



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia do Espaço Hospitalar (PPGSTEH)  
Mestrado Profissional

**ELAINE VIEIRA CAVALCANTI**

ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE ALTA PARA  
PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO DE URO-ONCOLOGIA

RIO DE JANEIRO

2024



ELAINE VIEIRA CAVALCANTI

**ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE ALTA PARA  
PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO  
DE URO-ONCOLOGIA**

Relatório final apresentado à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEH) – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, para obtenção do título de mestre em Saúde e Tecnologia do Espaço Hospitalar

**Orientadora:** Profa Dra Karinne Cristinne da Silva Cunha

Rio de Janeiro

2024

Catálogo informatizado pelo(a) autor(a)

C376 Cavalcanti, Elaine Vieira  
Elaboração de um Plano de Alta Hospitalar para pacientes em pós-operatório de uro-oncologia / Elaine Vieira Cavalcanti, Karinne Cristinne da Silva Cunha. -- Rio de Janeiro, 2024.  
128

Orientadora: Karinne Cristinne da Silva Cunha.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, 2024.

1. Alta do Paciente. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Neoplasias Urológicas. I. Cunha, Karinne Cristinne da Silva II. Cunha, Karinne Cristinne da Silva, orient. III. Título.

ELAINE VIEIRA CAVALCANTI

**ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE ALTA PARA  
PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO  
DE URO-ONCOLOGIA**

Relatório final apresentado à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEH)– Mestrado Profissional da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, para obtenção do título de mestre em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar

Aprovado em: 13/03/2024

Banca examinadora:



Profa. Dra. Karine Cristinne da Silva Cunha (Orientadora)  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro– UNIRIO  
(Presidente)

Documento assinado digitalmente



**RAQUEL DE SOUZA RAMOS**  
Data: 28/04/2024 17:36:48-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Raquel de Sousa Ramos  
Instituto Nacional de Câncer (INCA) e  
Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE)  
(1º examinador externo)

Documento assinado digitalmente



**ANA KARINE RAMOS BRUM**  
Data: 28/04/2024 23:54:41-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Ana Karine Ramos Brum  
Universidade Federal Fluminense– UFF  
(Suplente 1º examinador externo)

Documento assinado digitalmente



**INES MARIA MENESES DOS SANTOS**  
Data: 29/04/2024 20:46:23-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Inês Maria Meneses dos Santos  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro– UNIRIO  
(2º examinador interno)

Documento assinado digitalmente



**DANIELLE GALDINO DE PAULA**  
Data: 30/04/2024 13:29:44-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Danielle Galdino de Paula  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro– UNIRIO  
(Suplente 2º examinador interno)

## DEDICATÓRIA

A Deus, meu mentor. Dele vem a força de vida necessária para desenhar projetos, superar obstáculos e transformar realidades.

Aos meus amados pai Nelson (*in memoriam*) e mãe Regina Celia. Os maiores exemplos de dedicação ao próximo, amor, simplicidade, coragem e trabalho. Ensinaram-me o caminho do bem, da resiliência e da justiça. Pai, onde quer que você esteja, eu voltei para a vida acadêmica! Era a sua vontade e não sei se você entendeu a notícia, logo antes de partir. Mãe, obrigada pelo apoio incondicional, nas 24 horas.

À minha amada irmã, Dra Éllen Vieira. Obrigada pelo amor da vida inteira e por todo apoio aos meus projetos. Meu maior exemplo de médica, que verdadeiramente se dedica aos pacientes e transforma suas realidades.

Ao meu amado e dedicado marido, Alexandre Cavalcanti. Aquele que não me permite desistir e faz-me seguir em frente. Este trabalho tem suas mãos. Em meio a um transplante de medula óssea, ajudou-me a construir tabelas, com toda sua habilidade e inteligência. Foi uma luta! Mas, graças a Deus, aqui estamos. Obrigada por ultrapassar comigo qualquer obstáculo que possa surgir nessa vida.

Aos meus filhotes Ozzy e Toinho (*in memoriam*); Uiu, Mike, Vidão e Zoinho. Pelo amor verdadeiro, absoluto e puro oferecido a mim.

## APRESENTAÇÃO

A oncologia passou a fazer parte da minha vida desde a adolescência, quando inúmeros casos de câncer na minha família e perda de entes queridos pela doença fizeram-me ter grande curiosidade sobre ela. Foram diagnósticos dos mais variados tipos: avó materna com câncer de colo de útero e pulmão, tia materna com câncer de mama, avó paterna com câncer de rim, primo de segundo grau com câncer de intestino...

Eu convivía com eles, portadores de bolsa de colostomia, lesão tumoral de mama, cateter vesical com hematúria. O que era tudo isso? Como lidar com esses dispositivos? Muitas vezes eu precisava intervir no cuidado, ainda sem ser profissional. Certa vez minha tia chegou com a lesão tumoral na mama, para que eu fizesse um curativo, ainda na adolescência. Lembro que ela veio com ácidos graxos essenciais, por terem informado que “era bom” e eu fiquei frustrada. Não tinha segurança em manipular aquela lesão, sem saber o que deveria ou não aplicar. Além disso, minha avó paterna estava em casa, em sofrimento, com uma hematúria importante pelo cateter vesical de demora, com câncer renal e muita dor em baixo ventre, pois o débito havia reduzido. Será que eu poderia trocar aquele cateter sem risco? Como manipular? Naquela época não havia internet, o conhecimento específico não era tão acessível e lembro-me que entrei em uma espécie de pânico. Eu queria cuidar da melhor forma dos meus familiares e precisava saber como agir. Eu tinha que ir em busca desse conhecimento.

Porém, a minha conexão com a oncologia não parou por aí. Em 2000, quando estava no último ano do ensino médio, conheci meu namorado e atual marido. Logo ele me revelou que teve Leucemia Linfóide Aguda e estava em acompanhamento pelo Instituto Nacional de Câncer, após anos de tratamento quimioterápico e radioterápico. Ao acompanhá-lo nas consultas ambulatoriais e visitar outros parentes, entrava e saía do Instituto com uma ideia que se fortalecia cada vez mais. Eu pensava: “quero entrar para a faculdade de enfermagem, fazer residência nesse local e trabalhar aqui para sempre”. Era uma meta de vida. Assim, desenhei toda a minha trajetória para que isso acontecesse.

Logo que terminei a faculdade, no segundo semestre de 2006, assumi a supervisão de um hospital particular, preparei-me para a residência em enfermagem em oncologia do INCA e passei. Foi exatamente ou mais do que eu sonhava. Transformei-me enquanto pessoa e profissional. Mergulhei em busca do aprendizado que queria, para dar cada vez mais suporte aos meus familiares, aos pacientes, ao grande amor da minha vida, com o melhor que eu poderia ser.

Após a residência, fiquei apenas 1 mês de “férias” e logo fui convidada para trabalhar no setor de oncohematologia. Aproveitei para ter cada vez mais experiência nessa área e o conhecimento para entender tudo que meu marido passou. Era o meu sonho “parcial” sendo realizado, pois era um contrato de 2 anos. Mas logo veio a notícia mais esperada, o concurso público, o qual me dediquei ao máximo e programei todo o meu estudo, entre plantões no INCA e no HEMORIO, onde também passei em um concurso temporário. Não poderia ter outro resultado, porque era o meu sonho.

Continuei no mesmo setor de oncohematologia até a pandemia pelo coronavírus (SARS-CoV-2) em 2020. Foram longos 10 anos de dedicação a esse serviço incrível, mas precisei ser remanejada em 2021 para um setor “covid-free”, devido às minhas comorbidades (asma e HAS). Este serviço foi a uro-oncologia.

Precisei readaptar-me, estudar, pois muitas coisas haviam mudado desde a minha residência (técnicas cirúrgicas, novos dispositivos, recursos, curativos). Era uma realidade completamente diferente. Neste serviço, fui recebida por uma equipe de enfermagem amiga, experiente e acolhedora. Fui incentivada pela amiga Dra Raquel Ramos a dedicar-me ao mestrado, mesmo vivenciando um dos piores momentos da minha vida (meu pai havia falecido e meu marido tinha acabado de ser diagnosticado com Linfoma não Hodgkin).

Nós seres-humanos acabamos por adiar nossos sonhos e projetos, porque sempre os acontecimentos tentam nos paralisar. Se formos pensar no momento ideal, ele não existe e nunca conseguiremos realizar os nossos sonhos. Dessa forma, entre o final de 2021 e início de 2022 consegui passar no Mestrado Profissional da UNIRIO (PPGSTEh), porque a minha meta de retorno à vida acadêmica nunca foi somente fazer um mestrado. Eu sempre quis devolver aos meus pacientes, algo útil para o meu serviço, que pudesse transformar essa realidade. Essa ideia eu percebi que conseguiria no mestrado profissional.

E que nova realidade eu encontrei? Ao conversar com meus parceiros de equipe (enfermeiros, técnicos, médicos fellow) descobri que havia muito trabalho a ser feito. Existe uma fragmentação da assistência e percebi que ela seria o foco de ação. Pude então sair de um grande projeto de transformação para um ponto crítico de atenção: a alta hospitalar. Era necessário construir um plano de alta hospitalar, ao pensar em toda minha trajetória, onde já pude sentir o que os pacientes e familiares necessitam, pela falta de conhecimento depois que ficam desospitalizados, sem o suporte diário da equipe, em seus lares.

## AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO – Brasil e do Instituto Nacional de Câncer (INCA).

À minha família: meu padrinho Roberto, minha madrinha Lia (*in memoriam*); meus primos irmãos Renata, Robson e Roberto. Por todo amor, suporte e dedicação incondicional ao longo da minha vida.

À minha orientadora, Profa Dra Karinne Cristinne da Silva Cunha, pelos importantes ensinamentos, no âmbito da academia e da vida. Pela amizade, apoio, compreensão e generosidade. Por conduzir meu foco na solução e não no problema. Por toda atenção, pela dedicada durante as orientações e construção desse projeto, para que eu possa ajudar meus pacientes. Obrigada pelo conforto nas horas mais complexas.

Aos professores que fizeram parte da minha banca. Profas Dra Inês Meneses, Dra Raquel Ramos, Dra Ana Karine, Dra Danielle Galdino. Obrigada pela disponibilidade, por tamanho cuidado na leitura da minha dissertação, pelas orientações e esclarecimentos, que muito me ajudaram durante a jornada.

À minha amiga, Profa Dra Raquel Ramos, por todo apoio ao longo dos anos e por me incentivar em todos os meus planos. Obrigada por me fortalecer, para que eu conseguisse retomar à vida acadêmica, mesmo no momento mais desafiador da minha vida.

À secretária Cinthia Rodrigues, do PPGSTEH. Obrigada por tanta eficiência, simpatia e disponibilidade para nos ajudar, sempre que precisamos.

A todos os professores do PPGSTEH, obrigada pela oportunidade e todos os conhecimentos compartilhados.

À Divisão de Enfermagem da minha unidade, representadas pelos enfermeiros Vlamir, Dr Ronan, Enfermeira Vanessa, Me Tatiana Muniz (minha chefe), Enfermeira Oncologista Cecilia González e Me Christiane Sbano. Obrigada pela amizade, pelos ajustes na escala, pelas orientações e principalmente, pelo acolhimento e intervenção junto à chefia médica da Uro-Oncologia. Se não fossem vocês, a realização do trabalho não seria possível. Grata por valorizarem a pesquisa e perceberem o quanto é importante para conseguirmos melhorar a nossa prática em uma área tão nobre e específica, como a uro-oncologia.

À grande amiga, Enfermeira Oncologista Deise Carvalhal, fiel companheira, dupla de plantão ao longo da minha jornada na oncologia e de vida. Apoiadora de todos os meus projetos. Obrigada pela amizade de todas as horas e pelo acolhimento durante tantos momentos extremos.



Aos meus amigos técnicos, fellows médicos, ao Dr Antonio Abilio Pereira de Santa Rosa (médico oncogeneticista do INCA), médicos e enfermeiros do serviço de Uro-Oncologia. Enfermeiros Oncologistas Ruth, Raquel, Fátima, Juarez, Rosângela. Técnicos de Enfermagem Oncologistas Adriana, Ivan, Walter, Maria José, Lúcia Helena, Vilson, Nayla, Bruno, Rosélia, Flávio, Lissandra, Jorgina, Gláucia. Obrigada pela amizade, por todo apoio para que eu pudesse realizar essa pesquisa e o curso do Mestrado Profissional. Pelas trocas de plantão. Pelos intervalos, para que eu pudesse participar das aulas. Pelo acolhimento de todas as horas. Pelas reuniões e trocas de ideias na elaboração dos produtos nesse trabalho. Sorte a minha trabalhar com uma equipe tão parceira, habilidosa, inteligente e amiga como a nossa.

Às minhas amigas incríveis que fiz na turma do mestrado (algumas já da minha convivência na instituição): Enfermeiras Conceição (INCA), Jessyka (INCA), Flávia (INCA), Helen (Hospital Universitário Gafrée e Guinle - HUGG); Fonoaudiólogas Thais e Luciana do HUGG. Obrigada pelo apoio, pela força e troca de conhecimentos e emoções ao longo dessa trajetória incrível que é o mestrado profissional PPGSTEH. Compartilhamos dificuldades, angústias, alegrias e conquistas. Obrigada por tornarem a jornada mais leve.

Aos meus queridos pacientes da uro-oncologia que, mesmo em um momento tão delicado, decidiram me ajudar a realizar esse projeto, para que juntos possamos melhorar a qualidade da assistência prestada, facilitando suas jornadas.

Enfim, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a execução desse trabalho. Seja pela ajuda constante ou por uma palavra de incentivo!

## RESUMO

O objeto desta pesquisa de mestrado é o atendimento ao paciente em pós-operatório de câncer urológico, em processo de alta hospitalar. O cenário é a enfermaria e o ambulatório de urologia oncológica de um hospital público federal especializado em oncologia. **Objetivo geral:** Elaborar um plano de alta para pacientes em pós-operatório de uro-oncologia. **Objetivos específicos:** Identificar quais são as percepções frente ao diagnóstico e proposta de cirurgia uro-oncológica e as maiores necessidades de conhecimento dos pacientes com cânceres urológicos; Construir um plano de alta hospitalar para pacientes em pós-operatório de câncer urológico; Realizar um teste-piloto do Plano de Alta Hospitalar na enfermaria da uro-oncologia. **Materiais e método:** Estudo qualitativo, com o delineamento da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) aplicado na elaboração de um plano de alta para pacientes em pós-operatório de uro-oncologia. Os participantes foram pacientes admitidos no serviço de urologia, médicos e profissionais de enfermagem da urologia. Foi realizada uma entrevista semiestruturada com pacientes no 3 dia pós-operatório. **Resultados:** Foram incluídos 30 pacientes adultos, maiores de 18 anos, com idade entre 18 e 80 anos, que participaram da pesquisa. Entre os pacientes, houve prevalência do sexo masculino 27 homens (90%), com apenas 3 mulheres (10%). A maioria dos pacientes do estudo (11 pacientes) tinha entre 71 e 80 anos (36,66%). Foram identificadas 4 categorias em relação às percepções dos pacientes: 1 A percepção do risco de vida, o medo, a ansiedade e o descontrole; 2 Redes de apoio; 3 Tristeza e frustração; 4 Resiliência, esperança e expectativa no futuro. Quanto às expectativas no pós-operatório, foram identificadas 5 categorias: 1 Necessidade de conhecimento de dispositivos e feridas; 2 Desconforto e dor pós-operatória; 3 Alcance das expectativas no pós-operatório; 4 Necessidades de apoio para a aquisição de insumos, medicamentos e continuidade do tratamento após a alta hospitalar; 5 Redes de apoio. Foram desenvolvidos quatro produtos: Plano de Alta Hospitalar, *Checklist* de Alta Hospitalar e dois artigos científicos. **Considerações finais:** Infere-se que tanto o Plano de Alta Hospitalar quanto o *Checklist* de Alta Hospitalar contribuem para o planejamento das intervenções de enfermagem, como estratégias efetivas e eficazes para a segurança do paciente cirúrgico.

**Descritores:** “Enfermagem Oncológica”; “Cuidados de Enfermagem”; “Neoplasias Urológicas”; “Alta do Paciente”; “Oncologia Cirúrgica”

## ABSTRACT

The object of this master's research is the care of patients in the post-operative period for urological cancer, in the process of being discharged from hospital. The setting is the oncology urology ward and outpatient clinic of a federal public hospital specializing in oncology.

**General objective:** Develop a discharge plan for post-operative uro-oncology patients.

**Specific objectives:** Identify the perceptions regarding the diagnosis and proposal for uro-oncological surgery and the greatest knowledge needs of patients with urological cancers; Build a hospital discharge plan for post-operative urological cancer patients; Carry out a pilot test of the Hospital Discharge Plan in the uro-oncology ward.

**Materials and method:** Qualitative study, with the Convergent Care Research (PCA) design applied to the development of a discharge plan for post-operative uro-oncology patients. Participants were patients admitted to the urology service, doctors and urology nursing professionals. A semi-structured interview was carried out with patients on the 3rd postoperative day.

**Results:** 30 adult patients, over 18 years old, aged between 18 and 80 years old, who participated in the research, were included. Among the patients, there was a prevalence of males, 27 men (90%), with only 3 women (10%). The majority of study patients (11 patients) were between 71 and 80 years old (36.66%). Four categories were identified in relation to patients' perceptions: 1 Perception of risk to life, fear, anxiety and lack of control; 2 Support networks; 3 Sadness and frustration; 4 Resilience, hope and expectation for the future. Regarding post-operative expectations, 5 categories were identified: 1 Need for knowledge of devices and wounds; 2 Postoperative discomfort and pain; 3 Achieving post-operative expectations; 4 Support needs for the acquisition of supplies, medicines and continuity of treatment after hospital discharge; 5 Support networks. Four products were developed: Hospital Discharge Plan, Hospital Discharge CheckList and two scientific papers.

**Final considerations:** It is inferred that both the Hospital Discharge Plan and the Hospital Discharge Checklist contribute to the planning of nursing interventions, as effective and efficient strategies for the safety of surgical patients.

**Descriptors:** "Oncology Nursing"; "Nursing Care"; "Urologic Neoplasms", "Patient Discharge"; Surgical Oncology

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Fases da PCA x Projeto.....	29
<b>Figura 2</b> - Plano de Alta hospitalar para pacientes que realizaram cirurgia na uro-oncologia.....	81
<b>Figura 3</b> - <i>Checklist</i> de Alta Hospitalar para pacientes que realizaram cirurgia na uro-oncologia.....	83

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Caracterização da amostra segundo identificação do paciente, sexo, raça, idade, naturalidade, município de residência, religião. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.....	36
<b>Tabela 2</b> - Caracterização da amostra segundo identificação do paciente, escolaridade, ocupação, renda familiar e estado civil. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.....	37
<b>Tabela 3</b> - Caracterização da amostra segundo identificação do paciente, comorbidade, tabagismo e etilismo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023.....	39
<b>Tabela 4</b> - Caracterização da amostra segundo identificação do paciente, diagnóstico e cirurgia realizada. Rio de Janeiro, RJ, Brasil 2023.....	40

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- **CACON:** Centro de Alta Complexidade em Oncologia
- **CAPES:** Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- **CCO:** Cancer Center Care Ontario
- **COFEN:** Conselho Federal de Enfermagem
- **PDCA:** Plan, Do, Check, Act
- **HAS:** Hipertensão Arterial Sistêmica
- **INCA:** Instituto Nacional de Câncer
- **IOM:** Institute Of Medicine
- **ODS:** Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
- **PTR:** Prostatectomia
- **PTR VLP:** Prostatectomia Videolaparoscópica
- **RTUb:** Ressecção Transuretral de Bexiga
- **RTUp:** Ressecção Transuretral de Próstata
- **SER:** Sistema Estadual de Regulação
- **SUS:** Sistema Único de Saúde
- **TCLE:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- **UNIRIO:** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>17</b>
1.1 Problematização	17
1.2 Objetivos	20
1.3 Justificativa e relevância	21
1.4 Referencial Teórico	22
<b>1.4.1 O período pós-operatório: conceitos e características</b>	<b>22</b>
<b>1.4.2 Teoria do Autocuidado</b>	<b>23</b>
<b>1.4.3 Filosofia do cuidado centrado no paciente</b>	<b>24</b>
<b>1.4.4 A alta hospitalar e a transição de cuidados</b>	<b>25</b>
1.5 Intervenções/Produtos	27
<b>2. MATERIAIS E MÉTODO</b>	<b>28</b>
2.1 A pesquisa convergente assistencial e a pesquisa	29
2.2 Cenário	30
2.3 Participantes do estudo e critérios de seleção	30
2.4 Coleta e análise de dados	31
<b>2.4.1 Etapa 1- Avaliação das necessidades dos pacientes da uro-oncologia</b>	<b>31</b>
<b>2.4.2 Etapa 2 -Análise e avaliação dos dados</b>	<b>32</b>
<b>2.4.3 Etapa 3 -Envolvimento da equipe de saúde</b>	<b>33</b>
<b>2.4.4 Etapa 4 -Elaboração de um Plano de Alta Hospitalar para os pacientes em pós-operatório de Câncer Urológico</b>	<b>34</b>
<b>2.4.5 Etapa 5 -Realização do teste-piloto do Plano de Alta Hospitalar</b>	<b>34</b>
2.5 Aspectos éticos	34
<b>3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>36</b>
3.1 Caracterização da amostra dos pacientes	36
3.2 Resultados do Roteiro de Observação	42
3.3 Expectativas dos pacientes no 3º dia pós-operatório	44
3.4 Produto 1.Artigo- As percepções do paciente frente ao diagnóstico e à proposta de tratamento relacionada ao câncer urológico	50
3.5 Produto 2. Artigo – Fatores demográficos e clínicos associados ao consumo de álcool em pacientes com câncer de próstata em uma instituição de referência do Rio de Janeiro	68

3.6 Produto 3. Produção Técnica - Elaboração de um Plano de Alta para pacientes que realizaram cirurgia na uro-oncologia	80
3.7 Produto 4. Produção Técnica - Elaboração de um <i>Checklist</i> de Alta para pacientes que realizaram cirurgia na uro-oncologia	82
3.8 Produtos de Pesquisa	84
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>87</b>
<b>5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO</b>	<b>90</b>
<b>6 REFERÊNCIAS</b>	<b>91</b>
<b>7 APÊNDICES</b>	<b>96</b>
<b>Apêndice 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Pacientes</b>	<b>96</b>
<b>Apêndice 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissionais de Enfermagem</b>	<b>101</b>
<b>Apêndice 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissionais Médicos</b>	<b>106</b>
<b>Apêndice 4: Termo de Anuência do Responsável pela Instituição (CEP INCA) - Direção do Hospital do Câncer I</b>	<b>112</b>
<b>Apêndice 5: Termo de Anuência do Responsável pela Instituição (CEP UNIRIO) - Direção do Hospital do Câncer I</b>	<b>113</b>
<b>Apêndice 6: Roteiro de Observação</b>	<b>114</b>
<b>Apêndice 7: Roteiro de Entrevista para os pacientes no 3º dia pós-operatório</b>	<b>115</b>
<b>9 ANEXOS</b>	<b>117</b>
<b>Anexo 1: Pareceres dos Comitês de Ética em Pesquisa</b>	<b>117</b>



## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Problematização

O câncer é um problema de saúde pública e uma das principais causas de morte no mundo. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde, foram notificadas 9,6 milhões de mortes por câncer no mundo em 2018. Estima-se uma incidência anual (triênio 2023-2025) de 704 mil novos casos de câncer, de acordo com o INCA (2022).

Sou enfermeira assistencial de um setor especializado em uro-oncologia. Na internação, recebemos pacientes de ambos os sexos. A maior parte dos pacientes é do sexo masculino, com câncer de próstata, bexiga, rins, testículo e pênis. Em menor proporção, recebemos mulheres com câncer de bexiga e câncer renal, todos provenientes do ambulatório, para tratamento cirúrgico.

O câncer de próstata caracteriza-se como um problema de saúde pública, sendo a neoplasia maligna mais comum entre os homens, atrás apenas do câncer de pele não melanoma. De acordo com as estimativas de incidência do Instituto Nacional de Câncer (INCA), temos uma previsão de 72.000 novos casos dessa doença no Brasil, para o triênio 2023-2025 (INCA, 2022).

Embora de grande prevalência, o câncer de próstata é uma doença silenciosa e potencialmente curável (INCA, 2021). Os pacientes, em sua grande maioria idosos, são submetidos à terapêuticas isoladas ou combinadas como cirurgia, radioterapia, hormonioterapia, que podem causar problemas específicos nas funções intestinais, urinária, sexual, hormonal, além de fadiga, depressão, alteração no peso, dentre outros (Ralph N *et al*, 2019).

Já o câncer de bexiga, uma das neoplasias mais comuns do trato urinário, tem uma incidência prevista de 11.370 novos casos, sendo 7.870 em homens e 3.500 novos casos em mulheres, para o Brasil, em cada ano do triênio 2023-2025, de acordo com o INCA (2022). O principal fator de risco é o tabagismo. O tratamento pode envolver a ressecção transuretral, cistectomia e quimioterapia (Paz *et al*, 2022).

Em relação ao câncer renal, o tipo mais predominante é o carcinoma de células claras. No Brasil, a incidência estimada é de 7 a 10 casos para cada 100 mil habitantes, de acordo com o INCA (2019). O tratamento pode incluir cirurgia, ablação e outras terapias locais, quimioterapia e radioterapia.

Acerca do câncer de testículo, é uma patologia maligna relativamente incomum, representando 0,5% de todas as neoplasias masculinas e 5 % dos tumores urológicos (Rosen *et al.*, 2011; NCI, 2021). O tratamento padrão-ouro para massas testiculares com suspeita de malignidade, sem presença de sinais de metástases, foi estabelecido como a orquiectomia radical (Ghoreifi e Djaladat, 2019).

O fluxo dos pacientes é extremamente fragmentado. Eles chegam muito cedo no hospital. Alguns passam pela consulta médica e, à tarde, internam. Já na enfermaria, recebemos os pacientes com seus prontuários e observamos a falta de exames pré-operatórios como raio-x, eletrocardiograma, exames de sangue, o que gera um grande desconforto para eles e profissionais da equipe noturna, que acabam por assumir a responsabilidade de realizá-los, para que o paciente não tenha a cirurgia suspensa no dia seguinte. Não existe consulta de enfermagem pré-operatória, um momento em que pacientes e familiares poderiam ser mais esclarecidos em relação à rotina hospitalar e iniciar o processo de educação pós-operatório. Esses pacientes são diretamente conduzidos para a enfermaria, por maqueiros. A grande maioria é admitida com picos hipertensivos significativos. Muitos operam no dia seguinte, quando se enxergam com cateteres, drenos, incisões cirúrgicas e outros dispositivos, que geram inúmeras dúvidas, expectativas, ansiedade e alteração da imagem corporal. É um problema bastante grave, que pode gerar repercussões negativas no pós-operatório.

Ao mesmo tempo, é sabido que o diagnóstico de câncer promove uma reformulação das expectativas e do cotidiano. Podem ocorrer mudanças físicas, nos relacionamentos interpessoais, assim como na percepção que o indivíduo tem de si mesmo. O paciente passa a experimentar o medo da dor, da mutilação corporal, do futuro e da morte e seu equilíbrio psicológico passa a ser desafiado.

Assim, essa realidade gera um grande impacto na qualidade de vida, no prognóstico do paciente, com a mistificação e os aspectos culturais da masculinidade (visto que a maioria dos pacientes uro-oncológicos é do sexo masculino), a falta de conhecimento sobre as condições e cuidados pós-operatórios com cateteres, drenos e curativos, frequentemente observados no meu cotidiano enquanto enfermeira de uma unidade de urologia oncológica, que dificultam a condução do tratamento no pós-operatório e conseqüentemente, aumentam as chances de complicações neste período.

Nesse contexto, o enfermeiro oncologista é responsável pela coordenação e realização do cuidado que demanda maior complexidade. Existem atividades que demandam habilidades específicas do profissional como avaliação, orientações e intervenções de enfermagem. O

planejamento da alta hospitalar encontra-se elencado em tais atividades, como parte do processo de enfermagem.

Além das necessidades dos pacientes oncológicos em proposta de intervenção cirúrgica curativa, é necessário que os processos que sucedem o tratamento cirúrgico sejam ágeis, resolutivos, educativos e esclarecedores, com a finalidade de promover o autocuidado durante o preparo para a alta hospitalar.

Autocuidado foi definido por Dorothea Orem (1980) como sendo a prática de atividades que a pessoa inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Da mesma forma, refere que na ausência de saúde o autocuidado está comprometido, podendo surgir déficits. Cuidar dos pacientes em pós-operatório de cirurgias uro-oncológicas implica que os enfermeiros detenham conhecimentos profundos acerca das necessidades de saúde, que lhes permitam identificar os déficits de autocuidado e instituir um plano de cuidados adequado e individualizado a cada caso.

Assim, a teoria de enfermagem subjacente ao desenvolvimento desta pesquisa foi a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. Paralelamente a esta teoria de cuidados, os enfermeiros devem basear as suas intervenções aos pacientes submetidos à cirurgia uro-oncológica de forma individualizada e baseada na filosofia do cuidado centrado na pessoa. Para McCance, McCormack e Dewing (2011), o cuidado centrado na pessoa é uma abordagem da prática estabelecida tendo por base a formação e as relações terapêuticas estabelecidas entre doente e prestadores de cuidados e sustentada em valores como o respeito pela pessoa, o direito individual à autodeterminação e compreensão mútua.

Muitas vezes, em nossa prática profissional, observamos que a reinternação acontece pela falta de habilidade e treinamento do cliente ou acompanhante sobre os cuidados a serem desenvolvidos em domicílio em diversos aspectos, como a dificuldade na administração de medicamentos, mudanças no cotidiano e enfrentamento, com possíveis alterações na autoimagem. Em face desta realidade, conforme aponta Mamede (2000), faz-se necessário que a alta exija um planejamento apropriado para o paciente e familiar.

Para a equipe de enfermagem, é bastante desafiadora a prática da teoria relacionada à transição do cuidado do paciente com alta do hospital para o domicílio. Existem muitas barreiras de comunicação entre a enfermagem e a equipe médica. Nem sempre os enfermeiros ficam sabendo sobre a alta. Evidenciou-se, em um estudo sobre intervenções na alta hospitalar de Nunes e Menezes (2016) que, muitas vezes, o papel desempenhado pelo enfermeiro neste momento crítico não é organizado, sendo limitado à retirada de dispositivos (drenos, cateteres, acessos venosos), ou orientações gerais, rápidas, sem levar em consideração as

individualidades, com informação insuficiente para a continuidade do cuidado depois do hospital. Nossa realidade corrobora Pereira (2000), pois são inúmeras as vezes que estes profissionais tomam conhecimento no momento que o cliente já se prepara para deixar o hospital ou até mesmo depois que já saiu.

É sabido que o preparo qualificado para a alta hospitalar deve ocorrer desde o pré-operatório. Porém, existe uma grande dificuldade de recursos humanos para implementar uma consulta de enfermagem ambulatorial. Neste sentido, o profissional enfermeiro da internação pode contribuir para o gerenciamento deste cuidado e organização do fluxo, através do desenvolvimento e implantação de um plano de alta hospitalar.

Culturalmente, o paciente e o familiar costumam estabelecer uma relação de confiança com o enfermeiro e sentem maior abertura para expressar todas as suas emoções, dúvidas ou problemas. O enfermeiro é o profissional que se encontra mais bem posicionado para informar o paciente através de uma linguagem adequada e por isso, de acordo com Gonçalves *et al* (2017), salienta-se a relevância de uma consulta de enfermagem com uma estrutura que atenda às características e situação clínica de cada indivíduo.

