

Estado da publicação: Não informado pelo autor submissor

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: 2025-03-14 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

A moderação deste preprint recebeu o endosso de:

Erika Gisseth León Ramírez (ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0738-170X>)

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 e 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:** A ferida parece interferir no nível de estresse percebido, ou seja, na dimensão biopsicossocial do paciente. O coping se destaca como um fator determinante na percepção do estresse e uma abordagem multidisciplinar é essencial para o seu manejo e para a avaliação do distresse.

Palavras-chave:

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 Stomatherapy 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 - BPI-S and interference - BPI-I); 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:** The wound seems to interfere with the level of perceived stress, i.e., the patient's biopsychosocial dimension. Coping stands out as a determining factor in the perception of stress, and a multidisciplinary approach is essential for its management and assessment of distress.

Palavras-chave:

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 fisiológica, bioquímica e comportamental (Baum, 1990^S). Atualmente, caracteriza-se por um estado de homeostase desafiada, sistêmica, física ou psicologicamente (Lu et al., 2021).

A cronificação do estresse traz malefícios para o corpo, pois demanda um processo compensatório para a restauração da homeostase. Desviando a energia de ações pré-estabelecidas para atender à restauração, pode resultar no desenvolvimento ou na progressão de doenças crônicas, assim como causar exacerbações agudas em sua condição ou agravar essas agudizações (Antunes 2019). Um exemplo consiste naquelas que se manifestam na pele, como dermatoses ou feridas (Martinengo et al., 2019^S) que podem apresentar lentificação do processo cicatricial, devido à diminuição da imunidade celular, dentre outras mudanças.

Feridas são criadas por um estímulo que rompe a continuidade física do tegumento. O sucesso nos processos de reparação e regeneração teciduais depende da condição física e psicológica do paciente, como também, da gravidade da lesão (Yang et al., 2021).

^SLista suplementar de referências

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).

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 ($p=0.045$), comprovando que períodos prolongados de estresse podem prejudicar a cicatrização. Trevino et al. (2022) elucidaram a relação entre estresse crônico, disfunção do cortisol e dor. Os autores constataram que uma resposta exagerada e prolongada ao estresse pode perpetuar a disfunção do cortisol, a inflamação generalizada e a dor.

Estar com uma lesão aberta traz dificuldades biopsicossociais. A dor e o odor da ferida, a restrição de atividades de vida diária, os distúrbios da imagem corporal, a insônia e o isolamento social são alguns exemplos (Basu et al., 2022). Boa parte das etiologias das feridas estão ligadas à progressão e à falta de adesão ao tratamento de doenças crônicas, como por exemplo, Diabetes Mellitus e Doenças Vasculares. O abandono do tratamento pode estar ligado a fatores econômicos, à escassa rede de apoio e à falta de instrução dos pacientes, entre outros fatores que são fundamentais para o sucesso do processo cicatricial (Machado et al., 2019).

Apesar das evidências científicas sobre a associação entre estresse percebido, aparecimento de feridas e atraso na cicatrização, não é comum a sua avaliação nos serviços de saúde que cuidam de pessoas com feridas. Como confirmado por Cifuentes e Guerrero (2020), os sintomas decorrentes de problemas psicossociais e seus efeitos na qualidade de vida do paciente são reconhecidos, porém, não especificamente acompanhados para sua identificação precoce e tratamento oportuno. Essa revisão integrativa da literatura identificou os fatores psicossociais presentes em pacientes com úlceras venosas, encontrando a depressão como a mais frequentemente avaliada.

Os problemas aludidos suscitam a importância da avaliação do estresse para entendimento e futuras mediações. A *Escala de Estresse Percebido* (PSS), 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

^SLista suplementar de referências

acontecimento (Cohen et al., 1983).

