UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LUCIANA REGINA FERREIRA DA MATA

Efetividade de um programa de ensino para o cuidado domiciliar de pacientes
submetidos à prostatectomia radical: ensaio clínico randomizado.

Ribeirão Preto

2013

LUCIANA REGINA FERREIRA DA MATA

Efetividade de um programa de ensino para o cuidado domiciliar de pacientes submetidos à prostatectomia radical: ensaio clínico randomizado.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica do processo de cuidar em enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Emília Campos de Carvalho
Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria da Graça Pereira Alves

Ribeirão Preto

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Serviço de Documentação em Enfermagem

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Universidade de São Paulo

FICHA CATALOGRÁFICA

Mata, Luciana Regina Ferreira da

Efetividade de um programa de ensino para o cuidado domiciliar de pacientes submetidos à prostatectomia radical: ensaio clínico randomizado. Ribeirão Preto, 2013.

191 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Campos de Carvalho, Emília.

Co-orientadora: Pereira Alves, Maria da Graça.

1. Prostatectomia. 2. Plano de ensino. 3. Enfermagem perioperatória. 4. Alta hospitalar. 5. Ensaio clínico.

FOLHA DE APROVAÇÃO

MATA, Luciana Regina Ferreira da

Efetividade de um programa de ensino para o cuidado domiciliar de pacientes submetidos à prostatectomia radical: ensaio clínico randomizado.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica do processo de cuidar em enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Emília Campos de Carvalho
Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria da Graça Pereira Alves

Aprovado em//

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

DEDICATÓRIA

À Deus,

por permitir que este momento acontecesse. Sentir a Sua presença como
direcionador do meu caminho é inexplicável.

Aos meus maravilhosos pais João e Iêda,

por nunca medirem esforços para me proporcionar o melhor estudo; pela
cumplicidade frente a
minha trajetória e decisões.

Ao meu querido Allyson,

pelo incentivo constante, por compreender com sabedoria a minha ausência em
diversos momentos. Certamente, o trabalho se torna mais prazeroso quando temos
apoio e atenção de quem amamos.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À profa. Dra. Emília Campos,

por acreditar em mim e na proposta de estudo. Obrigada pela orientação, pela seriedade e empenho durante todo o nosso convívio. Sua competência profissional e sabedoria em lidar com os desafios diários são os meus parâmetros para seguir na carreira acadêmica.

À profa. Dra. Graça Pereira,

por aceitar com tanto empenho o convite para co-orientação deste estudo. Pela acolhida em Portugal e em seu grupo de pesquisa. Seu rigor metodológico e amplo conhecimento foram valiosos para os achados deste estudo. Muito obrigada por permitir que eu vivenciasse uma experiência tão enriquecedora.

AGRADECIMENTOS

Aos pacientes,

que tornaram possível a realização do estudo, o meu sincero agradecimento.

À profa. Dra. Anamaria Napoleão,

por despertar o meu interesse e admiração pela pesquisa relacionada ao paciente prostatectomizado. Obrigada pelas suas contribuições no exame de qualificação e amizade. Você é muito especial!

À profa. Dra. Tânia Chianca,

por me acompanhar durante a trajetória do doutorado e permitir que eu compartilhasse as minhas dúvidas e angústias vivenciadas em alguns momentos. De forma sábia e carinhosa sempre me direcionou para o melhor caminho.

À profa. Dra. Rosana Spadoti Dantas,

pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

Aos urologistas de Divinópolis,

por apoiarem a condução da pesquisa e acreditarem na contribuição dos resultados para a melhoria do cuidado a esses indivíduos.

Ao urologista prof. Dr. Denny Veloso,

por contribuir com o seu conhecimento clínico durante algumas etapas da pesquisa e incentivar a realização do estudo no município de Divinópolis.

À querida Cássia R. Gontijo Gomes,

pelo auxílio ímpar durante a realização do estudo. Serei eternamente grata por todo o empenho despendido.

Às grandes amigas Cristiane Souza, Patrícia Braga e Liliane Silva,
pela torcida diária, apoio e doces palavras nos momentos desafiadores. Minhas
amigas de fé, que em muitos momentos me ajudaram a aliviar o fardo.