Entretanto, devido à inúmeras questões institucionais, como a dificuldade de recursos humanos, não é possível implementar uma consulta de enfermagem pré-operatória. Neste contexto, o enfermeiro da internação, através da realização de um teste-piloto do Plano de Alta Hospitalar, na enfermaria, pode contribuir para o gerenciamento do cuidado do paciente oncológico eletivo à cirurgia, ao supervisionar todo o processo de alta hospitalar e educação, para que consiga proporcionar um diferencial na qualidade assistencial do serviço. Assim, o objeto de pesquisa é o atendimento ao paciente em pós-operatório de câncer urológico, em processo de alta hospitalar.

## 1.2 Objetivos

O objetivo geral da pesquisa visa elaborar um plano de alta para pacientes em pós-operatório de uro-oncologia, em uma enfermaria de um hospital público federal especializado em oncologia.

Os objetivos específicos são:

Identificar quais são as percepções frente ao diagnóstico e proposta de cirurgia uro-oncológica e as maiores necessidades de conhecimento dos pacientes com cânceres urológicos;

Construir um Plano de Alta Hospitalar para pacientes em pós-operatório de câncer urológico;

## Realizar um teste-piloto do Plano de Alta Hospitalar na enfermaria da Uro-Oncologia

### 1.3 Justificativa e relevância

Nos meus 17 anos como enfermeira oncologista assistencial, percebo as tribulações que os pacientes encontram no momento da alta hospitalar, a dificuldade de entendimento do fluxo; do manejo da ferida operatória (além de cateteres vesicais de demora, de drenos), das possibilidades de complicações. São significativas as barreiras que acarretam lentidão e hiatos no seguimento. Este trabalho possibilitará uma visibilidade para a estratégia da aplicação de um plano de alta em pacientes em pós-operatório da uro-oncologia, por se tratar de doenças com importantes e preveníveis fatores de risco, além do tempo decisivo no diagnóstico. Essa tem utilidade principalmente para o paciente e para instituição vinculada, pois promove a avaliação oportuna, a detecção de fatores e agravos durante o processo, o tratamento ideal de acordo com as decisões informadas e o seguimento do paciente dentro do complexo sistema de saúde, de forma a evitar a fragmentação do cuidado e as complicações pós-operatórias. Neste modelo, o cuidado visa a bidimensionalidade, onde ganha o paciente e a instituição em que ocorre o acolhimento e a realização do teste-piloto do plano de alta.

O processo de enfermagem é insuficiente, embora exista um instrumento de avaliação inicial. Observamos que as ações de enfermagem são realizadas pontualmente, de acordo com a demanda do paciente naquele determinado momento. Não existe um plano de trabalho.

Por fragilidades no processo, na comunicação e no planejamento, encontro algumas dificuldades em relação à alta hospitalar, na realidade da minha prática assistencial. É sabido que um maior tempo de internação reflete no alto custo das hospitalizações. Portanto, o planejamento da alta do paciente tem sido uns dos principais pontos de atenção para assegurar a continuidade do tratamento e evitar a reinternação (Pereira, 2000). Nos Estados Unidos, desde 1978, a Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), requer que os hospitais realizem planejamento da alta hospitalar dos pacientes, com o propósito de fornecer continuidade do atendimento pós-hospitalização (Marques, 2010).

De acordo com Merry *et al* (2010), dentre as ações de gestão está a tomada de decisão do enfermeiro. É possível, portanto, destacar aquelas ações relacionadas à segurança do paciente para a predição e diminuição de complicações, a detecção precoce de intercorrências e os eventos adversos no período pós-operatório. Nesse contexto, o desenvolvimento de ferramentas que forneçam informação, tais como *checklists*, promovem a identificação precoce de problemas mais frequentes para o planejamento da assistência de enfermagem, durante a

internação hospitalar, desenvolvimento do plano de alta e orientação sobre cuidados em domicílio.

Na procura contínua da melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos clientes cirúrgicos, foi criado, realizado um teste-piloto de um Plano de alta hospitalar e de um *Checklist* de Alta Hospitalar, integrados em um programa de cuidados pós-operatórios interdisciplinar. O Plano de Alta Hospitalar, uma intervenção complexa e autônoma do enfermeiro, contempla um conjunto de atividades com a finalidade maior de conhecer o paciente, seu cuidador responsável, sua estrutura real para os cuidados pós-operatórios (condições de moradia, de acesso, e de o informar sobre todas as particularidades de cuidados pós-operatórios, atendendo às suas necessidades e expectativas.

A Agenda para o Desenvolvimento Sustentável para 2030, lançada em 2015, é um plano de ação para pessoas, planeta e prosperidade. que busca fortalecer a paz universal. O plano indica 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, os ODS, e 169 metas, para erradicar a pobreza e promover vida digna para todos, dentro dos limites do planeta. São objetivos e metas claras, para que todos os países adotem de acordo com suas próprias prioridades e atuem no espírito de uma parceria global que orienta as escolhas necessárias para melhorar a vida das pessoas, agora e no futuro (ONU, 2015). Dessa forma, essa pesquisa é relevante, pois coaduna com o terceiro objetivo da Agenda, que é assegurar vidas saudáveis e promover bem-estar para todos em todas as idades.

## 1.4 Referencial Teórico

### 1.4.1 O período pós-operatório: conceitos e características

De acordo com Baksi e Genç (2020), os procedimentos cirúrgicos afetam todo o corpo do paciente e causam inúmeras mudanças fisiológicas, psicológicas e complicações, como equilíbrio homeostático prejudicado, medo, suscetibilidade a infecções e dor. As complicações pós-operatórias, para esses autores, são um indicador significativo de uma condição médica e estima-se que a cada ano, 3 a 12 milhões de pacientes morram em decorrência destas complicações.

Compreende-se, então, que um pós-operatório adequado acontece quando o paciente cirúrgico é acompanhado desde o momento em que é eleito para a cirurgia, sendo o momento propício e ideal para sua preparação e assim, redução de possíveis complicações psicológicas decorrentes da falta de manejo de seus sintomas emocionais e desmistificação de fantasias

quanto ao ato cirúrgico. Assim, o paciente em acompanhamento desde o início do processo, vivencia no pós-operatório a continuidade de um processo adaptativo, tendo mais chances de uma reabilitação saudável e adequada diante das repercussões da cirurgia.

Além disso, é necessário compreender que um pós-operatório satisfatório envolve um processo de promoção da reabilitação do paciente também fora da instituição hospitalar. Ele deve ser liberado de forma que prossiga ciente das formas de obter a adaptação necessária.

#### **1.4.2 Teoria do Autocuidado**

Com base na metodologia da Pesquisa Convergente Assistencial, utilizou-se também para o desenvolvimento dos produtos assistenciais (Plano de Alta Hospitalar e Checklist de Alta Hospitalar) a teoria de Dorothea Orem (1980), que indica os requisitos do autocuidado como preceitos universais, de desenvolvimento humano ou de desvio de saúde e contemplam aspectos físicos e psicossociais considerados essenciais à obtenção do bem-estar.

A promoção do autocuidado tem por base a filosofia de cuidados desenvolvida por Dorothea Orem, a Teoria do Déficit de Autocuidado, que compreende três teorias que se interligam: Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit de Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Para Queirós, Vidinha e Filho (2014), esta teoria é uma síntese do conhecimento sobre o autocuidado, das atividades e necessidades de autocuidado, do déficit de autocuidado e da ação da enfermagem.

A meta dos cuidados de enfermagem encontra-se em ajudar as pessoas a satisfazer as suas necessidades de autocuidado. Isto posto, existe o princípio da crença que o ser humano é dotado de habilidades individuais para promover o seu próprio cuidado. Com isso, ele pode se beneficiar com os cuidados de enfermagem, ao apresentar déficit de autocuidado, muitas vezes associados à falta de saúde. Desta maneira, a Teoria do Déficit de Autocuidado estabelece a necessidade da prestação de cuidados de enfermagem, quando a insuficiência das ações relacionadas com a saúde e bem-estar deixa os indivíduos incapazes de se auto cuidarem, parcial ou totalmente (Queirós; Vidinha; Filho, 2014).

Paralelamente a esta filosofia de cuidados, os enfermeiros devem basear as suas intervenções aos pacientes submetidos à cirurgia uro-oncológica de forma individualizada e amparadas nos cuidados centrados na pessoa.

### 1.4.3 Filosofia do cuidado centrado no paciente

Conforme o Institute of Medicine (IOM, 2011), muitas instituições de saúde estão adotando ou adotaram a filosofia do cuidado centrado no paciente ou centrado na pessoa para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados que prestam. O cuidado centrado no paciente tem como meta “prestar cuidados que respeitem e respondam às preferências, necessidades e valores individuais do paciente, e que garantam que estes valores orientem todas as decisões clínicas” (IOM, 2011). Para Hobbs (2009), o cuidado centrado no paciente é uma abordagem multifacetada relativa às interações entre pacientes, profissionais de saúde e o ambiente de saúde.

Por outro lado, o Cancer Center Ontario (CCO, 2015) descreve esse como uma abordagem para “prestar cuidados que envolvam parceria com pacientes e prestadores de cuidados de saúde, para dar voz aos pacientes na concepção e prestação dos cuidados que eles recebem e permitir que os pacientes sejam mais ativos em suas jornadas”. Esta definição enfatiza a parceria e a importância do indivíduo ser visto como uma pessoa em primeiro lugar (um ser inteiro), antes de ser visto como um paciente (uma tarefa a ser executada). Além disso, o CCO afirma que o foco no cuidado centrado na pessoa ajudará a melhorar a experiência do paciente, ao fornecer melhores resultados de saúde e maior valor, com a sabedoria na utilização dos recursos.

De modo geral, o cuidado centrado no paciente refere-se ao processo de envolvê-lo nas decisões sobre como seus próprios cuidados são prestados. Quando os pacientes são convidados a participar ativamente nos seus próprios cuidados, “há um maior acordo sobre os planos de tratamento, com melhores resultados de saúde e aumento na satisfação dos clientes” (Ekman et al, 2011).

Assim, o cuidado centrado no paciente deve ser estimulado e praticado por todos os membros da equipe de saúde. Durante o processo de planejamento da alta hospitalar, ele visa aumentar a qualidade dos cuidados prestados, com o alívio do seu sofrimento, redução das disparidades nos serviços de saúde; fortalecer a autonomia, a independência e a proatividade do paciente/família; atenuar o uso desnecessário dos serviços de saúde e, por sua vez, minorar as taxas de mortalidade.



#### 1.4.4 A alta hospitalar e a transição de cuidados

A alta hospitalar é definida pela Organização Mundial da Saúde como sendo “a liberação de um paciente de um centro de cuidados, usualmente referindo-se à data em que este cliente deixa o hospital” (OMS, 2004).

Já um documento do Ministério da Saúde, de 2002, informa que a alta é um:

*“Ato médico que determina a finalização da modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente, ou seja, a finalização da internação hospitalar. O paciente pode receber alta curado, melhorado ou com seu estado de saúde inalterado. O paciente poderá, caso necessário, passar a receber outra modalidade de assistência, seja no mesmo estabelecimento, em outro ou no próprio domicílio” (BRASIL, 2002, p.12)*

Observamos nessa definição do Ministério da Saúde, uma visão que induz a uma prática mecanicista, com tendência à hegemonia médica de um processo em que a transdisciplinaridade deve fazer parte. A alta hospitalar deve ser praticada e compartilhada entre todos os membros da equipe de saúde, além do paciente, com respeito a sua autonomia, no âmbito do direito.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por sua vez, discorre sobre a alta hospitalar no contexto da enfermagem. O órgão, através do Decreto 94.406 de 1987 informa que o enfermeiro pode fazer (...) o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem. E como integrante da equipe de saúde, a participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde e (...) executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes.”(COFEN, 1987).

Por exemplo, um enfermeiro oncologista pode identificar em um paciente em pós-operatório de uro-oncologia a necessidade de maior treinamento para o cuidado no lar, tanto do paciente quanto do familiar, ou a pendência de alguma estrutura de forma que esse cuidado seja efetivo, como oxigênio suplementar, voltado para um indivíduo em cuidados paliativos exclusivos. Ao conversar com a equipe médica, a alta pode ser suspensa até o momento ideal, constatado por toda a equipe. Isso é interdisciplinaridade na assistência e assim que deve ser conduzido o processo de alta hospitalar.

No cenário da enfermagem, a alta hospitalar está intrinsecamente relacionada à transição de cuidados do hospital para uma outra realidade, como o domicílio. Assim, de acordo com Huber e McClelland (2003), o objetivo desse processo é fazer uma transferência segura para o indivíduo e familiar, sem intercorrências, com redução de custos e necessidade de reinternação.

Para Pearson et al (2004), todos os profissionais da equipe multidisciplinar diretamente responsáveis pelo cuidado ao paciente devem participar do planejamento da alta e este processo deve ser iniciado durante a própria internação. Em conformidade com esses autores, é essencial que o enfermeiro disponha de toda a habilidade, comunicação verbal e não verbal, para identificar as necessidades de saúde do paciente (seu contexto de vida, econômico, sua rede pessoal) e a criação de um planejamento completo para atendê-las. Deve-se buscar, assim, a cooperação de ambos, além da atuação dos outros membros da equipe com suas especificidades na alta hospitalar, pelas demandas de encaminhamentos, acompanhamentos (como fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas) e da efetividade das ações para uma alta segura.

Conforme Pereira (2007), a alta hospitalar é um ponto-chave no processo de enfermagem, pois o enfermeiro precisa direcionar o Plano de Alta e a implementação das ações necessárias para a manutenção do cuidado em domicílio. Já Tomura et al (2011) relaciona o Plano de Alta a um acordo entre o enfermeiro, o paciente e seu cuidador responsável, desenvolvido ao longo da internação hospitalar, para uma adequada readaptação do indivíduo no lar.

Na visão de pacientes e cuidadores, o enfermeiro assume papel extremamente importante na transição dos cuidados. Para Backman et al (2018), é o profissional que esclarece todas as questões relativas a exames e relatórios médicos, transferindo informações para o seguimento da assistência, além de coordenar ações em busca do autogerenciamento do cuidado e participação familiar.

O enfermeiro integra, assim, as ações de todos os profissionais. Naylor et al (2017), destacam, além dessa responsabilidade, o conjunto de ações desenvolvida por esse profissional para a efetividade da alta hospitalar: o engajamento do paciente/familiar/cuidador, o desenvolvimento da autonomia para o autocuidado por meio de educação contínua, o gerenciamento da complexidade terapêutica ao longo do percurso, a organização e comunicação entre os serviços e a garantia de acesso para continuação da atenção à saúde.

Entende-se, portanto, que o planejamento de alta é um grande instrumento que fortalece o processo de autocuidado, independência e autonomia do paciente. À vista disto, Zago (2000) relata que o Sistema Único de Saúde (SUS), com sua integralidade, reconhece o Plano de Alta Hospitalar como um processo que atende as diversas necessidades da pessoa.

## 1.5 Intervenções/Produtos

Foram desenvolvidos neste estudo um total de 4 produtos:

Produto 1 Artigo - As percepções do paciente frente ao diagnóstico e à proposta de tratamento relacionada ao câncer urológico

Produto 2 Artigo – Fatores demográficos e clínicos associados ao consumo de álcool em pacientes com câncer de próstata em uma instituição de referência do Rio de Janeiro

Produto 3- Produção Técnica: Plano de Alta Hospitalar

Produto 4- Produção Técnica: Checklist de Alta Hospitalar

## 2 MATERIAIS E MÉTODO

Esta pesquisa possui uma abordagem qualitativa do tipo convergente assistencial (Trentini; Paim, 1999), aplicada no desenvolvimento do pacote de cuidados pós-operatórios, em uma enfermaria especializada em uro-oncologia.

A pesquisa convergente assistencial (PCA) torna possível, a um só tempo, obter informações sobre a experiência dos usuários da uro-oncologia e conduzir a prática assistencial direcionada aos mesmos, através da elaboração e implantação piloto de um Plano de Alta Hospitalar. Essa pesquisa viabiliza uma reflexão da prática assistencial e incentiva, por conseguinte, o desenvolvimento de ações inovadoras e direcionadas.

O método foi aplicado em cinco fases: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação. Cada fase será composta de um subprocesso com novos passos consecutivos e inter-relacionados, não necessariamente de forma linear (Trentini *et al*, 2014).

A concepção é momento em que foi determinado o início da pesquisa, em novembro de 2022. Nasceu de uma situação problema, na qual o pesquisador está inserido e precisa buscar subsídios teórico-científicos para transformar sua prática, na busca de apoio teórico para a pesquisa, visando melhorar a qualidade da assistência.

Já a instrumentação, que é compreendida como o período da definição do local de realização e dos participantes da pesquisa, das técnicas de coleta e análise dos dados, ocorreu entre fevereiro e março de 2023. Nesta fase, foram estabelecidos os participantes do estudo e as técnicas de coleta de dados (observação de campo e elaboração dos roteiros de entrevista).

Durante a perscrutação, o conhecimento adquirido é o escopo para transformar a realidade estudada. Por conseguinte, as técnicas de coleta de dados selecionadas na fase anterior foram implementadas (de setembro a novembro de 2023), no intuito de alcançar uma mudança real no cenário da prática. A coleta e o registro de dados foram realizados com base na observação do fluxo ambulatorial e das entrevistas com os pacientes.

No decorrer da análise, os dados produzidos nas fases anteriores foram organizados, confrontados com a literatura e posteriormente, discutidos.

Finalmente, a interpretação aconteceu em três passos. O processo de síntese, onde tem sido feita a análise subjetiva dos dados para a realização das associações e identificação de variações das informações encontradas no processo de apreensão. Na teorização, o intuito é descobrir a relação entre os valores contidos nas informações levantadas e a fundamentação teórico-filosófica utilizada no estudo, formulando-se novos conceitos, definições e associações,

resultando nas conclusões da pesquisa. E na recontextualização, a finalidade é dar significado aos resultados, socializando-os.

O delineamento do estudo adotado e as etapas deste, estão descritas e resumidas na figura 1:

**Figura 1 – Fases da PCA x Projeto**



Fonte: Autoria própria, 2023

## 2.1 A pesquisa convergente assistencial e a pesquisa

Através da PCA, que se desenvolve em uma dinâmica circular, conseguimos obter informações dos sujeitos da pesquisa e uma forma de os empoderar, de torná-los ativos no processo. A realização do teste-piloto do Plano de Alta Hospitalar tem o mesmo objetivo.

Essa pesquisa pretende minimizar e/ou solucionar dificuldades dos pacientes portadores de cânceres urológicos durante o pós-operatório, no fortalecimento das ações de preparo para a alta hospitalar e com isso, minimizar intercorrências pós-operatórias. Ela também intenciona realizar um teste-piloto de um novo fluxo de alta hospitalar no serviço de urologia do CACON. Isso corrobora um dos indicadores de identidade da PCA, conforme Trentini e Beltrame (2006) deve: *“manter, durante seu processo, uma estreita relação com a prática assistencial, com o propósito de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e introduzir inovações no contexto da prática e que ocorre a investigação”*.

Esta pesquisa nasce da necessidade que vivencio, enquanto enfermeira oncologista do setor de uro-oncologia, de facilitação da jornada do paciente em sua fase pós-operatória. São inúmeras barreiras que dificultam esse processo. Essa realidade valida um outro indicador de identidade da PCA, em que *“o tema da pesquisa deverá emergir das necessidades da prática reconhecidas pelos profissionais e ou pelos usuários do campo de pesquisa.”* (Trentini; Beltrame, 2006)

A criação e implantação piloto do plano de alta no serviço de urologia é uma novidade, pois os pacientes não participavam de um fluxo de alta hospitalar junto aos seus cuidadores referenciados. As informações precisam ser menos fragmentadas, menos generalistas e mais personalizadas. Todo esse movimento vem a consolidar o indicador de identidade da PCA em que, segundo Trentini e Beltrame (2006), *“o pesquisador assume compromisso com a construção de um conhecimento novo para a renovação das práticas assistenciais no contexto estudado.”*

Essa pesquisa foi desenvolvida no mesmo lugar e momento da assistência. Mais uma vez, isso ratifica outro indicador de identidade da PCA, em que: *“a PCA deve ser desenvolvida no mesmo espaço físico e temporal da prática”*. (Trentini; Beltrame 2006)

Como pesquisadora principal do estudo, elaborei com a participação da equipe um Plano de Alta Hospitalar para pacientes no meu ambiente de trabalho, durante o processo da pesquisa. Isso endossa um outro indicador de identidade da PCA que diz que *“os pesquisadores deverão estar dispostos a inserirem-se nas ações das práticas de saúde no contexto da pesquisa durante seu processo.”* (Trentini; Beltrame, 2006).

## 2.2 Cenário

O cenário foi o ambulatório e a enfermaria de urologia oncológica de um hospital público federal especializado em oncologia.

## 2.3 Participantes do estudo e critérios de seleção

### **Pacientes**

Os participantes da pesquisa foram pacientes matriculados durante a execução da pesquisa, entrevistados com um roteiro semiestruturado.

Crítérios de inclusão dos pacientes: vindos do SER (Sistema Estadual de Regulação), diagnosticados com câncer urológico entre setembro e novembro de 2023, recém matriculados no ambulatório de uro-oncologia do CACON.

Critérios de exclusão dos pacientes: pacientes que foram encaminhados para outras clínicas.

### **Profissionais de Saúde**

Os profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos) e médicos que admitem ambulatorialmente os pacientes em pré-operatório, ambos do serviço de urologia oncológica, em reuniões para a elaboração do Plano de Alta Hospitalar.

Critérios de inclusão dos profissionais (de enfermagem e médicos): todos os profissionais de enfermagem da unidade de internação em uro-oncologia e do ambulatório especializado, além de todos os médicos que admitem ambulatorialmente os pacientes em pré-operatório.

Critérios de exclusão dos profissionais (de enfermagem e médicos): profissionais que estiverem de férias ou em afastamento, de qualquer natureza.

## 2.4 Coleta e análise dos dados

Para realizar a coleta de dados deste estudo, foram utilizadas entrevistas de natureza qualitativa e semiestruturada. Assim sendo, Cresweell (2010) aponta que as entrevistas qualitativas são aquelas nas quais são utilizadas questões abertas e não estruturadas, pouco numerosas e que de se destinam a extrair concepções e opiniões dos participantes. Ao passo que para Flick (2004), as entrevistas semiestruturadas são aquelas em que aumentam a probabilidade de que os entrevistados expressem seus pontos de vista, uma vez que a entrevista possui relativa abertura em seu planejamento, possibilitando ao entrevistador, reordenar o roteiro a partir da interação com o entrevistado. Somando-se a isso, Bauer e Gaskell (2002) citam as entrevistas semiestruturadas como aquelas que melhoram a descrição de um levantamento de dados e de sua interpretação, contribuindo para a compreensão mais profunda e permitindo o fornecimento de valiosas informações para colaborar na explicação dos achados científicos.

Esta pesquisa foi desenvolvida em 05 Etapas:

### **2.4.1 Etapa 1- Avaliação das necessidades dos pacientes da uro-oncologia**

#### **Observação do fluxo do ambulatório - internação:**

Entre os meses de setembro e outubro de 2023 ocorreu uma fase diagnóstica. Foi observado o fluxo dos pacientes à chegada no ambulatório e o funcionamento do serviço, até a

admissão na enfermaria, com o uso de um roteiro de observação (apêndice 6) para identificar quais eram as barreiras e as dificuldades no fluxo.

#### **Entrevista com os pacientes:**

Foram entrevistados 30 pacientes, no terceiro dia de pós-operatório, entre setembro e outubro de 2023 através de um roteiro semiestruturado (apêndice 7), com o objetivo de descobrir quais as maiores necessidades de aprendizado para a alta hospitalar e dúvidas que não foram resolvidas no momento da admissão.

Para realizar as entrevistas, a pesquisadora foi até a enfermaria de uro-oncologia, ao longo desse período, para checar os pacientes que se encontravam no 3º dia pós-operatório. Eles se mostraram bastante receptivos disponíveis para participar das entrevistas sem maiores dificuldades, inclusive se sentiram agradecidos por terem sido escolhidos para contribuir com o estudo.

No que diz respeito ao procedimento da pesquisa propriamente dito, ao entrar em contato com cada paciente, a pesquisadora se apresentou, entregou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 1), apresentou os objetivos e falou sobre a importância do estudo. Após a assinatura dos termos, as entrevistas foram iniciadas em um local privativo, sem a presença de outros pacientes e acompanhantes, para não haver nenhum tipo de constrangimento e otimizar a privacidade.

Em relação ao tempo das entrevistas, cada uma durou em uma média de 40 minutos.

#### **2.4.2 Etapa 2 – Análise e avaliação dos dados**

Observamos que a pesquisa qualitativa desenvolve uma relação com a atividade humana e social. Nesta pesquisa há uma abordagem de pesquisa social, a qual a atividade qualitativa busca soluções para os problemas do cotidiano, descobrindo conhecimentos, compreensão e permitindo assim, se possível, a intervenção na realidade, o que corrobora a ideia de Dyniewicz (2009).

As entrevistas com os pacientes proporcionaram dados que foram tabulados em planilhas eletrônicas, através do aplicativo Microsoft Office Excel<sup>l</sup>.

O método de análise dos dados deu-se a partir do que propõe Bardin (1977). Para a autora, a análise de conteúdo classifica-se em diferentes fases cronológicas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise é a organização para operacionalizar e sistematizar as ideias indiciadas que



foram colocadas no referencial teórico, é o momento em que se estabelecem os indicadores para realizar a interpretação das informações coletadas, a etapa da leitura geral do material selecionado ou das entrevistas transcritas. Esta fase é compreendida por quatro etapas: a) leitura flutuante, que é o momento de ter contato com o texto para conhecê-lo, obtendo impressões e orientações; b) a escolha dos documentos, que é o momento da definição do *corpus* do estudo e que deve obedecer às regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; c) construção de objetivos e hipóteses, que se dá a partir da leitura inicial dos dados constitutivos do *corpus*; e d) a elaboração de indicadores, que diz respeito à interpretação do material coletado.

A fase seguinte, que é a exploração do material, se refere a administrar as decisões que foram tomadas na etapa anterior. Esta é uma fase longa que contempla a construção do processo de codificação e leva em consideração os recortes que foram feitos no texto em unidades de registros, como foram definidas as regras para a contagem e como foram classificadas e agrupadas as informações em categorias temáticas. Ou seja, a codificação é uma fase essencial na análise de conteúdo e que Bardin (1977) considera como sendo uma transformação pela qual passam os dados brutos do texto, que por meio do recorte, agregação e enumeração pode atingir a reorientação da expressão ou do conteúdo do texto, sendo possível esclarecer ao analista a respeito das características do texto.

A terceira fase descrita por Bardin (1977) consiste no tratamento dos resultados, inferência e interpretação, que se responsabiliza por atrair os conteúdos expressos e latentes que estão contidos no material coletado. A partir daí, o analista possui resultados significativos, podendo propor inferências e interpretações acerca dos objetivos previstos ou sobre outras descobertas que porventura não eram esperadas.

Durante a pesquisa, com duração de 4 meses, os dados estão constantemente em avaliação através da ferramenta de melhoria contínua PDCA (*Plan, Do, Check, Act*) que significa Planejar, Fazer, Checar e Corrigir, essa é uma ferramenta de gestão de qualidade que tem como objetivo a resolução de problemas, monitorar resultados, planejar ações preventivas e testar mudanças (Alpendre *et. al*, 2017).

Cada etapa da pesquisa tem sido analisada quanto ao sucesso e obtenção dos resultados esperados e esta avaliação é determinante para a evolução entre as etapas. E, como definido na PCA, a pesquisadora elaborou, em conjunto com a equipe de enfermagem e médica, o desenho do fluxo, impressos e o Plano de Alta Hospitalar

#### **2.4.3 Etapa 3 - Envolvimento da equipe de saúde**

Durante a execução da pesquisa, a pesquisadora realizou encontros em 4 momentos no mês de novembro e dezembro de 2023, com os Enfermeiros e técnicos de enfermagem, assim como os médicos da equipe (um total de 15 profissionais), a fim de receber o retorno e sugestões de melhoria no Plano de Alta Hospitalar e no *Checklist* de Alta Hospitalar. Esses encontros, agendados previamente através do envio de e-mail institucional, ocorreram na modalidade online e presencial, de acordo com a disponibilidade dos participantes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### **2.4.4 Etapa 4 - Elaboração de um Plano de Alta Hospitalar para os pacientes em pós-operatório de Câncer Urológico**

Com base e concomitantemente à identificação das necessidades de aprendizagem dos pacientes, na observação das admissões e nas barreiras apontadas pelos pacientes, os dados foram analisados, assim como a elaboração de um Plano de Alta Hospitalar para pacientes em pós-operatório de Câncer Urológico, sendo desenhado o processo, o fluxo e impressos em novembro de 2023.

#### **2.4.5 Etapa 5 – Realização do teste piloto do Plano de Alta Hospitalar**

Foi realizado o teste piloto de Plano de Alta Hospitalar, assim como do *Checklist* de Alta Hospitalar nos meses de novembro e dezembro de 2023, com 40 pacientes de alta no período. A equipe médica, assim como a de enfermagem, avaliou como instrumento de grande utilidade, pois oferece um maior esclarecimento ao paciente e familiar/acompanhante responsável, além de emponderá-los no cuidado, com o aumento da autonomia e autorresponsabilidade. Antes as informações eram somente verbalizadas, sem registro que eles pudessem levar para os seus lares. Dessa forma, a padronização da linguagem unifica a linguagem a respeito da assistência prestada, além de gerar maior segurança em todo o processo (Benedete *et al*, 2020).

### **2.5 Aspectos éticos, riscos e benefícios**

Este estudo foi submetido à plataforma Brasil, observando-se os princípios da Resolução 466-2012 (BRASIL, 2012) e Resolução 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Foi oferecido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos pacientes (apêndice 1) e profissionais de enfermagem (apêndice 2) e médicos (apêndice 3) das unidades

de internação e ambulatorial em urologia oncológica. Uma cópia permaneceu com o participante da pesquisa e a outra com a pesquisadora. O referido termo garante o anonimato dos colaboradores, a liberdade de recusa ou exclusão em qualquer fase da pesquisa e o acesso aos dados da pesquisa, que serão utilizados tão somente para fins científicos.

A pesquisa apresenta riscos mínimos, pois profissionais e pacientes podem apresentar algum constrangimento ao serem observados em suas rotinas e durante a entrevista.

Para que esse risco seja minimizado, as entrevistas e observações foram individuais, realizadas em um consultório reservado, sendo mantida a privacidade.

O participante não foi remunerado por sua participação e esta pesquisa não oferecerá benefício direto a ele e sim, para futuros pacientes. O estudo será útil para o paciente e o cuidador em que, a partir de uma entrevista, seja oferecida uma assistência focada em suas necessidades. Se o participante concordar com o uso de suas informações e/ou do material do modo descrito acima, é necessário esclarecer que ele não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa.

O benefício principal é possibilitar no futuro, com os resultados alcançados com esta pesquisa, viabilizar uma assistência personalizada, de acordo com as necessidades apresentadas pelo paciente/família, economia para a instituição com a otimização dos fluxos assistenciais e a autonomia do paciente.

