

Estado da publicação: O preprint foi publicado em outro meio.
DOI do preprint publicado: https://doi.org/10.30886/estima.v23.1692_PT

Avaliação do estresse percebido em pessoas com feridas de difícil cicatrização: série de casos

Beatriz Costa Ferreira, Carol Viviana Serna González, Beatriz Yamada, Vera Lucia Conceição de Gouveia Santos

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.11419>

Submetido em: 2025-03-13
Postado em: 2025-05-05 (versão 2)
(AAAA-MM-DD)

Justificativa da versão: A 2ª versão foi adicionada devido à alterações realizadas após passar por revisores de uma revista.

Avaliação do estresse percebido em pessoas com feridas de difícil cicatrização: série de casos

Assessing perceived stress in people with hard-to-heal wounds: cases series

Beatriz Costa Ferreira

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5728-8947>

Carol Viviana Serna González

Grupo de Pesquisa em Estomaterapia (GPET) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9850-3030>

Beatriz Yamada

Grupo de Pesquisa em Estomaterapia (GPET) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6673-6756>

Vera Lucia Conceição de Gouveia Santos

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1288-5761>

RESUMO

Objetivo: Exemplificar a avaliação do estresse, distresse e *coping* percebidos por pacientes com feridas de difícil cicatrização (FDC), atendidos em ambulatório de Estomaterapia.

Método: Estudo secundário, observacional e prospectivo de 10 pacientes adultos com FDC, acompanhados durante duas a seis consultas. Foram utilizados: Formulário de dados sociodemográficos e clínicos; Inventário Breve de Dor (sensibilidade - BPIS; interferência - BPII); Instrumento de Avaliação da Ferida da Bates Jensen – BWAT e Escala de Estresse Percebido - PSS, incluindo *coping* e distresse, com dados expressos em médias.

Resultados: Os pacientes tinham FDC principalmente em membro inferior, com duração de 21,2 meses; BWAT 23,7; BPIS 4; BPII 3,2. O estresse foi caracterizado por PSS total de 28,5 pontos, distresse de 16,4 e *coping* 16. Na última consulta foi observada diminuição de 4,3 pontos na BWAT; 0,8 na BPIS; 7,6 pontos na PSS com 5,3 no distresse. A BPII aumentou 0,7 e o *coping* 2,2. **Conclusão:** Há uma tendência de relação entre estresse percebido e cicatrização, com o *coping* influenciando a percepção do estresse. Faz-se necessária uma abordagem multiprofissional e, evidencia-se o potencial da atuação do enfermeiro estomaterapeuta para avaliação e manejo do distresse e *coping* percebidos.

Descritores: Estresse Psicológico; Ferimentos e Lesões; Cicatrização; Relatos de Casos; Estomaterapia; Psicologia.

ABSTRACT

Objective: To exemplify the stress, distress, and coping assessment perceived by patients with hard-to-heal wounds (HHW) receiving treatment in a Enterostomal Therapy outpatient clinic. **Methods:** Observational, prospective secondary study involved 10 adult patients with HHW, who were followed over two to six consultations. The following tools were used: sociodemographic and clinical data form; Brief Pain Inventory (sensitivity - BPIS; interference - BPII); Bates-Jensen Wound Assessment Tool (BWAT); Perceived Stress Scale (PSS), which included measures of coping and distress with data expressed as means. **Results:** Patients primarily had HHW located on the lower extremities, with a duration of 21.2 months; BWAT score was 23.7; BPI-S was 4; and BPI-I was 3.2. Stress was characterized by a total PSS score of 28.5 points, with a distress score of 16.4 and a coping score of 16. In the final consultation, there was a decrease of 4.3 points in BWAT; 0.8 points in BPI-S; and 7.6 points in PSS, with a 5.3 point reduction in distress. The BPI-I increased by 0.7, and coping improved by 2.2. **Conclusion:** There is a tendency for a relationship between perceived stress and wound healing, with coping influencing the perception of stress. A multidisciplinary approach is necessary, and the potential role of the wound, ostomy, and continence nurse is highlighted for early assessment of distress and management of coping.

Descriptors: Psychological Stress; Wounds and Injuries; Wound Healing; Case Reports; Enterostomal Therapy; Psychology

Introdução

Nos dias de hoje, não se tem mais a visão precursora de Selye de que o estresse é apenas uma ativação aguda do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (Selye, 1975^s). A Associação Americana de Psicologia descreve o estresse como qualquer desconforto emocional acompanhado de mudanças fisiológicas, bioquímicas e comportamentais (Baum, 1990^s). Atualmente, caracteriza-se por um estado de homeostase desafiada no nível sistêmico, físico ou psicológico (Lu et al., 2021).

A cronificação do estresse traz malefícios para o corpo, pois demanda um processo compensatório para a restauração da homeostase. Isso ocorre porque o corpo desvia energia de funções essenciais para tentar restaurá-la, o que pode levar ao desenvolvimento ou agravamento de doenças crônicas (Antunes, 2019^s). Trevino et al. (2022) constataram

^sLista suplementar de referências

que uma resposta exagerada e prolongada ao estresse pode perpetuar a disfunção do cortisol, a inflamação generalizada e a dor. Um exemplo consiste naquelas que se manifestam na pele, como dermatoses ou feridas que podem apresentar lentificação do processo cicatricial, devido à diminuição da imunidade celular, dentre outras mudanças (Pombeiro et al., 2022).

Feridas são criadas por um estímulo que rompe a continuidade física da pele. O sucesso nos processos de reparação e regeneração tecidual depende da condição física e psicológica do paciente, como também, da gravidade da lesão (Yang et al., 2021). Atualmente, entende-se a cicatrização em 4 fases: hemostasia, inflamação, proliferação e remodelação (Azevedo et al., 2020^S). O mau funcionamento de qualquer uma das etapas pode resultar em uma cicatrização atrasada. Dessa forma, a progressão normal de cura é substituída pela cronificação da inflamação, sendo incapaz de progredir nos estágios fisiológicos normais, anteriormente citados (Holzer-Geissler et al., 2022).