À Rosemeire Garcia,
pelo convívio, carinho e auxílio no laboratório de Comunicação em Enfermagem.

***Às colegas do grupo de pesquisa e da EERP/USP, em especial às amigas que
conquistei - Adriane Jansen, Christiane Vasques, Marília Valim, Simone
Manzoni e Patrícia Prudêncio,***
por compartilharem o conhecimento, as dúvidas e as incertezas da vida acadêmica.

À querida Silvia Pucci,
que Deus colocou em meu caminho e tanto facilitou a minha instalação em Portugal
e adaptação à nova cultura. Obrigada pela acolhida ímpar e também por
compartilhar do seu conhecimento.

***Aos membros do grupo de pesquisa de Portugal, em especial à Susana
Pedras, Cristina Paredes e Gabriela Ferreira,***
por se mostrarem sempre disponíveis para esclarecer minhas dúvidas relacionadas
à estatística.

***Aos amigos que fiz em Portugal, em especial à Edmara, Eliana, Edilana,
Leonice e ao querido casal Marly e Carlos,***
pela companhia tão agradável e convivência diária. Deixaram saudades.

***Aos amigos da UFSJ, em especial, aos membros do grupo de atuação docente
saúde do adulto e idoso,***
pelo apoio e compreensão durante a caminhada.

Ao CNPq e ao Santander Universidades,
pelo auxílio financeiro.

"O valor de todo o conhecimento está no seu vínculo com as nossas necessidades, aspirações e ações; de outra forma, o conhecimento torna-se um simples lastro de memória, capaz apenas - como um navio que navega com demasiado peso - de diminuir a oscilação da vida quotidiana."

(V. O. Kliutchevski)

RESUMO

MATA, L.R.F. Efetividade de um programa de ensino para o cuidado domiciliar de pacientes submetidos à prostatectomia radical: ensaio clínico randomizado. 2013. 191 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

O estudo teve como objetivo avaliar a efetividade de um programa de ensino para o cuidado domiciliar de pacientes submetidos à prostatectomia radical, a partir das seguintes dimensões: autoeficácia geral e percebida, ansiedade, morbidade psicológica (ansiedade somada à depressão), satisfação e conhecimento. Tratou-se de um estudo experimental, longitudinal com quatro etapas em seguimento de dois meses. Em T_0 foram coletadas as variáveis sociodemográficas e clínicas, autoeficácia, ansiedade, morbidade psicológica, satisfação e conhecimento; realizada a randomização dos sujeitos em dois grupos: Intervenção (GI, $n=34$) e Controle (GC, $n=34$); e iniciou-se a intervenção com entrega do livreto e orientação oral. Em T_1 realizou-se a primeira chamada telefônica entre o terceiro e o quinto dia pós-alta hospitalar; e, em T_2 , a segunda chamada telefônica, 30 dias após a alta. Dois meses após T_0 , no segundo retorno médico, foram mensuradas as variáveis autoeficácia, ansiedade, morbidade psicológica, conhecimento e satisfação em ambos os grupos (T_3). O primeiro objetivo proposto foi comparar as variáveis no GI em relação ao GC, no pós-teste. Foram identificadas diferenças significativas entre os grupos para as variáveis satisfação ($p = 0,000$) e conhecimento ($p = 0,000$). O segundo objetivo foi relacionar as variáveis no GI, no pós-teste. Constatou-se correlação positiva de forte magnitude entre as variáveis ansiedade e morbidade psicológica ($r = 0,858$; $p = 0,000$) e de moderada magnitude entre as variáveis satisfação e conhecimento ($r = 0,410$; $p = 0,016$). O terceiro objetivo foi comparar as variáveis no GI e GC no pré-teste e pós-teste. Não houve diferenças significativas, intra-sujeitos nos dois grupos, ao nível das variáveis autoeficácia, ansiedade e morbidade psicológica. Contudo, ressalta-se que para as variáveis autoeficácia ($F = 3,566$ $p = 0,068$) e ansiedade ($F = 3,194$ $p = 0,83$) identificou-se diferença marginalmente significativa. No que se refere à satisfação ($z = -4,170$ $p = 0,000$) e ao conhecimento ($z = -5,090$ $p = 0,000$), foram identificadas mudanças estatisticamente significativas. No GC, também houve mudança estatisticamente significativa entre os tempos para a variável conhecimento ($z = -2,800$ $p = 0,005$). Finalmente, o quarto objetivo foi verificar se as variáveis dependentes, que apresentaram mudanças estatisticamente significativas do pré-teste para o pós-teste no GC e GI, também apresentaram mudança clínica significativa. Calculou-se, portanto, o índice de mudança confiável e a significância clínica a partir do método JT para a variável conhecimento, por ser a única variável mensurada por meio de escala numérica que apresentou diferença estatística no GI e também no GC, do pré-teste para o pós-teste. Assim, no GI, para 30 indivíduos, a intervenção apresentou mudança clinicamente relevante em relação ao conhecimento. Já no GC, nenhum dos 34 indivíduos apresentou significância clínica dos resultados relacionada a essa variável, ou seja, a significância estatística identificada pelos testes inferenciais não representou mudanças clinicamente relevantes ao nível da variável conhecimento. Conclui-se que o programa de ensino realizado por meio da