### 3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 Caracterização da amostra dos pacientes

**Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo identificação do paciente, sexo raça, idade, naturalidade, município de residência e religião. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023**

Identificação	Sexo	Raça	Idade	Naturalidade	Município de residência	Religião
P01	M	Branco	71 a 80 anos	Portugal	Rio de Janeiro	Católico
P02	M	Pardo	61 a 70 anos	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Evangélico
P03	M	Negro	31 a 40 anos	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Sem religião
P04	M	Pardo	18 a 30 anos	Rio de Janeiro	Nilópolis	Evangélico
P05	M	Negro	71 a 80 anos	Bahia	Nova Iguaçu	Católico
P06	F	Parda	71 a 80 anos	Rio de Janeiro	São Gonçalo	Evangélica
P07	M	Negro	51 a 60 anos	Paraíba	Saracuruna	Católico
P08	M	Branco	71 a 80 anos	Rio de Janeiro	Duque de Caxias	Espírita
P09	M	Pardo	71 a 80 anos	Bahia	Rio de Janeiro	Católico
P10	M	Branco	61 a 70 anos	São Paulo	Rio de Janeiro	Católico
P11	M	Negro	71 a 80 anos	Distrito Federal	Magé	Católico
P12	M	Branco	61 a 70 anos	Rio de Janeiro	Santa Cruz	Sem religião
P13	M	Negro	71 a 80 anos	Rio de Janeiro	São João de Meriti	Evangélico
P14	M	Negro	61 a 70 anos	Petrópolis	Petrópolis	Católico
P15	M	Branco	61 a 70 anos	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Católico
P16	M	Branca	71 a 80 anos	Rio de Janeiro	São João de Meriti	Evangélico
P17	M	Negro	71 a 80 anos	Niterói	Niterói	Evangélico
P18	M	Pardo	71 a 80 anos	Minas Gerais	Rio de Janeiro	Católico
P19	M	Branco	61 a 70 anos	Rio de Janeiro	Sapucaia do Sul	Evangélico
P20	F	Branca	71 a 80 anos	Angra dos Reis	Rio de Janeiro	Espírita
P21	M	Branco	31 a 40 anos	Ceará	Rio de Janeiro	Católico
P22	M	Pardo	51 a 60 anos	Minas Gerais	Rio de Janeiro	Católico
P23	M	Pardo	61 a 70 anos	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Católico
P24	F	Negra	61 a 70 anos	Minas Gerais	Três Rios	Católica
P25	M	Pardo	51 a 60 anos	Rio de Janeiro	Duque de Caxias	Evangélico
P26	M	Branco	51 a 60 anos	Paraná	Rio de Janeiro	Católico
P27	M	Negro	41 a 50 anos	São Gonçalo	Casimiro de Abreu	Católico
P28	M	Pardo	61 a 70 anos	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Evangélico
P29	M	Branco	51 a 60 anos	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Católico
P30	M	Negro	61 a 70 anos	Bahia	Rio de Janeiro	Sem religião

Fonte: Elaborada pela autora, 2023

Através da Tabela 1, podemos identificar as seguintes informações:

Foram entrevistados 30 pacientes na pesquisa, adultos, maiores de 18 anos. Houve prevalência do sexo masculino 27 homens (90%), com apenas 3 mulheres (10%) na amostra. Quanto à raça, 11 pacientes se identificaram como brancos (36,66%), 9 como pardos (30%) e 10 negros (33,33%).

No tocante à faixa-etária da amostra, 1 paciente tinha entre 18 e 30 anos (3,33%), 2 pacientes tinham entre 31 a 40 anos (6,66%), 1 paciente tinha 41 a 50 anos (3,33%), 5 pacientes tinham entre 51 e 60 anos (16,66%), 10 pacientes tinham entre 61 e 70 anos (33,33%), 11 pacientes tinham entre 71 e 80 anos (36,66%).

Dos 30 pacientes entrevistados, 14 nasceram no Rio de Janeiro (46,66%), 3 em Minas Gerais (10%), 3 na Bahia (10%), 1 em Portugal (3,33%), 1 na Paraíba (3,33%), 1 em São Gonçalo (3,33%), 1 no Paraná (3,33%), 1 no Ceará (3,33%), 1 em Angra dos Reis (3,33%), 1 no Distrito Federal (3,33%), 1 em São Paulo (3,33%), 1 em de Niterói (3,33%) e 1 em Petrópolis (3,33%).

No que diz respeito ao município de residência, 15 pacientes moravam no Rio de Janeiro (50%), 2 pacientes moravam em Duque de Caxias (6,66%), 2 pacientes moravam em São João de Meriti (6,66%), 1 paciente morava em Nilópolis (3,33%), 1 paciente morava em Nova Iguaçu (3,33%), 1 paciente morava em São Gonçalo (3,33%), 1 paciente morava em Saracuruna (3,33%), 1 paciente morava em Magé (3,33%), 1 paciente morava em Santa Cruz (3,33%), 1 paciente morava em Petrópolis (3,33%), 1 paciente morava em Niterói (3,33%), 1 paciente morava em Sapucaia do Sul (3,33%), 1 paciente morava em Três Rios (3,33%), 1 paciente morava em Casimiro de Abreu (3,33%).

No que concerne à religião, 16 pacientes eram católicos (53,33%), 9 eram evangélicos (30%), 3 não se identificavam com nenhuma religião (10%) e 2 eram espíritas (6,66%).

**Tabela 2 - Caracterização da amostra segundo identificação do paciente, escolaridade, ocupação, renda familiar e estado civil. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023**

<b>Identificação</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Ocupação</b>	<b>Renda familiar</b>	<b>Estado civil</b>
P01	Fundamental Completo	Aposentado	Até 2 salários mínimos	Sem companheiro
P02	Fundamental Incompleto	Ajudante de cozinha	Até 2 salários mínimos	Com companheiro
P03	Pós-Graduação	Enfermeiro	De 4 a 10 salários mínimos	Com companheiro
P04	Superior Incompleto	Mecânico industrial	De 2 a 4 salários mínimos	Sem companheiro
P05	Fundamental Incompleto	Aposentado	Até 2 salários mínimos	Com companheiro
P06	Superior Incompleto	Aposentada	Até 2 salários mínimos	Com companheiro
P07	Fundamental Incompleto	Vigia Noturno	Até 2 salários mínimos	Com companheiro
P08	Médio Completo	Aposentado	Até 2 salários mínimos	Sem companheiro
P09	Médio Incompleto	Aposentado	Até 2 salários mínimos	Com companheiro

P10	Superior Incompleto	Taxista	Até 2 salários mínimos	Com companheiro
P11	Fundamental Incompleto	Aposentado	Até 2 salários mínimos	Sem companheiro
P12	Fundamental Incompleto	Pensionista	Até 2 salários mínimos	Sem companheiro
P13	Fundamental Completo	Aposentado	Até 2 salários mínimos	Com companheiro
P14	Fundamental Incompleto	Aposentado	De 2 a 4 salários mínimos	Com companheiro
P15	Superior Incompleto	Aposentado	Até 2 salários mínimos	Com companheiro
P16	Fundamental Completo	Aposentado	Até 2 salários mínimos	Com companheiro
P17	Fundamental Incompleto	Aposentado	De 2 a 4 salários mínimos	Com companheiro
P18	Fundamental Completo	Aposentado	Até 2 salários mínimos	Com companheiro
P19	Fundamental Incompleto	Caminhoneiro	Até 2 salários mínimos	Com companheiro
P20	Médio Incompleto	Aposentada	De 2 a 4 salários mínimos	Sem companheiro
P21	Fundamental Incompleto	Ajudante de cozinha	Até 2 salários mínimos	Com companheiro
P22	Médio Completo	Bombeiro Militar	De 2 a 4 salários mínimos	Com companheiro
P23	Médio Incompleto	Aposentado	De 2 a 4 salários mínimos	Com companheiro
P24	Fundamental Incompleto	Doméstica	Até 2 salários mínimos	Com companheiro
P25	Médio Completo	Aposentado	De 2 a 4 salários mínimos	Com companheiro
P26	Superior Completo	Aposentado	De 2 a 4 salários mínimos	Com companheiro
P27	Médio Completo	Pintor Industrial Embarcado	Até 2 salários mínimos	Com companheiro
P28	Médio Completo	Pedreiro	De 4 a 10 salários mínimos	Com companheiro
P29	Superior Incompleto	Empresário	De 2 a 4 salários mínimos	Com companheiro
P30	Fundamental Completo	Aposentado	Até 2 salários mínimos	Com companheiro

Fonte: Elaborada pela autora, 2023

Através da Tabela 2, podemos identificar as seguintes informações:

Quanto ao grau de escolaridade, 10 pacientes possuíam fundamental incompleto (33,33%), 5 pacientes possuíam ensino fundamental completo (16,66%), 3 pacientes possuíam ensino médio incompleto (10%), 5 pacientes possuíam ensino médio completo (16,66%), 5 pacientes possuíam ensino superior incompleto (16,66%), 1 paciente possuía ensino superior completo (3,33%) e 1 paciente possuía pós-graduação (3,33%).

Ao questionar a ocupação, foi constatado que 17 pacientes eram aposentados (56,66%), 2 eram ajudantes de cozinha (6,66%), 1 era enfermeiro (3,33%), 1 era Mecânico Industrial (3,33%), 1 era Vigia Noturno (3,33%), 1 era Taxista (3,33%), 1 era Caminhoneiro (3,33%), 1 era Bombeiro Militar (3,33%), 1 era Pintor Industrial Embarcado (3,33%), 1 era Pedreiro (3,33%), 1 era Pensionista (3,33%), 1 era doméstica (3,33%) e 1 era Empresário (3,33%).

Em relação à renda dos moradores do lar, 19 pacientes recebiam até 2 salários mínimos (63,33%), 9 pacientes recebiam de 2 a 4 salários mínimos (30%) e 2 pacientes recebiam de 4 a 10 salários mínimos (6,66%).

Quanto ao estado civil, 24 pacientes (o que corresponde a 80% da amostra), possuíam companheiros (as) e apenas 6 deles, ou seja, 20%, não possuíam companheiros (as).

**Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo identificação do paciente, comorbidade, tabagismo e etilismo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil 2023**

Identificação	Comorbidade	Tabagista	Tabagista há quanto tempo?	Quantos maços por dia?	Ex-Tabagista	Foi tabagista por quanto tempo?	Etilista	Etilista há quanto tempo?
P01	Não	Não	N/A	N/A	Não	N/A	Sim	30 anos
P02	HAS	Não	N/A	N/A	Sim	50 anos	Sim	30 anos
P03	Não	Não	N/A	N/A	Não	N/A	Sim	22 anos
P04	Não	Não	N/A	N/A	Não	N/A	Não	N/A
P05	DM/HAS	Não	N/A	N/A	Não	N/A	Sim	40 anos
P06	DM	Não	N/A	N/A	Não	N/A	Não	N/A
P07	HAS	Não	N/A	N/A	Sim	20 anos	Não	N/A
P08	HAS	Não	N/A	N/A	Sim	15 anos	Não	N/A
P09	HAS	Não	N/A	N/A	Não	N/A	Não	N/A
P10	HAS	Sim	40 anos	1 maço/dia	Não	N/A	Sim	30 anos
P11	HAS	Sim	55 anos	1/2 a 1 maço/dia	Não	N/A	Não	N/A
P12	HAS	Não	N/A	N/A	Sim	52 anos	Sim	30 anos
P13	HAS	Não	N/A	N/A	Não	N/A	Sim	50 anos
P14	Não	Não	N/A	N/A	Não	N/A	Sim	40 anos
P15	Não	Não	N/A	N/A	Não	N/A	Não	N/A
P16	DM	Não	N/A	N/A	Sim	58 anos	Não	N/A
P17	Não	Não	N/A	N/A	Sim	50 anos	Sim	35 anos
P18	DM	Não	N/A	N/A	Sim	31 anos	Sim	40 anos
P19	DM	Não	N/A	N/A	Não	N/A	Não	N/A
P20	HAS/Parkinson	Não	N/A	N/A	Sim	15 anos	Não	N/A
P21	Não	Sim	22 anos	1/2 maço/dia	Não	N/A	Sim	20 anos
P22	HAS	Não	N/A	N/A	Sim	11 anos	Sim	15 anos
P23	HAS/DM	Sim	58 anos	1 maço/dia	Não	N/A	Sim	14 anos
P24	HAS/DM	Não	N/A	N/A	Não	N/A	Sim	10 anos
P25	Não	Não	N/A	N/A	Não	N/A	Não	N/A
P26	Não	Não	N/A	N/A	Não	N/A	Sim	30 anos
P27	HAS	Não	N/A	N/A	Não	N/A	Não	N/A
P28	Não	Não	N/A	N/A	Sim	30 anos	Sim	30 anos
P29	Não	Não	N/A	N/A	Sim	5 meses	Sim	30 anos
P30	HAS	Não	N/A	N/A	Não	N/A	Sim	20 anos

Fonte: Elaborada pela autora, 2023

Através da Tabela 3, podemos fazer a seguinte leitura:

Entre os 30 pacientes entrevistados, 11 não apresentavam comorbidades (36,66%), 15 pacientes apresentavam hipertensão arterial (50%), 7 pacientes apresentavam diabetes (23,33%) e 1 apresentava mal de Parkinson (3,33%).

No tocante ao tabagismo, apenas 4 pacientes eram tabagistas (13,33%) e 26 pacientes não eram tabagistas (86,66%). Entre os pacientes tabagistas, 1 fazia uso de cigarro há 40 anos (25%), 1 fazia uso de cigarro há 58 anos (25%), 1 fazia uso de cigarro a 55 anos (25%) e 1 fazia uso de cigarro há 22 anos (25%). Quanto às características do consumo, 2 pacientes faziam uso de 1 maço de cigarro ao dia (50%), enquanto 1 paciente fazia uso de ½ maço de cigarro ao dia (25%) e 1 paciente fazia uso de ½ a 1 maço de cigarro ao dia (25%). Do total da amostra, 11 pacientes eram ex-tabagistas (36,66%) enquanto 19 pacientes não eram ex-tabagistas (63,33%).

Quanto ao etilismo, 18 pacientes relatavam ser etilistas (60%), enquanto 12 pacientes não eram etilistas (40%). Entre os 18 pacientes etilistas, 7 mantinham o hábito há 30 anos (38,88%), 3 mantinham o hábito há 40 anos (16,66%), 2 mantinham o hábito há 20 anos (11,11%), 1 mantinha o hábito por 50 anos (5,55%), 1 mantinha o hábito por 35 anos (5,55%), 1 mantinha o hábito por 22 anos (5,55%), 1 mantinha o hábito por 15 anos (5,55%), 1 mantinha o hábito por 14 anos (5,55%) e 1 mantinha o hábito por 10 anos (5,55%).

**Tabela 4 - Caracterização da amostra segundo identificação do paciente, diagnóstico e cirurgia realizada. Rio de Janeiro, RJ, Brasil 2023**

<b>Identificação</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Cirurgia realizada</b>
P01	Câncer de próstata	RTUp
P02	Câncer de próstata	PTR VLP
P03	Câncer de bexiga	Cistectomia Radical à Bricker
P04	Câncer de testículo D	Linfadenectomia Retroperitoneal
P05	Ca de próstata	PTR Robótica
P06	Câncer de bexiga	RTUb
P07	Câncer de próstata	PTR Robótica
P08	Câncer de bexiga	RTUb
P09	Câncer de rim	Nefrectomia Radical E
P10	Câncer de próstata	PTR VLP
P11	Câncer de próstata	PTR Robótica
P12	Câncer de bexiga	Cistectomia Radical à Bricker
P13	Câncer de próstata	PTR VLP
P14	Câncer de próstata	PTR VLP
P15	Câncer de bexiga	RTUb
P16	Câncer de rim	Nefrectomia Radical E
P17	Câncer de próstata	PTR Robótica
P18	Câncer de bexiga	RTUb



P19	Câncer de próstata	PTR
P20	Câncer de bexiga	RTUb
P21	Câncer de pênis	Penectomia Parcial
P22	Câncer de próstata	PTR VLP
P23	Câncer de bexiga	RTUp
P24	Câncer de rim	Nefrectomia Parcial E
P25	Câncer de bexiga	Cistectomia Radical à Bricker
P26	Câncer de próstata	RTUp
P27	Câncer de próstata	PTR Robótica
P28	Câncer de próstata	PTR VLP
P29	Câncer de próstata	PTR Robótica
P30	Câncer de próstata	PTR Robótica

Fonte: Elaborada pela autora, 2023

Através da Tabela 4, podemos fazer a seguinte leitura:

Em relação ao diagnóstico, 16 pacientes foram diagnosticados com câncer de próstata (53,33%), 9 com câncer de bexiga (30%), 3 pacientes com câncer de rim (10%), 1 paciente com câncer de testículo (3,33%) e 1 paciente com câncer de pênis (3,33%).

Entre as cirurgias, 14 pacientes realizaram prostatectomia radical (46,66%), 5 pacientes realizaram RTUb (16,66%), 3 pacientes realizaram RTUp (10%), 3 pacientes realizaram cistectomia radical (10%), 3 pacientes realizaram nefrectomia (10%) e 1 paciente realizou linfadenectomia retroperitoneal (3,33%) e 1 paciente realizou penectomia (3,33%).

### 3.2 Resultado do Roteiro de Observação

#### **Observar o fluxo de atendimento dos pacientes**

Em relação aos casos suspeitos de câncer de próstata, os pacientes com algum sintoma urinário ou PSA elevado procuram a Clínica da Família/Consultório ou alguma outra Unidade Básica de Saúde e são encaminhados ao Centro Diagnóstico de Câncer de Próstata. Este é um serviço que o Instituto Nacional de Câncer inaugurou em fevereiro de 2018, que realiza cerca de 3000 biópsias por ano. Nele, o paciente ele é avaliado por um uro-oncologista. Caso haja indicação, o paciente é submetido a uma biópsia nessa unidade e recebe o resultado histopatológico. Em seguida, ele é encaminhado ao SER (Sistema Estadual de Regulação) para aguardar o agendamento da primeira consulta e iniciar o seu tratamento, que não é exclusivo do instituto. O paciente recebe então o agendamento da consulta de primeira vez.

Os demais pacientes da uro-oncologia também chegam ao instituto através do SER. Em mesa redonda, os casos mais complexos, que precisam de tomada de decisão em conjunto, são discutidos, com exames avaliados por toda a equipe médica e as deliberações quanto ao tratamento são tomadas. Dessa forma, segue o agendamento e programação das cirurgias. No ambulatório, todos são avaliados em uma consulta médica de primeira vez, recebem as solicitações de exames pré-operatórios (eletrocardiograma, raio-x de tórax, exames de sangue) que realizam no instituto.

#### **Quem tem o primeiro contato com o paciente ao chegar no ambulatório**

Os recepcionistas são o primeiro contato dos pacientes no ambulatório. Eles direcionam os atendimentos.

#### **Observar onde é a sala de espera**

A sala de espera é junto à recepção do ambulatório, em que os pacientes aguardam a chamada para a consulta médica e/ou procedimentos pela equipe de enfermagem (como retirada de pontos, cateter vesical de demora, realização de curativos).

#### **Observar como é realizado o acolhimento**

Na consulta médica de primeira vez o paciente é orientado quanto à cirurgia, seus riscos e benefícios. Eles recebem os encaminhamentos para realizar a marcação dos exames pré-operatórios. São informados a levar um lanche para a unidade, em razão das horas que precisam estar para realizar todos os exames e consultas. Não existe consulta de enfermagem.

**Observar quanto tempo leva da chegada do paciente até a sua admissão na enfermaria**

Os pacientes, em geral, recebem o agendamento para chegar até a unidade às 07h. Porém, muitos moram em outras cidades e precisam sair ainda à noite, para comparecer ao hospital pela manhã. Com toda a burocracia demandada, eles conseguem internar no final da tarde.

### **Observar interferentes e barreiras que atuam no ambulatório em relação ao acolhimento no pré-operatório**

O tempo de espera é um interferente que os pacientes vivenciam. O tempo de internação é cerca de 10 horas até chegar à enfermaria. Eles precisam aguardar não somente as altas daqueles que estão internados, mas também os remanejamentos de leitos (que são chamados de “transformações”), para adequar à solicitação de unidades masculinas ou femininas, conforme a necessidade no dia.

Outra barreira estrutural é a falta de alimentação no dia da internação, com todas essas horas de espera. São pacientes oncológicos e muitas vezes com comorbidades, como diabetes e hipertensão, que sofrem danos como picos hipertensivos e hipoglicemia, até chegarem à enfermaria. Muitos não possuem condições de providenciar alimentação de casa ou nos entornos do hospital, por ser uma região que pratica valores elevados de alimentação, incompatíveis com a renda apresentada pelos indivíduos.

Muitas vezes os pacientes são chamados para comparecer à unidade e realizar a internação. Mas ela acaba não sendo efetivada, por inúmeras questões que impossibilitam gerar o leito vago: altas que são suspensas, necessidade de internação da emergência ou uso de leito por paciente de alta do centro de terapia intensiva.

Constatou-se uma necessidade extrema de estabelecer uma consulta de enfermagem pré-operatória. Existe apenas uma enfermeira no ambulatório que cuida da parte burocrática e realiza assistências pontuais, como curativos, cateterismo vesical de demora, com 2 técnicos. Estes profissionais alternam a escala. Os pacientes precisam de um enfermeiro que conhece toda a rotina hospitalar, para agilizar a realização dos exames pré-operatórios, otimizar para que eles consigam concluir, principalmente para aqueles pacientes que moram em outros municípios e apresentam dificuldade de retornar nas datas agendadas para a realização do eletrocardiograma, do raio-x de tórax, dos exames de sangue.

Outra razão pela qual a consulta de enfermagem é indispensável neste contexto é o acolhimento. O usuário fica confuso com inúmeras solicitações de exames. Não conhece a estrutura e rotina hospitalar. O enfermeiro é o profissional que deve realizar esse acolhimento, com o objetivo de organizar a jornada do paciente uro-oncológico cirúrgico, além de prepará-lo para a cirurgia em uma consulta com foco na educação do indivíduo e do cuidador.

### 3.3 Expectativas dos pacientes no 3º dia pós-operatório

Através do roteiro de entrevista, os 30 pacientes foram questionados se achavam que foi exatamente como eles esperavam, no momento do 3º dia pós-operatório. Se não, foi pedido que relatassem o que faltou. Eles também responderam se poderiam contar com alguma rede de apoio familiar ou amizade, para que pudessem compartilhar esse momento das suas vidas, acompanhar nas consultas e exames. Assim, a partir das narrativas dos participantes deste estudo, foram concebidos núcleos de sentido, sendo elaboradas as seguintes categorias: 1 Necessidade de conhecimento de dispositivos e feridas; 2 Desconforto e dor pós-operatória; 3 Alcance das expectativas no pós-operatório; 4 Necessidades de apoio para a aquisição de insumos, medicamentos e continuidade do tratamento após a alta hospitalar; 5 Redes de apoio.

#### **Necessidade de conhecimento de dispositivos e feridas**

Dos 30 pacientes entrevistados, 19 (63,33%) deles informaram que, neste momento, depois da cirurgia, não foi exatamente como eles esperavam. A maioria, portanto, apontou a necessidade de conhecimento de dispositivos e feridas, inúmeras vezes relataram que ficaram com medo de praticar a caminhada por perda desses dispositivos, como podemos destacar no discurso do paciente P01:

*“Não. Nunca imaginei que usaria sonda de urina. Conhecia por ter sabido de vizinho usar. Mas não sabia que na raspagem da próstata iria usar” (P01)*

A última fase do processo de enfermagem perioperatório é o período denominado pós-operatório. Neste período, a equipe necessita estar preparada para as possíveis complicações que possam vir a ocorrer (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002). Por outro lado, o esclarecimento a respeito dos dispositivos, das possibilidades de tais intercorrências, do treinamento do paciente e familiar para os cuidados no lar, também devem ser priorizados nessa fase tão crítica, com o paciente mais fragilizado emocionalmente e fisiologicamente, como também pontuaram os pacientes P04 e P05:

*“Não. Mostrar o que era o dreno, como era, como funcionava” (P04)*

*“Não. É a minha primeira cirurgia. Eu queria que fosse orientado o que falam agora antes de segurar a bolsa de urina e não levantar acima da cintura” (P05)*

O paciente oncológico possui um maior comprometimento nutricional e portanto, funcional, no pós-operatório, muitas vezes devido ao próprio metabolismo tumoral ou uso de terapias neoadjuvantes. A desnutrição nesse período é crítica e está associada a uma maior

mortalidade no primeiro mês após a cirurgia. Isto aponta a necessidade de ajuste nutricional desses pacientes, que muitas vezes precisam de um suporte, como a nutrição parenteral total. O paciente P03, que necessitou desse tipo de intervenção, apontou que precisava de um esclarecimento:

*“Não. Não esperava a NPT, acesso profundo, as possibilidades de intercorrências, deiscência na minha ferida” (P03)*

Em concordância com Ripollés-Melchor, Abad-Motos e Zorrilla-Vaca (2022), temos duas práticas importantes, com o objetivo de melhora da capacidade funcional, que influencia em redução das complicações pós-operatórias: a realização de exercícios físicos e a mobilização precoce, após a cirurgia. Porém, em nossa prática diária, observamos que o paciente apresenta uma grande resistência no pós-operatório, de perder seus dispositivos ao caminhar, por exemplo, como ocorreu com o paciente P02:

*“Não. Não conhecia o que era dreno, sonda. Primeira vez operado com sonda, queria saber o que era então, como cuidar... se eu poderia me mexer, andar” (P02)*

É necessário que o enfermeiro, o profissional disponível ao lado do paciente, nas 24h, desmistifique e desconstrua essa crença limitante no paciente, de forma a estimular a mobilização precoce. Quando observar uma maior necessidade, deve solicitar auxílio da fisioterapia.

Para Gomes *et al*, (2015) gerenciar a assistência consiste em direcioná-la aos fins da enfermagem, sendo um meio capaz de proporcionar o desenvolvimento das tarefas em que, mais uma vez, a criatividade deve estar presente na tomada de decisões, visando à execução de um cuidado de qualidade, capaz de contornar os obstáculos e de transformá-los em oportunidades de interação profissional-paciente e de aprendizagem. Porém, em nosso país, o holismo relacionado a nossa profissão ocasiona alguns equívocos por parte dos gestores hospitalares, quando refletimos sobre quais seriam os fins da enfermagem, de fato. Existe uma cultura de acúmulo de atividades por um único profissional, o enfermeiro. Um dos maiores obstáculos cotidianos verifica-se no trabalho desta categoria, sendo este confundido com responsabilidades puramente administrativas de um setor, que deveriam ser da governabilidade de outros profissionais. O enfermeiro, além de ter que desempenhar o seu papel (líder de equipe, integrar as atividades técnicas, administrativas pertinentes, assistencial, de ensino e preceptoria de residentes em campo, pesquisa, assistência direta ao paciente, preparo do paciente e família para alta hospitalar) é frequentemente sobrecarregado pelo trabalho de outros profissionais, pela ausência deles (como telefonista, secretário, segurança, manutenção, encarregado, administrativo ou recepcionista). Destaca-se na literatura, inclusive, que um dos fatores que dificultam a transição do cuidado é a dedicação do enfermeiro para as atividades administrativas (Delatorre *et al*, 2013).

Portanto, preparar os pacientes e famílias para a alta deve ser uma das maiores prioridades dos enfermeiros em um setor cirúrgico de internação. Para isso, é necessário que seja realizado um treinamento diário, com ambos. Toda oportunidade deve ser aproveitada para esclarecimento dos dispositivos, da forma mais natural possível e aproximada à realidade do paciente, com o estímulo da autonomia e busca da independência no próprio cuidado. Uma solução para que o enfermeiro busque cada vez mais a sua essência nas atividades da profissão é a organização do trabalho, a descrição dos processos, o que possibilitará a identificação dos pontos com mais vulnerabilidade para falhas, com a organização de fluxos e a construção de um Plano de Alta Hospitalar pautado nessas demandas.

Isto posto, o enfermeiro responsável deve orientar o paciente e a família, ao realizar o teste-piloto de um Plano de Alta Hospitalar, sobre a manutenção dos dispositivos que o paciente vai para o lar (cateter vesical na maioria das vezes, bastante pertinente ao pós-operatório de uro-oncologia) assim como os cuidados com a ferida operatória, sendo todas as informações personalizadas e reavaliadas no momento da alta, por escrito nesse Plano.

### **Desconforto e dor pós-operatória**

Alguns pacientes relataram o desconforto e a dor pós-operatória como eventos inesperados:

*“Não. A cirurgia foi a melhor coisa que eu fiz, mas não imaginava em mim essas coisas, as dores abdominais. Pelo menos vou ter um pouco mais de chance de vida” (P12)*

*“Não. O cateter da urina é muito desconfortável e dolorido... e as dores abdominais” (P26)*

A dor pós-operatória foi descrita por Pimenta *et al* (1992) como sendo um evento já esperado, pois toda intervenção cirúrgica traumatiza tecidos. As características dependem do local e do tipo de cirurgia. Isso ocorre devido à resposta inflamatória, inclusive pela secção de nervos e espasmos musculares, que levam à estimulação dos receptores da dor.

É necessário que, durante toda a internação do paciente uro-oncológico cirúrgico, o enfermeiro esclareça que a dor é um evento esperado, com variações de intensidade, avaliação, reavaliação e tratamento adequado. Quanto a isso, Pimenta *et al* (1992) também relataram que a identificação e avaliação da dor são os passos mais importantes no direcionamento da intervenção de enfermagem, com o objetivo de minimizar o sofrimento de pacientes com o sintoma. A avaliação deve ser realizada rotineiramente pelo enfermeiro que, de acordo com Leisfer (1990), consiste em descrições objetivas, subjetivas e verbais do paciente, sendo necessário anotar o aparecimento, a duração, a qualidade exatamente como o indivíduo descreve.

Assim, o enfermeiro, deve oferecer segurança ao paciente, com a comunicação eficaz de que todo quadro de dor é abordado com a medicação adequada, que ele será atendido, com uma pronta recuperação desse sintoma. Para a alta hospitalar, é necessário que o paciente tenha a receita médica relacionada à analgesia reavaliada pelo enfermeiro, que de fato está nas 24 horas com o paciente e tem perícia sobre o nível de dor apresentado, a resposta aos analgésicos administrados e a necessidade de cobertura no lar, com toda a orientação minuciosa oferecida ao paciente e cuidador. Toda antecipação de um evento não esperado minimiza a ansiedade do paciente e família. Quanto mais esclarecidos, melhor será a condução do pós-operatório.

