópica	18 (19,6%)	12 (14,8%)	30 (17,3%)	
	Robótica	2 (2,2%)	2 (2,5%)	4 (2,3%)	
<i>Mediana de procedimentos cirúrgicos por paciente</i>	Procedimentos cirúrgicos prévios por paciente	2 (1-5)	2 (1-7)		0,391

(*) Casos com valores ignorados foram excluídos da análise

Os dados da avaliação do nível de ansiedade e depressão (escala HAD) de acordo com o tipo de transporte ao centro cirúrgico estão demonstradas na tabela 3. Não foram encontradas diferenças estatísticas nos níveis de ansiedade e depressão entre os grupos. No grupo deambulação, 67 pacientes (81,7%) não apresentavam sinais de ansiedade e 15 pacientes (18,3%) se encontravam ansiosos. Já no grupo maca, 74 pacientes (78,7%) não apresentavam sintomas de ansiedade e 20 pacientes (21,3%) se encontravam ansiosos (p-valor 0,621). Com relação a avaliação dos níveis de depressão, 76 pacientes (92,7%) no grupo deambulação não apresentavam sinais de depressão e 6 pacientes (7,3%) se encontravam com critérios para depressão. No grupo maca, 90 pacientes (95,7%) não apresentavam

sintomas de depressão e 4 pacientes (4,3%) apresentavam sintomas de depressão (p-valor 0,518).

Tabela 3 - Escala HAD – Avaliação do Nível de Ansiedade e Depressão de acordo com tipo de transporte ao centro cirúrgico.

<i>Variável</i>	<i>Maca (94)</i>	<i>Deambulação (82)</i>	<i>Total</i>	<i>P-valor</i>
	<i>N* (%)</i>	<i>N* (%)</i>		
<i>Sem ansiedade (0 a 8)</i>	74 (78,7%)	67 (81,7%)	141 (80,1%)	0,621
<i>Com ansiedade ≥ 9</i>	20 (21,3%)	15 (18,3%)	35 (19,9%)	
<i>Sem depressão (0 a 8)</i>	90 (95,7%)	76 (92,7%)	166 (94,3%)	0,518
<i>Com depressão ≥ 9</i>	4 (4,3%)	6 (7,3%)	10 (5,7%)	

(*) Casos com valores ignorados foram excluídos da análise

Os dados do Questionário de Avaliação da Satisfação com os Cuidados em Saúde em Cirurgia (Sati-Cir) estão demonstrados na tabela 4. Referente a forma de condução ao centro cirúrgico, foi encontrada diferença estatística em relação ao tempo de espera até o momento da cirurgia, onde 75 pacientes (91,5%) do grupo deambulação estavam muito satisfeitos ou satisfeitos, 3 pacientes (3,7%) estavam indiferentes, e 4 pacientes (4,9%) estavam insatisfeitos ou muito insatisfeitos. No grupo maca 70 pacientes (74,5%) estavam muito satisfeitos ou satisfeitos, 16 pacientes (17,0%) estavam indiferentes, e 8 pacientes (8,5%) estavam insatisfeitos ou muito insatisfeitos (p-valor 0,008). Houve diferença também em relação a satisfação com a vestimenta de condução até o centro cirúrgico, 51 pacientes (100,0%) que foram deambulando com a roupa própria estavam muito satisfeitos ou satisfeitos, entretanto no grupo maca, 49 pacientes (79,0%) estavam muito satisfeitos ou satisfeitos com a vestimenta (p-valor 0,001).

Quando questionados sobre a opção de escolha da forma de condução ao centro cirúrgico, no grupo deambulação, 80 pacientes (97,6%) optariam pela condução ao centro cirúrgico caminhando, 1 paciente (1,2%) escolheria ser transportado de maca e 1 paciente (1,2%) escolheria ser transportado de cadeira de rodas. Já no grupo maca, 44 pacientes (46,8%) optariam pela condução ao centro cirúrgico caminhando, 49 pacientes (52,1%) escolheriam ser transportado de maca e 1 paciente (1,1%) escolheria ser transportado de

cadeira de rodas (p-valor <0,001). Não houve diferença estatística nos demais itens do questionário.

Tabela 4 - Questionário de Avaliação da Satisfação com os Cuidados em Saúde em Cirurgia (Sati-Cir).

Variável	Categoria	Maca (94)	Deambulação (82)	Total	P-valor
		N* (%)	N* (%)		
Qual seu grau de satisfação em relação ao esclarecimento de dúvidas sobre sua doença?	MS / S	85 (90,4%)	78 (95,1%)	163 (92,6%)	0,306
	Indiferente	2 (2,1%)	2 (2,4%)	4 (2,3%)	
	I / MI	7 (7,4%)	2 (2,4%)	9 (5,1%)	
Qual seu grau de satisfação em relação a sua participação nas decisões relacionadas ao seu tratamento?	MS / S	92 (97,9%)	81 (98,8%)	173 (98,3%)	1,000
	Indiferente	2 (2,1%)	1 (1,2%)	3 (1,7%)	
	I / MI	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Qual seu grau de satisfação em relação as oportunidades que a equipe lhe dá para fazer perguntas?	MS / S	92 (97,9%)	81 (98,8%)	173 (98,3%)	0,349
	Indiferente	2 (2,1%)	0 (0,0%)	2 (1,1%)	
	I / MI	0 (0,0%)	1 (1,2%)	1 (0,6%)	
Qual seu grau de satisfação em relação à forma que consegue uma informação quando pede uma?	MS / S	91 (96,8%)	80 (97,6%)	171 (97,2%)	0,511
	Indiferente	2 (2,1%)	0 (0,0%)	2 (1,1%)	
	I / MI	1 (1,1%)	2 (2,4%)	3 (1,7%)	
Qual seu grau de satisfação em relação aos cuidados da equipe de enfermagem para preservar sua privacidade?	MS / S	93 (98,9%)	82 (100,0%)	175 (99,4%)	1,000
	Indiferente	1 (1,1%)	0 (0,0%)	1 (0,6%)	
	I / MI	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Qual seu grau de satisfação em relação ao tempo que esperou até ser internado?	MS / S	76 (80,9%)	65 (79,3%)	141 (80,1%)	0,481
	Indiferente	7 (7,4%)	10 (12,2%)	17 (9,7%)	
	I / MI	11 (11,7%)	7 (8,5%)	18 (10,2%)	
Qual seu grau de satisfação em relação ao tempo que esperou até o momento da cirurgia?	MS / S	70 (74,5%)	75 (91,5%)	145 (82,4%)	0,008
	Indiferente	16 (17,0%)	3 (3,7%)	19 (10,8%)	
	I / MI	8 (8,5%)	4 (4,9%)	12 (6,8%)	
Qual seu grau de satisfação em relação com a forma como foi conduzido até o centro cirúrgico?	MS / S	89 (94,7%)	81 (98,8%)	170 (96,6%)	0,374
	Indiferente	4 (4,3%)	1 (1,2%)	5 (2,8%)	
	I / MI	1 (1,1%)	0 (0,0%)	1 (0,6%)	

Continua na próxima página

Tabela 4 (continuação)

Tabela 4 - Questionário de Avaliação da Satisfação com os Cuidados em Saúde em Cirurgia (Sati-Cir).

Variável	Categoria	Maca (94)	Deambulação (82)	Total	P-valor
		N* (%)	N* (%)		
Qual o seu grau de satisfação em relação a vestimenta que você foi conduzido ao centro cirúrgico?	MS / S	49 (79,0%)	51 (100,0%)	100 (88,5%)	0,001
	Indiferente	7 (11,3%)	0 (0,0%)	7 (6,2%)	
	I / MI	6 (9,7%)	0 (0,0%)	6 (5,3%)	
Você achou que sua dignidade foi preservada em relação a vestimenta que você foi conduzido até o centro cirúrgico?	Sim	59 (95,2%)	51 (100%)	110 (97,3%)	0,250
	Não	3 (4,8%)	0 (0,0%)	3 (2,7%)	
Você achou que sua autonomia foi preservada em relação ao modo como você foi conduzido até o centro cirúrgico?	Sim	90 (95,7%)	82 (100%)	172 (97,7%)	0,124
	Não	4 (4,3%)	0 (0,0%)	4 (2,3%)	
Se você pudesse escolher a forma de ser conduzido até o centro cirúrgico, qual seria?	Maca	49 (52,1%)	1 (1,2%)	50 (28,4%)	< 0,001
	Cadeira de rodas	1 (1,1%)	1 (1,2%)	2 (1,1%)	
	Caminhando	44 (46,8%)	80 (97,6%)	124 (70,5%)	

MS = Muito Satisfeito / S = Satisfeito

I = Insatisfeito / MI = Muito Insatisfeito

Os dados da avaliação dos níveis de ansiedade e depressão (escala HAD) de acordo com o sexo estão demonstrados na tabela 5. Em relação a presença de sinais de ansiedade, 97 mulheres (68,8%) e 44 homens (31,2%) não apresentavam sinais de ansiedade, enquanto 26 mulheres (74,3%) e 9 homens (25,7%) apresentavam sinais de ansiedade, essa diferença não apresentou significância estatística (p-valor 0,526). Já na avaliação de depressão, 116 mulheres (69,9%) e 50 homens (30,1%) não apresentavam sinais de depressão, enquanto 7 mulheres (70,0%) e 3 homens (30,0%) apresentavam sinais de depressão (p-valor 0,994).

Tabela 5 - Escala HAD – Avaliação do Nível de Ansiedade e Depressão de acordo com sexo.