combinação de orientação oral, escrita e acompanhamento telefônico mostrou-se efetivo no âmbito da melhoria do conhecimento quanto aos cuidados em domicílio e da satisfação dos indivíduos.

Descritores: Câncer de próstata, Prostatectomia, Educação em saúde, Alta do paciente, Ensaio clínico.

ABSTRACT

MATA, L.R.F. Effectiveness of a teaching program for home care of patients undergoing to radical prostatectomy: randomized clinical trial. 2013. 191 f. Thesis (Doctoral) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of the São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

This study aimed at evaluating the effectiveness of a teaching program for the household care of patients submitted to radical prostatectomy from the following dimensions: general and perceived self-efficacy, anxiety, psychological morbidity (anxiety plus depression), satisfaction and knowledge. This was an experimental, longitudinal study, with four stages in two month segment. In T_0 , we collected the socio-demographic and clinical variables, self-efficacy, anxiety, psychological morbidity, satisfaction and knowledge; performing the randomization of the subjects in two groups: intervention (GI, $n = 34$) and control (GC, $n = 34$); and began the intervention with the delivery of the booklet and oral orientation. In T_1 , we performed the first phone call between the third and fifth day post-hospital release; and, in T_2 , the second phone call, 30 days after release. Two months after T_0 , in the second medical follow-up, we measured the variables: self-efficacy, anxiety, psychological morbidity, knowledge and satisfaction, in both groups (T_3). The first objective proposed was comparing the variables in GI in relation to those on GC in the post-test. We identified significant differences between the groups for the satisfaction ($p = 0,000$) and knowledge ($p = 0,000$) variables. The second objective was relating the variables in GI, in the post-test. We verified a positive correlation of strong magnitude between the anxiety and psychological morbidity variables ($r = 0,410$; $p = 0,016$) and moderate magnitude between variables satisfaction and knowledge ($r = 0,410$; $p = 0,016$). The third objective was comparing the variables in the GI and GC in the pre and post-tests. There were no significant differences, intra-subjected in both groups, at the level of the self-efficacy, anxiety and psychological morbidity variables. However, we highlight that, for the self-efficacy ($F = 3,566$; $p = 0,068$) and anxiety ($F = 3,194$; $p = 0,83$), we identified marginally significant difference. In regard to satisfaction with the orientations received ($z = -4,170$; $p = 0,000$), and to knowledge ($z = -5,090$; $p = 0,000$), we verified statistically significant changes. In GC, there were also statistically significant changes between the times for the knowledge variable ($z = -2,800$; $p = 0,005$). Finally, the forth objective was to verify if the dependant variables, which presented statistically significant changes from the pre-test to the post-test in GC and GI, also presented significant clinical changes. Therefore, we calculated the index of reliable change and the clinical significance with the JT method for the knowledge variable, for being the only variable to be measured by a numeric scale statistical difference in the GI and GC, from the pre-test to the post-test. Thus, in GI, the intervention presented clinically relevant change for the knowledge variable for 30 individuals. In the GC, none of the 34 individuals presented clinical significance of the results related to this variable, that is, the statistical significance identified by the inferential tests did not represent clinically relevant changes at the level of the knowledge variable. We conclude that the teaching program performed by means of the combination of oral and written orientation, and monitoring by telephone was effective in improving the knowledge in regard to home care and satisfaction of the individuals.