### **Alcance das expectativas no pós-operatório**

Entre os 30 pacientes entrevistados, apenas 11 (36,66%) deles informaram que no 3º dia pós-operatório, foi exatamente como eles esperavam e o momento atendeu às suas expectativas. A narrativa do paciente P23 demonstrou uma experiência positiva a respeito de todo processo, visto que ele encorajaria alguém a realizar a cirurgia, bem como recomendaria a hospitalização no campo da pesquisa:

*“Sim. Sr a medicina tiver que curar o doente...quem está de fora não acredita como é bom o tratamento aqui. Estou até abismado com a recuperação, como Deus me recuperou. Deus me deu a oportunidade para avançar. Sei que tenho que lutar para me recuperar totalmente. Porque isso aqui é muito traiçoeiro, a gente tem que monitorar. Eu não esperava que o tratamento no INCA era tão bom, pela experiência minha lá fora. Vocês estão de parabéns!” (P23)*

Verificamos inclusive, no depoimento do mesmo paciente, o apontamento dos recursos que auxiliaram na experiência positiva relatada, como o carinho e profissionalismo da equipe de saúde, a fé, religiosidade e estrutura local. Além disso, a satisfação dos pacientes P22 e P24 e a criação do vínculo com os profissionais da equipe favorecem a manutenção de uma assistência cada vez mais participativa, colaborativa, com a promoção de uma escuta profissional qualificada das necessidades apresentadas, corroborando Agreli, Peduzzi e Silva (2016):

*“Sim, agora é só alegria” (P22)*

*“Sim, tudo o que eu imaginava era me sentir bem. Tô satisfeito com tudo, graças a Deus” (P24)*

Dados identificados nos relatos dos pacientes P18 e P07 vão de encontro com o estudo de Silva *et al* (2018), em que os indivíduos buscaram informações pela internet, ou através de algum suporte fora do hospital, até mesmo com as experiências dos pacientes nas mesmas enfermarias, como recursos facilitadores da jornada pós-operatória:

*“Sim. Tudo que falaram foi feito. Eu já tinha ideia das outras pessoas que tive contato lá fora. Eu fui observando os pacientes do meu lado desde o dia da internação, como ficaram pós cirurgia” (P18)*

*“Sim. Porque minha mãe é técnica de enfermagem” (P07)*

Por conseguinte, é necessário que o enfermeiro busque o conhecimento prévio do paciente a respeito do pós-operatório, dos dispositivos, dos cuidados, para que o planejamento da alta hospitalar seja desenvolvido próximo à realidade dos indivíduos, de tudo que ele já sabe, para desmistificar informações equivocadas, promover a orientação adequada, personalizada e compartilhada.

### **Necessidades de apoio para a aquisição de insumos, medicamentos e continuidade do tratamento após a alta hospitalar**

Em alguns relatos, percebemos dúvidas referentes ao suporte no pós-operatório relacionado às doenças crônicas de base, como verificamos nos discursos dos pacientes P30 e P06:

*“Não. Falaram na clínica da família, que poderia me dar um suporte com material” (P30)*

*“Não. Não imaginava a sonda. Tenho dúvida sobre os remédios que já tomo da diabetes. Ficou alto durante a internação. Como posso ser acompanhado” (P06)*

Através desta demanda, foi necessário contemplar um Plano de Alta com as orientações para continuidade da assistência e suporte na Clínica da Família mais próxima. Se necessário for, é indicado que o enfermeiro da internação cirúrgica preencha um receituário, com o procedimento realizado no paciente, as condições e necessidade de suporte (fornecimento de algum material, acompanhamento de doenças crônicas) pela clínica mais próxima à residência do indivíduo.

### **Redes de apoio**

Entre os 30 pacientes entrevistados, apenas o paciente P02 (3,33% do total) não apresentava suporte familiar ou amizade para acompanhamento no pós-operatório, visto que sua esposa é cadeirante. Ainda assim, com uma busca ativa realizada pelo Serviço Social, conseguimos contactar um vizinho para as orientações de alta hospitalar.

*“Não. Prefiro vir com Deus. Minha esposa é cadeirante.” (P02)*



Os resultados da pesquisa refletiram a característica da uro-oncologia da instituição. A maioria dos pacientes (como P05, P12, P24 e P25) apresenta um suporte familiar (companheiros, companheiras, filhos, demais familiares ou vizinhos):

*“Esposa, minha filha”* (P05)

*“Kelly, a esposa do meu sobrinho. Ela e meu filho”* (P12)

*“Minha irmã, Maria. Outros irmãos também ligando, perguntando”* (P24)

*“Tem minha esposa, minha irmã, minhas 2 filhas.”*(P25)

Em vista dessa informação, no âmbito da oncologia, evidencia-se a importância da rede pessoal para o manejo da experiência de cirurgia. Isto facilita todo o processo de recuperação e fortalece a adesão às orientações pós-operatórias. Nesse cenário, a literatura indica que a rede pessoal experimentada pelos indivíduos influencia as suas condições de saúde. Para Sluzki (1997), a rede pessoal que um paciente dispõe, sendo ela estável, confiável, sensível e ativa, atua como um elemento protetor de doença, além de proporcionar um aumento da sobrevida.

### 3.4 Artigo 1 – As percepções do paciente frente ao diagnóstico e à proposta de tratamento relacionada ao câncer urológico

**Elaine Vieira Cavalcanti**

Enfermeira Oncologista. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGTEH) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Tecnologista Pleno do Instituto Nacional de Câncer. Hospital do Câncer I. Serviço de Uro-Oncologia. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

e-mail: [elaine.cavalcanti@inca.gov.br](mailto:elaine.cavalcanti@inca.gov.br)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-3511-0044>

**Karinne Cristinne da Silva Cunha**

Enfermeira. Doutora em Neuroimunologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGTEH) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Professora Associada da UFF. Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

e-mail: [karinne.cunha@hotmail.com](mailto:karinne.cunha@hotmail.com)

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4971-9801>

**ARTIGO ORIGINAL**

**Cavalcanti E V, Karinne C S C. As percepções do paciente frente ao diagnóstico e à proposta de tratamento relacionada ao câncer urológico.**

## **AS PERCEPÇÕES DO PACIENTE FRENTE AO DIAGNÓSTICO E À PROPOSTA DE TRATAMENTO RELACIONADA AO CÂNCER UROLÓGICO**

### **Resumo**

A pesquisa objetivou descrever os sentimentos e reações do paciente diante da proposta de cirurgia uro-oncológica. Trata-se de um estudo exploratório descritivo e qualitativo. Foram realizadas 30 entrevistas semiestruturadas com pacientes submetidos à cirurgias uro-oncológicas, entre setembro e outubro/2023, em uma enfermaria de um instituto no Rio de Janeiro. Utilizou-se a análise de conteúdo temática. Foram elaboradas 4 categorias: 1 A percepção do risco de vida, o medo, a ansiedade e o descontrole; 2 Redes de apoio; 3 Tristeza e frustração; 4 Resiliência, esperança e expectativa no futuro. Enfatizou-se a importância da consulta de enfermagem em uro-oncologia, do enfermeiro reconhecer as influências socioculturais na jornada do paciente e incluí-las no plano de cuidados. Conclui-se que é imprescindível conhecer a visão do paciente, para viabilizar uma cultura de segurança e refletir sobre melhorias relacionadas à qualidade do atendimento prestado.

Descritores: Neoplasias urológicas, percepção, diagnóstico, oncologia cirúrgica

### **Patient perceptions regarding the diagnosis and treatment proposal related to urological cancer**

### **Abstract**

The research aimed to describe the patient's feelings and reactions to the proposed uro-oncological surgery. This is an exploratory, descriptive and qualitative study. 30 semi-structured interviews were carried out with patients undergoing uro-oncological surgeries, between September and October/2023, in a ward at an institute in Rio de Janeiro. Thematic content analysis was used. 4 categories were created: 1 Perception of risk to life, fear, anxiety and lack of control; 2 Support networks; 3 Sadness and frustration; 4 Resilience, hope and expectation for the future. The importance of the nursing consultation in uro-oncology was emphasized, of the nurse recognizing the sociocultural influences on the patient's journey and including them in the care plan. It is concluded that it is essential to know the patient's perspective, to enable a culture of safety and reflect on improvements related to the quality of care provided.

Descriptors: Urological neoplasms, perception, diagnosis, surgical oncology

### **Percepciones de los pacientes respecto al diagnóstico y propuesta de tratamiento relacionados con el cáncer urológico.**

### **Resumen**

La investigación tuvo como objetivo describir los sentimientos y reacciones del paciente ante la cirugía urooncológica propuesta. Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo y cualitativo. Se realizaron 30 entrevistas semiestruturadas a pacientes sometidos a cirugías urooncológicas, entre septiembre y octubre de 2023, en una sala de un instituto de Río de Janeiro. Se utilizó análisis de contenido temático. Se crearon 4 categorías: 1 Percepción de riesgo para la vida, miedo, ansiedad y falta de control; 2 redes de apoyo; 3 Tristeza y frustración; 4 Resiliencia, esperanza y expectativa de futuro. Se destacó la importancia de la consulta de enfermería en urooncología, de que el enfermero reconozca las influencias socioculturales en el viaje del paciente y las incluya en el plan de cuidados. Se concluye que es fundamental conocer la perspectiva del paciente, para posibilitar una cultura de seguridad y reflexionar sobre mejoras relacionadas con la calidad de la atención brindada.

Descriptores: Neoplasias urológicas, percepción, diagnóstico, oncología quirúrgica.

## INTRODUÇÃO

Antes da década de 70, o sucesso da terapia oncológica era determinado unicamente pelo tempo de sobrevivência e da sobrevivência livre de recorrência. Pouco interesse era demonstrado na qualidade de vida dos sobreviventes.<sup>1</sup>

Contudo, foram várias as mudanças ocorreram e que levaram a uma visão mais esclarecida na oncologia. Com a incidência de câncer cada vez maior, mais pacientes exigem saber o diagnóstico. Como consequência, cada vez mais médicos agora discutem os diagnósticos e tratamentos disponíveis francamente com seus pacientes. Além disso, à medida que os avanços no tratamento prolongaram a vida de muitos pacientes, maior atenção tem sido dada à qualidade de suas vidas.

Para realizar uma assistência de enfermagem oncológica de excelência, os enfermeiros identificam que o conhecimento aprofundado dos diversos tipos de tratamentos do câncer deve ser continuamente atualizado e compreendido. Sobretudo, o planejamento do cuidado não deve se restringir apenas ao manejo da doença, à execução de procedimentos técnicos impessoais, mas torna-se imprescindível intercalar essas ações com todas as características da essência do paciente. Ou seja, o enfermeiro precisa ir além do aspecto biológico do diagnóstico. Ele deve, holisticamente, associar as características do indivíduo: um ser que apresenta o corpo doente, mas que também é complexo e está inserido em um contexto sociocultural distinto. Sob esse panorama, a estrutura física é uma entidade culturalmente determinada: o entendimento que se tem do corpo é infinitamente distinto e suas funções vão além da soma das suas particularidades biológicas, principalmente na situação do câncer.<sup>2</sup>

O diagnóstico de câncer é frequentemente concebido como um evento impactante, que transforma as conjecturas básicas de uma pessoa sobre a visão do seu próprio eu, antes como aquele ser eficaz e poderoso, que é capaz de solucionar as demandas do cotidiano, o mundo como extremamente previsível e tudo sob controle<sup>3</sup>. Este acontecimento torna-se ainda mais avassalador quando pacientes oncológicos são submetidos à cirurgias de grande porte, que malefician gravemente a sua imagem corporal, a execução de tarefas, antes vistas como básicas e o seu bem-estar psicológico e social.

Assim que recebe a notícia que há necessidade de realizar uma cirurgia oncológica, o indivíduo se enxerga em uma realidade bastante delicada e complexa. Algo que muda bruscamente a sua rotina. Para qualquer ser-humano, a mínima necessidade de ter que experimentar uma cirurgia é uma situação crítica, que gera ansiedade e stress. Naquele recentemente diagnosticado com câncer, tal demanda torna-se ainda mais profunda e

desafiadora, porque o paciente ainda tem que aprender a lidar com uma doença em que o diagnóstico é associado à morte no pensamento coletivo. Essa instabilidade gera comportamentos, atitudes e emoções variadas, podendo trazer alterações temporárias ou permanentes em todos os aspectos da vida da pessoa com câncer.<sup>4</sup>

No que tange à cirurgia uro-oncológica, são inúmeros os procedimentos que trazem diversas consequências e modificações ao corpo, à mente e ao cotidiano do paciente. Aquele que realiza uma ressecção transuretral de bexiga, por exemplo, pode experimentar hematúria e disúria, no pós-operatório. Nos que realizam uma prostatectomia radical, podemos perceber diferentes efeitos adversos pós-operatórios que incluem: espasmos dolorosos da bexiga, fadiga, diminuição da capacidade física, infecção do trato urinário e do sítio cirúrgico, constipação, impotência sexual e incontinência urinária.<sup>5</sup>

Verifica-se, a partir desses pressupostos, a relevância deste estudo em responder à questão: quais são as reações e sentimentos desses pacientes, ao receber o diagnóstico e a proposta de cirurgia uro-oncológica? Para responder a ela definiu-se como objetivo do estudo compreender as percepções do paciente frente ao diagnóstico e a proposta de cirurgia uro-oncológica.

## **MÉTODO**

Trata-se de estudo do tipo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa. Optou-se pela pesquisa qualitativa, pois ela busca explicações para os fenômenos com foco no entendimento das relações humanas, baseadas nas crenças e valores individuais. Por conseguinte, ela atende às características desta pesquisa.

A pesquisa ocorreu em um CACON, no município do RJ, referência nacional em cirurgias uro-oncológicas. A escolha desse cenário deve-se ao fato deste serviço de saúde receber usuários de todo o país, da diversidade de casos e pelos pacientes que, no cotidiano da assistência, apresentam muitas dúvidas quanto ao sistema de saúde, ao diagnóstico e à rotina hospitalar. Eles procuram o serviço em busca de ajuda para melhorar a sua qualidade de vida.

Foram incluídos os pacientes submetidos à cirurgias uro-oncológicas (prostatectomia radical, ressecção transuretral de bexiga, ressecção transuretral de próstata, cistectomia radical à bricker, nefrectomia, linfadenectomia pélvica e penectomia), no 3º dia pós-operatório. Foram excluídos do estudo pacientes com histórico de limitações cognitivas e dificuldades de comunicação verbal, que impossibilitassem a participação na entrevista.

Os pacientes foram entrevistados individualmente, em uma sala privativa. Optou-se por

não realizar esta etapa na presença de acompanhantes, para que o indivíduo não sofresse quaisquer influências, sem constrangimento e livre para responder às questões. Deliberou-se por não gravar as entrevistas, de forma a garantir o anonimato dos participantes e permitir à pesquisadora uma observação mais apurada das expressões durante os relatos e deixar o paciente mais confortável. Iniciou-se com questões referentes aos dados sociodemográficos, seguido da questão norteadora: “Como você se sentiu quando soube que teria que realizar uma cirurgia?”, a qual iremos explorar neste artigo.

As entrevistas duraram, em média, 40 minutos. As respostas foram imediatamente escritas no roteiro de entrevista. Em seguida, foram transcritas para o meio eletrônico, de forma a evitar a perda de dados, sendo realizadas inúmeras leituras e posteriormente, submetidas à análise de conteúdo.

Os dados foram analisados pelos pesquisadores e classificados através de codificação e decomposição, com o uso de cores, para identificar, desta forma, a unidade de significado de cada resposta, associando as que possuíam o mesmo significado para formar as categorias temáticas. A amostra obedeceu ao critério de saturação de dados.

Utilizou-se a análise de conteúdo temática<sup>6</sup>. Os pesquisadores obedeceram às seguintes etapas: pré-análise e exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. Na primeira, realizou-se uma leitura flutuante dos relatos. Logo após, desenvolveu-se hipóteses que subsidiaram a elaboração de unidades de significação. Em seguida, foi realizada a edição das entrevistas, sendo os roteiros e respostas individuais digitalizadas, com a junção dos textos em trechos que apresentam uma ideia em comum e o uso de cores. Na terceira etapa, ocorreu um processo de reflexão e intuição a partir do embasamento teórico escolhido para este estudo.

Foram seguidas todas as recomendações éticas. Este estudo foi submetido à plataforma Brasil, observando-se os princípios da Resolução 466 de 2012. O Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido de todos os indivíduos envolvidos no estudo por meio escrito, sendo elucidadas todas as suas dúvidas, com garantia do anonimato e direito à desistência em qualquer momento da entrevista, observando-se os princípios da Resolução 510 de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados prevista para esta pesquisa só foi desenvolvida após a aprovação do Comitê de Ética da instituição em que foi realizada, sendo o projeto aprovado sob número 70384723.1.3001.5274 deste CEP e sob número 70384723.1.0000.5285 do CEP da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Com o objetivo de preservar o anonimato dos participantes, as falas ilustrativas foram identificadas através da sigla P e o número de identificação, exemplo (P01).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Partindo-se das narrativas dos participantes deste estudo, foram concebidos núcleos de sentido, sendo manifestadas as seguintes categorias: 1 A percepção do risco de vida, o medo, a ansiedade e o descontrole; 2 Redes de apoio; 3 Tristeza e frustração; 4 Resiliência, esperança e expectativa no futuro.

### **A percepção do risco de vida, o medo, a ansiedade e o descontrole**

Diante de uma proposta cirúrgica, o paciente pode sentir-se assustado, ameaçado quanto a sua integridade física e mental devido à técnica invasiva, ao medo da morte, caso essa indicação não seja bem elucidada ou até mesmo imposta como a única alternativa, sem respeitar o poder de participação na tomada de decisão do indivíduo.

Quanto ao estado emocional, os resultados apontaram que, algumas vezes, foi possível observar mais de uma manifestação no mesmo indivíduo. Apenas 02 pacientes informaram que ficaram tranquilos, sendo que um deles logo demonstrou seus medos e insegurança. Nas falas dos pacientes P16 e P08 destaca-se a dificuldade da paciente em refletir acerca do acontecimento, apenas tangenciando o relato de seus sentimentos. Tal dificuldade evidencia-se pela análise da contradição<sup>7</sup> presente na narrativa. Ela relata inicialmente que ficou tranquila, com reticências. Mas, logo em seguida, observamos a expressão das dúvidas e da percepção do risco de vida entendida por ela, como explicitado na narrativa abaixo:

*“Fiquei tranquila... fiquei pensando como ia ser. Se eu ia voltar à vida. Se eu ia conseguir fazer a cirurgia, que era de risco. Eu pensei no depois.”* (P16)

*“Nada, normal. Já imaginava que tinha coisa errada. Ele (o médico) disse que tinha risco e fiquei com medo de sangrar até morrer na hora da cirurgia.”* (P08)

Percebe-se nessa e nas demais narrativas que o paciente reflete sobre a experiência de, quando se submeter à anestesia, estar sob as mãos da equipe médica, incapaz de decidir sobre si mesmo, vulnerável, sem nenhuma autonomia nesse momento<sup>8</sup>. Sobretudo, o paciente teme estar na mesa de cirurgia sem nenhum poder. Mesmo com o seu corpo sob manipulação de profissionais, ele não apresenta nenhuma autonomia no momento, pela sedação aplicada e isso gera angústia<sup>9</sup>.

Todo esse contexto da intervenção cirúrgica que gera instabilidade, múltiplos sentimentos no paciente, além de dependência imediata na equipe de saúde, podem interferir no curso do procedimento e na sua recuperação, pois é sabido que o estado emocional do ser humano afeta tanto a imunidade quanto a sua condição física<sup>10</sup>. Podemos inferir que esses

sentimentos apontam para a percepção de que a cirurgia uro-oncológica representa uma ameaça para a integridade física, emocional e psicológica, ou a possibilidade de finitude da vida:

*“Eu fiquei assim, né, era negócio de câncer de próstata. Então, eu fiquei assim, com medo. Eu pensei que não iria mais voltar!” (P02)*

*“{...}O médico também falou que eu poderia ficar com impotência sexual e minha esposa estava comigo. Fiquei triste porque não sabia se o meu casamento sobreviveria a isso” (P29)*

Pacientes como o P02, que realizou uma cirurgia eletiva, como a ressecção transuretral da próstata (RTUp), relataram preocupações como medo do câncer de próstata (P02) e deterioração do desempenho da sexualidade (P29)<sup>11</sup>. Toda essa inquietação, medo e vulnerabilidade nos faz refletir sobre o conceito de autoeficácia, que é a crença central de que a pessoa tem controle sobre os eventos que podem atingir sua vida. Entende-se que o indivíduo, ao receber o diagnóstico de câncer, vivencia a incerteza do prognóstico e possíveis efeitos colaterais da cirurgia. Tal contexto gera alterações psicológicas e diminui a capacidade de autoeficácia. Dessa forma, pode prejudicar a recuperação, pois quando o controle é perdido, o paciente fica desestabilizado, pode deixar de seguir as orientações de acompanhamento, de fisioterapia. Em vista disso, os resultados desejados, como a recuperação da continência e potência sexual, podem não ser conquistados<sup>12</sup>.

Qualquer procedimento cirúrgico, inevitavelmente, desperta alguma reação emocional na pessoa. Muitas vezes, tais reações podem não estar tão claras ou compatíveis com a situação. Cada indivíduo tem sua própria forma de lidar com desafios e mudanças em suas vidas. O paciente, no contexto cirúrgico, pode mostrar-se extremamente fragilizado ao ter que lidar com o desconhecido<sup>13</sup>, como relatou o paciente P03:

*“Medo do desconhecido” (P03)*

Corroborando a literatura, os depoimentos a seguir apontam que as vivências dos pacientes em pré-operatório são compostas por sentimentos de impotência, imprevisibilidade, perda sobre a própria vida, vulnerabilidade e finitude<sup>14</sup>:

*“Não sei nem o que te dizer. Parece que o chão abriu e eu entrei. Entrei em desespero. Chorei muito em casa” (P12)*

*“A cabeça pira. Fiquei pensando besteira.” (P22)*

*“Eu estava com câncer. Eu pensei que ia morrer, porque fiquei 30 dias botando sangue pela urina” (P06)*

Pacientes com câncer de bexiga, como a P06, frequentemente apresentam sintomas físicos, incluindo sangramento, dor, disúria e obstrução urinária. Relatam também desafios emocionais e sociais. Nesses casos, há um prejuízo significativo do desempenho físico, da



qualidade de vida mental e social após o diagnóstico<sup>15</sup>.

A ansiedade, presente nos discursos do paciente P07 e do P25, geralmente está relacionada ao medo que os pacientes com câncer vivenciam. O medo é uma resposta normal e muitas vezes abrange os aspectos desconhecidos do câncer e do seu tratamento, incluindo o medo da morte, da incapacidade, da dor e sofrimento, e perda ou ruptura de relacionamentos. Mas é imperioso que esse sentimento seja trabalhado pela equipe transdisciplinar, para que o paciente consiga seguir em sua jornada oncológica, sem prejuízo no seu tratamento. Ao observar o mundo ao nosso redor, identificamos que a sociedade valoriza sempre as pessoas independentes e autossuficientes. Porém, muitos pacientes com câncer experimentam uma perda de controle e perda de independência, que os leva ao medo de que se tornem uma espécie de fardo para seus amigos e familiares, que pode encaminhá-los ao isolamento social.

*“Chorei muito. Muito ansioso. Muito triste”* (P07)

*“Eu fiquei muito tenso, ansioso, sabendo que poderia não sobreviver...”*

(P25)

O paciente P25 tinha câncer de bexiga e realizou uma cistectomia radical à bricker. Tal fato corrobora um estudo multicêntrico<sup>16</sup> realizado na Alemanha, com 4.020 pacientes oncológicos, constatou-se que os pacientes com câncer de bexiga e câncer testicular manifestaram maior risco de apresentar altos níveis de ansiedade.

A ansiedade é um estado emocional de medo, nervosismo, causado pela antecipação na espera da intervenção cirúrgica; a preocupação diante de uma situação iminente, imprevisível e potencialmente ameaçadora; a imaginação sobre a possibilidade de invalidez após o procedimento, de não sobreviver, típica do período pré-operatório<sup>17</sup>. A ansiedade é inerente a vivências ameaçadoras da vida. Porém, quando permanente ou em excesso, pode afetar o manejo anestésico perioperatório. Por gerar uma demanda de doses maiores, prejudica a recuperação pós-anestésica. Eleva o risco, inclusive de dor pós-operatória, das inúmeras complicações cirúrgicas, morte, pior prognóstico e qualidade de vida futura.<sup>18</sup>

Os enfermeiros oncologistas e toda a equipe transdisciplinar devem estar atentos e ser capazes de distinguir entre expressões razoáveis de medo e o medo que representa uma síndrome de ansiedade, que requer intervenção. Aspectos importantes a serem observados são a duração e a gravidade dos sintomas. Os níveis basais de ansiedade que podem acompanhar o diagnóstico de câncer incluem choque e irritabilidade, bem como perturbação do sono e do apetite<sup>19</sup>. Desde que os sintomas de ansiedade não interfiram no tratamento, na adesão, ou não sejam intoleráveis para um paciente, nenhuma intervenção específica dos profissionais é necessária, além de fornecer garantias e demonstrar empatia. Observamos que estes sintomas

geralmente desaparecem ao longo de vários dias, especialmente com o apoio de profissionais de saúde, familiares e amigos.

### **Redes de apoio**

Os pacientes entrevistados fizeram referência às redes de apoio religiosa, familiar e da própria equipe de saúde.

O enfermeiro oncologista precisa estar atento não somente aos cuidados à beira-leito. Embora a maioria dos enfermeiros compreenda os conceitos psicossociais dos cuidados ao paciente e à família, muitas vezes eles realizam apenas tarefas físicas, como administrar medicamentos, realizar procedimentos e responder às solicitações dos pacientes. É necessário prestar atenção no cuidado psicossocial e promover, assim, um contexto holístico para cura. Os indivíduos não existem isoladamente. A maioria das pessoas tem relacionamentos que as conectam a uma família, uma comunidade e um sistema de crenças (espiritual ou religioso). Esses laços são importantes para a cura e devem fazer parte do tratamento do câncer.

Frequentemente, as pessoas que experimentam a realidade de conviver com uma doença grave, como o câncer, buscam a religião como estratégia de revigoração e superação. Notadamente, a religião ajuda no enfrentamento das ameaças vivenciadas por uma doença tão desafiadora como o câncer e serve de apoio na jornada do paciente, por recarregar sua energia, com o suporte da crença, da fé e da comunidade. A partir de um estudo com pacientes oncológicos<sup>20</sup>, foi identificado que a doença oncológica favorece a busca pela espiritualidade e religiosidade como mecanismos de enfrentamento da angústia, fonte de esperança e ressignificação do sentido da vida e da finitude. Isso contribui para uma melhor qualidade de vida. Os pacientes passam a fazer um discurso de uma pessoa mais centrada, menos desestabilizada, mais espiritualizada, mais forte, que prega a solidariedade, conforme verificamos na fala do paciente P25:

*“Eu fiquei muito tenso, ansioso, sabendo que poderia não sobreviver. A gente tem fé em Deus né... então, eu sabia que era uma cirurgia bastante complexa. A nossa fé em Deus é muito importante. A gente sabe que a vida não termina aqui. É ter amor com o próximo, fazer o bem.” (P25)*

É necessário que os profissionais de saúde reconheçam o papel da família como um importante mecanismo de apoio e continuidade do tratamento oncológico. A presença desse vínculo pode ser determinante na adesão do paciente ao tratamento. Dessa forma, o sucesso da trajetória oncológica está intrinsicamente ligado ao apoio da família ao longo do processo. Podemos destacar, na narrativa do paciente P17, como o apoio da sua esposa transformou seu

estado de desespero em aceitação da realidade e adesão ao tratamento:

*“Eu joguei um balde de água gelada na minha cabeça. Quis desistir de tudo. Mas, depois, com o apoio da minha esposa, eu resolvi aceitar. Seja o que Deus quiser.”*(P17)

Em uma cirurgia eletiva, o paciente tem mais chance de ser preparado, nos aspectos físicos, emocionais, sociais e psicológicos. Quando o paciente é informado claramente sobre a situação pela qual irá passar, aumenta a sua autonomia sobre ela e isso ajuda a diminuir a ansiedade. Ele consegue refletir melhor sobre as questões do cotidiano, não só relacionadas aos cuidados de saúde, mas nas demais adaptações necessárias. Por isso, a importância desse preparo ser realizado por toda a equipe de saúde (serviço social, médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta). É necessário, assim, implementar a pré-habilitação, que é o processo de ampliação da capacidade funcional e psicológica do paciente, para diminuir os potenciais efeitos deletérios de um estressor significativo, que é o próprio procedimento cirúrgico<sup>21</sup>.

A próxima narrativa indica a importância da preparação pela equipe transdisciplinar, vivenciada pela paciente P24, que realizou uma nefrectomia. Visivelmente, ela demonstrou mais força, confiança e menos vulnerabilidade:

*“Eu já operei a mama. Então, quando o médico falou comigo, me passou uma tranquilidade. Eu confiei que daria tudo certo. Agora, com o rim, eu aceito de boa. A nossa psicóloga, que a gente conversou lá em Vassouras, disse que tinha que aceitar. A gente acha que vai dar certo, que pode acontecer com todo mundo.”*  
(P24)

Através do discurso da paciente P24, observamos que o desenvolvimento de uma relação positiva entre os indivíduos em pré-operatório, a equipe de saúde e a instituição são essenciais para promover o sucesso da cirurgia, através da adesão à terapêutica proposta e a uma construção de confiança durante todo o perioperatório.

### **Tristeza e frustração**

Receber o diagnóstico de câncer é algo extremamente temido, uma fonte de grande sofrimento para os pacientes, como observamos nas narrativas dos pacientes P14 e P09:

*“Eu me senti muito triste”* (P14)

*“Foi um baque. Eu não esperava por isso”* (P09)

Eles associam imediatamente o diagnóstico a uma sentença ou risco de morte. Evidentemente, o diagnóstico de câncer gera maior sensação de sofrimento do que doenças não

neoplásicas com pior prognóstico<sup>22</sup>. A maioria dos pacientes e familiares evita, até mesmo, pronunciar a doença oncológica.

O câncer realmente desestabiliza todos os aspectos da vida do indivíduo. A tristeza e a frustração presentes, conforme podemos destacar no relato do paciente (P28):

*“Um choque. Eu cheio de compromissos, tinha que dar uma pausa. Uma coisa que achei que ia demorar meses, foi muito rápido. Já marcaram imediatamente a cirurgia. Levou somente 1 mês após a biópsia!”* (P28)

A depressão é agravada ainda mais pela natureza crônica da doença, seu tratamento, dor, cansaço generalizado e anorexia e o pensamento da morte. Foi encontrada uma relação direta entre depressão e nível de deficiência física no câncer<sup>23</sup>. Podemos, desse modo, refletir sobre a realidade de um paciente cirúrgico uro-oncológico, que terá que conviver com um bricker (uma derivação urinária incontinente, com saída para a pele abdominal do paciente, que forma um estoma), após uma cistectomia radical. Na confecção o bricker, a urina do paciente flui dos ureteres, através do segmento intestinal e sai através do estoma para uma bolsa coletora externa. Ou até mesmo uma estenose uretral, ou incontinência disfunção erétil, por uma prostatectomia radical, por exemplo, como observamos na manifestação de tristeza e angústia refletida na narrativa do paciente P27:

*“O emocional ficou abalado, minha esposa também. Quando eu fiz o exame de ressonância, disse que era benigno. Aí veio a biópsia e confirmou que era maligno, com a necessidade de retirar a próstata. Aí fiquei mais abalado.”* (P27)

Conseguimos, assim, evidenciar que a combinação do procedimento cirúrgico, a conscientização das implicações da doença e do tratamento testam a estabilidade emocional do paciente.

A cirurgia do câncer geniturinário está frequentemente associada com depressão decorrente de disfunção sexual. Análogo a isso, um indicador de adaptação, que é o funcionamento sexual, explicita a magnitude do problema. Estudos mostraram que  $\frac{1}{4}$  dos pacientes com câncer de testículo<sup>24</sup> e  $\frac{1}{3}$  dos pacientes com câncer de próstata<sup>25</sup> sentiram que haviam se tornado menos atraentes para os seus parceiros, além do desejo sexual reduzido.