Em 1988, em uma revalidação das características psicométricas da escala, Cohen e Williamson encontraram dois fatores que integravam a PSS: um identificado nas sentenças negativas e outro nas positivas (Cohen, Williamson, 1988). Hewitt et al. (1992)^S verificaram o modelo bifatorial e os denominaram como “*perceived distress*” e “*perceived coping*”. No Brasil, a PSS foi adaptada e validada em 2007, através da mensuração do estresse em idosos (Figura 1). Nessa validação, realizou-se uma análise fatorial exploratória, que também encontrou os dois fatores (Luft et al., 2007). Já Faro (2015) categorizou o estresse de acordo com percentis, estabelecendo possíveis pontos de corte: percentil 25; ≤ 18 (baixo), 50; 19-24 (normal), 75; 25-29 (moderado), 90; 30-35 (alto), 95; > 35 (muito alto).

Figura 1. Escala de Estresse Percebido (versão Brasileira)

ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO

Itens e instruções para aplicação

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu

de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas:

- 0= nunca
- 1= quase nunca
- 2= às vezes
- 3= quase sempre
- 4= sempre

Neste último mês, com que frequência...						
1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3	4
3	Você tem se sentido nervoso e “estressado”?	0	1	2	3	4
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0	1	2	3	4
5	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0	1	2	3	4
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0	1	2	3	4
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	0	1	2	3	4
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0	1	2	3	4
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0	1	2	3	4
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0	1	2	3	4
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3	4
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	1	2	3	4
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0	1	2	3	4
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3	4

Fonte: Luft et al., 2007. Reprodução do instrumento autorizada pela autora principal.

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) 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 o aumento da

^SLista suplementar de referências

porcentagem da superfície queimada e negativamente com a imagem corporal percebida.

Objetivos

Considerando o exposto sobre as relações entre estresse percebido e cicatrização, o presente artigo objetiva 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 de uma série de casos de 10 pacientes adultos com feridas de difícil cicatrização, que recebem atenção ambulatorial em serviço de Estomaterapia. Os dados foram extraídos de estudo primário de coorte, prospectivo e exploratório, intitulado “*Microbial burden, pain, inflammation, stress 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 ambulatória em instituição de saúde do município de São Paulo. Os pacientes contavam com o apoio de uma equipe multidisciplinar composta de 16 profissionais. Quando necessário, os pacientes poderiam passar em atendimento com o psiquiatra, mas não com psicólogos, inexistentes no local.

População e amostra

A população do estudo primário foi constituída de 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, ter ferida com mais de 4 semanas de duração, poder responder questionários. 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,

^SLista suplementar de referências

ferida neoplásica maligna, ferida de amputação, ferida infecciosa e úlcera de membro inferior por doença reumatóide (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, procedimentos que seriam realizados na pesquisa, assim como os direitos que teriam como participantes. Aqueles que expressaram 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 por meio de entrevista, de exame físico com avaliação da ferida e 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, definida e desenvolvida 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, autodenominação 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:*

^SLista suplementar de referências

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 utilizada como o escore final.

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

Ferramenta de avaliação de feridas criada por Bates-Jensen and Sussman (2012)^S e adaptada e validada no 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 ao Português Brasileiro (Luft et al., 2007). Tanto o artigo original, quanto a sua validação evidenciam a aplicação do instrumento por meio de entrevista ou autoaplicação. 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 *coping*, 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). Para categorizar o estresse de

^SLista suplementar de referências

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).

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 anuência da instituição 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 como nome e qualquer outro tipo 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).

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 autodenominação 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 médio de duração da ferida foi 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.