<i>Variável</i>	<i>Feminino (123)</i>	<i>Masculino (53)</i>	<i>Total</i>	<i>P-valor</i>
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>		
<i>Sem ansiedade (0 a 8)</i>	97 (68,8%)	44 (31,2%)	141 (100%)	0,526
<i>Com ansiedade ≥ 9</i>	26 (74,3%)	9 (25,7%)	35 (100%)	
<i>Sem depressão (0 a 8)</i>	116 (69,9%)	50 (30,1%)	166 (100%)	0,994
<i>Com depressão ≥ 9</i>	7 (70,0%)	3 (30,0%)	10 (100%)	

(*) Casos com valores ignorados foram excluídos da análise

Os dados da avaliação dos níveis de ansiedade e depressão (escala HAD) de acordo com a etnia estão descritos na tabela 6. Nos dados apresentados, 104 pacientes (75,9%) autodeclarados brancos e 33 pacientes (24,1%) autodeclarados não brancos não apresentavam sinais de ansiedade. Entretanto, 28 pacientes (82,4%) autodeclarados brancos e 6 pacientes (17,6%) autodeclarados não brancos apresentavam sinais de ansiedade, essa diferença não foi significativa (p-valor 0,423). Na avaliação para sintomas de depressão também não foi encontrada diferença estatística comparando os grupos. Sinais de depressão não foram evidenciados em 124 pacientes (76,5%) no grupo autodeclarado branco e em 38 pacientes (23,5%) no grupo autodeclarado não branco. Entretanto, sinais de depressão estavam presentes em 8 pacientes (88,9%) dos autodeclarados brancos e 1 (11,1%) dos autodeclarados não brancos (p-valor 0,686).

Tabela 6 - Escala HAD – Avaliação do Nível de Ansiedade e Depressão de acordo com cor da pele autodeclarada.

<i>Variável</i>	<i>Branco (132)</i>	<i>Não branco (39)</i>	<i>Total</i>	<i>P-valor</i>
	<i>N (%)</i>	<i>N* (%)</i>		
<i>Sem ansiedade (0 a 8)</i>	104 (75,9%)	33 (24,1%)	137 (100%)	0,423
<i>Com ansiedade ≥ 9</i>	28 (82,4%)	6 (17,6%)	34 (100%)	
<i>Sem depressão (0 a 8)</i>	124 (76,5%)	38 (23,5%)	162 (100%)	0,686
<i>Com depressão ≥ 9</i>	8 (88,9%)	1 (11,1%)	9 (100%)	

(*) Casos com valores ignorados foram excluídos da análise.

Os dados da avaliação dos níveis de ansiedade (escala HAD) de acordo com grau de escolaridade estão descritos na tabela 7. O grupo de escolaridade mais frequentemente relacionado a sintomas de ansiedade foi o de ensino fundamental completo / médio ou

técnico incompletos, onde 7 pacientes (28,0%) apresentavam sintomas de ansiedade e 18 pacientes (72%) não apresentavam sintomas de ansiedade. Não houve diferença estatística entre os grupos em relação a presença ou não de ansiedade de acordo com o grau de escolaridade (p-valor 0,648).

Tabela 7 - Escala HAD – Avaliação do Nível de Ansiedade e Depressão de acordo com grau de escolaridade.

<i>Variável</i>	<i>Sem ansiedade ≤ 8</i>	<i>Com ansiedade ≥ 9</i>	<i>Total</i>	<i>P-valor</i>
	<i>(131)</i>	<i>(34)</i>		
	<i>N* (%)</i>	<i>N* (%)</i>		
<i>Analfabeto</i>	3 (100%)	0 (0,0%)	3 (100%)	0,648
<i>SLE / FI</i>	30 (75%)	10 (25,0%)	40 (100%)	
<i>FC / EMI</i>	18 (72%)	7 (28,0%)	25 (100%)	
<i>EMC / ESI</i>	52 (81,3%)	12 (18,8%)	64 (100%)	
<i>ESC / PG</i>	28 (84,8%)	5 (15,2%)	33 (100%)	

(*) Casos com valores ignorados foram excluídos da análise

SLE = Sabe Ler e Escrever / FI = Fundamental Incompleto

FC = Fundamental Completo / EMI = Ensino Médio Incompleto

EMC = Ensino Médio Completo / ESI = Superior Incompleto

ESC = Superior Completo / PG = Pós-graduação

Também não houve diferença em relação a avaliação dos níveis de depressão (escala HAD) de acordo com o grau de escolaridade (p-valor 0,128) (Tabela 8).

Tabela 8 - Escala HAD – Avaliação do Nível de Ansiedade e Depressão de acordo com grau de escolaridade.

<i>Variável</i>	<i>Sem depressão ≤ 8</i>	<i>Com depressão ≥ 9</i>	<i>Total</i>	<i>P-valor</i>
	<i>(157)</i>	<i>(8)</i>		
	<i>N* (%)</i>	<i>N* (%)</i>		
<i>Analfabeto</i>	3 (100%)	0 (0,0%)	3 (100%)	0,128
<i>SLE / FI</i>	35 (87,5%)	5 (12,5%)	40 (100%)	
<i>FC / EMI</i>	25 (100%)	0 (0,0%)	25 (100%)	
<i>EMC / ESI</i>	61 (95,3%)	3 (4,7%)	64 (100%)	
<i>ESC / PG</i>	33 (100%)	0 (0,0%)	33 (100%)	

(*) Casos com valores ignorados foram excluídos da análise

SLE = Sabe Ler e Escrever / FI = Fundamental Incompleto

FC = Fundamental Completo / EMI = Ensino Médio Incompleto

EMC = Ensino Médio Completo / ESI = Superior Incompleto

ESC = Superior Completo / PG = Pós-graduação

Analisando os níveis de ansiedade de acordo com o tipo de câncer encontramos indícios na diferença de proporções entre os diferentes grupos, uma vez que os pacientes de mama (91,7%), cabeça e pescoço (100%) e pele não melanoma (85,7%) possuem altas chances de serem classificados como não ansiosos, conforme descrito na tabela abaixo.

Tabela 9 - Escala HAD – Avaliação do Nível de Ansiedade e Depressão de acordo com tipo de câncer.

<i>Variável</i>	<i>Sem ansiedade ≤ 8</i>	<i>Com ansiedade ≥ 9</i>	<i>Total</i>	<i>P-valor</i>
	<i>(141)</i>	<i>(35)</i>		
	<i>N* (%)</i>	<i>N* (%)</i>		
<i>Mama</i>	55 (91,7%)	5 (8,3%)	60 (100%)	0,005
<i>Ovário</i>	5 (71,4%)	2 (28,6%)	7 (100%)	
<i>Colo uterino</i>	4 (66,7%)	2 (33,3%)	6 (100%)	
<i>Endométrio</i>	0 (0,0%)	1 (100%)	1 (100%)	
<i>Cabeça e pescoço</i>	13 (100%)	0 (0,0%)	13 (100%)	
<i>Próstata</i>	8 (80%)	2 (20%)	10 (100%)	
<i>Geniturinário</i>	8 (57,1%)	6 (42,9%)	14 (100%)	
<i>Gastrointestinal</i>	4 (80%)	1 (20%)	5 (100%)	
<i>Pele não melanoma</i>	12 (85,7%)	2 (14,3%)	14 (100%)	
<i>Melanoma</i>	5 (83,3%)	1 (16,7%)	6 (100%)	
<i>Outros</i>	27 (65,5%)	13 (32,5%)	32 (100%)	

(*) Casos com valores ignorados foram excluídos da análise

Não houve diferença estatística em relação a avaliação dos níveis de depressão (escala HAD) de acordo com o tipo de câncer (p-valor 0,222) conforme apresentado na tabela 10.

Tabela 10 - Escala HAD – Avaliação do Nível de Ansiedade e Depressão de acordo com tipo de câncer.

<i>Variável</i>	<i>Sem depressão ≤ 8</i>	<i>Com depressão ≥ 9</i>	<i>Total</i>	<i>P-valor</i>
	<i>(166)</i> N* (%)	<i>(10)</i> N* (%)		
<i>Mama</i>	56 (93,3%)	4 (6,7%)	60 (100%)	0,222
<i>Ovário</i>	7 (100%)	0 (0,0%)	7 (100%)	
<i>Colo uterino</i>	6 (100%)	0 (0,0%)	6 (100%)	
<i>Endométrio</i>	0 (0,0%)	1 (100%)	1 (100%)	
<i>Cabeça e pescoço</i>	12 (92,3%)	1 (7,7%)	13 (100%)	
<i>Próstata</i>	9 (90,0%)	1 (10,0%)	10 (100%)	
<i>Geniturinário</i>	14 (100%)	0 (0,0%)	14 (100%)	
<i>Gastrointestinal</i>	4 (80,0%)	1 (20,0%)	5 (100%)	
<i>Pele não melanoma</i>	14 (100%)	0 (0,0%)	14 (100%)	
<i>Melanoma</i>	6 (100%)	0 (0,0%)	6 (100%)	
<i>Outros</i>	38 (95,0%)	2 (5,0%)	40 (100%)	

(*) Casos com valores ignorados foram excluídos da análise

6 DISCUSSÃO

O câncer pode ser visto como uma doença extremamente agressiva devido aos inúmeros efeitos colaterais causados pelos diversos tipos de tratamentos. Alterações emocionais como ansiedade e depressão são consequências frequentemente encontradas e o medo da intervenção cirúrgica é grande, ao ponto que pensamentos distorcidos resultam em recusa do tratamento em até de 5% dos casos^{3, 4 6, 7}.

A ansiedade é definida como um sentimento vago de incomodo, desconforto ou temor e está presente em cerca de 80% dos pacientes adultos que aguardam algum tipo de cirurgia²¹. É comumente diagnosticada nos pacientes com câncer que encontram desafios relacionados à natureza da doença, como por exemplo o impacto do procedimento cirúrgico em sua imagem corporal^{23-25, 28}.

Buscando novas formas para reduzir a ansiedade durante o período pré-operatório, estratégias de oferta de autonomia e liberdade de escolha têm sido oferecidas para os pacientes e seus familiares. Dentre elas, vem se destacando a mudança na prática assistencial de transporte do paciente ao centro cirúrgico de maca e pijama. Estudos prévios demonstraram maior satisfação do paciente em caminhar até o centro cirúrgico, de preferência com as roupas próprias, na companhia de seu familiar, ofertando ao paciente um sentimento de maior controle sobre a situação^{40-43, 51}.