O médico precisa ser honesto com o paciente e revelar os efeitos colaterais de uma cirurgia, como a prostatectomia radical. O paciente, assim, precisa refletir de forma multifacetada sobre a cirurgia que vai salvar a sua vida e simultaneamente, sobre os possíveis efeitos adversos que vão prejudicar a sua qualidade de vida. Tal cenário gera um sentimento de frustração, como mostra a narrativa do paciente P13:

*“Uma surpresa desagradável. Uma operação nunca é algo bom. A gente corre*

*muito risco. ” (P13)*

Um estudo de 2014<sup>26</sup> revelou que a taxa de prevalência de transtornos depressivos entre pacientes com câncer geniturinário foi de 5,6%. Isso ratifica a importância dos membros das equipes (como cirurgiões oncologistas, enfermeiros, psicólogos) desenvolverem cada vez mais uma habilidade de comunicação livre e aberta com os pacientes, para ajudar a superar o medo pela doença e o emocional, além da frustração e tristeza. Um relacionamento saudável é promovido pela confiança por parte do paciente e muito pelo interesse por parte da equipe assistencial. Outra observação fundamental, que precisamos refletir, torna-se necessária: como o comportamento biológico do câncer difere em cada indivíduo, precisamos ter bastante cautela na abordagem e o prognóstico “rígido” da doença deve ser evitado, tanto quanto possível, pelas consequências desastrosas na vida e sentimentos dos pacientes.

### **Resiliência, esperança e expectativa no futuro**

Verificamos nos relatos que os fatores emocionais, sociais e psicológicos refletem o nível de desequilíbrio dos objetivos de vida e a capacidade de cada paciente modificar os planos com o uso de táticas de enfrentamento e a maturidade emocional. Cada um em sua singularidade, de acordo com a própria visão de mundo e experiências vivenciadas.

Narrativas a seguir, como as dos pacientes P01 e P11, ressaltam a importância de uma equipe de saúde disposta a orientar e preparar bem os indivíduos no pré-operatório. Não somente na atenção aos aspectos da cirurgia em si, mas também quanto à realidade do paciente, suas necessidades de adaptação, seus aspectos culturais e rede de apoio. Todos esses pontos são essenciais para diminuir a angústia e a ansiedade, assim como aumentar a confiança que o paciente tem nos profissionais e na instituição. Podemos inferir que a escuta humanizada e qualificada às necessidades psicológicas, de saúde, de trabalho, culturais e sociais do paciente, para além dos procedimentos assistenciais, é um recurso que restaura o equilíbrio e facilita a adesão à terapia, no decorrer da jornada cirúrgica oncológica.

*“Eu falei “Dr, é caso cirúrgico?” Então fiquei tranquila. Dei graças a Deus porque estava dentro de um hospital excelente. Estava em boas mãos.” (P01)*

*“Fiquei um pouco nervoso, mas aceitei bem. Ele que é o médico, ele que sabe” P11*

Uma das principais necessidades psicossociais dos pacientes e familiares é esperança<sup>27</sup>. A esperança é um dos principais modos pelos quais as pessoas antecipam o futuro e mobilizam recursos para lidar com a sua doença<sup>28</sup>, como observamos no seguinte relato:

*“Eu tinha que operar. Deus ajudando. Tinha que operar para melhorar. Medo todo mundo tem, mas eu creio em Deus” (P05)*

Após todo aquele trauma inicial refletido no comportamento de ansiedade, angústia e medo ao saber que necessita passar por um procedimento cirúrgico, o paciente percebe que, para retomar o controle da sua vida, é necessária a realização da cirurgia, conforme retrata a fala da paciente P05. Muitos entendem como a possibilidade de trazer novamente o sentido de suas existências.

A vida nunca é linear e esse conceito é muito importante para o amadurecimento psicológico de cada ser humano. Ela é feita de acontecimentos positivos e outros desafiadores. Existe, portanto, uma aptidão exclusiva de enfrentamento de situações problemáticas, dos conflitos, das adversidades da vida, em cada indivíduo. A essa capacidade, denominamos resiliência.

Quanto mais desenvolvida for essa capacidade na pessoa, mais facilitado será o processo de adaptação diante de uma situação inesperada de doença, como o câncer. A resiliência gera uma verdadeira adaptação e flexibilidade nos indivíduos durante o processo de adoecimento no câncer e isso influencia na melhor adesão ao tratamento<sup>29</sup>. Observamos, nos relatos dos pacientes P04, P15, P18, P19, P20 e P26 essa tendência de reajuste, de retorno ao equilíbrio com as suas vivências, depois do choque do diagnóstico. Nota-se, como uma proteção, uma tendência à adaptação para enfrentamento da nova realidade que se apresenta:

*“Uma necessidade”* (P15)

*“Alívio”* (P18)

*“Salvar a minha vida”* (P04)

*“Extremamente confiante”* (P26)

*“Tinha que fazer”* (P19)

*“Calma”* (P20)

É muito importante que a esperança baseada na realidade seja dada a todos pacientes, mas isso nunca deve excluir a necessidade de franqueza. A divulgação honesta (em relação ao diagnóstico e prognóstico) deve ser equilibrada por uma esperança realista, por parte dos profissionais. Porém, na prática, isso pode ser um grande desafio para os enfermeiros e médicos oncologistas, especialmente quando os familiares dizem que os profissionais devem contar a verdade ao paciente.

## CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa salientam que as experiências dos pacientes urooncológicos que vivenciam uma cirurgia como proposta de tratamento são permeadas pelos significados de percepção do risco de vida, de medo, ansiedade, descontrole; de tristeza e

frustração; de resiliência e expectativa no futuro.

É necessário um olhar diferenciado e uma sensibilidade por toda a equipe de saúde sobre toda a jornada do paciente cirúrgico oncológico: o pré, o trans e o pós-operatório, com empatia pelo risco oferecido ao paciente em relação a todos os aspectos das suas vidas. Existe o risco de morte, o risco de dificuldade de adaptação social, de retorno ao trabalho, de manter seus relacionamentos amorosos ou de amizade como antes. Tudo isso ameaça o paciente fisicamente e psicologicamente e exige um trabalho e habilidades muito acima da técnica assistencial, dos cuidados à beira-leito ou operatória.

É imprescindível que a equipe transdisciplinar, principalmente o enfermeiro oncologista (por ser o profissional que passa 24 horas ao lado do paciente em proposta cirúrgica) identifique as características e evoluções do medo, da ansiedade, da frustração, do desespero e da tristeza do paciente, como todas essas manifestações se apresentam dia após dia e a influência na adesão ao tratamento, como nas condições físicas e psicológicas do paciente. São experiências muito frequentes, principalmente ao diagnóstico, que tendem a uma adaptação e retomada do equilíbrio com o passar do tempo. Caso sejam percebidas barreiras ou dificuldades para essa retomada, torna-se necessário o suporte e encaminhamento para outros profissionais, como psicoterapeutas, psicólogos, assistentes sociais ou psiquiatras.

O apoio psicológico e a educação são necessários para aliviar o sofrimento dos pacientes, a depressão, o medo, a ansiedade, o desespero e a angústia de lidar com a incapacidade resultante da doença ou da terapia cirúrgica. Os profissionais devem fornecer orientação aos pacientes, logicamente dentro do universo de cada um deles, das suas particularidades, para viabilizar um equilíbrio e restauração das condições de vida e adesão ao tratamento. Em aspectos práticos, é extremamente necessário, na realidade da uro-oncologia cirúrgica, o acompanhamento de profissionais estomaterapeutas no pré e pós-operatório de uma cistectomia radical à bricker, para desmistificar e oferecer o cuidado específico demandado. É sabido que a fisioterapia quando iniciada logo após a retirada da sonda vesical acelera a recuperação da continência<sup>30</sup>. Portanto, após uma prostatectomia radical, é fundamental o acompanhamento pré e pós-operatório por um serviço de fisioterapia uro-ginecológica, para a reabilitação e o acompanhamento das disfunções erétil e urinárias, com o objetivo de oferecer uma melhor qualidade de vida aos pacientes uro-oncológicos.

Com o tratamento cirúrgico dos cânceres urológicos, observamos que as atividades de vida diária são alteradas. Os pacientes com câncer urológico muitas vezes têm de lidar com consequências físicas e psicossociais a longo prazo que afetam a sua qualidade de vida. Em particular, a natureza crônica da doença e a diversidade de opções de tratamento exigem uma

maior capacitação dos pacientes<sup>31</sup>. Portanto, é necessário que os profissionais de saúde estimulem o desenvolvimento da capacidade de resiliência individual e de enfrentamento.

Como recursos facilitadores para a adaptação, as orientações para o pós-operatório precisam estar de acordo com a realidade de cada um para que, de fato, tenha resultado esperado e sejam exequíveis naquele determinado contexto de vida. Logo, os pacientes e familiares, desprovidos do sentimento de frustração, permanecem mais fortalecidos e capacitados para enfrentar a nova realidade que se apresenta.

Verifica-se, assim, a importância da consulta de enfermagem para o acompanhamento de pacientes com cânceres urológicos em tratamento cirúrgico, além do enfermeiro reconhecer todas as influências socioculturais na trajetória da terapêutica e incluí-las no plano de cuidados. Identificar a rede de apoio, todos os recursos e inferências, para organizar a trajetória cirúrgica da forma mais eficiente e promover uma cultura de segurança mais qualificada, com o engajamento da equipe, do paciente e do seu núcleo familiar.

Ressalta-se as limitações presentes no estudo, pela coleta de dados refletir a realidade de um único núcleo assistencial. Recomenda-se pesquisas futuras, em que outras realidades sejam exploradas e seja legitimada a relevância de conhecer a visão do indivíduo quanto ao seu diagnóstico e proposta terapêutica de cirurgia uro-oncológica, com o intuito de oportunizar uma reflexão contínua sobre melhorias relacionadas ao cuidado, à segurança e à qualidade do atendimento prestado.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1 GREER S. Psycho-oncology: Its aims, achievements and future tasks. *Psycho-Oncology*. 1994 Jul;3(2):87–101. doi <https://doi.org/10.1002/pon.2960030203>.
- 2 BURKE C. Psychosocial dimensions of oncology nursing care. Atlanta: Oncology Nursing Press; 1998.
- 3 M. Diefenbach, N. E. Mohamed, E. Horwitz, and A. Pollack. Longitudinal associations among quality of life and its predictors in patients treated for prostate cancer: the moderating role of age. *Psychology, Health and Medicine*, 2008 [citado 2023 out 08] 13(2): 146–61. Disponível em <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13548500701352008>
- 4 Carvalho, ARS, Matsuda, LM, Stuch, RAG, Coimbra, JAH. Investigando as orientações oferecidas ao paciente em pós-operatório de revascularização miocárdica. *Rev Eletrônica Enferm*. 2008 [citado 2023 out 08];10(2):504-12. Disponível em [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-19442008000200020&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-19442008000200020&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)



- 5 Inman DM, Maxson PM, Johnson KM, Myers RP, Holland DE. The impact of follow-up educational telephone calls on patients after radical prostatectomy: Finding value in low-margin activities. *Urol Nurs*. 2011 [citado em 2023 out 10];31(2):83-91. Disponível em <https://www.medscape.com/s/viewarticle/746332>
- 6 Bardin, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.
- 7 Lopes M, Nascimento LC, Zago MMF. Paradox of life among survivors of bladder cancer and treatments. *Rev Esc Enferm USP*, 2016;50:224–31. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200007>.
- 8 Wontrich, S. H., Quintana, A. M., Moré, C. L., & Oliveira, S. G. Significados da cirurgia cardíaca para pacientes submetidos ao processo cirúrgico. *Interação em Psicologia*, 2016 [citado em 2023 out 11]; 20: 20-29. Disponível em <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/29434/29636>
- 9 Oliveira, M. F. & Lemos da Luz, P. O impacto emocional da cirurgia cardíaca. In: Filho, J. M. & Burd, M. (Org.). *Psicossomática Hoje*. Rio de Janeiro: Artmed, 2010, 313- 49
- 10 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 [citado em 2023 out 13];6:440-45. Disponível em [https://apjon.org/article/S2347-5625\(21\)00202-X/fulltext](https://apjon.org/article/S2347-5625(21)00202-X/fulltext)
- 11 Hall J.C., Hall J.L. & McRae P.J. The quality of life of patients on a waiting list for transurethral resection of the prostate. *Journal of Quality Clinical Practice* 1996 [citado em 2023 out 17] 16: 69–73. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8794397/>
- 12 Weber BA, Roberts BL, Yarandi H, Mills TL, Chumbler NR, Wajzman Z. The impact of dyadic social support on self-efficacy and depression after radical prostatectomy. *J Aging Health*. 2007 [citado em 2023 out 17];19(4):630-45. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17682078/>
- 13 Freiburger MF, Mudrey ES. A importância da visita pré-operatória para sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. *Rev Cie Fac Edu Mei Amb*. 2011;2(2):1-26. doi: <https://doi.org/10.31072/ref.v2i2.96>
- 14 Wontrich, S. H., Quintana, A. M., Camargo, V. P., Quadros, C. O. P., & Naujorks, A. A. Significados e vivências mediante a indicação cirúrgica para pacientes cardíacos. *Psicologia em Estudo*, 2013 [citado em 2023 out 17]18(4): 609-19. Disponível em <https://www.scielo.br/j/pe/a/rmLqbMzNVRk5GN36WJMKLQj/>
- 15 Mohamed NE, Diefenbach MA, Goltz HH, Lee CT, Latini D, Kowalkowski M, *et al*. Muscle invasive bladder cancer: from diagnosis to survivorship. *Adv Urol*, 2012 [citado em

- 2023 out 21] 135-42. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22924038/>
- 16 Goerling, U., Hinz, A., Koch-Gromus, U. *et al.* Prevalence and severity of anxiety in cancer patients: results from a multi-center cohort study in Germany. *J Cancer Res Clin Oncol* 2023, 149 6371–6379. doi <https://doi.org/10.1007/s00432-023-04600-w>
- 17 Maeng, Lisa Y., Milad, Mohammed R., Sex Differences in Anxiety Disorders: Interactions between Fear, Stress, and Gonadal Hormones, *Hormones and Behavior*, 2015; 76: 106–117. doi <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.04.002>
- 18 Cheng, J. Y. J., Wong, B. W. Z., Chin, Y. H., Ong, Z. H., Ng, C. H., Tham, H. Y., Samarasekera, D. D., Devi, K. M., & Chong, C. S. Preoperative concerns of patients undergoing general surgery. *Patient Education and Counseling*, 2021; 104(6): 1467-1473. 2021. doi <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.11.010>
- 19 Die Trill M. Anxiety and sleep disorders in cancer patients. *EJC Suppl.* 2013;11(2):216-224. doi <https://doi.org/10.1016/j.ejcsup.2013.07.009>
- 20 Miranda, S.L., Lanna, M.A.L. & Felipe, W.C. Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Enfrentamento do Câncer: Estudo Exploratório. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2015; 35(3), 870-885. doi <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703002342013>
- 21 Carli F, Zavorsky GS. Optimizing functional exercise capacity in the elderly surgical population. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*; 2005 [citado em 2023 out 24] 8(1):23-32. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15585997/>
- 22 Mishel MH, Hostetter T, King B, Graham V. Predictors of psychosocial adjustment in patients newly diagnosed with gynecological cancer. *Cancer Nursing*. 1984;7:291–299. doi: <https://doi.org/10.1097/00002820-198408000-00003> Acesso em 24 out 23
- 23 Buckberg J, Penma C, Holland JC. Depression in hospitalized cancer patients. *Psychomed.* 1984 [citado em 2024 out 25];46: 199-212 Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6739680/>
- 24 Hannah MT, Gritz E, Wellisch DK, Fobair P, Hoppe RT, Bloom JR, *et al.* Changes in marital and sexual functioning in long term survivors and their spouses: testicular cancer versus Hodgkin's disease. *Psycho-Oncology* .1992;2, 89-103. doi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pon.2960010206>
- 25 Schag CA, Ganz PA, Wing DS, Sim MS, Lee JJ. Quality of life in adult survivors of lung, colon and prostate cancer. *Qual Life Res.* 1994 [citado em 2023 out 25]; 3(2):127 Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8044158/>
- 26 Walker, J., Hansen, C. H., Martin, P., Symeonides, S., Ramessur, R., Murray, G., *et al.*

- Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. *Lancet Psychiatry* 2014 [citado em 2023 out 25] 1:343–350. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221503661470313X>
- 27 Lynch, A., & Burnett, C. Ethical dimensions and communication issues in nursing patients with advanced metastatic cancer. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1997 [citado em 2023 out 27] 809, 172–178. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9103568/>
- 28 Kodish, E., & Post, S.G. Oncology and hope. *Journal of Clinical Oncology*, 1995 [citado em 2023 out 27],13(7),1817–1822. Disponível em <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.1995.13.7.1817>
- 29 Soratto MT, Silva DM, Zugno PI, *et al.* Espiritualidade e resiliência em pacientes oncológicos. *Saúde e Pesquisa*. 2016;9(1):53-63. doi: <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2016v9n1p53-63>
- 30 Franke JJ, Gilbert WB, Grier J, Koch MO, Shyr Y, Smith JA Jr. Early post-prostatectomy pelvic floor biofeedback. *J Urol*. 2000;163(1):191-193 Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10604344/> Acesso em 28 out 23
- 31 McAllister M, Dunn G, Payne K, *et al.* Patient empowerment: The need to consider it as a measurable patient-reported outcome for chronic conditions. *BMC Health Services Research* 2012, 12:157. doi: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-157>

3.5. Produto 2. Artigo – Fatores demográficos e clínicos associados ao consumo de álcool em pacientes com câncer de próstata em uma instituição de referência do Rio de Janeiro

**Elaine Vieira Cavalcanti**

Enfermeira Oncologista. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGTEH) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Tecnologista Pleno do Instituto Nacional de Câncer. Hospital do Câncer I. Serviço de Uro-Oncologia. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

e-mail: [elaine.cavalcanti@inca.gov.br](mailto:elaine.cavalcanti@inca.gov.br)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-3511-0044>

**Karinne Cristinne da Silva Cunha**

Enfermeira. Doutora em Neuroimunologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGTEH) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Professora Associada da UFF. Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

e-mail: [karinne.cunha@hotmail.com](mailto:karinne.cunha@hotmail.com)

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4971-9801>

ARTIGO ORIGINAL

Cavalcanti E V, Karinne C S C. **Fatores demográficos e clínicos associados ao consumo de álcool em pacientes com câncer de próstata em uma instituição de referência do Rio de Janeiro.**

Artigo Original

## **Fatores demográficos e clínicos associados ao consumo de álcool em pacientes com câncer de próstata em uma instituição de referência do Rio de Janeiro**

Demographic and clinical factors associated with alcohol consumption in patients with prostate cancer in a reference institution in Rio de Janeiro

Factores demográficos y clínicos asociados al consumo de alcohol en pacientes con cáncer de próstata en una institución de referencia de Río de Janeiro

### **RESUMO**

**Objetivo:** Avaliar os fatores demográficos e clínicos associados ao consumo de álcool em pacientes com câncer de próstata em uma instituição do RJ.

**Método:** Este é um estudo descritivo, analítico, de dados secundários, realizado em maio de 2023, com homens com câncer de próstata atendidos em um Instituto entre janeiro de 2010 a dezembro de 2019. Na base RHC, foram incluídos casos de câncer de próstata (CID C61), com adenocarcinoma (8140/3), entre 2010 e 2019, entre 40 e 100 anos. As variáveis foram analisadas através do programa R v 4.2.1, com distribuição de frequência.

**Resultados:** Do total de 1788 homens, 52,5% consomem álcool. A faixa de 40 a 59 anos é predominante, com 54,95%. A maioria é das raças não brancas (53,02%), sem companheiros (54,18%), com ensino médio ou mais (54,12%), fumante (72,49%), com histórico positivo de câncer na família (59,20%), nos estádios I e II (54,11%), que realizou apenas radioterapia (59,66%). A chance de homens que consomem tabaco apresentarem câncer de próstata aumenta com a idade. Os que consomem sem companheiros possuem uma chance 1,14 vezes maior de desenvolver câncer de próstata.

**Conclusão:** Identificou-se uma forte associação entre câncer de próstata, tabagistas e o consumo de álcool ( $p < 0,001$ ), dos mesmos com histórico familiar positivo de câncer com o consumo de álcool ( $p < 0,001$ ). É preciso investir em pesquisas e debates científicos que possam identificar os ramos sociais mais onerados por álcool.

Descritores: Neoplasias da Próstata; Alcoolismo; Consumo de Bebidas Alcoólicas

### **ABSTRACT**

**Objective:** To evaluate the demographic and clinical factors associated with alcohol consumption in patients with prostate cancer in an institution in RJ.

**Method:** This is a descriptive, analytical study of secondary data, carried out in May 2023, with men with prostate cancer treated at an Institute between January 2010 and December 2019. In the RHC database, cases of prostate cancer were included (ICD C61), with adenocarcinoma (8140/3), between 2010 and 2019, between 40 and 100 years old. The variables were analyzed using the R v 4.2.1 program, with frequency distribution.

**Results:** Of the total of 1788 men, 52,5% consume alcohol. The 40 to 59 age group is predominant, with 54,95%. The majority are non-white races (53.02%), without partners (54,18%), with high school education or more (54,12%), smokers (72,49%), with a positive family history of cancer (59,20%), in stages I and II (54,11%), who underwent only radiotherapy (59,66%). The chance of men who consume tobacco developing prostate cancer increases with age. Those who consume without a partner have a 1.14 times greater chance of developing prostate cancer.

**Conclusion:** A strong association was identified between prostate cancer, smokers and alcohol consumption ( $p < 0.001$ ), those with a positive family history of cancer and alcohol consumption

( $p < 0.001$ ). It is necessary to invest in research and scientific debates that can identify the social sectors most burdened by alcohol.

**Descriptors:** Prostatic Neoplasms; Alcoholism; Alcohol Drinking

## RESUMÉN

**Objetivo:** Evaluar los factores demográficos y clínicos asociados al consumo de alcohol en pacientes con cáncer de próstata en una institución de RJ.

**Método:** Se trata de un estudio descriptivo, analítico de datos secundarios, realizado en mayo de 2023, con hombres con cáncer de próstata atendidos en un Instituto entre enero de 2010 y diciembre de 2019. En la base de datos del RHC se incluyeron casos de cáncer de próstata (CIE C61). , con adenocarcinoma (8140/3), entre 2010 y 2019, entre 40 y 100 años. Las variables fueron analizadas mediante el programa R v 4.2.1, con distribución de frecuencias.

**Resultados:** Del total de 1788 hombres, el 52,5% consume alcohol. Predomina el grupo de 40 a 59 años, con un 54,95%. La mayoría son razas no blancas (53,02%), sin pareja (54,18%), con estudios secundarios o más (54,12%), fumadores (72,49%), con antecedentes familiares positivos de cáncer (59,20%), en estadios I y II (54,11%), a quienes se les realizó únicamente radioterapia (59,66%). La probabilidad de que los hombres que consumen tabaco desarrollen cáncer de próstata aumenta con la edad. Quienes consumen sin pareja tienen 1,14 veces más posibilidades de desarrollar cáncer de próstata.

**Conclusión:** Se identificó fuerte asociación entre cáncer de próstata, fumadores y consumo de alcohol ( $p < 0,001$ ), aquellos con antecedentes familiares positivos de cáncer y consumo de alcohol ( $p < 0,001$ ). Es necesario invertir en investigaciones y debates científicos que puedan identificar los sectores sociales más afectados por el alcohol.

**Descriptor:** Neoplasias de la Próstata; Alcoholismo; Consumo de Bebidas Alcohólicas

O câncer de próstata caracteriza-se como um problema de saúde pública, sendo a neoplasia maligna mais comum entre os homens, atrás apenas do câncer de pele não melanoma. De acordo com as estimativas de incidência do Instituto Nacional de Câncer (INCA)<sup>1</sup>, temos uma previsão de 71.740 novos casos no Brasil para cada ano do triênio 2023-2025.

É caracterizado por células que se dividem anormalmente na glândula prostática, resultando em crescimento anormal da glândula prostática. A maioria dos homens não morre de câncer de próstata, mas será afetada por um tumor de crescimento lento ou viverá por causa de um tratamento cada vez melhor e eficaz. A morte pela doença ocorre principalmente devido à metástase, quando as células malignas se espalham para outras áreas do corpo, incluindo os linfonodos pélvicos e retroperitoneais, medula espinhal, bexiga, reto, osso e cérebro.

A conscientização e os benefícios da detecção precoce e das possibilidades de tratamento do câncer de próstata aumentaram as taxas de sucesso no manejo ou controle da doença e novos ensaios clínicos estão agora disponíveis para combater a doença em diferentes estágios de progressão.

Inúmeros fatores como o envelhecimento, a mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco de câncer, especialmente os associados ao desenvolvimento

socioeconômico tem aumentado a incidência e a mortalidade por câncer de próstata. Toda essa conjuntura aponta que essa doença ocupe o primeiro lugar nas próximas décadas<sup>2</sup>.

Em contrapartida ao desenvolvimento tecnológico na abordagem dessa neoplasia maligna e, como a nossa expectativa de vida aumentou significativamente nas últimas décadas, pode-se esperar que a população masculina com câncer de próstata aumente de acordo com essa realidade. Em meio ao aumento da expectativa de vida, observamos o aumento do hábito do consumo de álcool em nossa sociedade<sup>3</sup>.

A ingestão de álcool pode mudar ao longo do tempo e com o envelhecimento; variar com cultura, região e educação; e correlacionar com a dieta e outros comportamentos de saúde.

O álcool é um fator de risco estabelecido para câncer de cavidade oral, faringe, laringe, esôfago, fígado, colorretal e mama feminina mas, de acordo com algumas evidências<sup>4</sup>, a associação entre álcool e câncer de próstata é inconsistente. Existe uma lógica biológica de que o álcool ou seus metabólitos (por exemplo, acetaldeído) podem aumentar o risco de câncer de próstata, agindo como um carcinógeno ou modulando o risco de outros carcinógenos. Uma vez que o consumo de álcool é um fator de estilo de vida comum e modificável, mesmo uma associação modesta com câncer de próstata, o risco seria de importância para a saúde pública.

Os dados epidemiológicos remetem à necessidade de vigilância oncológica no Brasil. As análises epidemiológicas de conjunturas específicas de populações se fazem essenciais para o desenvolvimento de ações voltadas para as distintas demandas de saúde.

Para entender a real magnitude do câncer de próstata, seus determinantes e fatores relacionados, podem ser utilizados indicadores reunidos no Sistema de Informação em Saúde – Registro Hospitalar do Câncer (SIS-RHC). Trata-se de uma ferramenta que visa a atender às necessidades da administração do hospital, ao programa de controle do câncer nele desenvolvido e, sobretudo, ao paciente, sendo valioso recurso para acompanhar e avaliar o trabalho realizado nas instituições, inclusive os resultados alcançados, monitorando e avaliando cuidados prestados aos pacientes, para ajudar os profissionais no acompanhamento dos casos e oferecer-lhes dados estatísticos sobre o resultado dos tratamentos aplicados<sup>5</sup>.

Diante do exposto, justifica-se a necessidade de realização deste estudo, pois, conhecendo o perfil dos homens acometidos pelo câncer de próstata em um instituto nacional de referência, através da avaliação dos fatores demográficos e clínicos associados ao consumo de álcool nestes pacientes, estarão disponíveis novos subsídios visando a estruturação de linhas e planos de cuidado, bem como o aprimoramento da atenção à saúde do homem.

## **OBJETIVO**

Avaliar os fatores demográficos e clínicos associados ao consumo de álcool em pacientes com câncer de próstata em uma Instituição de referência do Rio de Janeiro no período de 2010 a 2019.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, analítico, de dados secundários, realizado em maio de 2022. A amostra foi composta por homens com câncer de próstata atendidos em um Instituto do Rio de Janeiro, entre janeiro de 2010 a dezembro de 2019.

Os dados foram provenientes dos Registros Hospitalares de Câncer, obtidos através do Módulo Integrador dos Registros Hospitalares de Câncer, disponibilizado pelo Instituto. Foram incluídos casos diagnosticados com câncer de próstata (CID C61) com morfologia de adenocarcinoma (8140/3), registrados nos anos de 2010 a 2019. Os casos com idade menor que 40 anos e acima de 100 anos, com topografia ou histologia desconhecidos, com diagnóstico e tratamento de câncer prévios foram excluídos.

As seguintes variáveis demográficas foram analisadas: faixa etária ao momento do diagnóstico (40 a 49 anos; 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos ou mais); cor da pele/etnia de acordo com o relato do paciente (não-branca vs. branca); escolaridade (Até o ensino fundamental vs. ensino médio ou mais); estado marital (sem companheiro, considerando solteiro, viúvo e separado judicialmente vs. com companheiro, ou seja, casado e em união consensual); consumo de álcool (Abstêmio vs. Consome álcool) e tabagismo (Fumante vs. Não-fumante) no momento do diagnóstico; tipo de encaminhamento à unidade hospitalar, isto é, do SUS vs. não SUS. As variáveis clínicas analisadas foram as seguintes: Histórico familiar de câncer (Sim vs. Não); Razões para não tratar (condições debilitantes vs. outras razões vs. Tratadas). tratamento recebido no hospital (Não recebeu tratamento vs. Cirurgia vs. Hormonioterapia vs. Outros); Estadiamento (Estadio I vs. Estadio II vs. Estadio III vs. Estadio IV).

Para a análise dos dados foi utilizado o programa estatístico R versão 4.2.1. Foi realizada a análise descritiva da população através da determinação de distribuição de frequência para as variáveis categóricas. Para avaliar os fatores associados ao consumo de álcool foi utilizada a regressão logística univariada. As variáveis com  $p < 0.20$  foram incluídas no modelo de regressão logística múltipla final. Variáveis com  $p < 0.05$  foram retidas no modelo final.

## **RESULTADOS**



Durante o período estudado (2010 a 2019), 1788 casos analíticos e não analíticos de homens com câncer de próstata foram cadastrados no Sis-RHC do Instituto.

**Tabela 1 - Análise descritiva das características demográficas e clínicas de acordo com o consumo de álcool em pacientes com câncer de próstata.**

	<b>Abstêmio N = 634</b>	<b>Consome Álcool N = 939</b>	<b>Sem informação N = 215</b>	<b>p-valor</b>
<b>Categorias de idade</b>				0.7
40 a 59 anos	102 (34.81%)	161 (54.95%)	30 (10.24%)	
60 a 69 anos	304 (36.28%)	435 (51.91%)	99 (11.81%)	
70 a 79 anos	193 (35.61%)	281 (51.85%)	68 (12.55%)	
80 anos ou mais	35 (30.43%)	62 (53.91%)	18 (15.65%)	
<b>Raça/Cor</b>				
Branças	233 (36.12%)	331 (51.32%)	81 (12.56%)	
Sem informação	11 (34.38%)	19 (59.38%)	2 (6.25%)	
Não Brancas	390 (35.10%)	589 (53.02%)	132 (11.88%)	
<b>Nível de instrução</b>				
Até o nível fundamental	387 (36.30%)	544 (51.03%)	135 (12.66%)	
Ensino médio ou mais	245 (34.80%)	381 (54.12%)	78 (11.08%)	
Sem informação	2 (11.11%)	14 (77.78%)	2 (11.11%)	
<b>Situação conjugal</b>				
Com Companheiro	466 (36.38%)	666 (51.99%)	149 (11.63%)	
Sem informação	1 (20.00%)	1 (20.00%)	3 (60.00%)	
Sem Companheiro	167 (33.27%)	272 (54.18%)	63 (12.55%)	
<b>Tabagismo</b>				<0.001
Fumante	187 (21.79%)	622 (72.49%)	49 (5.71%)	
Sem informação	1 (0.61%)	9 (5.49%)	154 (93.90%)	
Não Fumante	446 (58.22%)	308 (40.21%)	12 (1.57%)	
<b>Histórico familiar de câncer</b>				<0.001
Sim	277 (36.93%)	444 (59.20%)	29 (3.87%)	
Não	288 (39.83%)	404 (55.88%)	31 (4.29%)	
Sem informação	69 (21.90%)	91 (28.89%)	155 (49.21%)	
<b>Razão para não tratar</b>				<0.001
Condições debilitantes	0 (0.00%)	1 (100.00%)	0 (0.00%)	
Sem informação	0 (0.00%)	2 (100.00%)	0 (0.00%)	
Outras razões	18 (20.00%)	35 (38.89%)	37 (41.11%)	
Tratadas	616 (36.34%)	901 (53.16%)	178 (10.50%)	
<b>Origem do Encaminhamento</b>				
Conta própria	15 (53.57%)	9 (32.14%)	4 (14.29%)	
Sem informação	128 (37.87%)	166 (49.11%)	44 (13.02%)	
Não SUS	334 (33.00%)	544 (53.75%)	134 (13.24%)	
<b>Estadiamento</b>				0.2
Estadio I/II	65 (31.40%)	112 (54.11%)	30 (14.49%)	
Estadio III/IV	96 (37.50%)	123 (48.05%)	37 (14.45%)	
NA	473 (35.70%)	704 (53.13%)	148 (11.17%)	
<b>Tratamento</b>				<0.001
Cirurgia isolada	260 (38.58%)	341 (50.59%)	73 (10.83%)	

Fonte: Elaborada pela Autora, com os dados dos Registros Hospitalares de Câncer, 2023

Em relação ao consumo de álcool, a tabela 1 mostra que a maior parte dos pacientes com câncer de próstata (52,5%) consome álcool. Em seguida, 35,5% dos pacientes com câncer de próstata no período estudado não consomem álcool.