No Brasil, há estimativas de prevalência pontual de feridas de difícil cicatrização variando de 2,9 a 23,5% em populações de diferentes locais de atenção em saúde e diferentes regiões (Vieira, Araújo, 2018^S; Galvão, Santos 2016^S; de Castro et al. 2022). Os principais motivos do atraso na cicatrização são: o controle deficiente das comorbidades de base, a baixa adesão a protocolos de tratamento para cada tipo de ferida, a infecção aguda ou crônica e o uso de medicamentos que alteram o processo normal fisiológico de cicatrização (González et al., 2023).

O abandono do tratamento expõe o paciente a riscos significativos, como amputações, infecções generalizadas e até mesmo a morte. Esse fenômeno pode estar relacionado a fatores econômicos, à escassez de rede de apoio e à falta de instrução dos pacientes; além disso, pode decorrer da insatisfação com os cuidados recebidos e da baixa adesão ao tratamento (Machado et al., 2019).

Ter uma lesão aberta acarreta dificuldades biopsicossociais, como a dor e o odor da ferida, a restrição das atividades diárias, os distúrbios da imagem corporal, a insônia e o isolamento social (Basu et al., 2022), potencialmente afetando a qualidade de vida relacionada à saúde do paciente. Walburn et al. (2017) avaliaram 63 indivíduos com úlceras venosas de perna durante 24 semanas, investigando possíveis preditores psicossociais para o seu fechamento. Encontraram uma taxa mais lenta de cicatrização na área da ferida conforme maior estresse ($p=0.008$), depressão ($p=0.039$) e piores percepções ou crenças sobre a úlcera ($p=0.045$). Os autores concluem que os aspectos psicológicos e sociodemográficos são preditores de cicatrização e também devem ser considerados no processo de tratamento. Em revisão integrativa de literatura sobre os fatores psicossociais

^SLista suplementar de referências

presentes em pacientes com úlceras venosas, Cifuentes e Guerrero (2020) constataram que os sintomas decorrentes de problemas psicossociais (como a depressão) e seus efeitos na qualidade de vida do paciente são reconhecidos, porém, não especificamente acompanhados para sua identificação precoce e tratamento oportuno.

Os problemas aludidos suscitam a importância da avaliação do estresse para entendimento e futuras mediações. A *Escala de Estresse Percebido* (PSS)^S, desenvolvida por Cohen, Kamarck e Mermelstein, em 1983, nas Universidades de Carnegie-Mellon e Oregon, mede o grau em que um indivíduo avalia a sua vida como imprevisível, incontrolável e intensa (ou sobrecarregada). É mensurada de acordo com as últimas quatro semanas e possui perguntas gerais, que não especificam um único evento ou acontecimento (Cohen et al., 1983).

Os autores da PSS também descreveram que escores elevados têm sido correlacionados com altos níveis de cortisol, marcadores imunológicos, doenças infecciosas e cicatrização. Uyar et al. (2022)^S comprovaram essa hipótese ao avaliar a cicatrização de feridas em 144 pacientes queimados. Os níveis de estresse relatados pelos participantes, medidos através da PSS, foram positivamente correlacionados com a porcentagem da superfície queimada e negativamente com a imagem corporal percebida.

As evidências científicas sobre a associação entre o estresse percebido e o atraso na cicatrização suscitam o questionamento do porquê sua avaliação ainda não é frequente nos serviços de saúde que atendem pessoas com feridas. Hipóteses que explicam este fenômeno são: falta de conhecimento do Estomaterapeuta e/ou profissional especializado quanto às demandas psicológicas do paciente; normalização do estresse (estar estressado é visto como algo normal e sem necessidade de intervenção) e foco na cicatrização da ferida, com pouco olhar para o impacto psicológico ao paciente, resultando em pouca priorização terapêutica do estresse justificado pelo tempo reduzido da consulta.

Objetivo

Exemplificar a avaliação do estresse, distresse e *coping* percebidos por pacientes com feridas de difícil cicatrização, atendidos em ambulatório de Estomaterapia.

Material e métodos

Trata-se de um estudo observacional, prospectivo, longitudinal, do tipo série de casos incluindo 10 pacientes adultos com feridas de difícil cicatrização, em atendimento ambulatorial em serviço de Estomaterapia. Os dados foram extraídos de estudo primário de coorte, prospectivo e exploratório, intitulado "*Microbial burden, pain, inflammation, stress*

^SLista suplementar de referências

and delayed wound healing: Cohort Study” (González et al., 2023), cujo objetivo foi identificar e analisar as relações entre a carga microbiana, inflamação, dor e cicatrização de feridas agudas e crônicas e, dessas, com o estresse dos indivíduos que as apresentam. O estudo primário baseou-se na metodologia de estudos longitudinais para determinação de risco (Murphy, 2015^S). O presente manuscrito, que apresenta uma série de casos, seguiu as guias do grupo Case Report Guidelines (CARE) para sua construção (Riley et al., 2017^S).

Local do estudo

O estudo primário foi desenvolvido em unidade de atendimento especializado no cuidado de pacientes com feridas, estomias e disfunções miccionais nas unidades de internação e ambulatorial em instituição de saúde do município de São Paulo. Os pacientes contavam com o apoio de uma equipe multidisciplinar composta por 16 profissionais. Quando necessário, os pacientes poderiam passar em atendimento nos serviços de psiquiatria e psicologia, porém, com acesso reduzido devido ao baixo número de profissionais disponíveis e à lista de espera para consulta.