Descriptors: Prostate cancer, Prostatectomy, Health education, Patient release, Clinical trial.

RESUMEN

MATA, L.R.F. Efectividad de un programa de educación para el cuidado domiciliario de pacientes sometidos a prostatectomía radical: ensayo clínico randomizado. 2013. 190 f. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

El estudio ha tenido como objetivo evaluar la efectividad de un programa de enseñanza para el cuidado domiciliario de pacientes sometidos a prostatectomía radical, a partir de las siguientes dimensiones: autoeficacia general y percibida, ansiedad, morbilidad psicológica (ansiedad acoplada a la depresión), satisfacción y conocimiento. Se ha tratado de un estudio experimental, longitudinal, con cuatro etapas en un seguimiento de dos meses. En T_0 se obtuvieron las variables sociodemográficas y clínicas, autoeficacia, ansiedad, morbilidad psicológica, satisfacción y conocimiento; realizada la aleatorización de los sujetos en dos grupos: Intervención (GI, $n = 34$) y Controle (GC, $n = 34$); se inició la intervención con la entrega de un prospecto de instrucciones y orientación oral. En T_1 se efectuó la primera llamada telefónica entre el tercer y el quinto día post-alta hospitalaria; y, en T_2 , la segunda llamada telefónica, 30 días tras el alta. Dos meses después, T_0 , en el segundo retorno médico, se midieron las variables autoeficacia, ansiedad, morbilidad psicológica, conocimiento y satisfacción en ambos grupos. El primer objetivo propuesto fue comparar las variables en el GI con relación al GC, en el post-test (T_3). Se identificaron diferencias significativas entre los grupos para las variables satisfacción ($p = 0,000$) y conocimiento ($p = 0,000$). El segundo objetivo fue relacionar las variables en el GI, en el post-test. Se constató una correlación positiva de fuerte magnitud entre las variables ansiedad y morbilidad psicológica ($r = 0,858$; $p = 0,000$) y de moderada magnitud entre las variables satisfacción y conocimiento ($r = 0,410$; $p = 0,016$). El tercer objetivo fue comparar las variables en el GI y en el GC en el pre-test y en el post-test. No hubo diferencias significativas, intra-sujetos en los dos grupos, a nivel de las variables autoeficacia, ansiedad y morbilidad psicológica. Sin embargo, se destaca que para las variables autoeficacia ($F = 3,566$; $p = 0,068$) y ansiedad ($F = 3,194$; $p = 0,083$) se identificó una diferencia marginalmente significativa. En lo que respecta a la satisfacción con las orientaciones recibidas ($z = -4,170$; $p = 0,000$) y al conocimiento ($z = -5,090$; $p = 0,000$), se verificaron variaciones estadísticamente significativas. En el GC, también hubo variación estadísticamente significativa entre los tiempos para la variable conocimiento ($z = -2,800$; $p = 0,005$). Finalmente, el cuarto objetivo fue verificar si las variables dependientes, que presentaron variaciones estadísticamente significativas del pre-test respecto del post-test en el GC y en el GI, también presentaron variación clínica significativa. Se calculó, pues, el índice de variación confiable y su relevancia clínica a partir del método JT para la variable conocimiento, por ser la única variable medida por medio de escala numérica que presentó diferencia estadística en el GI y también en el GC, del pre-test respecto del post-test. Así, en el GI, para 30 individuos, la intervención presentó variación clínicamente relevante en relación al conocimiento. En cuanto al GC, ninguno de los 34 individuos presentaron relevancia clínica de los resultados relacionados con esa variable, o sea, la relevancia estadística identificada por los tests inferenciales no

representó variaciones clínicamente relevantes al nivel de la variable conocimiento. Se concluye que el programa de educación realizado por medio de la combinación de orientación oral, escrita y seguimiento telefónico se mostró efectiva en el ámbito de la mejora del conocimiento en cuanto a los cuidados en domicilio y de la satisfacción de los individuos.