Da amostra total de 1788 homens, apenas 12% (215 casos) não apresentaram registro da variável consumo de álcool e, dessa mesma forma, isso também ocorreu com algumas das variáveis sociodemográficas. Assim, a etapa de análise das variáveis sociodemográficas com o consumo de álcool (abstêmio, consome álcool e sem informação) apresenta quantitativos distintos de registros.

Em relação às categorias de idade, entre 40 e 59 anos 34,81% dos pacientes com câncer de próstata são abstêmios, 54,95% consomem álcool e 10,24% não possuem informações. Já entre 60 a 69 anos, temos 36,28% dos pacientes abstêmios, 51,91% consomem álcool e 11,81% não possuem informações. Na faixa etária entre 70 a 79 anos, 35,61% são abstêmios, 51,85% consomem álcool, 12,55% não possuem informação. Ao avaliarmos os pacientes de 80 anos ou mais, 30,43% são abstêmios, 53,91% consomem álcool e 15,65% não possuem informação.

Em referência às raças, os pacientes com câncer de próstata da raça branca, 36,12% são abstêmios, 51,32% consomem álcool, 12,56% não possuem informação. Os pacientes das raças não brancas, 35,10% são abstêmios, 53,02% consomem álcool e 11,88% não possuem informação.

Quanto ao nível de instrução, 36,30% dos pacientes até o nível fundamental são abstêmios, 51,03% consomem álcool e 12,66% não possuem informação. Dos pacientes com ensino médio ou mais, 34,80% são abstêmios, 54,12% consomem álcool e 11,08% não possuem informação.

No que diz respeito à situação conjugal, 36,38% dos pacientes com companheiros (as) são abstêmios ao álcool, 51,99% dos pacientes com companheiros consomem álcool e 11,63% dos pacientes com companheiros não possuem informação. Foi observado que 33,27% dos pacientes sem companheiros são abstêmios, 54,18% consomem álcool e 12,55% não possuem informação.

No que concerne ao tabagismo, 21,79% dos pacientes com câncer de próstata fumantes são abstêmios, 72,49% dos pacientes fumantes consomem álcool e apenas 5,71% dos pacientes tabagistas não possuem informação. Dos pacientes não fumantes, 58,22% são abstêmios, 40,21% consomem álcool e 1,57% não possuem informação.

Com respeito ao histórico familiar de câncer, 36,93% com histórico positivo são abstêmios, 59,20% consomem álcool e 3,87% não possuem informação. Já os pacientes sem histórico familiar de câncer, 39,83% são abstêmios, 55,88% consomem álcool e 4,29% não possuem informação.

Em referência ao estadiamento, os pacientes com câncer de próstata em estágio I e II, 31,40% são abstêmios, 54,11% consomem álcool e 14,49% não possuem informação. Já os

pacientes em estágio III ou IV, 37,50% são abstêmios, 48,05% consomem álcool e 14,45% não possuem informação.

Acerca do tratamento, 38,58% dos pacientes que realizaram cirurgia isolada são abstêmios, 50,59% consomem álcool e 10,83% não possuem informações. Já 37,69% dos pacientes que realizaram cirurgia e outro tratamento consumiam álcool, 52,31% consomem álcool e 10% não possuem informação. Temos que 31,09% dos pacientes que realizaram apenas radioterapia são abstêmios, enquanto 59,66% consomem álcool e 9,24% não possuem informação.

**Tabela 2 – Modelos de regressão logística simples e múltipla dos fatores associados ao consumo de álcool em pacientes com o câncer de próstata em Hospital de referência no Rio de Janeiro, 2010-2019.**

	OR		p-	OR		p-
	Bruta	IC (95%)	valor	ajustada	IC (95%)	valor
<b>Idade</b>						
40 a 59 anos	—	—	-	-	-	-
60 a 69 anos	0.91	0.68, 1.21	0.5	-	-	-
70 a 79 anos	0.92	0.68, 1.25	0.6	-	-	-
80 anos ou mais	1.12	0.70, 1.83	0.6	-	-	-
<b>Raça/cor</b>						
Não Brancas	—	—	-	-	-	-
Brancas	0.94	0.76, 1.16	0.6	-	-	-
<b>Nível de Instrução</b>						
Até o nível fundamental	—	—	-	-	-	-
Ensino médio ou mais	1.11	0.90, 1.36	0.3	-	-	-
<b>Estado Marital</b>						
Com Companheiro	—	—	-	-	-	-
Sem Companheiro	1.14	0.91, 1.43	0.3	-	-	-
<b>Tabagismo</b>						
Não Fumante	—	—	—	—	—	—
Fumante	4.82	3.88, 6.00	<b>&lt;0.001</b>	4.80	3.81, 6.08	<b>&lt;0.001</b>
<b>Histórico familiar de câncer</b>						
Não	—	—	—	—	—	—
Sim	1.14	0.92, 1.41	<b>0.2</b>	1.12	0.89, 1.41	0.3
<b>Origem de encaminhamento</b>						
Conta própria	—	—	-	-	-	-
Não SUS	2.34	1.01, 5.69	<b>0.051</b>	-	-	-
SUS	2.71	1.19, 6.53	<b>0.019</b>	-	-	-
<b>Tratamento recebido</b>						
Nenhum	—	—	—	—	—	—
Cirurgia isolada	0.57	0.29, 1.08	<b>0.093</b>	0.51	0.22, 1.11	0.10
Cirurgia + outro tratamento	0.61	0.29, 1.24	<b>0.2</b>	0.39	0.16, 0.93	0.037
Hormônio + outro tratamento	0.76	0.38, 1.45	0.4	0.62	0.27, 1.37	0.3
Hormonioterapia isolada	0.60	0.29, 1.18	<b>0.2</b>	0.59	0.24, 1.33	0.2
Outros tratamentos	0.66	0.16, 2.90	0.6	0.43	0.08, 2.25	0.3
Quimioterapia (QT)	0.54	0.20, 1.41	<b>0.2</b>	0.37	0.12, 1.16	0.089
QT + outro tratamento	0.27	0.10, 0.70	<b>0.008</b>	0.30	0.10, 0.91	0.037
Radioterapia	0.84	0.41, 1.64	0.6	0.73	0.31, 1.64	0.5

Fonte: Elaborada pela autora, com os dados dos Registros Hospitalares de Câncer, 2023

A tabela 2 descreve os modelos de regressão logística da relação do uso do álcool entre pacientes diagnosticados com câncer de próstata e as demais variáveis independentes. Apesar de não haver significância estatística, observa-se no modelo univariado que a chance de homens que consomem tabaco apresentarem câncer de próstata aumenta com a idade. Os homens com ensino médio ou mais tem uma chance de apresentarem câncer de próstata. Os homens que consomem álcool sem companheiros possuem uma chance 1,14 vezes maior de desenvolver câncer de próstata. Após realizada a análise univariada das variáveis independentes apenas o tabagismo, o histórico familiar de câncer e o tratamento recebido foram inclusas no modelo final. Vale destacar, que a variável estágio, apesar da importância clínica, foi excluída da análise por conter alta proporção de pacientes sem informação no momento diagnóstico (74%). No modelo final, apenas o tabagismo manteve a associação com os indivíduos com câncer de próstata e que consomem álcool.

## DISCUSSÃO

Essa análise permitiu conhecer algumas características epidemiológicas dos homens atendidos com câncer de próstata no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, localizado no Rio de Janeiro - RJ, durante os 9 anos pesquisados (2010 a 2019). Vale ressaltar que o Instituto é referência para tratamento oncológico em todo o país.

A tabela 1 mostra que a maior parte dos pacientes com câncer de próstata (52,5%) consome álcool. Há evidências<sup>4</sup> acumuladas de que o consumo de álcool está associado a alguns outros tipos de câncer, como câncer de pâncreas e próstata e melanoma.

Podemos averiguar na mesma tabela que a maior parte dos pacientes com câncer de próstata que consome álcool, possui nível médio ou mais. Esta observação corrobora um estudo<sup>6</sup>, onde foi detectada a prevalência menor de consumo abusivo de álcool entre indivíduos sem instrução ou com ensino fundamental incompleto, em comparação com os mais escolarizados.

Notou-se também neste estudo que houve uma forte associação entre pacientes com câncer de próstata tabagistas e consumidores de álcool ( $p < 0,001$ ). Resultados semelhantes também foram encontrados por outros autores<sup>7,8</sup>, que verificaram que o álcool e o tabaco parecem andar juntos: bebedores fumam e fumantes bebem. Além disso, bebedores mais pesados tendem a ser fumantes mais pesados. O uso de álcool e tabaco pode estar relacionado de duas maneiras. Primeiro, as pessoas que bebem também podem fumar (e vice-versa); isto é referido como a interação entre as pessoas. Em segundo lugar, as pessoas que usam ambas as

drogas podem usá-las juntas nas mesmas situações. Isso é chamado de interação situacional. As relações interpessoais e situacionais são independentes uma da outra: cada uma teoricamente pode ocorrer sem a outra, e cada uma pode ser explicada por diferentes mecanismos potenciais.

Associações prospectivas entre a quantidade e frequência do consumo de álcool e a mortalidade específica do câncer foram identificadas por pesquisadores dos Estados Unidos em um estudo de 2011<sup>9</sup>, utilizando uma amostra de representação nacional com dados agrupados das realizações da Pesquisa Nacional de Entrevista sobre a Saúde de 1988, 1990, 1991 e de 1997 a 2004 (n = 323.354). Até 2006, 8.362 participantes haviam morrido de câncer.

Neste levantamento, entre aqueles que consumiam bebidas alcoólicas na época, a mortalidade por qualquer tipo de câncer, consumo em mais quantidade (maior ou igual a 03 bebidas por dia versus 01 bebida por dia) estava associada a um risco maior entre homens (risco relativo {RR} = 1,24). O consumo mais frequente foi associado a um risco maior de câncer de próstata (RR = 1,55) e tendia a se associar a um risco maior de câncer de mama (RR = 1,44).

Já na tabela 2 observamos que os homens que consomem álcool e tabagistas tem uma chance 4,82 vezes maior de desenvolver câncer de próstata associa. Há evidências suficientes para considerar o tabagismo como uma causa potencial de câncer de próstata e existe um efeito de interação entre esses fatores de risco. Como relatado em 2010<sup>10</sup>, esta neoplasia é hormônio-dependente e alterações na biodisponibilidade hormonal sexual causadas pelo tabagismo têm sido descritas. O tabagismo está associado a um aumento significativo dos níveis séricos de testosterona, globulina de ligação ao hormônio sexual ou SHBG<sup>11</sup>, bem como a biodisponibilidade do estradiol. Há evidências de que a testosterona e o estradiol parecem estar envolvidos na promoção de células prostáticas e no mecanismo de crescimento tumoral.

Um outro mecanismo potencial está relacionado aos múltiplos compostos carcinogênicos presentes nos cigarros, sendo a maioria deles (aldeídos, benzeno, metais como cádmio, arsênio, berílio e chumbo; nitrosaminas e PAHs) capazes de produzir proliferação celular, genotoxicidade e inflamação<sup>12</sup>.

## CONCLUSÃO

O fortalecimento de políticas públicas é uma possível solução para os custos sociais resultantes do uso de álcool. Assim, o controle dos impostos sobre bebidas, a restrição de acesso, a fiscalização e punição de motoristas que dirijam com alcoolemia acima do legalmente permitido são estratégias de relevância para a redução dos gastos públicos associados ao uso excessivo de álcool.

Podemos concluir com o nosso estudo que os homens de 40 a 59 anos com câncer de próstata, não brancos, com nível médio ou mais, com companheiros, apresentaram maior porcentagem de consumo de álcool. Porém, estas variáveis não caracterizam uma correlação significativa com o consumo de álcool ( $p=0,7$ ).

Houve também uma forte associação entre os pacientes com câncer de próstata tabagistas e o consumo de álcool ( $p<0,001$ ), dos mesmos com histórico familiar positivo de câncer com o consumo de álcool ( $p<0,001$ ).

Sobretudo, é preciso investir em pesquisas e debates científicos que possam identificar os ramos sociais mais onerados por álcool, guiando a formulação dessas políticas públicas e das estratégias de intervenção, principalmente de prevenção.

Acredita-se que a produção de informações epidemiológicas em pesquisas futuras, com maior detalhamento da frequência e características do consumo de álcool em pacientes com câncer de próstata, fará compreender cada vez mais a realidade desta neoplasia maligna nessa Instituição e assim, direcionar melhor as ações de atenção em saúde para o perfil da população acometida ou com maior risco de acometimento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Estimativa 2023:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2022 Disponível em <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf> Acesso em 29 fev 2024
- 2 CARVALHO; J.B; PAES, N.A. Taxas de mortalidade por câncer corrigidas para os idosos dos estados do Nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 10, p. 3857-3866, 2019. Disponível em <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/taxas-de-mortalidade-por-cancer-corrigidasp-ara-os-idosos-dos-estados-do-nordeste-brasileiro/16722?id=16722>. Acessado em 10 jul 2022
- 3 BRESLOW RA *et al.* Diets of drinkers on drinking and nondrinking days: NHANES 2003–2008. **Am J Clin Nutr** v. 97, n. 5 p. 1068-1075, 2013. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3625244/pdf/ajcn9751068.pdf> Acessado em 10 jul 2022
- 4 BAGNARDI *et al.* Alcohol consumption and site-specific cancer risk: A comprehensive dose–response meta-analysis. **Br J Cancer**, 112(3), p. 580–593 2015. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4453639/pdf/bjc2014579a.pdf> . Acesso em 31 jul 2022
- 5 BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Registros Hospitalares de Câncer: rotinas e procedimentos**. Rio de Janeiro, 2000. 158p. Disponível em

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//registros-hospitalares-de-cancer-2000.pdf> Acessado em 15 jul 2022

6 GARCIA, L.P; FREITAS, L.R.S. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília,v. 24, n. 2, p. 227-237, 2015. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167949742015000200005&lng=en&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742015000200005&lng=en&nrm=iso) Acesso em 29 fev 2024

7 PIASECKI, T. M., *et al.* The subjective effects of alcohol–tobacco co-use: An ecological momentary assessment investigation. **Journal of abnormal psychology** v120 n3 2011. Disponível em <https://doi.org/10.1037/a0023033> Acesso em 29 fev 2024

8 SHIFFMAN S, BALABANIS M. Do Drinking and Smoking Go Together? **Alcohol Health Res World.** v 20, n.2, p 107-110, 1996 Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6876501/> Acessado em 31 jul 2022

9 BRESLOW RA. *et al.* Prospective Study of Alcohol Consumption Quantity and Frequency and Cancer-Specific Mortality in the US Population, **American Journal of Epidemiology**, v. 174, n. 9 p. 1044-1053, 2011 Disponível em <https://doi.org/10.1093/aje/kwr210> . Acessado em 31 jul 2022

10 PIERORAZIO *et al.* Serum testosterone is associated with aggressive prostate cancer in older men: results from the Baltimore longitudinal study of aging. **BJU Int.** v.105 n.6 p. 824–829 2010. Disponível em <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2009.08853.x>. Acessado em 31 jul 2022

11 ENGLISH KM, *et al.* Effect of cigarette smoking on levels of bioavailable testosterone in healthy men. **Clin Sci (Lond)**; v.100, n.6, p. 661-665, 2001. Disponível em <https://doi.org/10.1042/cs1000661> Acessado em 20 jul 2022

12 FOWLES J; DYBING E. Application of toxicological risk assessment principles to the chemical constituents of cigarette smoke. **Tob Control.** v. 12, n. 4, p. 424-430, 2003. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1747794/pdf/v012p00424.pdf> Acessado em 21 jul 2022

### 3.6 Produto 3. Produção Técnica – Elaboração de um Plano de Alta Hospitalar para pacientes que realizaram cirurgia na uro-oncologia

Uma paciente compareceu ao serviço de pronto-atendimento da unidade, em pós-operatório de cistectomia radical à bricker. O motivo do comparecimento, informado ao setor, foi que tanto a paciente quanto a cuidadora não foram orientadas quanto aos cuidados e portanto, não sabiam realizar a troca da bolsa coletora. Porém, a pesquisadora foi a maior responsável no período perioperatório, em toda a internação da paciente, com seus cuidadores e familiares, quanto ao preparo e orientações sobre a cirurgia e os cuidados com o dispositivo.

Com a realização desse trabalho, percebeu-se a necessidade da construção de um Plano de Alta Hospitalar. Através desse evento, observou-se a necessidade de garantir um Plano de Alta hospitalar, por escrito, assinado e carimbado pelo enfermeiro responsável e assinado por um familiar ou responsável pelos pacientes, no momento da alta hospitalar, em que fossem registradas todas as informações e orientações de alta hospitalar. Foi estabelecido, inclusive, que uma cópia ficaria com a equipe do serviço e outra seria fornecida ao familiar, como garantia de respaldo das atividades exercidas.

Portanto, após a análise dos dados encontrados neste estudo, foram observadas as seguintes necessidades de registro no Plano de Alta: identificação do paciente, do familiar/cuidador responsável, data da alta hospitalar, cirurgia realizada, médico responsável pela alta, agendamentos ambulatoriais realizados pelo enfermeiro (com os retornos), solicitações de exames, orientações para buscar o serviço de pronto-atendimento nas intercorrências, seguimento do paciente com a Clínica da Família de sua área para eventuais comorbidades e a descrição das orientações fornecidas (curativos e cuidados específicos, de acordo com a cirurgia realizada).

Foi desenvolvido um processo de construção do Plano de Alta, com 4 reuniões virtuais realizadas entre a pesquisadora e a equipe de enfermagem, em que as informações foram sendo avaliadas e reavaliadas conforme a aplicação no dia a dia, com a ferramenta de qualidade PDCA, através da metodologia PCA. Observou-se um total de 4 ajustes.

Foi realizado o teste-piloto do Plano de Alta Hospitalar entre novembro e dezembro de 2023, com o atendimento individualizado de 40 pacientes em alta hospitalar no período.

A figura 2 expressa a versão do Plano de Alta atual:



Figura 2 – Plano de Alta hospitalar para pacientes que realizaram cirurgia na uro-oncologia

**PLANO DE ALTA UROLOGIA**

MATRÍCULA           SEXO  M  F

Paciente: \_\_\_\_\_

Acompanhante ( ) Sim ( ) Não Nome: \_\_\_\_\_

Cirurgia realizada: \_\_\_\_\_ Data da Cirurgia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Alta Hospitalar em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Médico responsável pela alta: \_\_\_\_\_

**RETORNOS:**

Urologia, Térreo, ramal 1768 Retirada de pontos e/ou sonda Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_ h

Retorno ( ) Sim ( ) Não Retorno com o médico Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_ h

Nutrição (Térreo), ramal 1883: ( ) Sim ( ) Não

Oncologia Clínica, 2º andar, ramal 1029: ( ) Sim ( ) Não

Estomatoterapia, Térreo, ramal 1346: ( ) Sim ( ) Não

Fisioterapia, Rua do Resende 128, ramal 4580: ( ) Sim ( ) Não

**SOLICITAÇÕES:**

Exame de imagem/Radioterapia:

( ) Sim ( ) Não Se sim, quais? \_\_\_\_\_

Laboratório, Térreo, ramal 1076: ( ) Sim ( ) Não

**ATENÇÃO:**

1) Procurar a emergência do hospital em caso de:

Febre (temperatura axilar maior ou igual a 37.8°C)	Perda da sonda da bexiga (urina)
Sangramento na urina	Dificuldade para urinar
Saída de líquido ou secreção purulenta pela área operada	Alteração de cor/odor da ferida operatória
Presença de líquido ou secreção purulenta no local da saída da nefrostomia, próximo à pele	

**Observação: a emergência funciona diariamente, nas 24h, no térreo da unidade. Também temos o nosso ambulatório da Urologia que funciona em dias úteis (seg à sex) de 07:00h às 16:00h.**

2) Seguir o receituário médico para uso das medicações em casa, conforme orientado pelo (a) enfermeiro (a), durante a alta hospitalar

3) Se você tem doenças como diabetes, hipertensão, doenças do coração, dentre outras, deve continuar com o acompanhamento para essas doenças na Clínica da Família, próximo à sua residência, ou em outra unidade que já acompanhava antes da entrada no INCA.

**\*Descrição das orientações realizadas pela equipe:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Acompanhante

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do (a)  
Enfermeiro (a)

Página 1 de 1

### 3.7 Produto 4. Produção Técnica - Elaboração de um *Checklist* de Alta para pacientes que realizaram cirurgia na uro-oncologia

Decorrente de um evento sentinela, em que um paciente saiu de alta hospitalar com uma pendência a ser resolvida, foi observada uma falha na comunicação da equipe, em que nem todos os membros estavam cientes da necessidade de solução de um problema identificado e o paciente foi liberado. Com isso, a pesquisadora prosseguiu com a elaboração de um *Checklist* de alta hospitalar, com o fluxo descrito a seguir:

- 1) O enfermeiro identifica o paciente de alta hospitalar
- 2) O enfermeiro separa o prontuário e anexa na capa o *Checklist* de alta, devidamente preenchido (nome completo do paciente, matrícula, sexo, leito, cirurgia realizada, data da cirurgia, data da alta).
- 3) Para facilitar a comunicação da equipe e para que qualquer membro possa detectar em que momento da alta hospitalar o paciente se encontra, o enfermeiro segue com o *Checklist*: se foram realizados os agendamentos dos retornos ambulatoriais, se foram retirados os drenos ou acessos, se foram realizados os curativos, se as orientações pertinentes à alta hospitalar foram realizadas, se o acompanhante está presente e já foi encaminhado aos setores para agendamentos e retirada de medicação na farmácia, se o paciente vai de alta hospitalar com familiar (e se aguarda esse familiar) ou se é necessário pedir ambulância, se é necessário ou não uma reavaliação médica, se foi comunicado ao médico (e se a alta hospitalar foi mantida após a reavaliação), o horário da alta hospitalar, o nome e grau de parentesco do responsável pelo paciente que acompanhou a alta, carimbo e assinatura do enfermeiro responsável pela liberação.

Assim, a pesquisadora e a equipe de enfermagem que participou ativamente da construção, em 3 reuniões realizadas virtualmente com discussões sobre as demandas da prática, o conteúdo e a aplicabilidade, foi elaborado o produto, através da metodologia PCA.

O *Checklist* foi modificado 3 vezes. Com o preenchimento no dia a dia, a pesquisadora e a equipe de enfermagem observaram outras necessidades não apontadas e ao mesmo tempo, outras informações que não eram úteis no *Checklist*, em um contínuo processo de avaliação, sendo aplicada a ferramenta de qualidade PDCA.

Foi realizado o teste-piloto do *Checklist* entre novembro e dezembro de 2023, com o atendimento individualizado de 40 pacientes em alta hospitalar no período;

A versão atual encontra-se abaixo, na figura 3:

Figura 3 - *Checklist* de Alta Hospitalar para pacientes que realizaram cirurgia na uro-oncologia

**CHECKLIST DE ALTA  
UROLOGIA**

Matrícula         Sexo  M  F

Paciente: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Alta hospitalar em: \_\_/\_\_/\_\_

Cirurgia realizada: \_\_\_\_\_  
Data da cirurgia: \_\_/\_\_/\_\_

Retornos agendados para o Ambulatório de Urologia  
 Dreno/acessos retirados  
 Curativos realizados  
 Orientações realizadas (medicamentos, agendamentos, curativos, cateter vesical de demora, bricker, ferida operatória)  
 Acompanhante presente  
 Acompanhante encaminhado à farmácia/laboratório térreo  
 Transporte:  Próprio (aguarda familiar)  Solicitada ambulância (aguarda ambulância)

**Pendências ou intercorrências identificadas?**  
 NÃO  
 SIM \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Reavaliação médica necessária?**  
 SIM - Comunicado ao médico \_\_\_\_\_ às \_\_: \_\_ h  
 NÃO

**Conduta:**  Mantida alta hospitalar  Aguarda reavaliação médica

**ALTA HOSPITALAR ÀS \_\_: \_\_ H**  
 Acompanhado por \_\_\_\_\_  
 Grau de Parentesco \_\_\_\_\_

Retirada pulseira de identificação

**LIBERADO POR**

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

### 3.8 Produtos de Pesquisa

Em conformidade com as diretrizes definidas pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, este relatório foi elaborado como Produção técnica, principal escopo deste trabalho, que consiste na criação de um Plano de Alta Hospitalar para pacientes em pós-operatório de Uro-Oncologia, assim como o *Checklist* de Alta Hospitalar (apresentados nos resultados deste relatório). Os 4 produtos acadêmicos elaborados estão dispostos abaixo, conforme modelo do CAPES:

**Produto 1:** Artigo científico submetido à revista REUOL (apresentado no corpo da dissertação) - *Artigo original intitulado* “As percepções do paciente frente ao diagnóstico e à proposta de tratamento relacionada ao câncer urológico”

**Produto 2:** Artigo científico (apresentado no corpo da dissertação) - *Artigo original intitulado* “Fatores demográficos e clínicos associados ao consumo de álcool em pacientes com câncer de próstata em uma instituição de referência do Rio de Janeiro”

**Produto 3.** Plano de Alta Hospitalar para pacientes em pós-operatório de Uro-Oncologia (Figura 2)

**Resumo produto 3:** Elaboração de um Plano de Alta Hospitalar para atendimento de pacientes submetidos à cirurgias uro-oncológicas.

**Elaine Vieira Cavalcanti I, Karinne Cristinne da Silva Cunha II**

I Instituto Nacional de Câncer – INCA. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

II Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

**Introdução:** Este Plano de Alta Hospitalar foi elaborado e construído durante o mestrado profissional do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEH) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). **Objetivo:** Elaborar um Plano de Alta Hospitalar para pacientes em pós-operatório de uro-oncologia, com a finalidade de personalizar o atendimento, contribuir com a qualidade da assistência prestada na transição de cuidados no lar. **Tipologia/Estratificação do produto:** caracteriza-se pelo desenvolvimento de produto técnico. Produto acadêmico tipo 3 (manual ou protocolo) / Desenvolvimento de técnica que consistiu na elaboração do Plano de Alta Hospitalar para pacientes em pós-operatório de uro-oncologia. **Método:** pesquisa convergente assistencial (PCA) associada a ferramenta de qualidade e melhoria contínua PDCA, desenvolvido em um

instituto federal, que atende pacientes oncológicos, exclusivos do Sistema Único de Saúde (SUS). O desenvolvimento do Plano de Alta Hospitalar foi idealizado junto à equipe médica e de enfermagem, sendo realizado o teste-piloto entre novembro e dezembro de 2023, com o atendimento individualizado de 40 pacientes em alta hospitalar no período. **Resultados:** Durante a execução do teste-piloto, o Plano de Alta Hospitalar foi modificado quatro vezes a partir da aplicação e observação da necessidade de ajustes, modificações, complementações e melhorias, ao refletir na qualidade dos serviços prestados e na demanda dos pacientes. **Conclusão, aplicabilidade e impacto:** O Plano de Alta Hospitalar mostra, por escrito, todos os pontos para uma transição segura e adequada dos cuidados no lar, com os retornos ambulatoriais, encaminhamentos, os cuidados personalizados, o acompanhamento em clínicas de família das doenças de base, as informações para o monitoramento dos casos de urgência/emergência. A replicação do Plano de Alta Hospitalar é perfeitamente viável e contribuirá com uma melhor organização do serviço. Palavras-Chave: Alta Hospitalar, Plano de Alta Hospitalar, Uro-Oncologia, Processo de Enfermagem

**Produto 4.** Produção Técnica: *Checklist* de Alta Hospitalar (Figura 3)

Resumo produto 3: Elaboração de um *Checklist* de Alta para pacientes que realizaram cirurgia na uro-oncologia

**Elaine Vieira Cavalcanti I, Karinne Cristinne da Silva Cunha II**

I Instituto Nacional de Câncer – INCA. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

II Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

**Introdução:** Este *Checklist* de Alta Hospitalar foi elaborado e construído durante o mestrado profissional do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEH) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). **Objetivo:** Elaborar um *Checklist* de Alta Hospitalar para pacientes em pós-operatório de uro-oncologia, com a finalidade de organizar o serviço, melhorar a comunicação entre a equipe, personalizar o atendimento e contribuir com a qualidade e segurança da assistência prestada. **Tipologia/Estratificação do produto:** caracteriza-se pelo desenvolvimento de produto técnico. Produto acadêmico tipo 3 (manual ou protocolo) / Desenvolvimento de técnica que consistiu na elaboração do *Checklist* de Alta Hospitalar para pacientes em pós-operatório de uro-oncologia. **Método:** pesquisa convergente assistencial (PCA) associada a ferramenta de qualidade e melhoria contínua PDCA, desenvolvido em um instituto federal, que atende pacientes oncológicos, exclusivos do Sistema Único de Saúde (SUS). O desenvolvimento do *Checklist* de Alta Hospitalar foi realizado junto à equipe médica e de enfermagem, sendo

realizado o teste-piloto entre novembro e dezembro de 2023, com o atendimento individualizado de 40 pacientes em alta hospitalar no período. **Resultados:** durante a execução do projeto piloto, observou-se que não existia um *Checklist* para a alta hospitalar na enfermaria da Uro-Oncologia. Pensando na qualidade dos serviços prestados e na necessidade de melhorar a comunicação entre a equipe, o *Checklist* foi elaborado, sendo realizado o teste-piloto entre novembro e dezembro de 2023, sendo modificado três vezes a partir da aplicação e observação da necessidade de ajustes, modificações, complementações e melhorias, ao refletir na qualidade dos serviços prestados e na demanda, com o atendimento individualizado de 40 pacientes em alta hospitalar no período. **Conclusão, aplicabilidade e impacto:** O *Checklist* de Alta Hospitalar proporcionou significativos ajustes na comunicação entre a equipe e na organização do fluxo de alta hospitalar. Ele possibilita o passo a passo a ser percorrido pelo enfermeiro no serviço, durante a gerência no dia da alta, ao sinalizar os pontos de atenção para a saída sem pendências, contribuindo para a segurança do paciente. A replicação do *Checklist* de Alta Hospitalar é perfeitamente viável e contribuirá com uma melhor organização do serviço. Palavras-Chave: Alta Hospitalar, Uro-Oncologia, Checklist, Processo de Enfermagem

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vivenciamos a transição demográfica, com o aumento da incidência das doenças crônicas, em detrimento das doenças infectocontagiosas. Nesse contexto, a incidência das doenças oncológicas e uro-oncológicas tem sido cada vez mais significativas. O câncer de próstata, por exemplo, é o mais incidente em homens na população brasileira, com exceção do câncer de pele não-melanoma. Podemos inferir que a quantidade de pacientes internados para realização de cirurgia oncológica também tem aumentado. Em vista desta realidade, existe uma demanda ampliada de cuidados específicos para os pacientes uro-oncológicos, na fase pós-operatória, com um planejamento da alta hospitalar de forma que esse indivíduo consiga se readaptar, com o seguimento adequado às necessidades apresentadas por essa clientela.