O presente estudo teve como objetivo principal identificar os sintomas de ansiedade, depressão e avaliar os níveis de satisfação do paciente oncológico de acordo com a forma de condução ao centro cirúrgico. Nossa intenção principal foi avaliar o impacto da condução ao centro cirúrgico deambulando, na companhia do familiar e com vestimenta própria. A prática rotineira de condução do paciente aos centros cirúrgicos, na maioria dos hospitais, é de maca e pijama do próprio hospital, o que pode conferir ao paciente um estado de enfermidade maior do que o já existente. Mesmo aqueles pacientes com plena condição de ir caminhando são transportados deitados na maca, dificultando o contato visual. Em relação ao desfecho primário, não identificamos diferença estatística entre os grupos no que diz respeito aos sintomas de ansiedade e depressão de acordo com a forma de condução ao centro cirúrgico, em ambos os grupos a maioria dos pacientes não apresentavam sintomas de ansiedade e depressão. Entretanto, quando avaliamos a satisfação do paciente, identificamos que 100% dos pacientes que foram conduzidos ao centro cirúrgico deambulando com vestimenta

própria e na companhia do familiar estavam muito satisfeitos ou satisfeitos. Entretanto, no grupo conduzido da forma habitual, de maca e pijama, este número reduz para 79,0%. Os pacientes do grupo deambulação, 91,5% também se encontravam muito satisfeitos ou satisfeitos quando questionados em relação ao tempo de espera para o procedimento cirúrgico. Podendo esta avaliação ser uma consequência do fato de que 100% dos pacientes que foram deambulando estavam muito satisfeitos com a forma de condução. E ao questionarmos a amostra total do estudo sobre qual forma eles gostariam de serem conduzidos ao centro cirúrgico, 70,5% dos participantes escolheriam serem conduzidos ao centro cirúrgico deambulando, com vestimenta própria, na companhia de seu familiar, demonstrando a necessidade de discussão de uma possível mudança nessa prática assistencial.

Kojima e colaboradores ⁴¹ realizaram um dos primeiros relatos sobre a possibilidade dessa mudança na prática assistencial. Seu estudo teve como hipótese que entrar na sala de cirurgia deitado em uma maca aumentaria a ansiedade, com isso investigaram os efeitos de caminhar ao centro cirúrgico em comparação com o transporte de maca com pré-medicação ansiolítica. Não foram utilizadas escalas para avaliação da ansiedade, tal avaliação foi realizada pela enfermeira no centro cirúrgico com base nas respostas e sinais físicos de expressão facial, forma de fala ou movimento espontâneo de membros, e foram classificados em quatro categorias: sedação excessiva, sedação, calmo, ligeiramente ansioso ou muito ansioso. Foram incluídos, semelhante ao nosso estudo, apenas cirurgias eletivas, porém em um hospital geral, não especificamente com pacientes oncológicos. Os resultados demonstraram que os pacientes se encontravam menos ansiosos no grupo deambulação, já em nossa população somente de pacientes oncológicos, não houve diferença entre os grupos (maca vs deambulação) nos sintomas de ansiedade. Semelhante ao estudo de Kojima, a mediana de idade foi de \pm 50 anos e o gênero foi predominante feminino (69,9%).

Majumdar e colaboradores ⁵² realizaram uma coorte retrospectiva com pacientes submetidos à cirurgia oncológica ambulatorial, e evidenciaram que 20% dos pacientes apresentavam níveis importantes de ansiedade pré-operatória. A maioria de sua população era composta por mulheres submetidas a cirurgia de reconstrução mamária. Os resultados demonstraram que pacientes com câncer de mama submetidas à cirurgia apresentavam sintomas de ansiedade no período pré-operatório. Em nosso ensaio clínico, a maioria dos nossos pacientes eram mulheres submetidas a cirurgia para tratamento de câncer de mama

(34,1%), porém ao avaliarmos os sintomas de ansiedade, identificamos que diferente dos achados do estudo de Majumdar, 91,7% de nossas pacientes com tumores de mama não se encontravam ansiosas. É importante enfatizar que no nosso estudo avaliamos os sintomas de ansiedade através da escala HADS ⁴⁷⁻⁴⁹, mundialmente consolidada. No estudo citado acima, a avaliação da ansiedade foi realizada de forma retrospectiva por avaliação clínica através de alteração dos sinais vitais ou verbalização da ansiedade.

Em nosso estudo, os pacientes que foram encaminhados ao centro cirúrgico deambulando, aguardavam o momento da cirurgia junto ao seu familiar na recepção da unidade de internação cirúrgica. Acreditamos que essa espera junto a outras pessoas em situação semelhante, e a troca de experiências, culminou na maior satisfação em relação ao tempo de espera para o procedimento cirúrgico, onde 91,5% dos pacientes se encontravam muito satisfeitos ou satisfeitos. Os pacientes do grupo maca eram encaminhados ao seu leito de internação e aguardavam o momento da cirurgia dentro do quarto junto ao seu familiar. Neste grupo a satisfação em relação ao tempo de espera para a cirurgia foi de 74,5%.

A satisfação com relação a vestimenta foi um ponto importante nos achados do nosso estudo, 100% dos pacientes que foram conduzidos ao centro cirúrgico caminhando e de roupa própria se encontravam muito satisfeitos ou satisfeitos. Porém quando questionamos a respeito da dignidade relacionada a vestimenta, ambos os grupos (maca vs deambulação) acreditavam que ela havia sido preservada. Diferente dos resultados encontrados por Nagraj e colaboradores ³⁸ que identificaram a preocupação dos pacientes com a falta de dignidade associada a camisola hospitalar, onde a abertura está nas costas. Acreditamos que a preservação da dignidade, referenciada por ambos os grupos avaliados no nosso estudo, esteja relacionada ao fato do paciente incluído no grupo maca estar vestido também com a camisola hospitalar, porém este estava deitado em uma maca e coberto com um lençol durante todo o trajeto. Acreditamos que se fosse ofertado que ele caminhasse até o centro cirúrgico com esse traje, provavelmente os resultados seriam diferentes.

Maharjan e colaboradores ⁴⁰ realizaram um estudo observacional transversal com o objetivo de evidenciar a viabilidade de caminhar até a sala de cirurgia. A todos os pacientes era explicado pela enfermeira que eles poderiam caminhar acompanhados por uma enfermeira juntamente com um membro da família, diferente do nosso estudo que a forma de condução era designada através da randomização. Da mesma forma, os nossos pacientes eram encaminhados ao centro cirúrgico acompanhados do familiar e do profissional de

enfermagem. No estudo citado, não há informação a respeito do *Performance Status* dos pacientes e se houve a realização de alguma triagem para risco de quedas. Dos pacientes incluídos, todos foram convidados a irem caminhando e 97% foram classificados como não ansiosos, porém foi prescrito na véspera da cirurgia medicação ansiolítica, o que pode ter influenciado na alta taxa de pacientes classificados como não ansiosos. Também no estudo de Kojima e colaboradores⁴¹, foi utilizada medicação ansiolítica prévia ao procedimento cirúrgico e referenciaram como uma dificuldade no estudo a avaliação da ansiedade, devido ao fato que os pacientes que eram transportados ao centro cirúrgico de maca se encontravam dormindo. O nosso estudo seguiu a recomendação do grupo europeu *ERAS (Enhanced Recovery After Surgery)*, que sugere o não uso de medicações ansiolíticas antes do procedimento cirúrgico, o que poderia afetar as rotinas do *check-list* dos procedimentos de cirurgia segura da Organização Mundial de Saúde⁵³.

Os estudos encontrados na literatura eram observacionais e os pacientes escolhiam de acordo com a sua preferência a forma de condução ao centro cirúrgico. Avaliando os resultados encontrados, identificamos que apenas os pacientes ortopédicos com cirurgia em membros inferiores, pacientes idosos com fraca mobilidade e aqueles preocupados com a dignidade relacionada a vestimenta, optaram pelo transporte ao centro cirúrgico de maca, os demais assim como em nosso estudo, preferiram ser conduzidos ao centro cirúrgico deambulando^{38, 40, 42, 43}.

A opção da mudança nessa prática assistencial, além de ofertar maior autonomia e liberdade de escolha para os pacientes que se enquadram na categoria de pacientes sem risco devido a deambulação até o centro cirúrgico, também otimiza o trabalho da equipe de enfermagem, já que o profissional maqueiro consegue conduzir mais de um paciente por vez sem oferecer riscos, pois ele está na companhia de seu familiar para qualquer suporte durante o trajeto.

Em alguns estudos os pacientes que foram conduzidos ao centro cirúrgico de maca e pijama eram ofertados medicação sedativa ou ansiolítica pré-operatória, podendo interferir nas avaliações dos sintomas de ansiedade^{40, 41}. No presente estudo, não foi ofertado nenhum tipo de medicação pré-cirúrgica, seguindo as orientações do protocolo multicêntrico Europeu *ERAS*, que apresentam novas perspectivas quanto ao emprego de rotinas perioperatórias⁵³.

É importante salientarmos algumas limitações do nosso estudo como, os resultados em relação aos níveis de ansiedade dos pacientes no momento da entrevista podem estar

relacionados a não inclusão de pacientes de grande porte cirúrgico e com necessidade de leito em UTI para recuperação pós-operatória, sendo incluídos somente pacientes com *Performance Status 0 e 1*. Optamos pela não inclusão de pacientes com grande porte cirúrgico devido a necessidade de internação prévia ao dia da cirurgia, e no presente estudo só foram incluídos pacientes que internaram no dia do procedimento cirúrgico. Além disso, um possível fator de confusão se deve ao fato que a nossa instituição oferece um tratamento totalmente gratuito, priorizando a humanização e voltado para a necessidades expressas do paciente. Esse fato poderia causar um sentimento de gratidão pelos pacientes pela assistência recebida, podendo impactar em todas as avaliações de satisfação dos pacientes. Outro fato que merece ênfase é a não inclusão de pacientes com diagnóstico de ansiedade prévia. Dos pacientes incluídos no estudo, 41,2% tinham baixo nível educacional e eram classificados como: analfabetos (1,8%), sabiam ler/escrever ou com ensino fundamental incompleto (24,2%) e ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto (15,2%). Acreditamos que o baixo nível educacional pode ter dificultado a compreensão das perguntas do questionário e a autopercepção da ansiedade pelos pacientes, já que o nível de escolaridade está diretamente relacionado a população mais carente. Salientamos que a não inclusão de pacientes com diagnóstico prévio de ansiedade teve o propósito de identificar se o ato de caminhar ou não até o centro cirúrgico influenciava os sintomas de ansiedade.