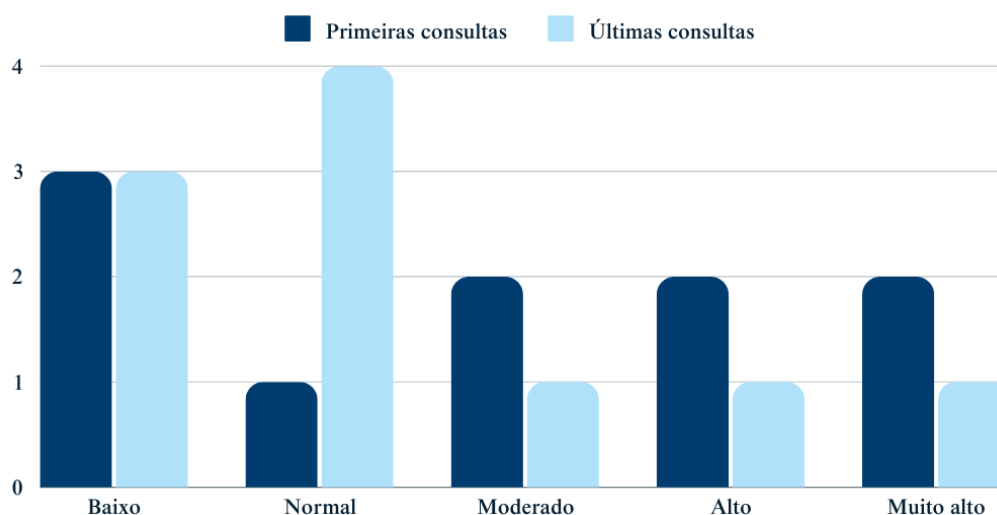
Variável quantitativa	Média	Desvio padrão	Mediana	Perda de dados n (%)
Idade (anos)	58	15,5	64,5	0 (0%)
Renda familiar (R\$)	6.043	2.499	6.500	3 (30%)
Número de comorbidades (n)	3,3	1,9	3	0 (0%)
Duração da ferida (meses)	21,2	26,3	7	0 (0%)
IMC (kg/m ²)	27,7	5,9	24,6	3 (30%)
Variável categórica	Categoria	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.

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)

A média total do distresse percebido dos pacientes foi de 13,2 (DP 7,4); e foi 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 (n=10). São Paulo, Brasil. 2022-2023.

Nº	Dados sociodemográficos Idade, sexo, estado civil	Dados clínicos Comorbidades, etiologia da ferida, duração da ferida	Nº 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, ferida de amputação, 6 meses	5	0,0/ 2,5	perda de dado/ 0,7	18/11	melhorou	24/16 normal/baixo	diminuiu
2	67, masculino, casado	2, úlcera de perna mista, 3 meses	4	3,8/ 3,7	3,7/ 0,6	26/24	melhorou (atraso baseline)	31/23 alto/normal	diminuiu
3	32, feminino, casada	2, ferida infecciosa, 2 meses	2	6,5/ 4,0	5,7/ perda de dado	31/23	melhorou	27/23 moderado/ normal	diminuiu
4	69, masculino, casado	1, lesão traumática, 60 meses	4	0,0/ 0,0	0,0/ 0,0	18/20	piorou (atraso baseline)	11,8/9 baixo/baixo	diminuiu
5	75, feminino, viúvo	3, ferida neoplásica maligna, 5 meses	4	6,0/ 4,0	0,7/ 1,8	26/18	melhorou	18/22 baixo/normal	aumentou
6	72, feminino, divorciado	3, úlcera vascular arterial, 8 meses	4	7,3/ 7,5	6,9/ 10,0	13/13	sem alteração	14/28 baixo/ moderado	aumentou
7	64, feminino, viúvo	6, úlcera vascular venosa, 37 meses	6	7,0/ 3,5	8,0/ 9,9	23/22	melhorou	46/2 muito alto/ baixo	diminuiu
8	40, feminino, união estável	5, úlcera de membro inferior por doença reumatóide, 16 meses	3	3,5/ 2,8	2,6/ 5,3	19/19	sem alteração	26/30 moderado/ alto	aumentou
9	58, masculino, solteiro	6, úlcera diabética, 2 meses	2	perda de dado	perda de dado	25/15	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	38/29	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

Discussão

Na área de doenças crônicas, a influência de fatores psicossociais na evolução do tratamento clínico tem sido pesquisada. Em pessoas com feridas, apesar de poucos artigos sobre o tema, o estresse emocional e biológico mostra-se como um influenciador do 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 de 6 entre 10 pacientes diminuiu enquanto o escore do BWAT diminuiu. Ou seja, conforme a ferida cicatrizou, o estresse diminuiu. Tal observação se confirma 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).