Descriptores: Cáncer de próstata; Prostatectomía; Educación en salud; Alta del paciente; Ensayo clínico.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Resultados do teste <i>t de student</i> para amostras independentes nas variáveis sócio-demográficas numéricas.....	83
Tabela 2 -	Resultados do teste qui-quadrado para amostras independentes nas variáveis sociodemográficas categóricas.....	84
Tabela 3 -	Resultados do teste qui-quadrado para amostras independentes nas variáveis clínicas.....	85
Tabela 4 -	Teste de Normalidade <i>Kolmogorov-Smirnov</i> com correções de <i>Lilliefors</i> e de homogeneidade das variâncias <i>Levene</i>	87
Tabela 5 -	Medidas de pré-teste das variáveis dependentes estudadas e resultados do teste <i>t de student</i> para a comparação do GI e do GC.....	88
Tabela 6 -	Resultados do teste <i>Mann - Whitney</i> para a comparação do GI e GC no pré-teste.....	88
Tabela 7 -	Resultados ANCOVA para as variáveis autoeficácia, ansiedade e morbidade psicológica no pós-teste tendo como fator o Grupo: GI ou GC.....	89
Tabela 8 -	Resultados do teste Mann - Whitney para a comparação do GI e do GC no pós-teste.....	90
Tabela 9 -	Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> para as variáveis com distribuição normal e de <i>Spearman</i> para as variáveis com distribuição não normal, no pós teste: GI.....	91
Tabela 10 -	Resultados da análise <i>General linear model</i> para medidas repetidas das variáveis paramétricas, tendo como fator <i>intra sujeitos</i> o momento de coleta de dados (pré-teste e pós-teste) e o fator <i>entre sujeitos</i> o grupo (GC e GI).....	92
Tabela 11 -	Distribuição dos participantes do GC e GI segundo os níveis clínicos da ansiedade e resultados do teste qui-quadrado para diferenças entre grupos pré e pós-teste.....	93
Tabela 12 -	Resultados do Teste de <i>Wilcoxon</i> para os níveis de ansiedade no GI, pré e pós-teste.....	93

Tabela 13 -	Resultados do Teste de <i>Wilcoxon</i> para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) nas variáveis satisfação e conhecimento para o GI e GC.....	94
--------------------	--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach Escala de Autoeficácia Geral e Percebida; Sumário da Escala: (n = 75); Média = 39,37; Desvio Padrão = 6,38; Alfa de Cronbach Total = 0,74.....	65
Quadro 2 -	Coeficientes de Consistência Interna de Cronbach da Escala <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> ; Sumário da Escala: (n = 75); Média = 11,03; Desvio Padrão = 8,22; Alfa de Cronbach Total = 0,85.....	67
Quadro 3 -	Coeficiente de consistência interna de Cronbach do HADS-A (Ansiedade); Sumário da Escala: (n = 75); Média = 7,28; Desvio Padrão = 5,50; Alfa de Cronbach Total = 0,82.....	68
Quadro 4 -	Coeficiente de consistência interna de Cronbach do HADS-D (Depressão); Sumário da Escala: (n = 75); Média = 3,75; Desvio Padrão = 3,50; Alfa de Cronbach Total = 0,65.....	68
Quadro 5 -	Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do questionário “Conhecimentos sobre cuidados domiciliares pós prostatectomia radical”; Sumário da Escala: (n = 75); Média = 44,07; Desvio Padrão = 6,29; Alfa de Cronbach Total = 0,71....	71
Quadro 6 -	Resultados do Teste ANOVA (pré-teste, pós-teste) nas variáveis Autoeficácia geral e percebida, Ansiedade e Morbidade Psicológica para o GI e para o GC, tendo como variável independente o tipo de atendimento.....	102
Quadro 7 -	Resultados do Teste <i>Krusckal Wallys</i> (pré-teste, pós-teste) nas variáveis satisfação e conhecimento para o GI e o GC, tendo como variável independente o tipo de atendimento.....	103
Quadro 8 -	Resultados do Teste ANOVA (pré-teste, pós-teste) nas variáveis Autoeficácia, Ansiedade e Morbidade Psicológica para o GI e o GC, tendo como variável independente a situação conjugal.....	104
Quadro 9 -	Resultados do Teste <i>Krusckal Wallys</i> (pré-teste, pós-teste) nas variáveis satisfação e conhecimento para o GI e o GC, tendo como variável independente a situação conjugal.....	105
Quadro 10 -	Resultados do teste de qui-quadrado para diferenças entre grupos pré e pós-teste quanto às questões do instrumento de mensuração do conhecimento.....	106