Com a realização da cirurgia uro-oncológica, várias modificações ocorrem na vida dos pacientes. É o momento da readaptação ao cotidiano, ao trabalho, sendo que muitos não conseguem retomar a vida laborativa. A grande maioria precisa lidar diariamente com dispositivos (cateteres vesicais, bricker) ou com a própria ferida operatória. Por outro lado, experimentar os efeitos colaterais das cirurgias uro-oncológicas, tais como impotência sexual, incontinência urinária ou hemorragias. São alterações físicas, com danos psicológicos incalculáveis. O pós-operatório é um momento de intensa fragilidade do binômio paciente-família. Estes precisam, então, de uma assistência de enfermagem planejada, individualizada e organizada. Dessa forma, a construção de um Plano de Alta Hospitalar é de suma importância para garantir a continuidade da assistência no lar.

É de extrema importância que o enfermeiro desenvolva o papel de orientador e trabalhe desde o pré-operatório, com o objetivo de esclarecer dúvidas e desenvolver estratégias de adaptação e enfrentamento junto ao paciente e familiar, para a continuidade da assistência. É necessário que haja um treinamento de habilidades por parte da educação permanente para a alta hospitalar. Isso proporciona conforto e segurança aos indivíduos.

Evidencia-se, também, que as redes pessoais são importantes para o bem-estar físico e psicológico do paciente. Elas servem de apoio e colaboram com a manutenção dos cuidados, sendo essenciais durante toda a jornada oncológica.

Verificou-se a necessidade institucional de investir na organização dos fluxos e processos relativos à jornada do paciente uro-oncológico. Observou-se que o desenvolvimento de protocolos institucionais, baseados em evidências, pode ser uma estratégia para melhorar a qualidade da transição do cuidado, além de identificar problemas e prevenir falhas.

Expõe-se que, no decorrer da construção desta pesquisa, foi possível conhecer o perfil sociodemográfico dos pacientes e suas situações de saúde. Tais informações foram essenciais para identificar as características mais predominantes dos pacientes, ratificar a importância da literacia em saúde e a forma de abordagem necessária para alcançar a realidade dos indivíduos.

Este estudo permitiu o mapeamento das demandas dos pacientes em pós-operatório de cirurgia uro-oncológica, em uma instituição pública do município do Rio de Janeiro, em preparo para alta hospitalar. Foram identificados os seguintes aspectos: a necessidade de conhecimento de dispositivos e feridas, desconforto e dor pós-operatória; o alcance das expectativas no pós-operatório, a necessidade de apoio para a aquisição de insumos, medicamentos e continuidade do tratamento após a alta hospitalar e as redes de apoio.

Com o tratamento e análise dos dados, reuniões em equipes (médica e de enfermagem), possibilitou-se construir um Plano de Alta Hospitalar, com avaliação e reavaliação dessas equipes, com a realização do teste-piloto pelo enfermeiro responsável na alta hospitalar. Além disso, colaborou para uma transição do cuidado mais efetiva.

Assim, foi possível compreender que o levantamento das necessidades de saúde tem como meta identificar estratégias para que o paciente e seu cuidador possam desenvolver as ações de saúde diárias individualizadas, pautadas no cuidado centrado na pessoa. Esse processo, que deve ser um acordo entre todas as partes, possibilitará ao paciente e seu familiar o reconhecimento de sinais de alerta para alterações de saúde, além de obter apoio da equipe, no sentido de minimizar retornos desnecessários à unidade, com o fortalecimento do autocuidado e autonomia através do Plano de Alta Hospitalar personalizado, para continuidade do tratamento eficaz e seguro no lar.

Esta pesquisa viabilizou a aplicação do Ciclo PDCA, como método organizacional, recomendado para processos de melhoria contínua da qualidade. O desenvolvimento das fases do Ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act), para elaborar e avaliar um modelo de Plano de Alta Hospitalar e um *Checklist* de Alta Hospitalar, foi uma construção participativa e interativa, com enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos do serviço de Uro-Oncologia, através da Pesquisa Convergente Assistencial, pautada na teoria do Autocuidado e na filosofia do Cuidado Centrado na Pessoa. Serviu de norteador para trazer à realidade as necessidades e decisões de cuidado, de maneira metodológica e resolutiva. A elaboração conjunta entre a pesquisadora e esses membros da equipe interdisciplinar mostrou a disponibilidade e o interesse em inovar, trazer praticidade e dar impacto às ações assistenciais das equipes de enfermagem



Infere-se que tanto o Plano de Alta Hospitalar quanto o *Checklist* de Alta Hospitalar contribuem para o planejamento das intervenções de enfermagem, assim como para a melhoria da comunicação entre a equipe interdisciplinar, o paciente e a família, sobre o atendimento prestado. O resultado desta pesquisa trouxe uma estratégia efetiva e eficaz para a segurança do paciente cirúrgico, além de ser adaptável para outros contextos de assistência à saúde.

O estudo abre uma perspectiva de sensibilizar e propor a criação, no serviço de Uro-Oncologia, de uma comissão (Comissão de Alta Hospitalar), composta por equipe multiprofissional (e interdisciplinar) que exercesse a função de encaminhar de modo correto os clientes e manter um contato extra hospitalar, via WhatsApp ou ligação telefônica, com a atualização das necessidades de saúde de cada paciente, de modo a fornecer o seguimento adequado.

Em decorrência do tempo de pesquisa, optou-se por abordar o recorte da Alta Hospitalar do perioperatório. Temos outros dados coletados para analisar e refletir sobre ações que possam contemplar o pré-operatório, em um próximo estudo, pela necessidade verificada da criação da consulta de enfermagem pré-operatória.

Além disso, esta pesquisa possibilita estudos futuros, para aprofundamento nos planos de alta que contemplem aspectos personalizados de cada procedimento cirúrgico em uro-oncologia (nefrectomia, cistectomia radical, prostatectomia, orquiectomia, ressecção transuretral de bexiga, ressecção transuretral de próstata). Importante sistematizar esses processos de forma exclusiva, pois há uma grande dificuldade de encontrar literatura que indique os cuidados pós-operatórios e preparo para alta hospitalar de pacientes que sofrem os tratamentos elencados na clínica em questão.

## 5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Uma das limitações deste estudo foi a tribulação vivenciada durante os procedimentos de um dos Comitês de Ética em Pesquisa, pela necessidade de coletar assinaturas de todos os Chefes de Serviço. Houve uma grande resistência por parte da chefia médica, que atrasou o envio do projeto para análise na Plataforma Brasil. Informei à Divisão de Enfermagem e com a intervenção dos membros deste serviço, esse estudo pôde ser conduzido. Portanto, consegui permissão para iniciar a coleta de dados somente em 31/08/23.

A validação institucional ainda não foi possível. Torna-se necessário dar continuidade ao trabalho, com o objetivo a médio prazo de incorporar o Plano de Alta Hospitalar e o *Checklist* de Alta Hospitalar ao sistema local, chamado *intranet*.

Além disso, a realização do teste-piloto do Plano de Alta Hospitalar e do *Checklist* de Alta Hospitalar em um único setor, de uma instituição pública, apresentou-se como outra limitação do estudo. Recomenda-se que eles sejam testados e validados em outros serviços de saúde e, quando necessário, adaptados ao contexto institucional.

Outra limitação consistiu na escassez de artigos científicos relacionados ao pós-operatório de cirurgias uro-oncológicas, com a assistência de enfermagem específica para cada procedimento, o que aponta a necessidade de pesquisas científicas em nossa instituição e outras que possuem enfermeiros que atuem na área e na transição do cuidado.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, T.FK.; AMENDOLA, F.; TROVO, M.M. Tecnologias relacionais como instrumentos para o cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**; v. 70, n 5, p. 1032-1039, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672017000500981&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000500981&lng=pt) Acesso em 05 out 2022.

AGRELI, HF; PEDUZZI, M; SILVA, MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface (Botucatu)** v 20 n 59, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n59/1807-5762-icse-1807-576220150511.pdf> Acesso em 23 fev 2024

ALPENDRE, Francine Taporosky; BATISTA, Josemar; GASPARI, Ana Paula; DYNIEWICZ, Ana Maria; CRUZ, Elaine Drehmer de Almeida. Ciclo PDCA para elaboração de checklist de cirurgia segura. **Revista Cogitare Enfermagem**. Paraná, V. 22(3).50964, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.50964>. Acesso em 22 fev 2023.

BACKMAN, C; STACEY, D; CRICK, M; CHO-YOUNG, D; MARCK, PB. Use of participatory visual narrative methods to explore older adults' experiences of managing multiple chronic conditions during care transitions. **BMC Health Serv Res**. v.18, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-3292-6> Acesso em 28 fev 2024

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977

BAKSI, A; GENÇ, H. Examination of care dependency of patients undergoing surgical intervention in terms of perception of care, sociodemographic and clinical characteristics. **Turkiye Klinikleri J Nurs Sci**. V 12 (4) p. 465–72, 2020. Disponível em: <http://10.5336/nurses.2020-75291> Acesso em 20 fev 2024

BENEDET, S. A.; PADILHA, M. I.; PERES, M. A. de A.; BELLAGUARDA, M. L. dos R. Essential characteristics of a profession: A historical analysis focusing on the nursing process. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S. l.], v. 54, p. e03561, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/182316>. Acesso em: 7 out 2022.

BRASIL. Congresso Nacional. Decreto nº 94.406, de 08 junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em <http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/legislacao/decretos/d94406.htm>. Acesso em 05 out 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html) Acesso em 19 nov 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 510**, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre normas aplicáveis à pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf> Acesso em 19 nov 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e

Redes Assistenciais. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais**. 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/padronizacao\\_censo.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/padronizacao_censo.pdf) Acesso em 29 fev 2024.

CANCER CARE ONTARIO. Person-Centred Care Guideline: Endorsement and Adaptation of CG 138. **Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services**. 2015 Disponível em: <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId/4340815>.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Decreto nº 94.406/1987**. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687/> Acesso em 29 fev 2024

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 358/2009**. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>. Acesso em 05 out 2022

DELATORRE, PG; SÁ, SPC; VALENTE, GSC; SILVINO, ZR. Planning for hospital discharge as a strategy for nursing care: integrative review. **Rev enferm UFPE**, v 7 n 12, 2013. Disponível em <https://doi.org.br/10.5205/reuol.5058-41233-3-SM.0711esp201324>

DYNIEWICS, AM. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2009

EKMAN, I.; SWEDBERG, K.; TAFT, C., *et al*. Person-centred cared ready for prime time. **Eur J Cardiovasc Nurs** v. 10, n4, p:248–251, 2011. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurjcn/article/10/4/248/5928867> Acesso em 28 fev 2024

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; ROSSI, Lídia Aparecida. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, out. 2002 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692002000500010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000500010&lng=pt&nrm=iso) Acesso em 22 fev 2024

GHOREIFI, A.; DJALADAT, H. Management of Primary Testicular Tumor. **Urologic Clinics of North America**, v. 46, n. 3, p. 333–339, 2019

GOMES, D., BACELAR *et al*. Vislumbrando O Artífice no cotidiano de trabalho das enfermeiras na gerência hospitalar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v: 39, n2, p:239-247, 2015

GONÇALVES, M. A. *et al*. A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra, v. IV n. 14, p. 17-26, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV17023> . Acesso em 22 set 2022.

HOBBS, JL. A Dimensional analysis of patient-centered care. **Nurs Res.**; V 58, 2009. Disponível em <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e31818c3e79> Acesso em 28 fev 2024

HUBER, D. L.; MCCLELLAND, E. Patient preferences and discharge planning transitions. **Journal of Professional Nursing**, Washington, v.19, n.4, p.204-210, 2003. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S8755722303000711> Acesso em 29 fev 2024

Institute of Medicine. **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**. Washington DC: National Academy Press. 2021. Disponível em: <http://www.nap.edu/read/10027/chapter/1#iv>. Acesso em 28 fev 2024

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Deteção precoce do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer> Acesso em: 21 nov 2021.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil: síntese de resultados e comentários**. Rio de Janeiro: INCA; 2018. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/sintese-de-resultados-comentarios.asp> Acesso em: 22 nov 2021

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2022: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf> Acesso em: 21 set 2022

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf> Acesso em: 13 mar 2023

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Glossary of terms for Community Health care and services for older persons**. 2004. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/68896> Acesso em: 29 fev 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Câncer**. Disponível em <https://www.paho.org/pt/topicos/cancer> . Acesso em 21 set 2022.

LEISFER, D. Monitorização e registro do controle da dor. **ClinTer Int**. v 2, p: 297-208, 1990.

MAMEDE, Marli Villela; CLAPIS, Maria Jose; PANOBIANCO, Marislei S; BIFFI, Raquel G; BUENO, Luciano Villela. Orientações pós-mastectomia: o papel da enfermagem. **Rev. Bras. Cancerol**. v. 46, n. 1, mar. 2000

McCANCE, T., McCORMACK, B. e DEWING, J. An Exploration of a Person Centredness in Practice. **Online Journal of Issues in Nursing**, v. 16, n. 2, 2011. Disponível em <https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No2-May-2011/Person-Centredness-in-Practice.html> Acesso em: 20 fev 2024

MERRY, AF; COOPER, JB; SOYANNWO, O; WILSON, IH; EICHHORN, JH. An interactive process of global quality improvement: the International Standards for a Safe Practice of Anesthesia. **Can J Anaesth**. v 57 n11, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s12630-010-9380-7> Acesso em 20 fev 2024.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL- ONU BR. **A Agenda 2030**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/> Acesso em: 07 abr 2022

NAYLOR, MD; SHAID, EC; CARPENTER, D; GASS, B; LEVINE, C, LI J, *et al.* Components of comprehensive and effective transitional care. **J Am Geriatr So**, v 65, n6, p:1119-1125, 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1111/jgs.14782>, Acesso em 28 fev 2024

NCI. Cancer Stat Facts: **Testicular Cancer**. USA, 2021. Disponível em: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/testis.html>. Acesso em: 19 set 2022.

NUNES, E. C. D. A; MENEZES FILHO, N. A. de. Sistematização da alta de enfermagem – Uma análise fundamentada em Roy. **Cogitare Enfermagem** v.21, n.2. 2016. Disponível em doi:10.5380/ce.v21i2.45875. Acesso em 20 fev 2024

OREM, Dorothea. **Nursing concepts of practice**. New York: McGraw-Hill Book, 2a ed. 1980

PAZ, Joao Victor Carvalho *et al.* O desafio presente no diagnóstico e no tratamento do câncer de bexiga. **Research, Society and Development Journal**, v. 11, n. 5, p. e22711528252, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28252>. Acesso em: 20 set. 2022.

PEARSON, P. *et al.* The process of hospital discharge for medical patients: a model. **Journal Advanced Nursing**, New York, v.46, n.5, p. 496-505, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15139938/> Acesso em 29 fev 2024

PEREIRA, A. P.S *et al.* Alta Hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras. **Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1 jan.-mar. 2007

PIMENTA, CAM; KOIZUMI, MS; FERREIRA, MTC; PIMENTEL, ILC. Dor: ocorrência e evolução no pós-operatório de cirurgia cardíaca e abdominal. **Rev Paul Enferm**. v 11 n.1 p: 3-10 1992

QUEIRÓS, P.; VIDINHA, T.; FILHO, A. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, série IV nº3 p: 157-164, 2014. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239973007.pdf> Acesso em 28 fev 2024.

QUIJADA, Patrícia Daniela dos Santos *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de próstata. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga. v. 8, n. 3, p. 1826-1838, dez. 2017. Disponível em [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732017000301826&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732017000301826&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 28 nov 2021.

RALPH N *et al.* Nurse-Led Supportive Care Intervention for Men With Advanced Prostate Cancer. **Oncology Nursing Forum**, v. 46 n.1, p. 92-103, jan. 2019 Disponível em: <https://bit.ly/3FQIyX5>. Acesso em: 21 nov. 2021.

ROSEN, A. *et al.* Global Trends in Testicular Cancer Incidence and Mortality. **European Urology**, v. 60, n. 2, p. 374–379, 2011.

RIPOLLÉS-MELCHOR, J; ABAD-MOTOS, A; ZORRILLA-VACA, A. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) in surgical oncology. **Curr Oncol Rep**, v 24 n 9 p: 1177-1787, 2022 Disponível em <https://doi.org/10.1007/s11912-022-01282-4> Acesso em 23 fev 2024

SILVA, RPJ; RAMPAZZO, ARP; NASCIMENTO, LA; FONSECA, LF. Desconfortos esperados e vivenciados por pacientes no pós-operatório imediato. **Revista Baiana de Enfermagem** v32, 2018 Disponível em <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/26070> Acesso em 25 fev 2024

SLUKZI, C. E. **A rede social na prática sistêmica: Alternativas terapêuticas** (C. Berliner, Trad.). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 1997.

TOMURA, H.; YAMAMOTO-MITANI, N.; NAGATA, S.; MURASHIMA, S.; SUZUKI, S. Creating an agreed discharge: discharge planning for clients with high care needs. **Journal of Clinical Nursing**. Florida, v.20, n.4, p.444-453, 2011. Disponível em: <https://ngdc.cncb.ac.cn/openlb/publication/OLB-PM-21219523> Acesso em 29 fev 2024

TRENTINI M, BELTRAME V. A pesquisa convergente-assistencial (PCA) levada ao real campo de ação da enfermagem. **Cogitare Enfermagem** (UFPR), Curitiba, v. 11, n.2, p. 128-135, 2006.

TRENTINI M, PAIM L. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente assistencial**. Florianópolis: UFSC, 1999

TRENTINI M, PAIM L, SILVA DMGV. **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre: Moriá, 3a ed. 2014.

ZAGO, M. M. F. **A reabilitação do cliente cirúrgico oncológico do ponto de vista da enfermagem: um modelo em construção** [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2000. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001074736> Acesso em 29 fev 2024

## APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PACIENTES) – TCLE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

www.inco.gov.br



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PACIENTES

#### ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE ATENDIMENTO PARA PACIENTES EM PERIOPERATÓRIO DE URO-ONCOLOGIA

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa porque foi atendido(a) ou está sendo atendido(a) no ambulatório ou enfermaria de Uro-Oncologia. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as conseqüências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Converse com os seus familiares, amigos e com a equipe médica antes de tomar uma decisão. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

#### PROPÓSITO DA PESQUISA

Esta etapa da pesquisa tem como propósito proporcionar a sua participação na elaboração de um plano de cuidados perioperatório, que objetiva identificar as características da equipe de enfermagem e quais são as maiores necessidades dos pacientes em perioperatório com cânceres urológicos. Visa contribuir para o gerenciamento do cuidado, supervisionando todo o processo de admissão e educação do paciente, proporcionando um diferencial na qualidade assistencial do serviço.

\_\_\_\_\_  
Rubrica do participante ou  
representante legal

\_\_\_\_\_  
Rubrica do investigador  
responsável





### **PROCEDIMENTOS DA PESQUISA**

Para você compreender como será a sua participação neste estudo, iremos descrever os momentos em que nos encontraremos. A pesquisa será realizada em 5 etapas: 1- *Avaliação das necessidades dos pacientes da uro-oncologia, em perioperatório*; 2- *Elaboração de um Guia de Orientações para Pacientes em Perioperatório com Câncer Urológico e Construção de um Manual de Orientação do Enfermeiro na Consulta de Enfermagem ao Paciente em Pré-Operatório com Câncer Urológico*; 3- *Implementação da consulta de enfermagem em pré-operatório*; 4- *Envolvimento da equipe de Enfermagem* e 5- *Análise dos Dados*). Você participará da etapa 1 (*avaliação das necessidades dos pacientes da uro-oncologia, em pré-operatório*), na qual a pesquisadora observará a sua consulta médica admissional ambulatorial e o (a) entrevistará através de um roteiro semi-aberto (na enfermaria, no seu 3º dia pós-operatório), para identificar as necessidades educativas, as dúvidas e barreiras enfrentadas e da etapa 3 (*implementação da consulta de enfermagem em pré-operatório*), na qual será explorado o Guia de Orientações para Pacientes em Perioperatório com Câncer Urológico e será aplicado o instrumento de avaliação inicial, para que o enfermeiro possa analisar o seu estado de saúde, através de um exame físico e histórico de saúde. Não será necessário você vir ao INCA fora dos dias agendados. Nossos encontros acontecerão nos momentos que você já estiver na unidade.

### **BENEFÍCIOS**

Você não será remunerado por sua participação e esta pesquisa não oferecerá benefícios diretos a você e sim, para futuros pacientes. O estudo será útil para o paciente e o cuidador em que, a partir de uma entrevista, seja oferecida uma assistência focada em suas necessidades. Se você concordar com o uso de suas informações e/ou do material do modo descrito acima, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Rubrica do participante ou  
representante legal

\_\_\_\_\_  
Rubrica do investigador  
responsável



O benefício principal é possibilitar no futuro, com os resultados alcançados com esta pesquisa, viabilizar uma assistência personalizada, de acordo com as necessidades apresentadas pelo paciente/família, economia para a instituição com a otimização dos fluxos assistenciais e a autonomia do paciente

### **RISCOS**

A pesquisa não afetará a rotina dos pacientes e dos profissionais de saúde, nem modificará a dinâmica do tratamento. Portanto, apresenta riscos mínimos. Profissionais e pacientes podem apresentar algum constrangimento ao serem observados em suas rotinas e consultas.

Para que esse risco seja minimizado, as entrevistas e os questionários serão individuais, realizados em um consultório reservado, sendo mantida a privacidade. O material ficará arquivado, por cinco anos e será usado apenas para fins de pesquisa. Após o tempo determinado, os arquivos impressos serão incinerados.

### **CUSTOS**

Se você concordar com a participação nessa pesquisa, você não terá quaisquer custos ou despesas (gastos) pela sua participação.

### **CONFIDENCIALIDADE**

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre a sua saúde e seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados coletados para a realização da pesquisa. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

### **BASES DA PARTICIPAÇÃO**

\_\_\_\_\_  
Rubrica do participante ou  
representante legal

\_\_\_\_\_  
Rubrica do investigador  
responsável



A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito, ou mudança no seu tratamento e acompanhamento médico nesta instituição. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a sua participação será imediatamente interrompida.

#### **GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS**

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para a Elaine Vieira Cavalcanti no telefone (21) 99055-1388 de 14h às 17hs, às terças ou quintas-feiras. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIRIO e pelo CEP do INCA, que estão formados por profissionais de diferentes áreas, que revisam os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos as pessoas que se voluntariam à participar destes. Se tiver perguntas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode entrar em contato com o CEP da UNIRIO, na Av Pasteur 296, subsolo do Prédio da Nutrição, Urca, nos telefones 2542-7796 ou também pelo e-mail [cep.unirio@cep.com](mailto:cep.unirio@cep.com) ou com o CEP do INCA, na Rua do Resende N°128, Sala 203, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 hs, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: [cep@inca.gov.br](mailto:cep@inca.gov.br)

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

\_\_\_\_\_  
Rubrica do participante ou  
representante legal

\_\_\_\_\_  
Rubrica do investigador  
responsável



### CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação de permissão para o uso das informações contidas no meu registro médico e de parte de meu tumor e/ou meu sangue obtidos durante o atendimento nesse hospital. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas

Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

Nome e Assinatura do participante	/ / Data
Nome e Assinatura do Responsável Legal/Testemunha Imparcial (quando pertinente)	/ / Data

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo	/ / Data
---	-------------

\_\_\_\_\_  
Rubrica do participante ou  
representante legal

\_\_\_\_\_  
Rubrica do investigador  
responsável

## APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM) – TCLE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

[www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

#### ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE ATENDIMENTO PARA PACIENTES EM PERIOPERATÓRIO DE URO-ONCOLOGIA

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa porque faz parte da equipe de enfermagem do serviço de Uro-Oncologia. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Converse com os seus familiares, amigos e com a equipe médica antes de tomar uma decisão. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

#### PROPÓSITO DA PESQUISA

Esta etapa da pesquisa tem como propósito proporcionar a sua participação na elaboração de um plano de cuidados perioperatório, que objetiva identificar as características da equipe de enfermagem e quais são as maiores necessidades dos pacientes em perioperatório com câncer urológico. Visa contribuir para o gerenciamento do cuidado, supervisionando todo o processo de admissão e educação do paciente, proporcionando um diferencial na qualidade assistencial do

\_\_\_\_\_  
Rubrica do participante ou  
representante legal

\_\_\_\_\_  
Rubrica do investigador  
responsável

Página 1 de 5



serviço. Você será entrevistado através da aplicação de um roteiro de entrevista semi-aberto.

### **PROCEDIMENTOS DA PESQUISA**

Para você compreender como será a sua participação neste estudo, iremos descrever os momentos em que nos encontraremos. A pesquisa será realizada em 5 etapas: 1- *Avaliação das necessidades dos pacientes da uro-oncologia, em pré-operatório*; 2- *Elaboração de um Guia de Orientações para Pacientes em Perioperatório com Câncer Urológico e Construção de um Manual de Orientação do Enfermeiro na Consulta de Enfermagem ao Paciente em Pré-Operatório com Câncer Urológico*; 3- *Implementação da consulta de enfermagem em pré-operatório*; 4- *Envolvimento da equipe de saúde* e 5- *Análise dos Dados*. Você participará da etapa 1 (avaliação das necessidades dos pacientes da uro-oncologia, em pré-operatório), na qual você será entrevistado (a) e a pesquisadora aplicará um roteiro semi-aberto, para identificar as necessidades educativas e as barreiras enfrentadas pelos pacientes. Não será necessário você vir ao INCA fora dos dias de serviço. Nossos encontros acontecerão nos momentos que você já estiver na unidade. Agendaremos, através do e-mail institucional, um encontro para a aplicação do instrumento.

Alguns participantes serão convidados a participar da etapa 4 (envolvimento da equipe de saúde), para receber o retorno e sugestões de melhoria na implementação da Consulta, nos fluxos, construção do Guia de Orientações para Pacientes e construção do Manual de Orientação do Enfermeiro na Consulta, com 3 encontros online previamente agendados. Ao aceitar este termo, você está ciente e de acordo com esta possibilidade.

### **BENEFÍCIOS**

Você não será remunerado por sua participação e esta pesquisa não oferecerá benefícios diretos a você. O estudo será útil para o paciente e o cuidador em que, a partir de uma entrevista, seja oferecida uma assistência focada em suas

\_\_\_\_\_  
Rubrica do participante ou  
representante legal

\_\_\_\_\_  
Rubrica do investigador  
responsável



necessidades. Se você concordar com o uso de suas informações e/ou do material do modo descrito acima, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa.

O benefício principal é possibilitar no futuro, com os resultados alcançados com esta pesquisa, viabilizar uma assistência personalizada, de acordo com as necessidades apresentadas pelo paciente/família, economia para a instituição com a otimização dos fluxos assistenciais e a autonomia do paciente

### **RISCOS**

A pesquisa não afetará a rotina dos pacientes e dos profissionais de saúde, nem modificará a dinâmica do tratamento. Portanto, apresenta riscos mínimos. Profissionais e pacientes podem apresentar algum constrangimento ao serem observados em suas rotinas e consultas.

Para que esse risco seja minimizado, as entrevistas e os questionários serão individuais, realizados em um consultório reservado, sendo mantida a privacidade. O material ficará arquivado, por cinco anos e será usado apenas para fins de pesquisa. Após o tempo determinado, os arquivos impressos serão incinerados.

### **CUSTOS**

Se você concordar com a participação nessa pesquisa, você não terá quaisquer custos ou despesas (gastos) pela sua participação.

### **CONFIDENCIALIDADE**

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre a sua saúde e seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados coletados para a realização da pesquisa. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

\_\_\_\_\_  
Rubrica do participante ou  
representante legal

\_\_\_\_\_  
Rubrica do investigador  
responsável



### **BASES DA PARTICIPAÇÃO**

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito, ou mudança no seu tratamento e acompanhamento médico nesta instituição. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a sua participação será imediatamente interrompida.

### **GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS**

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para a Elaine Vieira Cavalcanti no telefone (21) 99055-1388 de 14h às 17hs, às terças ou quintas-feiras. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIRIO e pelo CEP do INCA, que estão formados por profissionais de diferentes áreas, que revisam os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos as pessoas que se voluntariam à participar destes. Se tiver perguntas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode entrar em contato com o CEP da UNIRIO, na Av Pasteur 296, subsolo do Prédio da Nutrição, Urca, nos telefones 2542-7796 ou também pelo e-mail [cep.unirio@cep.com](mailto:cep.unirio@cep.com) ou com o CEP do INCA, na Rua do Resende N°128, Sala 203, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 hs, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: [cep@inca.gov.br](mailto:cep@inca.gov.br).

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

---

Rubrica do participante ou  
representante legal

---

Rubrica do investigador  
responsável

Página 4 de 5

---





### CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação de permissão para o uso das informações contidas no meu registro médico e de parte de meu tumor e/ou meu sangue obtidos durante o atendimento nesse hospital. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas

Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

Nome e Assinatura do participante	/ / Data
-----------------------------------	-------------

Nome e Assinatura do Responsável Legal/Testemunha Imparcial (quando pertinente)	/ / Data
---	-------------

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao profissional indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste profissional para a participação desta pesquisa.

Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo	/ / Data
---	-------------

\_\_\_\_\_  
Rubrica do participante ou  
representante legal

\_\_\_\_\_  
Rubrica do investigador  
responsável

## APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS MÉDICOS) – TCLE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

www.inco.gov.br



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS MÉDICOS

#### ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE ATENDIMENTO PARA PACIENTES EM PERIOPERATÓRIO DE URO-ONCOLOGIA

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa porque faz parte da equipe médica do serviço de Uro-Oncologia. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as conseqüências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Converse com os seus familiares, amigos e com a equipe médica antes de tomar uma decisão. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

#### PROPÓSITO DA PESQUISA

Esta etapa da pesquisa tem como propósito proporcionar a sua participação na elaboração de um plano de cuidados perioperatório, que objetiva identificar quais são as maiores necessidades dos pacientes em perioperatório, com câncer urológico. Visa contribuir para o gerenciamento do cuidado, supervisionando todo o processo de admissão e educação do paciente, proporcionando um diferencial na qualidade assistencial do serviço.