Justifica-se, portanto, as mudanças nas categorizações do estresse ao longo do tratamento, com diminuição da proporção de pacientes nas categorias de estresse percebido moderado, alto ou muito alto. É possível verificar que a abordagem do paciente no ambulatório de estomaterapia, mesmo sendo focada na dimensão física e não aplicando uma intervenção psicológica formal, tem um efeito sobre a percepção do paciente na esfera psicossocial. Esse fenômeno pode ser explicado pelo relacionamento terapêutico entre a equipe de enfermagem e o paciente e sua percepção de cuidado durante as conversas em cada consulta (Deschodt et al., 2024), além da aplicação do instrumento que possibilita a fala e a reflexão sobre o quanto o paciente avalia a sua vida como imprevisível, incontrolável e intensa (ou sobrecarregada) (Cohen et al., 1983).

No modelo 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 parece acontecer 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 aumentam as probabilidades de níveis elevados de estresse percebido (Woo et al., 2024). Acredita-se, no entanto, que para o *coping* ter um aumento expressivo, os pacientes necessitam de estratégias que fortaleçam seus mecanismos de enfrentamento, como

técnicas de relaxamento, por exemplo (Costa, Santos, 2024).

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.

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 desse sintoma. Nos dados encontrados em nosso estudo, houve diminuição na média da sensibilidade da dor, mas um aumento em relação à sua interferência. Compreende-se que esse desfecho ocorre devido ao fato de, apesar de sete pacientes apresentarem melhora na cicatrização, as feridas não cicatrizaram totalmente no período da coleta de dados.

Diante dos resultados, urge a necessidade de atuação multidisciplinar em contextos ambulatoriais e clínicos em presença de feridas complexas e de difícil cicatrização. Winyk et al. (2022) abordam o assunto explicitando a importância do papel do psicólogo em conjunto com a equipe de enfermagem. Além disso, sendo o estresse tão presente na vida dos pacientes, é necessária a avaliação de sua interferência no tratamento, não apenas de pessoas com feridas, como também em pessoas com outras doenças crônicas (Pombeiro et al., 2022).

Limitações e recomendações

Apesar do estudo apresentar limitações, como a amostra reduzida de pacientes, traz

contribuições promissoras para a Psicologia, como a descrição da Escala de Estresse Percebido, a comparação dos escores entre consultas e a discussão sobre o distresse e o coping. Para a Enfermagem, pode-se mencionar 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.

Conclusão

O estresse percebido é um fenômeno complexo que afeta a vida de pessoas com feridas de difícil cicatrização e surge por conta da interferência na dimensão biopsicossocial, causando imprevisibilidade, perda de controle e sobrecarga. Destacam-se os mecanismos de enfrentamento (*coping*) como fatores definidores da percepção do estresse pelo paciente. Faz-se necessária uma abordagem multiprofissional para avaliação do distresse e manejo do coping. Identificou-se que a avaliação do estresse percebido em pacientes com doenças crônicas é uma necessidade não satisfeita que exige que os profissionais e os pesquisadores de diversas áreas trabalhem em colaboração para a sua solução.

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 DF dos S, Almeida AO de, Silva JLG, Morais FI, Dantas SRPE, Alexandre NMC. Translation and Adaptation of the Bates-Jensen Wound Assessment Tool for the Brazilian Culture. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2015 Sep;24(3):826–33. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001990014>

Antunes J. Stress and disease: what does evidence say? *Psicologia, Saúde & Doença* [Internet]. 2019 Nov;20(3):590–603. <https://doi.org/10.15309/19psd200304>

Basu S, Goswami AG, David LE, Mudge E. Psychological Stress on Wound Healing: A Silent Player in a Complex Background. *The International Journal of Lower Extremity Wounds*. 2022 Feb 1;153473462210775. <https://doi.org/10.1177/15347346221077571>