População e amostra

A população do estudo primário foi constituída por todos os indivíduos adultos com feridas de difícil cicatrização, em seguimento ambulatorial pela equipe de Estomaterapia. A amostra foi de conveniência, composta de 41 pacientes que cumpriram os critérios de inclusão: ter 18 anos ou mais, ter ferida com mais de 4 semanas de duração, poder responder questionários, e de exclusão: não ter duas consultas de acompanhamento e ter perda de dados de mais de 50%. Quanto à amostra deste estudo secundário, foi composta de um paciente para cada etiologia de ferida: úlcera de origem vascular arterial, úlcera de origem venosa, úlcera vascular de origem mista, úlcera diabética, lesão por pressão, lesão traumática, ferida neoplásica maligna, ferida de amputação, ferida infecciosa e úlcera de membro inferior por doença reumatoide (totalizando 10 pacientes).

Procedimentos para a coleta de dados

No estudo primário, os potenciais participantes, indicados pelas enfermeiras especialistas durante a sua rotina de atendimento ambulatorial, foram abordados para verificação de critérios de inclusão e, quando elegíveis, foram convidados a participar do estudo pelas pesquisadoras, que acompanhavam os profissionais do serviço durante sua rotina de atendimento no ambulatório. Uma vez indicados, as pesquisadoras os abordavam e explicavam os objetivos, características e procedimentos que seriam realizados na pesquisa, assim como os direitos que teriam como participantes. Aqueles que expressaram

^SLista suplementar de referências

interesse no estudo, foram orientados a ler e a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A seguir, as pesquisadoras coletavam os dados, de forma presencial e individual, em espaço privativo, por meio de entrevista, exame físico com avaliação da ferida e análise dos registros do prontuário do paciente. Tendo-se em vista o caráter observacional e exploratório do estudo, a coleta de dados foi realizada sem interferir no tratamento da ferida, definido e desenvolvido pelos profissionais responsáveis pelo atendimento dos pacientes na instituição de saúde. Os pacientes foram avaliados durante, pelo menos, duas consultas, com intervalos que variaram de 7 a 30 dias, a depender das demandas individuais e da disponibilidade de agenda no setor.

Instrumentos para a coleta de dados

Foram utilizados instrumentos específicos inseridos no sistema de captura eletrônica de dados REDCap® (Vanderbilt University, Harris et al., 2019^S), hospedado no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Durante a coleta, os dados foram armazenados digitalmente com acesso único das pesquisadoras. Os instrumentos são descritos a seguir:

✓ Formulário de Dados Sociodemográficos e Clínicos:

Foi elaborado pelas pesquisadoras e incluiu: data de nascimento, sexo, autodeclaração de cor de pele ou raça (IBGE, 2022^S), nível educacional, estado civil, prática de religião, renda familiar e ocupação atual. Antecedentes clínicos de comorbidades, internação em UTI ou em enfermaria nos últimos 12 meses, tipo de ferida, duração da ferida, localização da ferida, frequência de realização do curativo e Índice de massa corporal (IMC - kg/m²).

✓ Inventário Breve de Dor - BPI:

Instrumento desenvolvido por Cleeland et al. (1991)^S e validado para o português brasileiro por Ferreira et al. (2011). Na sua aplicação, os sujeitos eram solicitados a classificarem a intensidade da dor no momento da entrevista, a pior dor e a mais fraca durante as últimas 24 horas, além da média da dor no mesmo período. Estas respostas deram o resultado de sensibilidade (relacionado com intensidade) da dor - BPIS. Foi solicitado, ainda, que os pacientes respondessem sobre a interferência da dor no humor e nas atividades da vida diária (como caminhar, trabalhar, atividade social, relacionamento com os outros e o sono). Essas respostas deram o resultado de interferência da dor - BPII. O instrumento utiliza pontuações de mínimo 0 e máximo 10; a média dessas avaliações foi

^SLista suplementar de referências

utilizada como o escore final.

✓ *Instrumento de Avaliação da Ferida da Bates Jensen - BWAT:*

Ferramenta de avaliação de feridas criada por Bates-Jensen e Sussman (2012)^S e adaptada e validada para o português brasileiro por Alves et al. (2015). O instrumento envolve avaliação de tamanho, profundidade, bordas, descolamento, tipo de tecido necrótico e quantidade, tipo de exsudato e quantidade, cor da pele ao redor da ferida, edema e endurecimento do tecido periférico, tecido de granulação e epitelização. A pontuação varia entre 13 e 65 pontos, onde o maior escore indica maior degeneração da ferida.

✓ *Escala de Estresse Percebido - PSS:*

Os pacientes responderam à PSS em sua versão adaptada e validada para o português brasileiro (Luft et al., 2007). Tanto o artigo original, quanto a sua validação, evidenciam a aplicação do instrumento por meio de autoaplicação ou entrevista, como feito neste estudo. A escala possui 14 itens que procuram verificar o quanto a vida do indivíduo é imprevisível, incontrolável e intensa. As opções de resposta variam de zero a quatro (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre; 4=sempre); 7 perguntas sobre percepções negativas (1, 2, 3, 8, 11, 12 e 14) e 7 sobre percepções positivas (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13). As pontuações das questões negativas são somadas e as pontuações das questões positivas são invertidas (0=4, 1=3, 2=2, 3=1 e 4=0) e, posteriormente, somadas juntamente com as demais, obtendo-se um escore que pode variar de 0 a 56 pontos; quanto maior a pontuação, maior é o estresse percebido.