\_\_\_\_\_  
Rubrica do participante ou  
representante legal

\_\_\_\_\_  
Rubrica do investigador  
responsável

Página 1 de 6



### **PROCEDIMENTOS DA PESQUISA**

Para você compreender como será a sua participação neste estudo, iremos descrever os momentos em que nos encontraremos. A pesquisa será realizada em 5 etapas: 1- *Avaliação das necessidades dos pacientes da uro-oncologia, em perioperatório*; 2- *Elaboração de um Guia de Orientações para Pacientes em Perioperatório com Câncer Urológico e Construção de um Manual de Orientação do Enfermeiro na Consulta de Enfermagem ao Paciente em Pré-Operatório com Câncer Urológico*; 3- *Implementação da consulta de enfermagem em pré-operatório*; 4- *Envolvimento da equipe de saúde* e 5- *Análise dos Dados*). Você participará da etapa 1 (avaliação das necessidades dos pacientes da uro-oncologia, em perioperatório), na qual a pesquisadora o (a) observará e acompanhará as consultas admissionais a fim de identificar as necessidades educativas, as barreiras enfrentadas pelos pacientes, as orientações e exames solicitados.

Alguns participantes serão convidados a participar da etapa 4 (envolvimento da equipe de saúde), para receber o retorno e sugestões de melhoria na implementação da Consulta, nos fluxos, construção do Guia de Orientações para Pacientes e construção do Manual de Orientação do Enfermeiro na Consulta, com 3 encontros online previamente agendados. Ao aceitar este termo, você está ciente e de acordo com esta possibilidade.

Antes de iniciar a rotina de consultas, a pesquisadora apresentará detalhadamente as etapas da pesquisa. A pesquisadora observará sua atuação nas consultas.

### **BENEFÍCIOS**

Você não será remunerado por sua participação e esta pesquisa não oferecerá benefícios diretos a você. O estudo será útil para o paciente e o cuidador em que, a partir de uma entrevista, seja oferecida uma assistência focada em suas necessidades. Se você concordar com o uso de suas informações e/ou do material do modo descrito acima, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa.

---

Rubrica do participante ou  
representante legal

---

Rubrica do investigador  
responsável



O benefício principal é possibilitar no futuro, com os resultados alcançados com esta pesquisa, viabilizar uma assistência personalizada, de acordo com as necessidades apresentadas pelo paciente/família, economia para a instituição com a otimização dos fluxos assistenciais e a autonomia do paciente.

### **RISCOS**

A pesquisa não afetará a rotina dos pacientes e dos profissionais de saúde, nem modificará a dinâmica do tratamento. Portanto, apresenta riscos mínimos. Profissionais e pacientes podem apresentar algum constrangimento ao serem observados em suas rotinas e consultas.

Para que esse risco seja minimizado, as entrevistas e os questionários serão individuais, realizados em um consultório reservado, sendo mantida a privacidade. O material ficará arquivado, por cinco anos e será usado apenas para fins de pesquisa. Após o tempo determinado, os arquivos impressos serão incinerados.

Caso você se sinta constrangido, ou perceba que o paciente não está confortável com a presença do pesquisador durante a consulta, basta sinalizar para que o observador se retire do seu consultório. Serão tomados todos os cuidados para manter o seu anonimato.

### **CUSTOS**

Se você concordar com a participação nessa pesquisa, você não terá quaisquer custos ou despesas (gastos) pela sua participação.

### **CONFIDENCIALIDADE**

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre a sua saúde e seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados coletados para a

\_\_\_\_\_  
Rubrica do participante ou  
representante legal

\_\_\_\_\_  
Rubrica do investigador  
responsável



realização da pesquisa. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

#### **BASES DA PARTICIPAÇÃO**

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito, ou mudança no seu tratamento e acompanhamento médico nesta instituição. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a sua participação será imediatamente interrompida.

#### **GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS**

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para a Elaine Vieira Cavalcanti no telefone (21) 99055-1388 de 14h às 17hs, às terças ou quintas-feiras. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIRIO e pelo CEP do INCA, que estão formados por profissionais de diferentes áreas, que revisam os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos as pessoas que se voluntariam à participar destes. Se tiver perguntas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode entrar em contato com o CEP da UNIRIO, na Av Pasteur 296, subsolo do Prédio da Nutrição, Urca, nos telefones 2542-7796 ou também pelo e-mail [cep.unirio@cep.com](mailto:cep.unirio@cep.com) ou com o CEP do INCA, na Rua do Resende N°128, Sala 203, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 hs, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: [cep@inca.gov.br](mailto:cep@inca.gov.br)

\_\_\_\_\_  
Rubrica do participante ou  
representante legal

\_\_\_\_\_  
Rubrica do investigador  
responsável



Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

### CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação de permissão para o uso das informações contidas no meu registro médico e de parte de meu tumor e/ou meu sangue obtidos durante o atendimento nesse hospital. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas

Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

Nome e Assinatura do participante	/ / Data
Nome e Assinatura do Responsável Legal/Testemunha Imparcial (quando pertinente)	/ / Data

\_\_\_\_\_  
Rubrica do participante ou  
representante legal

\_\_\_\_\_  
Rubrica do investigador  
responsável



Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao profissional indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir **peço, mesmo**. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste profissional para a participação desta pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Rubrica do participante ou representante legal

\_\_\_\_\_  
Rubrica do investigador responsável


## APÊNDICE 4 – TERMO DE ANUÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO (CEP UNIRIO) – DIREÇÃO DO HOSPITAL DO CÂNCER I



### TERMO DE ANUÊNCIA

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva está de acordo com a execução do projeto Elaboração de um Plano de Atendimento para Pacientes em Perioperatório de Uro-Oncologia, coordenado pelo pesquisador Elaine Vieira Cavalcanti, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGSTEH-UNIRIO) e Tecnologista Pleno do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição (disponibilizar espaço físico para a coleta de dados, autorizar a participação de funcionários na pesquisa, fornecer acesso aos dados internos da Instituição e/ou aos prontuários de pacientes assistidos na Instituição). Esta instituição tem conhecimento da pesquisa e de suas repercussões orçamentárias e se compromete a assegurar a segurança e bem-estar dos participantes em atendimento à Resolução 466 de 2012 e/ou 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares.

Rio de Janeiro, 05 de maio de 2023

  
Dr. Roberto Rego Monteiro de Araujo Lima  
Diretor do Hospital do Câncer I – INCA

Dr. Roberto R. M. de Araujo Lima  
CRM: 52-3894-4-3  
Diretor do Hospital do Câncer - I  
Instituto Nacional de Câncer - INCA

- ( ) Autorizo o disposto acima  
( ) Autorizo citar o nome da instituição

rubrica \_\_\_\_\_  
rubrica \_\_\_\_\_



**APÊNDICE 5– TERMO DE ANUÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO  
(CEP INCA) – DIREÇÃO DO HOSPITAL DO CÂNCER I**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

www.inca.gov.br

**TERMO DE ANUÊNCIA**

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, CNPJ/MF00.394.544/0171-50, com sede na Praça da Cruz Vermelha, nº23, Centro – Rio de Janeiro-RJ, representado pelo Dr Roberto Rego Monteiro de Araujo Lima, abaixo assinado, na qualidade de Diretor do Hospital do Câncer I, vem por meio desta confirmar, para os devidos fins junto ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/MS), a firme intenção de participar do projeto de pesquisa *Elaboração de um Plano de Atendimento para Pacientes em Perioperatório de Uro-Oncologia*, coordenado pela Mestranda Elaine Vieira Cavalcanti e que terá como pesquisador responsável nessa instituição a Mestranda Elaine Vieira Cavalcanti.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do CNS. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição participante deste projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Rio de Janeiro 05 de maio de 2023

Assinatura do Responsável pela Instituição

Carimbo identificador do Responsável pela Instituição

Dr. Roberto R. M. de Araujo Lima  
CRM: 52-38944-4  
Diretor do Hospital do Câncer - I  
Instituto Nacional de Câncer - INCA

## **APÊNDICE 6 – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO**

Observar o fluxo de atendimento dos pacientes;

Observar quem tem o primeiro contato com o paciente ao chegar no ambulatório;

Observar onde é a sala de espera;

Observar como é realizado o acolhimento;

Observar quanto tempo leva da chegada do paciente até a sua admissão na enfermaria;

Observar interferentes e barreiras que atuam no ambulatório em relação ao acolhimento no pré-operatório

## APÊNDICE 7 – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PACIENTES NO 3º DIA PÓS-OPERATÓRIO

Id (número): \_\_\_\_\_

Faixa etária:

( ) 18 a 30 anos ( ) 31 a 40 anos ( ) 41 a 50 anos ( ) 51 a 60 anos ( ) 61 a 70 anos  
( ) 71 a 80 anos ( ) 81 a 90 anos ( ) 91 a 100 anos

Sexo: \_\_\_\_\_ Religião \_\_\_\_\_ Raça/cor: \_\_\_\_\_

Escolaridade:

( ) Analfabeto ( ) Fundamental incompleto ( ) Fundamental completo ( ) Médio incompleto  
( ) Médio completo ( ) Ensino superior incompleto ( ) Ensino Superior completo ( ) Pós-Graduação

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Residência atual (bairro/município/cidade): \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) com companheiro ( ) Sem companheiro Ocupação: \_\_\_\_\_

Renda Familiar:

( ) Até 2 salários mínimos ( ) De 2 a 4 salários mínimos ( ) de 4 a 10 salários mínimos  
( ) De 10 a 20 salários mínimos ( ) Acima de 20 salários mínimos

Possui comorbidades?

( ) Não ( ) Sim Se sim, quais? ( ) Diabetes ( ) Hipertensão

Outras \_\_\_\_\_

Doença Oncológica: \_\_\_\_\_ Cirurgia realizada \_\_\_\_\_

Tabagista? ( ) sim ( ) não Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_ quantos  
maços ou cigarros por dia? \_\_\_\_\_

Ex-Tabagista ( ) sim ( ) não Se sim, por quanto tempo? \_\_\_\_\_

Etilista? ( ) sim ( ) não Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_

1. Como você se sentiu quando soube que teria que realizar uma cirurgia?

2. Quando você foi recepcionado no ambulatório, foram fornecidas informações do que iria ser feito?

3. Você compreendeu a cirurgia que seria realizada em você?

4. O que você sentiu falta nessa abordagem?

5. O que é importante ter na consulta pré-operatória para você?

6. Quais foram os seus maiores medos à admissão hospitalar?

7. Neste momento, depois da cirurgia, você acha que foi exatamente como você esperava?

Não \_\_\_\_

Sim \_\_\_\_ ----- O que faltou? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Você pode contar com alguma rede de apoio familiar ou amizade para compartilhar este momento na sua vida, acompanhar nas consultas, exames?

9. De zero a dez (onde zero é um péssimo atendimento e dez um atendimento excelente), qual nota que você daria ao atendimento recebido antes da cirurgia

## ANEXO 1- PARECERES DOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO -  
UNIRIO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE ATENDIMENTO PARA PACIENTES EM PERIOPERATÓRIO DE URO-ONCOLOGIA

**Pesquisador:** Elaine Vieira Cavalcanti

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 70384723.1.0000.5285

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.150.717

#### Apresentação do Projeto:

Textos dos itens "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" retirados dos documentos do projeto inseridos na Plataforma Brasil pelo(a) pesquisador(a) responsável ou qualquer membro da equipe de pesquisa.

\*Estudo qualitativo, com o delineamento da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) aplicado na elaboração de um plano de atendimento para pacientes em perioperatório de uro-oncologia. Os participantes da pesquisa serão pacientes admitidos no serviço de urologia, médicos e profissionais de enfermagem do ambulatório de urologia e da internação. Será realizada uma avaliação das necessidades destes pacientes, através da observação do fluxo dos pacientes da chegada do ambulatório à enfermaria, da entrevista com pacientes no 3º dia pós-operatório, da entrevista com médicos que admitem os pacientes no ambulatório e da entrevista com profissionais de enfermagem. Será construído um Guia de Orientações para Pacientes em Perioperatório de Câncer Urológico e implementada a consulta de enfermagem em pré-operatório. Durante a pesquisa, os dados serão analisados através da ferramenta de melhoria contínua PDCA (Plan, Do, Check, Act) que significa Planejar, Fazer, Checar e Corrigir. Essa é

**Endereço:** Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição  
**Bairro:** Urca **CEP:** 22.290-240  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO -  
UNIRIO



Continuação do Parecer: 6.150.717

uma ferramenta de gestão de qualidade que tem como objetivo a resolução de problemas, monitorar resultados, planejar ações preventivas e testar mudanças.”

“Os participantes da pesquisa serão pacientes admitidos no serviço de urologia, médicos e profissionais de enfermagem do ambulatório de urologia e da internação. Será realizada uma avaliação das necessidades destes pacientes, através da observação do fluxo dos pacientes da chegada do ambulatório à enfermaria, da entrevista com pacientes no 3º dia pós-operatório, da entrevista com médicos que admitem os pacientes no ambulatório e da entrevista com profissionais de enfermagem. Será construído um Guia de Orientações para Pacientes em Perioperatório de Câncer Urológico e implementada a consulta de enfermagem em pré-operatório.”

**Objetivo da Pesquisa:**

\*Objetivo Primário:

Elaborar um plano de atendimento para pacientes em perioperatório de uro-oncologia

Objetivo Secundário:

Identificar quais são as maiores necessidades dos pacientes com cânceres urológicos em pré-operatório; Construir um Guia de Orientações para Pacientes em Perioperatório de Câncer Urológico; Implementar a consulta de enfermagem pré-operatória, com foco no ensino a respeito do procedimento cirúrgico a ser realizado”

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**


\*Riscos:

A pesquisa apresenta riscos mínimos, pois profissionais e pacientes podem apresentar algum constrangimento ao serem observados em suas rotinas e consultas e durante a entrevista. Para que esse risco seja minimizado, as entrevistas e observações serão individuais, realizadas em um consultório reservado, sendo mantida a privacidade.

Benefícios:

O benefício principal é possibilitar no futuro, com os resultados alcançados com esta pesquisa, viabilizar uma assistência personalizada, de acordo com as necessidades apresentadas pelo paciente/família; economia para a instituição, com a

**Endereço:** Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição  
**Bairro:** Urca **CEP:** 22.290-240  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO -   
UNIRIO

Continuação do Parecer: 6.150.717

otimização dos fluxos assistenciais e a autonomia do paciente"

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de pesquisa vinculada ao PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO HOSPITALAR – MESTRADO PROFISSIONAL (PPGSTEH). Protocolo de pesquisa exequível, com temática relevante e método que permite o alcance dos objetivos propostos. A equipe de pesquisa demonstra preocupação ética com os participantes.

Há previsão de inclusão de 60 participantes. "Critério de Inclusão:

Critérios de inclusão dos pacientes: vindos do SER (Sistema Estadual de Regulação), diagnosticados com câncer urológico entre julho e setembro

de 2023, recém matriculados no ambulatório de uro-oncologia do CACON.

Critérios de inclusão dos profissionais (de enfermagem e médicos): todos os profissionais de enfermagem da unidade de internação em urooncologia e do ambulatório especializado, além de todos os médicos que admitem ambulatorialmente

os pacientes em pré-operatório.

Critério de Exclusão:

Critérios de exclusão dos pacientes: pacientes que forem encaminhados para outras clínicas.

Critérios de exclusão dos profissionais (de enfermagem e médicos): profissionais que estiverem de férias ou em afastamento, de qualquer natureza."

O INCA foi inserido na PB como Instituição Coparticipante.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados: Folha de rosto adequada; Projeto detalhado; Termo de anuência devidamente assinado; Roteiros de entrevistas específicos para equipe de enfermagem, médicos e pacientes; roteiro de observação; TCUD; Termo de compromisso do pesquisador; TCLE específicos para pacientes, profissionais médicos e profissionais de enfermagem; Cronograma com coleta de dados prevista para iniciar em agosto/2023; Orçamento com financiamento próprio.

**Recomendações:**

-

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não foram identificadas pendências.

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição  
 Bairro: Urca CEP: 22.290-240  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2542-7796 E-mail: cep@unirio.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO -  
UNIRIO**



Continuação do Parecer: 6.150.717

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezado(a) Pesquisador(a),

Inserir os relatórios parcial(is) (a cada 6 meses) e final da pesquisa na Plataforma Brasil por meio de Notificação.

Consulte o site do CEP UNIRIO ([www.unirio.br/cep](http://www.unirio.br/cep)) para identificar materiais e informações que podem ser úteis, tais como:

- a) Modelos de relatórios e como submetê-los (sub abas "Relatórios" e "Notificações" e aba "Materiais de apoio e tutoriais");
- b) Situações que podem ocorrer após aprovação do projeto (mudança de cronograma e da equipe de pesquisa, alterações do protocolo pesquisa; observação de efeitos adversos, ...) e a forma de comunicação ao CEP (aba "Tramitação após aprovação do projeto" e suas sub abas).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2140463.pdf	01/06/2023 10:55:15		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMaio2023.pdf	01/06/2023 10:53:00	Elaine Vieira Cavalcanti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pacientes.pdf	01/06/2023 10:51:53	Elaine Vieira Cavalcanti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Medicos.pdf	01/06/2023 10:51:44	Elaine Vieira Cavalcanti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Enfermagem.pdf	01/06/2023 10:51:34	Elaine Vieira Cavalcanti	Aceito
Outros	Roteiro_Entrevista_Pacientes.pdf	19/05/2023 21:40:42	Elaine Vieira Cavalcanti	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	19/05/2023 14:26:56	Elaine Vieira Cavalcanti	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso_para_Uso_de_Dados.pdf	19/05/2023 14:25:11	Elaine Vieira Cavalcanti	Aceito
Declaração de	declaracoes_pesquisador_v2.pdf	19/05/2023	Elaine Vieira	Aceito

**Endereço:** Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição  
**Bairro:** Urca **CEP:** 22.290-240  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2542-7796 **E-mail:** [cep@unirio.br](mailto:cep@unirio.br)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO -  
UNIRIO



Continuação do Parecer: 6.150.717

Pesquisadores	declaracoes_pesquisador_v2.pdf	14:11:16	Cavalcanti	Aceito
Outros	Roteiro_Entrevista_Profissionais_de_Enf ermagem.pdf	19/05/2023 14:10:21	Elaine Vieira Cavalcanti	Aceito
Outros	Roteiro_Entrevista_Medicos.pdf	19/05/2023 14:09:24	Elaine Vieira Cavalcanti	Aceito
Outros	Roteiro_de_Observacao.pdf	19/05/2023 14:08:56	Elaine Vieira Cavalcanti	Aceito
Outros	Termo_Anuencia_UNIRIO.pdf	19/05/2023 14:07:38	Elaine Vieira Cavalcanti	Aceito
Declaração de concordância	Termo_Anuencia_INCA.pdf	19/05/2023 14:05:35	Elaine Vieira Cavalcanti	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 29 de Junho de 2023

Assinado por:

**ANDRESSA TEOLI NUNCIARONI FERNANDES**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição  
**Bairro:** Urca **CEP:** 22.290-240  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br



INSTITUTO NACIONAL DE  
CÂNCER JOSÉ ALENCAR  
GOMES DA SILVA - INCA



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE ATENDIMENTO PARA PACIENTES EM PERIOPERATÓRIO DE URO-ONCOLOGIA

**Pesquisador:** Elaine Vieira Cavalcanti

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 70384723.1.3001.5274

**Instituição Proponente:** Hospital do Câncer I

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.259.993

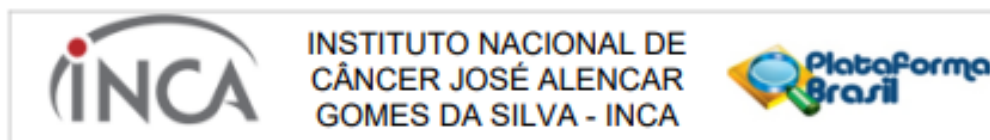
#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2171720.pdf" de 2/7/2023.

#### INTRODUÇÃO:

O câncer é um problema de saúde pública e uma das principais causas de morte no mundo. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde, foram notificadas 9,6 milhões de mortes por câncer no mundo em 2018. Estima-se uma incidência anual (triênio 2023-2025) de 704 mil novos casos de câncer, de acordo com o INCA (2022). Sou enfermeira assistencial de um setor especializado em uro-oncologia. Na internação, recebemos pacientes com câncer de próstata, bexiga, rins, testículo e pênis, provenientes do ambulatório, para tratamento cirúrgico. O fluxo dos pacientes é extremamente fragmentado. Eles chegam cedo no hospital, realizam o teste de covid e aguardam o resultado. Alguns passam pela consulta médica e, à tarde, internam. Os pacientes chegam junto com seus prontuários, faltando exames pré-operatórios como raio-x, eletrocardiograma, exames de sangue, o que gera um grande desconforto para eles e profissionais da equipe noturna, que acabam por assumir a responsabilidade de realizá-los para que o paciente não tenha a cirurgia suspensa no dia seguinte. Não existe consulta de enfermagem ambulatorial. Esses pacientes são diretamente conduzidos para a enfermaria, por maqueiros. A grande maioria é

**Endereço:** RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 20.231-092  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 6.259.993

admitida com picos hipertensivos significativos. Muitos operam no dia seguinte, quando se enxergam com cateteres, drenos, incisões cirúrgicas e outros dispositivos, que geram inúmeras dúvidas, expectativas, ansiedade e alteração da imagem corporal. É um problema bastante grave, que pode gerar repercussões negativas no pós-operatório.

**HIPÓTESE:**

Não se aplica.

**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:**

Crítérios de inclusão dos pacientes: vindos do SER (Sistema Estadual de Regulação), diagnosticados com câncer urológico entre julho e setembro de 2023, recém matriculados no ambulatório de uro-oncologia do CACON. Critérios de inclusão dos profissionais (de enfermagem e médicos): todos os profissionais de enfermagem da unidade de internação em urooncologia e do ambulatório especializado, além de todos os médicos que admitem ambulatorialmente os pacientes em pré-operatório.

**CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:**

Crítérios de exclusão dos pacientes: pacientes que forem encaminhados para outras clínicas. Critérios de exclusão dos profissionais (de enfermagem e médicos): profissionais que estiverem de férias ou em afastamento, de qualquer natureza.

**DESFECHOS**

Desfecho Primário:

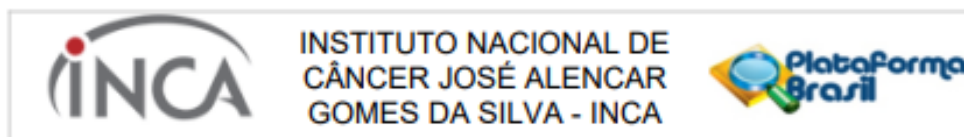
Não se aplica.

Desfecho Secundário:

**METODOLOGIA:**

Será realizada uma abordagem qualitativa do tipo convergente assistencial (TRENTINI;PAIM, 1999) aplicada no desenvolvimento do pacote de cuidados perioperatório, em um ambulatório especializado em uro-oncologia. Esta pesquisa será desenvolvida em 05 Etapas: Etapa 1- Avaliação das necessidades dos pacientes da uro-oncologia, em perioperatório; Etapa 2- Elaboração de um Guia de Orientações para Pacientes em Perioperatório com Câncer Urológico; Etapa 3-

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204  
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 6.259.993

Implementação da consulta de enfermagem em pré-operatório  
 Etapa 4- Envolvimento da equipe de saúde  
 Etapa 5- Análise dos Dados

**Metodologia de análise de dados:**

Durante a pesquisa, que durará três meses, os dados serão analisados através da ferramenta de melhoria contínua PDCA (Plan, Do, Check, Act) que significa Planejar, Fazer, Checar e Corrigir, essa é uma ferramenta de gestão de qualidade que tem como objetivo a resolução de problemas, monitorar resultados, planejar ações preventivas e testar mudanças (ALPENDRE et. al, 2017). Cada etapa do será analisada quanto ao sucesso e obtenção dos resultados esperados e esta avaliação é determinante para a evolução entre as etapas. E, como definido na PCA, a pesquisadora construirá em conjunto com a equipe de enfermagem o desenho do fluxo, impressos e o Guia de Orientações para Pacientes em Perioperatório de Câncer Urológico

**Detalhamento:**

TAMANHO DA AMOSTRA NO BRASIL: 60

TAMANHO DE AMOSTRA NO CENTRO: 60

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Elaborar um plano de atendimento para pacientes em perioperatório de uro-oncologia

**Objetivo Secundário:**

Identificar quais são as maiores necessidades dos pacientes com cânceres urológicos em pré-operatório; Construir um Guia de Orientações para Pacientes em Perioperatório de Câncer Urológico; Implementar a consulta de enfermagem pré-operatória, com foco no ensino a respeito do procedimento cirúrgico a ser realizado

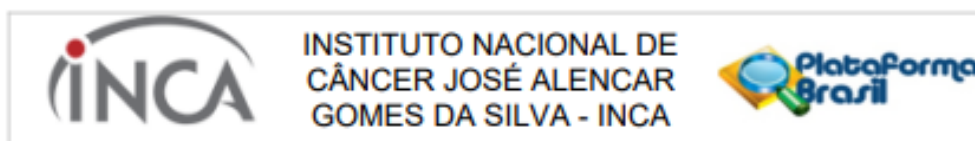
**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme informados pelo pesquisador:

**RISCOS:**

A pesquisa apresenta riscos mínimos, pois profissionais e pacientes podem apresentar algum constrangimento ao serem observados em suas rotinas e consultas e durante a entrevista. Para que esse risco seja minimizado, as entrevistas e observações serão individuais, realizadas em um

**Endereço:** RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 20.231-092  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** oep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 6.259.993

consultório reservado, sendo mantida a privacidade.

#### **BENEFÍCIOS:**

O benefício principal é possibilitar no futuro, com os resultados alcançados com esta pesquisa, viabilizar uma assistência personalizada, de acordo com as necessidades apresentadas pelo paciente/família; economia para a instituição, com a otimização dos fluxos assistenciais e a autonomia do paciente.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

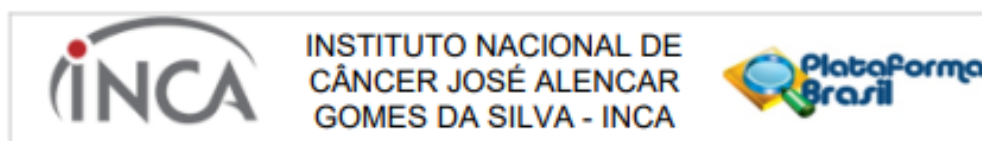
Vide Item "Conclusões ou Pendências e Listas de Inadequações"

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: Documento devidamente preenchido, datado e assinado
- 2) Projeto de Pesquisa: Adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: Adequado/apresentado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Adequado
- 5) Cronograma: Adequado
- 6) Formulário para Submissão de Estudos no INCA: Adequado
- 7) Currículo do pesquisador principal e demais colaboradores: Contemplados no documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_ 2171720.pdf"
- 8) Documentos necessários para armazenamento de material biológico humano em biorrepositório/biobanco:
  - Justificativa de necessidade para utilização futura de amostra armazenada: (Apresentado, Não apresentado ou Não se aplica)
  - Regulamento/Regimento de Biorrepositório(s): (Não se aplica)

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204  
Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: oep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 6.259.993

- Termo de Acordo em Pesquisa envolvendo mais de uma instituição: (Não se aplica)
- Constituição ou participação em biorrepositório no exterior: (Não se aplica)

**Recomendações:**

**ORIENTAÇÕES GERAIS PARA A CONDUÇÃO DE PROTOCOLOS DE PESQUISA NO CENÁRIO DA COVID-19 (Comunicado Conep - SEI/MS – 0014765796):**

a. Aconselha-se a adoção de medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa.

b. Em observância às dificuldades operacionais decorrentes de todas as medidas impostas pela pandemia do SARS-CoV-2 (Covid-19), é necessário zelar pelo melhor interesse do participante da pesquisa, mantendo-o informado sobre as modificações do protocolo de pesquisa que possam afetá-lo, principalmente se houver ajuste na condução do estudo, cronograma ou plano de trabalho.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não foram observados óbices éticos à realização do presente projeto de pesquisa

**Considerações Finais a critério do CEP:**

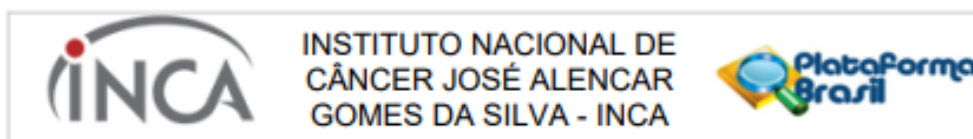
O CEP/INCA assegura a ética em todas as suas análises, evitando possíveis conflitos de interesses nas avaliações e na emissão de pareceres.

Destarte, garantimos que nenhum componente da equipe deste estudo participou, analisou, aprovou e/ou expressou posicionamento sobre análise ou parecer consubstanciado do mesmo.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS Nº 466/2012 manifesta-se pela aprovação do presente projeto de pesquisa.

Informações ao pesquisador: segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa, e resolução nº 466/2012 do CNS, o pesquisador responsável deverá:

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204  
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



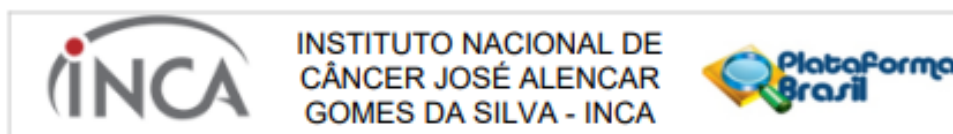
Continuação do Parecer: 6.259.993

1. Entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, na íntegra, por ele assinada;
2. Desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado;
3. Apresentar ao CEP/INCA eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa;
4. Apresentar ao CEP/INCA relatório parcial (a cada 6 meses) e final após conclusão da pesquisa.
5. Descontinuar o estudo somente após análise e manifestação, por parte do Sistema CEP/CONEP/CNS/MS que o aprovou, das razões dessa descontinuidade, a não ser em casos de justificada urgência em benefício de seus participantes (Res. 466/12 - CNS, item III.2u);
6. Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa (Res. 466/12 - CNS, item XI.2f);
7. Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto (Res. 466/12 - CNS, item XI. 2g);
8. Justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou não publicação dos resultados (Res. 466/12 - CNS, item XI.2h).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2171720.pdf	02/07/2023 20:03:29		Aceito
Outros	formulario_submissao_INCA.pdf	02/07/2023 20:00:56	Elaine Vieira Cavalcanti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMaio2023.pdf	01/06/2023 10:53:00	Elaine Vieira Cavalcanti	Aceito

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204  
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 6.259.993

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pacientes.pdf	01/06/2023 10:51:53	Elaine Vieira Cavalcanti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Medicos.pdf	01/06/2023 10:51:44	Elaine Vieira Cavalcanti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Enfermagem.pdf	01/06/2023 10:51:34	Elaine Vieira Cavalcanti	Aceito
Outros	Roteiro_Entrevista_Pacientes.pdf	19/05/2023 21:40:42	Elaine Vieira Cavalcanti	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso_para_Uso_de_Dados.pdf	19/05/2023 14:25:11	Elaine Vieira Cavalcanti	Aceito
Outros	Roteiro_Entrevista_Profissionais_de_Enfermagem.pdf	19/05/2023 14:10:21	Elaine Vieira Cavalcanti	Aceito
Outros	Roteiro_Entrevista_Medicos.pdf	19/05/2023 14:09:24	Elaine Vieira Cavalcanti	Aceito
Outros	Roteiro_de_Observacao.pdf	19/05/2023 14:08:56	Elaine Vieira Cavalcanti	Aceito
Outros	Termo_Anuencia_UNIRIO.pdf	19/05/2023 14:07:38	Elaine Vieira Cavalcanti	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 24 de Agosto de 2023

Assinado por:

**Antonio Abílio Pereira de Santa Rosa  
(Coordenador(a))**

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204  
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: oep@inca.gov.br