Como pontos fortes do nosso estudo enfatizamos o delineamento, o rigor metodológico, e as estratégias para redução dos possíveis vieses. O ensaio clínico randomizado é considerado o melhor delineamento para redução de vieses, prezando a homogeneidade dos grupos e a igual chance de qualquer um dos pacientes serem alocados no grupo controle ou experimental. Acreditamos, de acordo com a nossa revisão, de que esse é o primeiro ensaio clínico randomizado avaliando o impacto da forma de condução ao centro cirúrgico nos níveis de ansiedade em pacientes cirúrgicos oncológicos. Quanto ao rigor metodológico, foi possível garanti-lo no desenvolvimento do estudo, pois a condução deste foi realizada por uma equipe especializada e devidamente treinada. A instituição possui um departamento especializado na condução de estudos de iniciativa do investigador há mais de 10 anos, chamado Núcleo de Apoio ao Pesquisador.

Um diferencial do nosso estudo, em relação aos estudos publicados anteriormente, é o fato de que os pacientes que foram conduzidos ao centro cirúrgico deambulando, realizaram o trajeto na companhia do familiar e com vestimenta própria, com a troca de roupa para o

pijama hospitalar apenas após a admissão no centro cirúrgico. Outra estratégia utilizada com o objetivo de diminuir o viés do estudo foi a aplicação do termo de consentimento somente após a realização do trajeto e questionários do estudo, a fim de não influenciar o paciente a acreditar que ir deambulando seria a melhor opção.

Como perspectivas futuras, salientamos a importância de realização de estudos avaliando sintomas de ansiedade de acordo com o tipo de transporte a sala de cirurgia em pacientes com todos os tipos de porte cirúrgico, e com níveis de ansiedade previamente diagnosticada. Esperamos também alterar a rotina assistencial de transporte do paciente ao centro cirúrgico, visto que o estudo evidenciou que esta é uma prática benéfica, que não oferece riscos ao paciente, otimiza a rotina da equipe de enfermagem e proporciona maior bem-estar ao paciente nos momentos que antecedem a cirurgia.

7 CONCLUSÃO

Concluimos que no presente estudo não houve diferença estatística dos sintomas de ansiedade e depressão pré-operatória de acordo com a forma de condução ao centro cirúrgico. Porém, a mudança dessa prática influenciou diretamente na satisfação do paciente, pois aqueles que foram conduzidos ao centro cirúrgico deambulando estavam mais satisfeitos em relação ao tempo de espera até o momento da cirurgia e mais satisfeitos com a vestimenta. Além do mais, quando questionamos toda a amostra quanto a forma que gostariam de serem conduzidos ao centro cirúrgico os pacientes informaram que optariam por ir caminhando, com vestimenta própria e na companhia de seu familiar, reafirmando a importância da implementação dessa prática na assistência.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SAÚDE MD, (INCA) INDC, Estratégicas CGdA, (CEDC) CdE. *ABC do câncer : abordagens básicas para o controle do câncer*. Técnico-Científica/CEDC SdEel, Rua Marquês de Pombal C, RJ --RdJ, 3207-5500 T, editors2011.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. *Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*. **CA Cancer J Clin**. 2018;68(6):394-424.
3. Bailey RK, Geyen DJ, Scott-Gurnell K, Hipolito MM, Bailey TA, Beal JM. *Understanding and treating depression among cancer patients*. **Int J Gynecol Cancer**. 2005;15(2):203-8.
4. Jenkins PL, May VE, Hughes LE. *Psychological morbidity associated with local recurrence of breast cancer*. **Int J Psychiatry Med**. 1991;21(2):149-55.
5. Barbosa LNF SD, Amaral MX, Gonçalves AJ, Bruscato WL. *Repercussões psicossociais em pacientes submetidos a laringectomia total por câncer de laringe: Um estudo clínico-qualitativo*. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**. 2004(7(1)):45-58.
6. Bottomley A. *Psychosocial problems in cancer care: a brief review of common problems*. **J Psychiatr Ment Health Nurs**. 1997;4(5):323-31.
7. Braz DS, Ribas MM, Dedivitis RA, Nishimoto IN, Barros AP. *Quality of life and depression in patients undergoing total and partial laryngectomy*. **Clinics (Sao Paulo)**. 2005;60(2):135-42.
8. LILACS. Santos MAD, Rossi LA, Paiva L, Dantas RAS, Pompeo DA, Machado ECB. *Medida da ansiedade e depressão em pacientes no pré-operatório de cirurgias eletivas*. **Rev eletrônica enferm**. 2012;14(4):922-7.
9. Graves KD, Arnold SM, Love CL, Kirsh KL, Moore PG, Passik SD. *Distress screening in a multidisciplinary lung cancer clinic: prevalence and predictors of clinically significant distress*. **Lung Cancer**. 2007;55(2):215-24.
10. Holland JC. *American Cancer Society Award lecture. Psychological care of patients: psycho-oncology's contribution*. **J Clin Oncol**. 2003;21(23 Suppl):253s-65s.
11. Fennell ML, Das IP, Clauser S, Petrelli N, Salner A. *The organization of multidisciplinary care teams: modeling internal and external influences on cancer care quality*. **J Natl Cancer Inst Monogr**. 2010;2010(40):72-80.
12. Westin T, Stalfors J. *Tumour boards/multidisciplinary head and neck cancer meetings: are they of value to patients, treating staff or a political additional drain on healthcare resources?* **Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg**. 2008;16(2):103-7.
13. Hall P, Weaver L. *Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road*. **Med Educ**. 2001;35(9):867-75.
14. Basler JW, Jenkins C, Swanson G. *Multidisciplinary management of prostate malignancy*. **Curr Urol Rep**. 2005;6(3):228-34.

15. Grunfeld E. *Primary care physicians and oncologists are players on the same team.* **J Clin Oncol.** 2008;26(14):2246-7.
16. Souza AA SZ, Fenili RM. *Orientação pré-operatória ao cliente: uma medida preventiva aos estressores do processo cirúrgico.* **Rev Eletr Enf [Internet]** 2005 7(2):215-20. .
17. Maria Henriqueta Luce Krusel MdAA, Kátia Bica KeretzkyIII, Eveline RodriguesIV, Flávia Pacheco da SilvaV, Franciele da Silveira ScheniniVI, Vandréia Machado GarciaVII. *Nurse preoperative guidance: patients' recollections* **Rev Eletr Enf [Internet]**. 2009;11(3):494-500.
18. Santos MMBd, Martin JCA, Oliveira LMN. *Anxiety, depression and stress in the preoperative surgical patient.* **Revista de Enfermagem Referência.** nov./dez. 2014;Série IV - n.º 3.
19. Maranets I, Kain ZN. *Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements.* **Anesth Analg.** 1999;89(6):1346-51.
20. Doan LV, Blitz J. *Preoperative Assessment and Management of Patients with Pain and Anxiety Disorders.* **Curr Anesthesiol Rep.** 2020;10(1):28-34.
21. Assis CC, Lopes Jde L, Nogueira-Martins LA, de Barros AL. *[Embracement and anxiety symptoms in patients before cardiac surgery].* **Rev Bras Enferm.** 2014;67(3):401-7.
22. Zarei B, Valiee S, Nouri B, Khosravi F, Fathi M. *The effect of multimedia-based nursing visit on preoperative anxiety and vital signs in patients undergoing lumbar disc herniation surgery: A randomised clinical trial.* **J Perioper Pract.** 2018;28(1-2):7-15.
23. Tully PJ, Pedersen SS, Winefield HR, Baker RA, Turnbull DA, Denollet J. *Cardiac morbidity risk and depression and anxiety: a disorder, symptom and trait analysis among cardiac surgery patients.* **Psychol Health Med.** 2011;16(3):333-45.
24. Tully PJ, Bennetts JS, Baker RA, McGavigan AD, Turnbull DA, Winefield HR. *Anxiety, depression, and stress as risk factors for atrial fibrillation after cardiac surgery.* **Heart Lung.** 2011;40(1):4-11.
25. Huffman JC, Celano CM, Januzzi JL. *The relationship between depression, anxiety, and cardiovascular outcomes in patients with acute coronary syndromes.* **Neuropsychiatr Dis Treat.** 2010;6:123-36.
26. Sadati L, Pazouki A, Mehdizadeh A, Shoar S, Tamannaie Z, Chaichian S. *Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial.* **Scand J Caring Sci.** 2013;27(4):994-8.
27. Association NAND. *DIAGNOSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA - Definições e Classificação. Tenth Edition Edited by T Heather Herdman and Shigemi Kamitsuru.* 2015-2017 © 2014 NANDA International, Inc. Published 2014 by John Wiley & Sons, Ltd.
28. Lemos MF, Lemos-Neto SV, Barrucand L, Vercosa N, Tibirica E. *[Preoperative education reduces preoperative anxiety in cancer patients undergoing surgery: Usefulness of the self-reported Beck anxiety inventory].* **Braz J Anesthesiol.** 2019;69(1):1-6.