Para calcular o *distresse* e o *coping* percebidos (Hewitt et al., 1992^S), foram somadas apenas as sentenças negativas e apenas as sentenças positivas, respectivamente, sem inverter as pontuações pré-estabelecidas. Dessa forma, obteve-se um escore que pode variar de 0 a 28 pontos para cada um dos dois fatores (Cohen, Williamson, 1988^S). Para categorizar o estresse de acordo com os percentis, foram considerados os pontos de corte: Percentil 25; ≤ 18 (baixo), p50; 19-24 (normal), p75; 25-29 (moderado), p90; 30-35 (alto), p95; > 35 (muito alto) (Faro, 2015^S).

Procedimentos Éticos

Cumprindo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto original foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP-EEUSP) e com anuência da instituição

^SLista suplementar de referências

de saúde coparticipante, por meio de registro na Plataforma Brasil (Nº. 5.189.744, 5.114.796, ambos de 2021). A análise secundária dos dados, da qual versa este artigo, também foi submetida e aprovada pelo CEP-EEUSP, consolidada pelo número de parecer 6.544.353 de 2023.

Ao participar deste estudo, o paciente se beneficiou de uma avaliação mais completa da sua condição de saúde, estresse e ferida, uma vez que as informações obtidas foram compartilhadas imediatamente com o profissional de saúde responsável na instituição, para otimização do tratamento ou alerta de riscos, assim como seu registro por este no sistema de prontuários.

As variáveis identificadoras dos indivíduos, tais como nome e outros tipos de identificação pessoal, foram eliminadas dos bancos de dados, sendo substituídas por códigos, para uso em publicações e possível compartilhamento com outros pesquisadores.

Análise estatística

Os dados obtidos foram analisados por meio de estatística descritiva, utilizando o software Jamovi (The Jamovi project, 2022^S). Foram reportadas medidas de tendência central (média, mediana e moda) e medidas de distribuição (quartis e porcentagem). Não foram realizadas análises de associação devido ao baixo número amostral.

Resultados

Na caracterização sociodemográfica (Tabela 1), os 10 pacientes incluídos no estudo tiveram idades entre 32 e 75 anos, eram principalmente do sexo feminino, com autodeclaração de raça preta, ensino técnico como máximo nível educacional e com aposentadoria como ocupação atual. Metade dos pacientes possuía um relacionamento estável e a maioria praticava alguma religião.

Sobre os dados clínicos (Tabela 1), todos os pacientes apresentaram alguma comorbidade, com mínimo de uma e máximo de seis por paciente. Seis pacientes não tiveram internação nos últimos 12 meses e sete apresentavam lesões nos membros inferiores. O tempo de duração da ferida variou entre 2 e 73 meses. Por fim, o IMC mínimo foi 21,5 e o máximo 38,6 kg/m².

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas da amostra (n=10), São Paulo, Brasil. 2022-2023.

Variável quantitativa	Média	Desvio padrão	Mediana	Perda de dados n (%)
Idade (anos)	58	15,5	64,5	0 (0%)
Renda familiar (R\$)	6.043	2.499	6.500	3 (30%)

^SLista suplementar de referências

Número de comorbidades (n)	3,3	1,9	3	0 (0%)
Duração da ferida (meses)	21,2	26,3	7	0 (0%)
IMC (kg/m²)	27,7	5,9	24,6	3 (30%)
Variável categórica	Categoria	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Perda de dados n (%)
Sexo	Feminino	6	60%	0 (0%)
	Masculino	4	40%	
Cor de pele ou raça	Branca	3	30%	0 (0%)
	Amarela	1	10%	
	Parda	2	20%	
	Preta	4	40%	
Nível educacional	Técnico	3	30%	0 (0%)
	Ensino médio Incompleto	2	20%	
	Ensino médio Completo	2	20%	
	Superior Incompleto	2	20%	
	Superior Completo	1	10%	
Estado civil	Casado ou união estável	5	50%	0 (0%)
	Solteiro, viúvo ou divorciado	5	50%	
Prática de Religião	Sim	7	70%	0 (0%)
	Não	3	30%	
Ocupação atual	Aposentado	4	40%	0 (0%)
	Licença médica	2	20%	
	Afastado permanentemente	1	10%	
	Trabalhador(a) empregado(a)	2	20%	
	Trabalhador(a) autônomo(a)	1	10%	
Comorbidade	Sim	10	100%	0 (0%)
	Não	0	0%	
Internação nos últimos 12 meses	Sim	4	40%	0 (0%)
	Não	6	60%	
Localização da ferida	Membro inferior	7	70%	0 (0%)
	Trocânter	1	10%	
	Região peitoral	1	10%	
	Pescoço	1	10%	
Frequência dos curativos	c/ 24h	7	70%	0 (0%)
	c/ 48h	3	30%	

O escore médio total do BWAT foi de 21,2 (DP 5,5), sendo de 23,7 (DP 7,2) nas primeiras consultas e de 19,4 (DP 5,4) nas últimas, demonstrando redução de 4,3 pontos.

Em relação à dor, os escores médios foram 3,8 (DP 2,6) e 3,7 (DP 3,5) respectivamente, para BPIS e BPII; na primeira consulta foram 4,0 (DP 2,9) e 3,2 (DP 3,2) e, nas últimas, 3,2 (DP 2,2) e 3,9 (DP 4,5), respectivamente. O BPIS diminuiu 0,8 e o BPII aumentou 0,7.

^SLista suplementar de referências

Na análise de dados da PSS, o escore médio total foi 23,2 (DP 12,8), sendo de 28,5 (DP 14,0) nas primeiras consultas e de 20,9 (DP 10,0) nas últimas, diminuindo 7,6 pontos. Classificando o nível de estresse percebido quanto ao número total de consultas (n= 36), tem-se que em 15 (41,7%) consultas os pacientes apresentaram estresse baixo; em 6 (16,7%) apresentaram estresse normal; em 5 (13,9%) estresse moderado; em 3 (8,3%) estresse alto e em 7 (19,4%) estresse muito alto. Comparando-se os resultados por paciente, nas primeiras consultas, seis pacientes apresentavam estresse moderado, alto ou muito alto e quatro estresse baixo ou normal. Nas consultas finais, o número de pacientes com estresse moderado, alto ou muito alto diminuiu para três, enquanto o número de pacientes com níveis baixo ou normal de estresse aumentou para sete. A Figura 1 apresenta, graficamente, o número de pacientes segundo nível de estresse, nas primeiras e últimas consultas.