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Índice de Mudança Confiável da variável Conhecimento pré e pós-teste: GI.....	96
Gráfico 2 - Significância clínica da variável Conhecimento pré-teste e pós-teste: GI.....	97
Gráfico 3 - Índice de Mudança Confiável da variável Conhecimento pré-teste e pós-teste: GC.....	99
Gráfico 4 - Significância clínica da variável <i>Conhecimento</i> pré e pós-teste: GC.....	100

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Esquematização do estudo.....	73
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPSURE	Cancer of the Prostate Strategic Urologic Research Endeavor
CID-10	Classificação Internacional das Doenças
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
EUA	Estados Unidos
GC	Grupo controle
GI	Grupo intervenção
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HADS-A	Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety
HADS-D	Hospital Anxiety and Depression Scale – Depression
IMC	Índice de Mudança Confiável
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
SPSS	Statistical PacKage for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
SVD	Sonda vesical de demora

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	25
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	31
2.1 A crença de autoeficácia e o paciente com câncer de próstata submetido à prostatectomia radical.....	32
2.2 Morbidade psicológica.....	33
2.2.1 Ansiedade em pacientes com câncer de próstata submetidos à prostatectomia radical.....	34
2.2.2 Depressão em pacientes com câncer de próstata submetidos à prostatectomia radical.....	36
3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO.....	39
3.1 A educação no âmbito da Teoria Social Cognitiva de Bandura.....	40
3.2 Ensaios clínicos relacionados a pacientes com câncer de próstata.....	44
3.2.1 O uso do acompanhamento telefônico como intervenção pós prostatectomia radical.....	46
4 OBJETIVOS	53
4.1 Geral.....	54
4.2 Específicos.....	54
4.3 Relacionados às análises exploratórias.....	55
5 MÉTODOS.....	56
5.1 Tipo de estudo.....	57
5.2 Local do estudo.....	57
5.3 População.....	58
5.4 Cálculo do tamanho da amostra.....	58
5.5 Critérios de inclusão da amostra.....	58
5.6 Critérios de exclusão da amostra.....	59
5.7 Critérios de descontinuidade.....	59
5.8 Processo de aleatorização dos grupos.....	59
5.9 Intervenção: Programa de ensino para alta hospitalar.....	60