29. Gabrielson A. *Patient-centered care in the OR: is this possible?* **Can Oper Room Nurs J.** 1997;15(1):8-10.
30. Guo P, East L, Arthur A. *A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: a randomized controlled trial.* **Int J Nurs Stud.** 2012;49(2):129-37.
31. Pager CK. *Randomised controlled trial of preoperative information to improve satisfaction with cataract surgery.* **Br J Ophthalmol.** 2005;89(1):10-3.
32. da Silva WV, Nakata S. *Communication: a perceived need in the pre-operative period for surgical patients.* **Rev Bras Enferm.** 2005;58(6):673-6.
33. Blay N, Donoghue J. *The effect of pre-admission education on domiciliary recovery following laparoscopic cholecystectomy.* **Aust J Adv Nurs.** 2005;22(4):14-9.
34. Wongkietkachorn A, Wongkietkachorn N, Rhunsiri P. *Preoperative Needs-Based Education to Reduce Anxiety, Increase Satisfaction, and Decrease Time Spent in Day Surgery: A Randomized Controlled Trial.* **World J Surg.** 2018;42(3):666-74.
35. Xu Y, Wang H, Yang M. *Preoperative nursing visit reduces preoperative anxiety and postoperative complications in patients with laparoscopic cholecystectomy: A randomized clinical trial protocol.* **Medicine (Baltimore).** 2020;99(38):e22314.
36. Togac HK, Yilmaz E. *Effects of preoperative individualized audiovisual education on anxiety and comfort in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: randomised controlled study.* **Patient Educ Couns.** 2021;104(3):603-10.
37. Benson J, Bhandari P, Lui N, Berry M, Liou DZ, Shrager J, et al. *Use of a Personalized Multimedia Education Platform Improves Preoperative Teaching for Lung Cancer Patients.* **Semin Thorac Cardiovasc Surg.** 2021.
38. Nagraj S, Clark CI, Talbot J, Walker S. *Which patients would prefer to walk to theatre?* **Ann R Coll Surg Engl.** 2006;88(2):172-3.
39. Ugarte ON, Acioly MA. *The principle of autonomy in Brazil: one needs to discuss it.* **Rev Col Bras Cir.** 2014;41(5):374-7.
40. Shanta Bir Maharjan SS, 2 Romi Dahal,2 Rajan Gurung,2 Jay N Shah 3. *Elective surgery patients walk to operating room instead of wheeled in on trolley: patient centered care.* **Journal of Patan Academy of Health Sciences.** 2018 Jun:35-9.
41. Kojima Y, Ina H, Fujita T, Mitono H. *Relieving anxiety by entering the operating room on foot.* **Can J Anaesth.** 2002;49(8):885-6.
42. Humphrey JA, Johnson SL, Patel S, Malik M, Willis-Owen CA, Bendall S. *Patients' preferred mode of travel to the orthopaedic theatre.* **World J Orthop.** 2015;6(3):360-2.

43. Keegan-Doody M. *Walk or be driven? A study on walking patients to the operating theatre.* **Can Oper Room Nurs J.** 2007;25(2):30-1, 3-5, 8.
44. Kelly CM, Shahrokni A. *Moving beyond Karnofsky and ECOG Performance Status Assessments with New Technologies.* **J Oncol.** 2016;2016:6186543.
45. Martinez MC, Iwamoto VE, Latorre Mdo R, Noronha AM, Oliveira AP, Cardoso CE, et al. *Transcultural adaptation of the Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool.* **Rev Lat Am Enfermagem.** 2016;24:e2783.
46. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. *Research electronic data capture (REDCap)--a metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support.* **J Biomed Inform.** 2009;42(2):377-81.
47. Zigmond AS, Snaith RP. *The hospital anxiety and depression scale.* **Acta Psychiatr Scand.** 1983;67(6):361-70.
48. Marcolino JA, Mathias LA, Piccinini Filho L, Guaratini AA, Suzuki FM, Alli LA. *Hospital Anxiety and Depression Scale: a study on the validation of the criteria and reliability on preoperative patients.* **Rev Bras Anesthesiol.** 2007;57(1):52-62.
49. Marcolino JA, Suzuki FM, Alli LA, Gozzani JL, Mathias LA. *Measurement of anxiety and depression in preoperative patients. Comparative study.* **Rev Bras Anesthesiol.** 2007;57(2):157-66.
50. Moher D, Schulz KF, Altman DG. *The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomised trials.* **Lancet.** 2001;357(9263):1191-4.
51. Porteous A, Tyndall J. *Yes, I want to walk to the OR.* **Can Oper Room Nurs J.** 1994;12(2):15-25.
52. Majumdar JR, Vertosick EA, Cohen B, Assel M, Levine M, Barton-Burke M. *Preoperative Anxiety in Patients Undergoing Outpatient Cancer Surgery.* **Asia Pac J Oncol Nurs.** 2019;6(4):440-5.
53. Nelson G, Altman AD, Nick A, Meyer LA, Ramirez PT, Ahtari C, et al. *Guidelines for pre- and intra-operative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS(R)) Society recommendations--Part I.* **Gynecol Oncol.** 2016;140(2):313-22.

ANEXOS

Anexo A - ECOG Performance Status (Grupo de Oncologia *Eastern Cooperative, Robert L. Comis, MD*) ⁴⁴.

Grau	ECOG PERFORMANCE STATUS
0	Totalmente ativo, capaz de desenvolver todo seu desempenho, sem qualquer restrição.
1	Restrições nas atividades extenuantes, porém mantendo a normalidade em sua prática diária.
2	Ainda conserva sua capacidade de autocuidado, mas é incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho, e se realiza, é em menos de 50% das horas de vigília.
3	Capacidade limitada de autocuidado; confinado a uma cama ou cadeira em 50% do tempo de vigília.
4	Completamente inabilitado, sem poder exercer o autocuidado, totalmente confinado a uma cama ou cadeira.
5	Óbito

Anexo B - ESCALA PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA (Adaptada Johns Hopkins 2007) ⁴⁵.

Zero = Sem risco	1-5 = Baixo Risco	6-13 = Moderado Risco	> 13 = Alto Risco
Fator de Risco			Pontuação
1. Idade (selecionar 1 opção)			
• 60 – 69 anos			1
• 70 – 79 anos			2
• Maior ou igual 80 anos			3
2. História de queda			
• Queda nos últimos 6 meses antes da internação			5
3. Eliminações (selecionar 1 opção):			
• Incontinência			2
• Urgência ou alteração da frequência			2
• Urgência/ alteração da frequência e incontinência			4
4. Medicações			
• Uso de 1 das opções			3
• Uso de 2 ou mais opções			5
• Submetido a procedimentos com sedativos nas últimas 24 horas			7
5. Uso de Equipamentos: qualquer equipamento usado pelo paciente, tais como cateteres, punção venosa, entre outros (selecionar 1 opção)			
• Presença de 1 equipamento			1
• Presença de 2 equipamentos			2
• Presença de 3 ou mais equipamentos			3
6. Mobilidade (permitida seleção múltipla)			
• Necessita de auxílio ou supervisão para movimentação, transferência ou deambulação			2
• Marcha instável			2
• Deficiência visual e/ou auditiva que afeta a movimentação			2
7. Cognitivo (permitida seleção múltipla):			

• Alteração da consciência relacionada ao ambiente	1
• Impulsivo	2
• Falta de compreensão de suas limitações físicas e cognitivas	4
8. Condições especiais: De acordo com a lista:	Não / Sim

Condições de saúde e presença de doenças crônicas – devem estar ligados ao item 8 da escala: Acidente vascular cerebral prévio, hipotensão postural, tonteira, baixo índice de massa corpórea, anemias, insônias, incontinência ou urgência miccional, artrite, osteoporose, alterações metabólicas (ex: hipoglicemia).

Medicamentos relacionados ao uso de média item 4.

Atenolol	Dimenidrinato	Insulina Humana Regular	Nalbufina	Sultamicilina
Atracúrio	Dipiridamol	Insulina NPH	Naloxona	Suxametônio
Atropina	Dipirona	Iodeto de Potássio	Naproxeno	Tracolimo
Azul de metinelo	Dobutamina	Iodixanol (bula visipaque)	Neostigmina	Tacrolimo Tópico
Benzidamina	Dopamina	Ioversol	Nifedipino	Teicoplanina
Betametasona	Droperidol	Ipratrópio	Nimesulida	Terbutalina
Bisacodil	Epinefrina	Ipratrópio + Fenoterol	Nitroglicerina	Tiabendazol
Bromoprida	Ertapenem		Nitroprussiato	Tiopental
Budesonida	Escopolamina	Isossorbida	Norfloxacino	Tramadol
Bupivacaina	Espironolactona	Itraconazol	Nortriptilina	Valproato de Sódio
Captopril	Estreptoquinase	Ivermectina	Octreotida	Vancomicina
Carbamazepina	Etilefrina	Lamivudina	Omeprazol	Varfarina

Carvedilol	Etomidato	Levofloxacino	Ondansetrone	Vasopressina
Ceftriaxona	Fenazopiridina	Levomepromazina	Pancurônio	Verapamil
Cetamina	Fenitoína	Levotiroxina	Paracetamol	Voriconazol
Cetoprofeno	Fenobarbital	Lidocaína	Paroxetina	
Cetorolaco de trometamina	Fenoterol	Lidocaína + Epinefrina	Petidina	
Ciclosporina	Fentalina	Lidocaína 25 mg/g + Prilocaína 25 mg/g 5g	Piperacilina	
Cirpofloxacino	Fitomenadiona (vitamina K)	Loperamida	Polimexina B	

Anexo C - Escala HAD – Avaliação do Nível de Ansiedade e Depressão ⁴⁸.

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:

3 () A maior parte do tempo

2 () Boa parte do tempo

1 () De vez em quando

0 () Nunca

0 () Do mesmo jeito que antes

1 () Atualmente um pouco menos

2 () Atualmente bem menos

3 () Não consigo mais

D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

0 () Sim, do mesmo jeito que antes

1 () Não tanto quanto antes

2 () Só um pouco

3 () Já não sinto mais prazer em nada

A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

3 () A maior parte do tempo

2 () Boa parte do tempo

1 () De vez em quando

0 () Raramente

A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

3 () Sim, e de um jeito muito forte

2 () Sim, mas não tão forte

1 () Um pouco, mas isso não me preocupa

0 () Não sinto nada disso

D 6) Eu me sinto alegre:

3 () Nunca

2 () Poucas vezes

1 () Muitas vezes

0 () A maior parte do tempo

D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

0 () Sim, quase sempre

1 () Muitas vezes

2 () Poucas vezes

3 () Nunca

D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

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

A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

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

D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
- 2 () Não estou mais me cuidando como deveria
- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante

D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Um pouco menos do que antes
- 2 () Bem menos do que antes
- 3 () Quase nunca

A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
- 2 () Várias vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não sinto isso

D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca

<p>HAD-ansiedade: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade ≥ 9. HAD-depressão: sem depressão de 0 a 8, com depressão ≥ 9.</p>
--

Anexo D - Questionário de Avaliação da Satisfação com os Cuidados em Saúde em Cirurgia (Sati-Cir).