Figura 1. Categorização do estresse dos pacientes por percentis.

Fonte: Faro A (2015)^S

A média total do distresse percebido dos pacientes foi de 13,2 (DP 7,4); 16,4 (DP 7,2) nas primeiras consultas e 11,1 (DP 6,2), nas últimas, diminuindo 5,3 pontos. Em relação ao coping percebido, o escore total foi de 18 (DP 6,5), sendo de 16 (DP 7,9) nas primeiras e de 18,2 (DP 5,5) nas últimas, aumentando 2,2 (Quadro 1).

Quadro 1. Desfecho do modelo bifatorial do PSS - Distresse e Coping. São Paulo, 2022-2023.









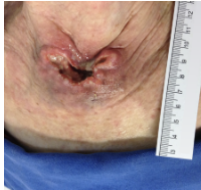
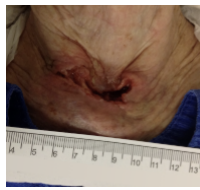
Nº	PSS ¹ inicial	Escore distresse	Escore coping	PSS ¹ final	Escore distresse	Escore coping	Resultado estresse aumentou/diminuiu	Resultado distresse aumentou/diminuiu	Resultado coping aumentou/diminuiu
1	24	17	21	16	9	21	diminuiu	diminuiu	sem alteração
2	31	17	14	23	12	17	diminuiu	diminuiu	aumentou
3	27	11	12	23	9	14	diminuiu	diminuiu	aumentou
4	11,8	9	25,7	9	7	26	diminuiu	diminuiu	aumentou
5	18	9	19	22	8	14	aumentou	diminuiu	diminuiu
6	14	8	22	28	20	20	aumentou	aumentou	sem alteração
7	46	24	6	2	0	26	diminuiu	diminuiu	aumentou
8	26	20	22	30	17	15	aumentou	diminuiu	diminuiu
9	53	27	2	36	17	9	diminuiu	diminuiu	aumentou
10	34	22	16	20	12	20	diminuiu	diminuiu	aumentou

¹PSS: Escala de Estresse Percebido




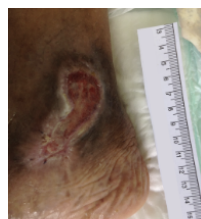
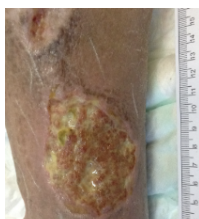


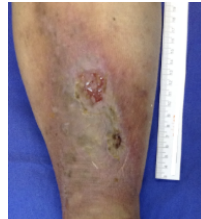


Para melhor visualização de cada um dos 10 pacientes que compõem esta série de casos clínicos, o Quadro 2 apresenta a caracterização sociodemográfica e clínica, assim como os desfechos relacionados à dor (BPIS e BPII), à cicatrização de ferida (BWAT) e ao estresse percebido (PSS) de cada um deles.

Quadro 2. Dados sociodemográficos, clínicos e desfechos quanto à dor, à cicatrização e ao estresse dos pacientes com feridas de difícil cicatrização com ilustração do registro fotográfico dos diferentes tipos de feridas (n=10). São Paulo, Brasil. 2022-2023.

^SLista suplementar de referências

Nº	Idade, sexo, estado civil, nº comorbidades, etiologia da ferida, duração da ferida, nº de consultas	BPIS ¹ inicial/ final	BPII ² inicial/ final	BWAT ³ inicial/ final		Resultado cicatrização melhorou/ piorou	PSS ⁴ inicial/final classificação inicial/final	Resultado estresse diminuiu/ aumentou
1	38, feminino, casada, 4 comorbidades, ferida de amputação, 6 meses, 5 consultas	0,0/ 2,5	perda de dados/ 0,7	 18	 11	melhorou	24/16 normal/ baixo	diminuiu
2	67, masculino, casado, 2 comorbidades, úlcera de perna mista, 3 meses, 4 consultas	3,8/ 3,7	3,7/ 0,6	 26	 24	melhorou (atraso baseline)	31/23 alto/ normal	diminuiu
3	32, feminino, casada, 2 comorbidades, ferida infecciosa, 2 meses, 2 consultas	6,5/ 4,0	5,7/ perda de dados	 31	 23	melhorou	27/23 moderado/ normal	diminuiu
4	69, masculino, casado, 1 comorbidades, lesão traumática, 60 meses, 4 consultas	0,0/ 0,0	0,0/ 0,0	 18	 20	piorou (atraso baseline)	11,8/9 baixo/ baixo	diminuiu
5	75, feminino, viúvo, 3 comorbidades, ferida neoplásica maligna, 5 meses, 4 consultas	6,0/ 4,0	0,7/ 1,8	 26	 18	melhorou	18/22 baixo/ normal	aumentou