Beretta L de L, Santos MLSC dos, Dos Santos WA, Fuly PC, Berardinelli LMM. Resiliência no processo do cuidado aos pacientes com feridas tumorais malignas: revisão integrativa. *Research, Society and Development*. 2020 Mar 20;9(4):e117942922. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i4.2922>

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

Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983 Dec;24(4):385–96. <https://doi.org/10.2307/2136404>

Cohen S, Williamson G. Perceived stress in a probability sample of the United States. In: Spacapan S., Oskamp S. *The Social Psychology of Health: Claremont Symposium on applied social psychology*. Newbury Park. 1988. <https://www.cmu.edu/dietrich/psychology/stress-immunity-disease-lab/publications/scalesmeasurements/pdfs/cohen,-s.-williamson,-g.-1988.pdf>

Costa JVR, Santos CA dos. A influência de Estratégias de Coping na Saúde Mental de Indivíduos Preocupados. *Revista Psicologia em Pesquisa [Internet]*. 2024 Mar 12 [cited 2024 May 26];18(2). Available from: <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2024.v18.37142>

Deschodt M, Heeren P, Cerulus M, Duerinckx N, Pape E, Theo van Achterberg, et al. The effect of nursing consultations on patient and organizational outcomes in complex patients: An umbrella review. *International Journal of Nursing Studies*. 2024 Oct 1;158:104840–0. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104840>

Faro A. Análise fatorial confirmatória das três versões da Perceived Stress Scale (PSS): um estudo populacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2015 Mar;28(1):21–30. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528103>

Ferreira KA, Teixeira MJ, Mendonza TR, Cleeland CS. Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. *Supportive Care in Cancer [Internet]*. 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. Não publicado. Available from: <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. *International Wound Journal*. 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 [Internet]*. 2021 Jun 14;5(6):76–85. <https://doi.org/10.15698/cst2021.06.250>

Luft CDB, Sanches S de O, Mazo GZ, Andrade A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Revista de Saúde Pública [Internet]*. 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. Avaliação da adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus e seus fatores associados. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 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. *Current Diabetes Reviews*. 2022 Mar;18(3). <https://doi.org/10.2174/1573399817666210806112813>

Stechmiller JK, Lyon D, Schultz G, Gibson DJ, Weaver MT, Wilkie D, et al. Biobehavioral Mechanisms Associated With Nonhealing Wounds and Psychoneurologic Symptoms (Pain, Cognitive Dysfunction, Fatigue, Depression, and Anxiety) in Older Individuals With Chronic Venous Leg Ulcers. *Biological Research For Nursing*. 2019 May 29;21(4):407–19. <https://doi.org/10.1177/1099800419853881>

Trevino CM, Geier T, Morris R, Cronn S, deRoon-Cassini T. Relationship Between Decreased Cortisol and Development of Chronic Pain in Traumatically Injured. *Journal of Surgical Research*. 2022 Feb;270:286–92. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2021.08.040>

Uyar B, Akkoç MF, Bulbuloglu S, Yilmaz R. Examining the perceived stress and body image in burn patients: A cross-sectional study. *International Wound Journal*. 2022 Oct 17; <https://doi.org/10.1111/iwj.13983>

Walburn J, Weinman J, Norton S, Hankins M, Dawe K, Banjoko B, et al. Stress, Illness Perceptions, Behaviors, and Healing in Venous Leg Ulcers. *Psychosomatic Medicine*. 2017 Jun;79(5):585–92. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000436>

Winyk AP, Santos FS dos, Gonçalves RFP, Souza S da L, Soares KCN, Tominaga TT. Atendimento ao paciente com ferida crônica no contexto multidisciplinar - relato de caso. *Brazilian Journal of Development*. 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. *International Wound Journal*. 2024. <https://doi.org/10.1111/iwj.14942>

Yang F, Bai X, Dai X, Li Y. The biological processes during wound healing. *Regenerative Medicine*. 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.