Este questionário tem o objetivo de avaliar sua **SATISFAÇÃO** com os cuidados de saúde recebidos neste hospital, principalmente em relação às questões relativas à cirurgia. Ele é composto de duas partes: a Parte A contém 11 itens com 5 opções de resposta, variando de 1 (muito satisfeito) a 5 (muito insatisfeito). Na parte B, duas questões complementares avaliam sua satisfação em relação aos cuidados recebidos, com opções de respostas qualitativas (com explicações mais detalhadas).

Parte A

	Muito Satisfeito	Satisfeito	Indiferente	Insatisfeito	Muito Insatisfeito
1) Qual seu grau de satisfação em relação ao esclarecimento de dúvidas sobre sua doença?	1	2	3	4	5
2) Qual seu grau de satisfação em relação a sua participação nas decisões relacionadas ao seu tratamento?	1	2	3	4	5
3) Qual seu grau de satisfação em relação as oportunidades que a equipe lhe dá para fazer perguntas?	1	2	3	4	5
4) Qual seu grau de satisfação em relação a forma que consegue uma informação quando pede uma?	1	2	3	4	5
5) Qual seu grau de satisfação em relação aos cuidados da equipe de enfermagem para preservar sua privacidade?	1	2	3	4	5
6) Qual seu grau de satisfação em relação ao tempo que esperou até ser internado?	1	2	3	4	5
7) Qual seu grau de satisfação em relação ao tempo que esperou até o momento da cirurgia?	1	2	3	4	5

8) Como você foi conduzido ao centro cirúrgico:		Maca		Deambulando	
9) Qual seu grau de satisfação em relação com a forma como foi conduzido até o centro cirúrgico?	1	2	3	4	5
10) Como você foi conduzido ao centro cirúrgico:		Pijama		Roupa própria	
11) Qual o seu grau de satisfação em relação a vestimenta que você foi conduzido ao centro cirúrgico?	1	2	3	4	5

Parte B

Em relação à vestimenta que você foi conduzido (a) ao centro cirúrgico, responda:

Você achou que sua **dignidade** foi preservada em relação a vestimenta que você foi conduzido até o centro cirúrgico?

() Sim

() Não

Porque: _____

Em relação à forma com que foi conduzido (a) ao centro cirúrgico, responda:

Você achou que sua **autonomia** foi preservada em relação ao modo como você foi conduzido até o centro cirúrgico?

() Sim

() Não

Porque: _____

Se você pudesse escolher a forma de ser conduzido até o centro cirúrgico, qual seria?

() Maca

() Cadeira de Rodas

() Caminhando

Anexo E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA****TÍTULO DO ESTUDO:**

Impacto nos níveis de ansiedade de acordo com a forma de condução de pacientes oncológicos até o centro cirúrgico: ensaio clínico randomizado comparando transporte através de maca e deambulação.

PESQUISADORES:

Ricardo dos Reis, Gabriela da Silva Oliveira, Marcelo A. Vieira, Carlos Andrade, Audrey Tsunoda, Carlos Eduardo Paiva.

O QUE É ESTE DOCUMENTO?

Você está sendo convidado (a) a participar deste estudo que será realizado no Hospital de Câncer de Barretos - Fundação Pio XII. Este documento é chamado de “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e explica este estudo e qual será a sua participação, caso você aceite o convite. Este documento também fala os possíveis riscos e benefícios se você quiser participar, além de dizer os seus direitos como participante de pesquisa. Após analisar as informações deste Termo de Consentimento e esclarecer todas as suas dúvidas, você terá o conhecimento necessário para tomar uma decisão sobre sua participação ou não neste estudo. Não tenha pressa para decidir. Se for preciso, leve para a casa e leia este documento com os seus familiares ou outras pessoas que são de sua confiança.

POR QUE ESTE ESTUDO ESTÁ SENDO FEITO?

Quando os pacientes precisam fazer uma cirurgia para seu tratamento, na maioria dos locais do mundo, o paciente é levado para o centro cirúrgico de maca, deitado, acompanhado de seu familiar e alguém da enfermagem. Este estudo quer saber se você se sentiria mais confortável e satisfeito se fosse levado para fazer a cirurgia deitado em uma maca ou caminhando.

O QUE ESTE ESTUDO QUER SABER?

Este estudo quer saber se o paciente fica menos ansioso e mais confortável se for para a cirurgia andando, ou de maca.

O QUE ACONTECERÁ COMIGO DURANTE O ESTUDO?

Se você aceitar participar do estudo e assinar este documento, utilizaremos as informações sobre sua satisfação com o modo que foi levado ao centro cirúrgico para o estudo. Para não

interferir nas respostas sobre sua ansiedade e preferência do modo de transporte ao centro cirúrgico, a aplicação do TCLE está sendo feita após o trajeto. Foi realizado um sorteio para que você tivesse chances iguais de cair nos dois grupos. Um grupo foi levado para o local da cirurgia por um profissional da equipe de enfermagem (deitado em uma maca na companhia do familiar), e o outro grupo foi também acompanhado por um profissional da equipe de enfermagem e seu familiar, porém veio caminhando. Chegando ao centro cirúrgico, os dois grupos responderam a dois questionários, um para sabermos sobre a satisfação com relação aos cuidados que oferecidos até o momento e para saber a satisfação com a forma que foi levado ao centro cirúrgico. E o outro questionário é para avaliar o nível de ansiedade durante o trajeto até o centro cirúrgico. Para responder os dois questionários leva cerca de 10 minutos, e após você seguira a rotina normal do centro cirúrgico, e se encerra sua participação nesta pesquisa.

HAVERÁ ALGUM RISCO OU DESCONFORTO SE EU PARTICIPAR DO ESTUDO?

Não podemos descartar o risco de quedas durante o caminho até o centro cirúrgico, visto que alguns pacientes serão levados ao centro cirúrgico caminhando, porém, para diminuir esse risco o paciente será acompanhado pelo seu familiar e pelo profissional da enfermagem (maqueiro), para qualquer suporte se for necessário. Para entrar no estudo, todos os pacientes serão avaliados para o risco de queda e só aqueles sem risco de queda entrarão no estudo. Também não podemos descartar o risco de quebra accidental de sigilo, porém todo cuidado será tomado para que isto não aconteça.

HAVERÁ ALGUM BENEFÍCIO PARA MIM SE EU PARTICIPAR DO ESTUDO?

É possível que sua participação neste estudo não traga nenhum benefício direto para você. Mas as informações obtidas ao final deste estudo poderão trazer benefícios a muitos outros pacientes, se conseguirmos identificar alguma diferença na satisfação e nas respostas emocionais do paciente (por exemplo diminuir a ansiedade), no fato de ser levado ao centro cirúrgico caminhando ou de maca, podendo propor uma mudança na rotina do hospital.

QUAIS SÃO AS OUTRAS OPÇÕES SE EU NÃO PARTICIPAR DO ESTUDO?

Não há outra opção de participação do estudo. Caso não queira participar tem o total direito de recusa. A não participação no estudo não trará nenhuma consequência ou mudança no seu tratamento.

A PESQUISA PODE SER SUSPENSA?

O estudo somente poderá ser suspenso após a anuência do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Câncer de Barretos (CEP) e/ou da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), se for o caso, que aprovou a realização da pesquisa, a menos que o encerramento se dê por razões de segurança. Nesse caso, o estudo poderá ser descontinuado sem prévia análise do CEP. Contudo, o pesquisador deve notificar o CEP e/ou a CONEP sobre a suspensão definitiva do estudo.

QUAIS SÃO OS MEUS DIREITOS SE EU QUISER PARTICIPAR DO ESTUDO?

Você tem direito a:

- 1) Receber as informações do estudo de forma clara;
- 2) Ter oportunidade de esclarecer todas as suas dúvidas;
- 3) Ter o tempo que for necessário para decidir se quer ou não participar do estudo;
- 4) Ter liberdade para recusar a participação no estudo, e isto não trará qualquer problema para você;
- 5) Ter liberdade para desistir e se retirar do estudo a qualquer momento;
- 6) Ter assistência a tudo o que for necessário se ocorrer algum dano decorrente do estudo, de forma gratuita, pelo tempo que for preciso;
- 7) Ter direito a reclamar indenização se ocorrer algum dano decorrente do estudo;
- 8) Ser ressarcido pelos gastos que você e seu acompanhante tiverem por causa da participação na pesquisa, como por exemplo, transporte e alimentação;
- 9) Ter respeitado o seu anonimato (confidencialidade);
- 10) Ter respeitada a sua vida privada (privacidade);
- 11) Receber uma via deste documento, assinada e rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador;
- 12) Ter liberdade para não responder perguntas que incomodem você;

SE EU TIVER DÚVIDAS SOBRE OS MEUS DIREITOS OU QUISER FAZER UMA RECLAMAÇÃO, COM QUEM EU FALO?

Fale diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Câncer de Barretos. Este comitê é formado por pessoas que analisam a parte ética dos estudos e autorizam ele acontecer ou não. Você pode entrar em contato com este Comitê por telefone (tel: (17) 3321-0347 ou (17) 3321-6600 - ramal 6647), e-mail (cep@hcancerbarretos.com.br) carta (Rua Antenor Duarte Vilela, 1331, Instituto de Ensino e Pesquisa, 14784-057) ou pessoalmente. O horário de atendimento é de 2ª a 5ª feira, das 8h00 às 17h00, e 6ª feira, da 8h00 às 16h00. O horário de almoço é de 12h00 às 13h00.