[§]Lista suplementar de referências

6	72, feminino, divorciado, 3 comorbidades, úlcera vascular arterial, 8 meses, 4 consultas	7,3/ 7,5	6,9/ 10,0			sem alteração	14/28 baixo/ moderado	aumentou
7	64, feminino, viúvo, 6 comorbidades, úlcera vascular venosa, 37 meses, 6 consultas	7,0/ 3,5	8,0/ 9,9			melhorou	46/2 muito alto/ baixo	diminuiu
8	40, feminino, união estável, 5 comorbidades, úlcera de membro inferior por doença reumatoide, 16 meses, 3 consultas	3,5/ 2,8	2,6/ 5,3			sem alteração	26/30 moderado/ alto	aumentou
9	58, masculino, solteiro, 6, úlcera diabética, 2 meses, 2	perda de dados	perda de dados			melhorou	53/36 muito alto/ muito alto	diminuiu
10	65, masculino, divorciado, 1, lesão por pressão, 73 meses, 5	2,0/ 0,5	0,6/ 0,0			melhorou	34/20 alto/ normal	diminuiu

¹BPIS: Inventário Breve de Dor - Sensibilidade

²BPII: Inventário Breve de Dor - Interferência

³BWAT: Instrumento de Avaliação da Ferida da Bates Jensen

⁴PSS: Escala de Estresse Percebido

Discussão

Na área de doenças crônicas, a influência de fatores psicossociais na evolução do tratamento clínico tem sido pesquisada. Em pessoas com feridas, apesar do número reduzido de publicações sobre o tema, o estresse emocional e biológico mostra-se um fator que influencia o atraso na cicatrização (Stechmiller et al., 2019). Dessa forma, o presente estudo teve o objetivo de exemplificar a avaliação do estresse, distresse e *coping* percebidos por pacientes com feridas de difícil cicatrização, atendidos em ambulatório de Estomaterapia.

Foi possível verificar, neste grupo de pacientes, uma tendência de relação entre o estresse e a cicatrização de feridas, visto que o escore da PSS e BWAT diminuíram em 6/10 pacientes. Ou seja, conforme a ferida cicatrizou, o estresse diminuiu na maioria dos pacientes. Tal observação se confirmou quando dois pacientes não apresentaram alteração em relação à cicatrização da ferida e ambos mostraram piora importante do nível de estresse. No entanto, a cicatrização é um fenômeno complexo que não depende apenas de fatores psicossociais (Yang et al., 2021) e, adicionalmente, o tamanho amostral reduzido não permitiu a confirmação estatística da observação.

No modelo de análise bifatorial da PSS (distresse e *coping*), o distresse diminuiu em todos os sete pacientes que apresentaram melhora na cicatrização, enquanto o *coping* aumentou em cinco deles. Além disso, houve uma alteração maior nas pontuações do distresse, do que nas do *coping*. A mudança expressiva do distresse pareceu ocorrer devido ao bom resultado no processo cicatricial, permitindo ao paciente vivenciar diminuição significativa dos estressores em seu dia a dia, como a interferência da dor nas atividades da vida diária, que aumentaram as probabilidades de níveis elevados de estresse percebido (Woo et al., 2024).

Deschodt et al. (2024) realizaram uma revisão de revisões sistemáticas e encontraram efeitos estatisticamente significantes a favor das consultas de enfermagem nos resultados de qualidade de vida, comportamento de saúde, adesão à medicação, mortalidade e satisfação do paciente. No presente estudo, não foi observada a aplicação de intervenções específicas para a manutenção do *coping*; no entanto, considerou-se a possibilidade de que o seu aumento ao longo do tratamento esteja relacionado ao vínculo empático estabelecido com a equipe de enfermagem, bem como à percepção de cuidado durante as conversas em cada consulta.

Além disso, a aplicação do instrumento pode ter favorecido a expressão e a reflexão sobre o quanto o paciente avalia sua vida como imprevisível, incontrolável e intensa ou sobrecarregada (Cohen et al., 1983).

Em relação a isso, é importante destacar que dos 7 pacientes que tiveram melhora na cicatrização, 6 tiveram diminuição do estresse. O único paciente que teve piora do estresse, mesmo com a melhora na cicatrização da ferida, apresentou redução do coping. Neste caso, o estresse só aumentou por conta da diminuição do coping, ou seja, dos mecanismos efetivos de enfrentamento do paciente. Em contraponto, o único paciente que teve melhora do estresse, mesmo com a piora na cicatrização, apresentou aumento do coping. Além disso, dos 3 pacientes que tiveram aumento do estresse, 2 apresentaram diminuição do coping e um não teve alteração.

Dado que o coping tem sido relacionado com melhor adaptação, redução do sofrimento psicológico, proteção contra depressão e melhoria da qualidade de vida (Beretta et al., 2020), é preciso desenvolver futuros estudos que não apenas descrevam o estresse e sua evolução, mas também, façam a implementação de intervenções para o desenvolvimento do *coping* em pacientes com feridas, como técnicas de relaxamento, *coping* focado no problema, busca de apoio social e psicoterapia (Costa, Santos, 2024).

Kim et al. (2022) realizaram um estudo prospectivo, longitudinal e observacional, com duração de 8 semanas e amostra de 74 participantes, para verificar a associação entre sintomas de fadiga e dor e a cicatrização de feridas. Houve uma diminuição da dor ao longo do tratamento e, embora não haja evidências de sua influência direta na cicatrização, a dor prejudica a mobilidade e o funcionamento adequado diário do indivíduo. Dessa forma, conforme a cicatrização acontece, espera-se melhora deste sintoma. Nos dados encontrados em nosso estudo, houve diminuição na média da sensibilidade da dor, mas um aumento em relação à sua interferência. Compreendeu-se que esse desfecho ocorreu devido ao fato de que, apesar de sete pacientes apresentarem melhora na cicatrização, as feridas não cicatrizaram totalmente no período da coleta de dados.

O cuidado em saúde partiu de um modelo biomédico centrado em fragmentações de papéis e serviços, com maior atenção na dimensão biológica do ser humano, entendendo a saúde como a ausência de doenças. No Brasil, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica deram luz ao modelo biopsicossocial (Raimundo, da Silva, 2020^S), que trouxe à tona a importância da multidisciplinaridade, por meio da integração dos serviços, para considerar o sujeito em sua totalidade (Assis, Figueiredo, 2020). Winyk et al. (2022), em um relato de caso, destacaram a importância do atendimento multidisciplinar ao paciente com ferida crônica.

A partir dos achados desta série de 10 casos, mostrou-se o potencial da atuação do enfermeiro estomaterapeuta na consulta de enfermagem especializada, tanto na triagem

^SLista suplementar de referências

psicossocial quanto na realização de intervenções breves durante os cuidados relacionados à ferida, com base na literatura e no treinamento junto à equipe multidisciplinar. Essa triagem deve identificar pacientes com alto nível de distresse e baixo coping, que podem se beneficiar de atendimento psicológico especializado, realizado pela Psicologia Hospitalar. Como exemplo, destaca-se um estudo descritivo de Estrela et al. (2021), no qual foi elaborado um protocolo assistencial multiprofissional para pessoas com feridas complexas na atenção primária à saúde. O protocolo assistencial psicossocial é composto por: 1. Cartilha educativa; 2. *Checklist* para ser aplicado na sala de curativo; 3. Salas de espera; 4. Matriciamento (reunião multidisciplinar para discussão de casos e/ou temáticas). O *checklist* investiga aspectos como adesão ao tratamento, autocuidado, autonomia, redes de apoio e relacionamentos, os quais são utilizados como subsídios para encaminhamentos a outros profissionais e/ou para discussão dos casos durante o matriciamento.

Diante dos resultados, considera-se a necessidade de atuação multidisciplinar em contextos ambulatoriais e clínicos em presença de pessoas com feridas complexas e de difícil cicatrização. O acolhimento feito pelas equipes de enfermagem ajuda na identificação de demandas e na resolução de problemas junto à equipe multidisciplinar. Dessa forma, o enfermeiro ou o psicólogo hospitalar pode identificar as necessidades de acompanhamento psicológico, além de promover suporte emocional ao paciente, à família e à equipe (Silva et al., 2021).

Limitações e recomendações

Entre as limitações, pode ser mencionado o delineamento metodológico observacional (sem intervenções), que não permite estabelecer uma relação de causa e efeito entre a aplicação da PSS e os desfechos clínicos no processo de cicatrização. No entanto, não se descarta a influência do pesquisador como observador no desfecho clínico. A amostra reduzida de pacientes não permitiu a realização de análises estatísticas de associação.

Entretanto, o estudo traz contribuições promissoras tanto para a Psicologia quanto para a Enfermagem. Para a Psicologia, destacam-se a descrição da Escala de Estresse Percebido, a comparação dos escores entre consultas e a discussão sobre o distresse e o coping. Já para a Enfermagem, podem ser mencionados a pesquisa de fatores psicossociais que influenciam na cicatrização de feridas e o potencial trabalho colaborativo com a Psicologia. Dessa forma, espera-se que novos estudos sejam conduzidos com amostras maiores e a utilização de grupo controle em estudos de avaliação de intervenções.

⁹Lista suplementar de referências

Conclusão

Após a avaliação do estresse percebido e da cicatrização em dez pacientes que compuseram os casos clínicos deste estudo, conclui-se que há uma tendência de relação entre os dois, sendo que o coping mostrou-se como grande influenciador da percepção do estresse pelo paciente. Identificou-se que a avaliação do estresse percebido em pacientes com feridas de difícil cicatrização é uma necessidade não satisfeita que exige que os profissionais e os pesquisadores de diversas áreas trabalhem em colaboração para a sua solução.

Faz-se necessária uma abordagem multiprofissional, destacando-se o potencial da atuação do enfermeiro estomaterapeuta para a avaliação e o manejo do distresse e do *coping* percebidos, assim como para identificação da necessidade de encaminhamento à Psicologia Hospitalar e/ou à Psiquiatria.

Financiamento

Este trabalho foi parcialmente financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), código de financiamento 001; Pelo Conselho Nacional de Pesquisa – CNPq, através de Bolsa de Produtividade em Pesquisa, Pesquisador 1B, processo 309469/2021-0 e bolsa de Iniciação Científica pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC, código do projeto 1974.

REFERÊNCIAS

Alves DFdS, Almeida AOd, Silva JLG, Moraes FI, Dantas SRPE, Alexandre NMC.

Translation and adaptation of the Bates-Jensen Wound Assessment Tool for the Brazilian culture. *Texto Contexto Enferm*. 2015 Sep;24(3):826-33.

<https://doi.org/10.1590/0104-07072015001990014>

Assis FEde, Figueiredo SEFMRde. The role of hospital psychology, brief history and its training process in Brazil. *Psicol Argumento*. 2020 Feb 21;37(98):501.

<https://doi.org/10.7213/psicolargum.37.98.AO06>

Basu S, Goswami AG, David LE, Mudge E. Psychological stress on wound healing: a silent player in a complex background. *Int J Low Extrem Wounds*. 2022 Feb 1;153473462210775.