SE EU TIVER DÚVIDAS SOBRE O ESTUDO, COM QUEM EU FALO?

Fale diretamente com o pesquisador responsável. As formas de contato estão abaixo:

Hospital de Câncer de Barretos

Nome do pesquisador: Ricardo dos Reis / Gabriela da Silva Oliveira

Formas de contato: Para entrar em contato com o pesquisador através do telefone (17) 3321-6600 – ramal 7126 para o setor da Ginecologia Oncológica de 2ª a 6ª das 8h00 às 17h00, horário de almoço é de 12h00 às 13h00, e-mail: drricardoreis@gmail.com, ou através do telefone (17) 3321-6600 – ramal 7010/7080 para o setor do Núcleo de Apoio ao Pesquisador de 2ª a 6ª das 7h00 às 17h00, e-mail: gabriela.oliveira@hotmail.com .

CAMPO DE ASSINATURAS

Nome por extenso do participante de pesquisa ou do representante legal	Data	Assinatura
Nome por extenso do pesquisador	Data	Assinatura
Nome por extenso da testemunha imparcial (para casos de analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência visual)	Data	Assinatura



HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS / FUNDAÇÃO PIO XII



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impacto emocional da forma de condução de pacientes com câncer até o centro cirúrgico: ensaio clínico randomizado comparando transporte através de maca e deambulação.

Pesquisador: Ricardo dos Reis

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 82010218.2.0000.5437

Instituição Proponente: Fundação Pio XII

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.575.033

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos denominados "apresentação do projeto", "objetivos" e "avaliação dos riscos e benefícios" foram retiradas do documento intitulado "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1059475.pdf" (submetido na Plataforma Brasil em 19/03/2018)

RESUMO:

O câncer é uma doença extremamente agressiva, e a ansiedade e depressão são consequências que alguns pacientes podem desenvolver, desde o diagnóstico, continuando no decorrer do tratamento. Uma das medidas para o controle do câncer, é a cirurgia para retirada do tumor. O procedimento cirúrgico é frequentemente uma experiência difícil para os pacientes e seus respectivos familiares, e pacientes no período pré- operatório com frequência são encontrados sintomas psicológicos de ansiedade e depressão. Estudos mostram que pacientes acolhidos pelos familiares no período pré-operatório reduzem significativamente os sintomas de ansiedade, medo e pânico frente aqueles que foram unicamente acompanhados pelos profissionais da saúde. Objetivos: Analisar a repercussão emocional do paciente diagnosticado com câncer classificado em ECOG PS 0 e 1 de acordo com o tipo de transporte até o centro cirúrgico. Metodologia: Ensaio clínico randomizado, com coleta prospectiva, que acontecerá no Hospital de Câncer de Barretos.

Endereço: Rua Antenor Duarte Vilela, 1331

Bairro: Dr. Paulo Prata

CEP: 14.784-400

UF: SP

Município: BARRETOS

Telefone: (17)3321-0347

Fax: (17)3321-6600

E-mail: cep@hcancerbarretos.com.br



HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS / FUNDAÇÃO PIO XII



Continuação do Parecer: 2.575.033

Para o cálculo amostral, foi adotado o plano de amostras por conveniência, e estima-se que haverá 350 pacientes que respeitem os critérios de elegibilidade e não elegibilidade do estudo, sendo alocados 175 pacientes para o grupo maca, e 175 alocados para o grupo deambulação. Resultados esperados: Espera-se encontrar alguma alteração emocional no grau de ansiedade e satisfação dos pacientes conforme modificação do seu tipo de transporte ao centro cirúrgico, sendo possível modificar a rotina hospitalar relacionada a forma de condução destes pacientes.

INTRODUÇÃO:

Conforme descrito pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é indiscutível que o câncer é um problema de saúde pública, principalmente entre os países em desenvolvimento, onde se espera nas próximas décadas que o impacto do câncer na população corresponda a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025 (1). O câncer é uma doença extremamente agressiva, e a ciência da doença tem grande impacto na vida do paciente, podendo causar alterações físicas e emocionais. A ansiedade e depressão são consequências que alguns pacientes podem desenvolver, desde o diagnóstico, continuando no decorrer do tratamento (2, 3). São vários os tipos de tratamento para o câncer, incluindo além da cirurgia, a quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, imunoterapia e a reabilitação. E alguns tipos de tratamentos trazem inúmeros efeitos colaterais relacionado ao fato de não atingirem exclusivamente as células cancerígenas, dentre eles destacam-se: as náuseas, vômitos, alopecia e queimaduras que enfraquecem o paciente e abalam o seu emocional o que corrobora para a desesperança e o sofrimento do paciente diagnosticado com câncer (4). Uma das medidas para o controle do câncer, é a cirurgia para retirada do tumor, entretanto, embora isso seja frequentemente possível, algumas práticas cirúrgicas podem ter consequências físicas graves, como por exemplo procedimentos cirúrgicos com mutilação, e o medo da intervenção cirúrgica em alguns pacientes com câncer é tão grande, que a ansiedade patológica ou pensamentos distorcidos resultam em recusa do tratamento em mais de 5% dos casos (5, 6). Pacientes no período pré-operatório com frequência são encontrados sintomas psicológicos de ansiedade e depressão, e o ideal seria que não houvessem preocupações a não ser aquelas originadas pela própria doença. No entanto, antecipação da dor, separação da família, perda da independência, medo da incapacitação além do medo do procedimento em si e da morte, acabam sendo fatores que com frequência desencadeiam estes sintomas durante este período (7). Em um estudo prévio observou-se que a ansiedade no pré-operatório, estava presente em cerca de 80% dos pacientes adultos que aguardavam algum tipo de cirurgia. Frente a isso, a ansiedade merece a devida atenção da equipe de saúde, pois pode influenciar na resposta do

Endereço: Rua Antenor Duarte Vilela, 1331

Bairro: Dr. Paulo Prata

CEP: 14.784-400

UF: SP

Município: BARRETOS

Telefone: (17)3321-0347

Fax: (17)3321-6600

E-mail: cep@hcancerbarretos.com.br



HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS / FUNDAÇÃO PIO XII



Continuação do Parecer: 2.575.033

paciente ao tratamento e causar efeitos negativos em sua recuperação pós-operatória, além do mais, a ansiedade acarreta alterações fisiológicas, como taquicardia e hipertensão arterial, com consequente aumento do consumo de oxigênio e piora da evolução da doença (8). O procedimento cirúrgico é frequentemente uma experiência difícil para os pacientes e seus respectivos familiares, e requer uma série de mobilizações afetivas para lidar com a ansiedade e o estresse da situação. Qualquer ato cirúrgico é considerado uma situação crítica capaz de despertar comportamentos individuais, influenciada por múltiplos fatores físicos e emocionais (9). Uma das estratégias utilizadas para diminuir os níveis de ansiedade e depressão durante o período pré-operatório é o fornecimento de informações sobre as condições de saúde, procedimentos realizados e a participação do familiar neste momento (9). Estudos mostram que pacientes acolhidos pelos familiares no período pré-operatório reduzem significativamente os sintomas de ansiedade, medo e pânico frente aqueles que foram unicamente acompanhados pelos profissionais da saúde. A presença do familiar reduz principalmente o sentimento de ansiedade do pré-operatório, caracterizado como um sentimento de medo e apreensão do desconhecido, ao contrário do que acontece quando há a presença única do profissional de enfermagem, aumentando os índices de ansiedade em relação aos pacientes que não foram acompanhados por seus familiares. Dessa forma, é possível ver a relação imprescindível entre a presença familiar e a redução da ansiedade num período tão crítico que é o pré-operatório (8). Outro ponto importante é que na literatura é muito comum serem encontrados artigos que definem a importância de um transporte intra-hospitalar para fins diagnósticos ou terapêuticos de pacientes críticos, dentre eles, aqueles que apresentam algum tipo de câncer em tratamento na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O traslado destes pacientes depende diretamente do planejamento e da atuação organizada da equipe multidisciplinar, assim como a escolha de equipamentos indispensáveis, sendo necessário porque pacientes em estado crítico são mais suscetíveis a alterações fisiológicas podendo causar complicações no decorrer do caminho. Porém, pouco é estudado sobre o transporte para o centro cirúrgico quando o paciente se encontra em estado não crítico (8, 10, 11). Kojima et al. (12) realizou um estudo entre outubro de 1998 a setembro de 2000 com pacientes de 15 a 80 anos que seriam submetidos a algum tipo de cirurgia, porém no estudo não foram especificados as doenças prévias e nem o motivo da da cirurgia, dando devida importância apenas a forma de condução ao centro cirúrgico: uma através do uso de maca e a outra através da deambulação, analisando também o grau de consciência dos pacientes perante os medicamentos usados, chegando ao seguinte resultado: pacientes que vão caminhando sentem-se mais tranquilos no pré-operatório. O uso da maca os deixam mais ansiosos, angustiados e até mesmo inferiorizados

Endereço: Rua Antenor Duarte Vilela, 1331

Bairro: Dr. Paulo Prata

CEP: 14.784-400

UF: SP

Município: BARRETOS

Telefone: (17)3321-0347

Fax: (17)3321-6600

E-mail: cep@hcancerbarretos.com.br



HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS / FUNDAÇÃO PIO XII



Continuação do Parecer: 2.575.033

ao conversar com outras pessoas já que permanecem deitados e chamam mais atenção por onde passam. Tudo isto, reflete o estresse causado por esse tipo de transporte, entendendo-se que a deambulação reduz o nível de ansiedade causada por esse tipo de transporte. Entretanto, neste estudo, não são especificadas as doenças, como o câncer, o grau de limitação dos pacientes e nem a classificação em score PS dos pacientes submetidos ao ato cirúrgico. Outro ponto importante, é o amplo espectro de faixa etária dos pacientes analisados pelo estudo, uma vez que engloba desde adolescentes até idosos, gerando muitas variáveis para uma análise veraz dos resultados.