<https://doi.org/10.1177/15347346221077571>

Beretta LL, Santos MLSCd, Santos WA, Fuly PC, Berardinelli LMM. Resilience in the care process for patients with malignant tumor wounds: integrative review. *Res Soc Dev*. 2020 Mar 20;9(4):e117942922. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i4.2922>

Castro DLde, Silva ELda, Onaga LS, Nogueira PC, Furlan PC, Gouveia Santos VLde. The prevalence of skin lesions and associated factors in hospitalized adult patients with cancer. *J Wound Care*. 2022 Aug 2;31(8):660-8. <https://doi.org/10.12968/jowc.2022.31.8.660>

Cifuentes JE, Guerrero SG. Psychosocial factors of patients with venous leg ulcers and their association with healing. *ESTIMA Braz J Enterostomal Ther*. 2020;18:e0720. https://doi.org/10.30886/estima.v18.845_IN

Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983 Dec;24(4):385-96. <https://doi.org/10.2307/2136404>

Costa JVR, Santos CAd. The influence of coping strategies on the mental health of concerned individuals. *Rev Psicol Pesqui*. 2024 Mar 12;18(2). <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2024.v18.37142>

Deschodt M, Heeren P, Cerulus M, Duerinckx N, Pape E, van Achterberg T, et al. The effect of nursing consultations on patient and organizational outcomes in complex patients: an umbrella review. *Int J Nurs Stud*. 2024 Oct 1;158:104840. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104840>

Estrela FM, Lima NS, David RAR, Bacelar DM, Silva JSda, Ruas AMdS, et al. Development of a multiprofessional care protocol for people with complex wounds in primary health care. *Braz J Dev*. 2021 Aug 20;7(8):83118-39. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n8-494>

Ferreira KA, Teixeira MJ, Mendonza TR, Cleeland CS. Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. *Support Care Cancer*. 2011 Apr 10;19(4):505-11. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-0844-7>

González CVS, Woo K, Santos VLCG. Microbial burden, pain, inflammation, and delayed wound healing: cohort study [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2023. Disponível em: <https://anais.sobest.com.br/cpe/article/view/1042>

Holzer-Geissler JCJ, Schwingenschuh S, Zacharias M, Einsiedler J, Kainz S, Reisenegger

P, et al. The impact of prolonged inflammation on wound healing. *Biomedicines*. 2022 Apr 6;10(4):856. <https://doi.org/10.3390/biomedicines10040856>

Kim J, Stechmiller J, Weaver M, Gibson DJ, Horgas A, Kelly DL, et al. The association of wound factors and symptoms of fatigue and pain with wound healing in chronic venous leg ulcers. *Int Wound J*. 2022 Sep 30;20(4). <https://doi.org/10.1111/iwj.13966>

Lu S, Wei F, Li G. The evolution of the concept of stress and the framework of the stress system. *Cell Stress*. 2021 Jun 14;5(6):76-85. <https://doi.org/10.15698/cst2021.06.250>

Luft CDB, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. Brazilian version of the perceived stress scale: translation and validation for the elderly. *Rev Saude Publica*. 2007 Aug 1;41:606-15. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015>

Machado APMC, Santos ACG, Carvalho KKA, Gondim MPL, Bastos NP, Rocha JVS, et al. Assessment of treatment adherence in patients with diabetes mellitus and associated factors. *Rev Eletron Acervo Saude*. 2019 Mar 12;(19):e565. <https://doi.org/10.25248/reas.e565.2019>

Pombeiro I, Moura J, Pereira MG, Carvalho E. Stress-reducing psychological interventions as adjuvant therapies for diabetic chronic wounds. *Curr Diabetes Rev*. 2022 Mar;18(3). <https://doi.org/10.2174/1573399817666210806112813>

Silva EBVNda, Almeida LAde, Alves VMde. Joint work between nursing and psychology in basic health units: identification and care of sexually transmitted infections. *GEP News*. 2021. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/12856>

Stechmiller JK, Lyon D, Schultz G, Gibson DJ, Weaver MT, Wilkie D, et al. Biobehavioral mechanisms associated with nonhealing wounds and psychoneurologic symptoms in older individuals with chronic venous leg ulcers. *Biol Res Nurs*. 2019 May 29;21(4):407-19. <https://doi.org/10.1177/1099800419853881>

Trevino CM, Geier T, Morris R, Cronn S, deRoos-Cassini T. Relationship between decreased cortisol and development of chronic pain in traumatically injured. *J Surg Res*. 2022 Feb;270:286-92. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2021.08.040>

Walburn J, Weinman J, Norton S, Hankins M, Dawe K, Banjoko B, et al. Stress, illness

perceptions, behaviors, and healing in venous leg ulcers. *Psychosom Med.* 2017 Jun;79(5):585-92. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000436>

Winyk AP, Santos FSdos, Gonçalves RFP, Souza SLda, Soares KCN, Tominaga TT. Multidisciplinary care of patients with chronic wounds: case report. *Braz J Dev.* 2022 Feb 1. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n2-275>

Woo K, González CVS, Amdie F, Santos VLCG. Exploring the relationships of wound-related pain on psychological stress, inflammatory response, and wound healing. *Int Wound J.* 2024. <https://doi.org/10.1111/iwj.14942>

Yang F, Bai X, Dai X, Li Y. The biological processes during wound healing. *Regen Med.* 2021 Apr;16(4):373-90. <https://doi.org/10.2217/rme-2020-0066>

Declaração de contribuição dos autores

1 - Beatriz Costa Ferreira: Data curation; Formal analysis; Funding acquisition; Investigation; Methodology; Software; Visualization; Writing – original draft ; Writing – review & editing.

2 - Carol Viviana Serna González: Conceptualization; Data curation; Formal analysis; Funding acquisition; Investigation; Methodology; Project administration; Resources; Supervision; Writing – original draft; Writing – review & editing.

3 - Beatriz Yamada: Methodology; Supervision; Writing – review & editing.

4- Vera Lucia Conceição de Gouveia Santos: Conceptualization; Formal analysis; Funding acquisition; Investigation; Methodology; Project administration; Resources; Supervision; Writing – review & editing.

Declaração de conflito de interesse

VLCGS e CVSG são speakers da empresa Essity.

BY é proprietária da Enfmedic e da ByCorpus.

BCF trabalhou em time de consultoria para a Coloplast.

Declaração de disponibilidade de dados da pesquisa

- O conjunto de dados de apoio aos resultados deste estudo não está disponível ao público.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.