HIPÓTESE:

Impacto emocional conforme forma de condução ao centro cirúrgico.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO:

Analisar a repercussão emocional do paciente diagnosticado com câncer classificado em ECOG PS 0 e 1 de acordo com o tipo de transporte até o centro cirúrgico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

Há o risco de quebra da confidencialidade de dados entre os membros do estudo, mas este será evitado ao máximo, assim como o risco mínimo de quedas, já que um grupo em específico será conduzido ao centro cirúrgico deambulando. E para minimizar estes riscos, realizaremos a escala de risco de quedas utilizada na rotina do hospital, não expondo nenhum paciente à intercorrências. O paciente será acompanhado pelo maqueiro e seu familiar até o centro cirúrgico, para possível apoio caso o mesmo sinta-se indisposto durante este percurso.

BENEFÍCIOS:

Consideramos encontrar uma relação entre a forma de condução ao centro cirúrgico destes pacientes devidamente classificados em ECOG PS 0 e 1, com o grau de ansiedade apresentado pelo mesmo antes do ato cirúrgico. Podendo alterar a rotina de transporte dos pacientes até o centro cirúrgico, visto que são pacientes em bom estado físico, podendo acrescer algum benefício psicológico, afastando a ideia de enfermidade e incapacitação perante este simples percurso.

Endereço: Rua Antenor Duarte Vilela, 1331

Bairro: Dr. Paulo Prata

CEP: 14.784-400

UF: SP

Município: BARRETOS

Telefone: (17)3321-0347

Fax: (17)3321-6600

E-mail: cep@hcancerbarretos.com.br



HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS / FUNDAÇÃO PIO XII



Continuação do Parecer: 2.575.033

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

RESPOSTA EMITIDA REFERENTE AO PARECER Nº 2.522.981:

2.3 No item 4.2 Amostra, foi explicado que será avaliado o risco de queda pela "ESCALA PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA" (Adaptada: Johns Hopkins 2007), e ECOG PS, e classificados apenas em pacientes sem risco ou com risco mínimo, segundo a escala de risco de quedas, e pacientes com PS 0 e 1, sendo que serão incluídos no estudo pacientes com PS 0 e 1 e excluídos pacientes com PS>1. No entanto, a Escala de Risco de Quedas não foi considerada como um dos critérios para elegibilidade e/ou não elegibilidade, sendo apenas descrito como critério de não elegibilidade apenas pacientes que momentos antes da cirurgia apresentarem algum evento adverso que possa pôr em risco a deambulação até o centro cirúrgico, e pacientes que tenham deficiência física que necessitam de auxílio para deambular, excluindo casos que a escala leva em consideração como idade, queda nos últimos meses, medicamentos utilizados, dentre outros. Solicita-se adequação quanto aos critérios de elegibilidade e/ou não elegibilidade.

- RESPOSTA CEP: A resposta foi analisada, porém o risco de queda não se aplica apenas aos pacientes com idade acima de 60 anos, a Escala de Risco de Quedas deve ser considerada em todas as idades para diminuir os riscos aos participantes do presente estudo. Solicita-se ainda adequação.

- RESPOSTA PESQUISADOR: "Conforme solicitado, inserido a escala de risco de quedas: pacientes com risco zero ou baixo risco, como critério de elegibilidade.

Critérios de Elegibilidade

- Pacientes com diagnóstico de câncer
- Idade igual ou superior a 18 anos, indo até 70 anos
- Ambos os sexos
- Classificados em score PS 0 ou 1
- Pacientes que sejam classificados em Risco Zero ou Baixo Risco pela escala de avaliação de risco de quedas
- Indicação de cirurgia eletiva

- ANÁLISE CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Endereço: Rua Antenor Duarte Vilela, 1331

Bairro: Dr. Paulo Prata

CEP: 14.784-400

UF: SP

Município: BARRETOS

Telefone: (17)3321-0347

Fax: (17)3321-6600

E-mail: cep@hcancerbarretos.com.br



HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS / FUNDAÇÃO PIO XII



Continuação do Parecer: 2.575.033

2.4 Devido ao estudo se tratar de um Ensaio Clínico, não é indicado que a amostra seja por conveniência, sendo assim, fica expressa a necessidade de que o mesmo apresente um cálculo para justificar o Tamanho Amostral apresentado.

- RESPOSTA CEP: A resposta foi analisada, no entanto, como foi explicado na pendência anterior, por se tratar de um Ensaio Clínico, não é indicado que a amostra seja por conveniência, sendo assim, fica expressa a necessidade de que o mesmo apresente um cálculo para justificar o tamanho. Embora não exista na literatura estudos que avaliaram a ansiedade na forma de condução de pacientes com câncer até o centro cirúrgico, existe trabalho que avaliou o tipo de transporte ao centro cirúrgico em população geral como foi citado do documento PROTOCOLO_DEAMBULAÇÃO no item INTRODUÇÃO, onde lê-se Kojima et al. (12) realizou um estudo entre outubro de 1998 a setembro de 2000 com pacientes de 15 a 80 anos que seriam submetidos a algum tipo de cirurgia, porém no estudo não foram especificados as doenças prévias e nem o motivo da da cirurgia, dando devida importância apenas a forma de condução ao centro cirúrgico: uma através do uso de maca e a outra através da deambulação, analisando também o grau de consciência dos pacientes perante os medicamentos usados, chegando ao seguinte resultado: pacientes que vão caminhando sentem-se mais tranquilos no pré-operatório. Solicita-se ainda adequação.

- RESPOSTA PESQUISADOR: "Conforme solicitado, realizado cálculo amostral: Com base nos resultados encontrados por Kojima et al. (12) foi realizado o cálculo amostral para comparação de proporções. Considerando um erro de 0,05 e um poder $1 - \alpha$ de 0,80 chegou-se a um tamanho amostral de 176 pacientes sendo 88 pacientes alocados no grupo maca, e 88 pacientes alocados para o grupo deambulação."

- ANÁLISE CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram adequadamente apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem óbices éticos.

Endereço: Rua Antenor Duarte Vilela, 1331

Bairro: Dr. Paulo Prata

CEP: 14.784-400

UF: SP

Município: BARRETOS

Telefone: (17)3321-0347

Fax: (17)3321-6600

E-mail: cep@hcancerbarretos.com.br



HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS / FUNDAÇÃO PIO XII



Continuação do Parecer: 2.575.033

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Pio XII – Hospital do Câncer de Barretos de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, e após a análise das respostas as pendências emitidas, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Solicitamos que sejam encaminhados ao CEP:

- 1 Relatórios semestrais, sendo o primeiro previsto para 05/10/2018.
- 2 Comunicar toda e qualquer alteração do Projeto e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de participantes deve ser temporariamente interrompida até a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.
- 3 Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer Evento Adverso Grave ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
- 4 Para projetos que utilizam amostras criopreservadas, procurar o BIOBANCO para início do processamento.
- 5 Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos, após conclusão da pesquisa, para possível auditoria dos órgãos competentes.
- 6 Este projeto está cadastrado no CEP-HCB sob o número 1527/2018.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1059475.pdf	19/03/2018 09:50:16		Aceito
Outros	carta_pendencia_190318.docx	19/03/2018 09:49:21	Gabriela da Silva Oliveira	Aceito
Outros	pendencia190318.pdf	19/03/2018 09:48:43	Gabriela da Silva Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Protocolo_deambulacao190318.pdf	19/03/2018 09:48:09	Gabriela da Silva Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Protocolo_deambulacao190318.docx	19/03/2018 09:47:53	Gabriela da Silva Oliveira	Aceito

Endereço: Rua Antenor Duarte Vilela, 1331

Bairro: Dr. Paulo Prata

CEP: 14.784-400

UF: SP

Município: BARRETOS

Telefone: (17)3321-0347

Fax: (17)3321-6600

E-mail: cep@hcancerbarretos.com.br



HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS / FUNDAÇÃO PIO XII



Continuação do Parecer: 2.575.033

Outros	carta_pendencia.pdf	07/02/2018 10:09:33	Gabriela da Silva Oliveira	Aceito
Outros	carta_pendencia.docx	07/02/2018 10:05:41	Gabriela da Silva Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Protocolo_deambulacao.pdf	07/02/2018 10:04:29	Gabriela da Silva Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Protocolo_deambulacao.docx	07/02/2018 10:04:08	Gabriela da Silva Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_deambulacao.pdf	07/02/2018 10:03:50	Gabriela da Silva Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_deambulacao.doc	07/02/2018 10:03:09	Gabriela da Silva Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Gabi.pdf	12/01/2018 16:09:55	Gabriela da Silva Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Gabi.doc	12/01/2018 16:09:47	Gabriela da Silva Oliveira	Aceito
Outros	coletaneas_cartas.docx	12/01/2018 16:09:21	Gabriela da Silva Oliveira	Aceito
Outros	coletaneas_cartas.pdf	12/01/2018 16:07:53	Gabriela da Silva Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Protocolo_Gabi.docx	12/01/2018 16:06:41	Gabriela da Silva Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Protocolo_Gabi.pdf	12/01/2018 16:06:07	Gabriela da Silva Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	11/01/2018 09:17:35	Gabriela da Silva Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Antenor Duarte Vilela, 1331

Bairro: Dr. Paulo Prata

CEP: 14.784-400

UF: SP

Município: BARRETOS

Telefone: (17)3321-0347

Fax: (17)3321-6600

E-mail: cep@hcancerbarretos.com.br



HOSPITAL DO CÂNCER DE
BARRETOS / FUNDAÇÃO PIO
XII



Continuação do Parecer: 2.575.033

BARRETOS, 02 de Abril de 2018

Assinado por:
Maicon Fernando Zanon da Silva
(Coordenador)

Endereço: Rua Antenor Duarte Vilela, 1331

Bairro: Dr. Paulo Prata

CEP: 14.784-400

UF: SP

Município: BARRETOS

Telefone: (17)3321-0347

Fax: (17)3321-6600

E-mail: cep@hcancerbarretos.com.br