5.9.1 Elaboração do livreto: “Manual de orientações para o cuidado domiciliar: cirurgia radical da próstata”.....	60
5.9.2 Implementação da intervenção: Programa de ensino – informações orais, escritas e reforço por telefone.....	62
5.10 Variáveis e instrumentos do estudo.....	63
5.10.1 Caracterização sociodemográfica e clínica.....	64
5.10.2 Autoeficácia.....	64
5.10.2.1 Características psicométricas da Escala de autoeficácia geral e percebida na amostra em estudo.....	65
5.10.3 Ansiedade e depressão.....	66
5.10.3.1 Características psicométricas do <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> na amostra em estudo.....	67
5.10.4 Satisfação com as orientações para cuidados domiciliares.....	69
5.10.5 Conhecimentos sobre cuidados domiciliares pós prostatectomia radical.....	69
5.10.5.1 Características psicométricas do questionário “Conhecimentos sobre cuidados domiciliares pós prostatectomia radical” na amostra em estudo.....	70
5.11 Pré-teste dos instrumentos.....	72
5.12 Coleta de dados.....	72
5.13 Análise dos dados.....	73
5.13.1 Método JT.....	76
5.13.1.1 Cálculo do Índice de Mudança Confiável.....	77
5.13.1.2 Cálculo da Significância Clínica.....	78
5.14 Considerações éticas.....	79
6 RESULTADOS.....	81
6.1 Caracterização sócio-demográfica e clínica.....	82
6.2 Teste normalidade e homogeneidade de variância das variáveis dependentes.....	86
6.3. Resultados da Equivalência dos Grupos no Pré-Teste para as variáveis dependentes.....	87
6.4 Resultados dos testes de hipóteses.....	88
6.4.1 Autoeficácia geral percebida, ansiedade, morbidade psicológica, satisfação e conhecimento no GI em relação ao GC.....	89
6.4.2 Relação das variáveis autoeficácia, ansiedade, morbidade psicológica, satisfação e conhecimento no GI no pós-teste.....	90
6.4.3 Autoeficácia, ansiedade, morbidade psicológica, satisfação e	

conhecimento no GI e GC pré e pós-teste.....	91
6.4.4 Cálculo do Índice de Mudança Confiável e da Significância Clínica para as variáveis numéricas que apresentaram mudanças estatísticas significativas nos grupos.....	94
6.5 Análises exploratórias.....	101
6.5.1 Impacto das variáveis sociodemográficas e clínicas que não se apresentaram equivalentes entre os grupos, nas variáveis dependentes estudadas no pré-teste e no pós-teste.....	101
6.5.2 Diferenças entre os grupos quanto ao número de acertos das questões relacionadas ao conteúdo do programa de ensino, no pré-teste e no pós-teste.....	106
7 DISCUSSÃO.....	111
7.1 Discussão da caracterização sócio-demográfica e clínica.....	112
7.2 Discussão da hipótese 1: Autoeficácia geral percebida, ansiedade, morbidade psicológica, satisfação e conhecimento no GI em relação ao GC...	113
7.3 Discussão da hipótese 2: Relação das variáveis autoeficácia geral percebida, ansiedade, morbidade psicológica, satisfação e conhecimento no GI, no pós-teste.....	118
7.4 Discussão das hipóteses 3 e 4: Diferenças intra-sujeitos do pré-teste para o pós-teste e significância clínica das mudanças estatisticamente identificadas.....	121
7.5 Discussão das análises exploratórias.....	124
7.5.1 Impacto das variáveis sociodemográficas e clínicas, que não se apresentaram equivalentes entre os grupos (situação conjugal e tipo de atendimento), nas variáveis dependentes estudadas no pré-teste e no pós-teste.....	124
7.5.2 Diferenças entre os grupos quanto ao número de acertos das questões relacionadas ao conteúdo do programa de ensino, no pré-teste e no pós-teste.....	126
8 CONCLUSÕES.....	133
9 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	137
10 IMPLICAÇÕES PARA FUTURAS PESQUISAS E PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....	139
REFERÊNCIAS	143
APÊNDICES.....	166
ANEXOS.....	184

1 - Introdução

Em âmbito internacional, autores afirmam que há um esforço global, por parte de associações de enfermagem e médicas em urologia, direcionado ao avanço da prática da enfermagem urológica para que sejam alcançados melhores resultados junto aos pacientes (THOMPSON et al., 2007). Os homens, em função das necessidades de cuidado relacionadas à próstata, especialmente devido ao câncer de próstata constituem importante parcela da clientela atendida nesta especialidade (SOCIETY OF UROLOGIC NURSES AND ASSOCIATES, 2007).

O câncer de próstata é o segundo tipo de câncer mais prevalente em homens, à exceção do câncer de pele não-melanoma, representando assim mais de 40% de todos os tumores que acometem este sexo (TURNER, 2007; CALABRESE, 2004). É considerado o câncer da terceira idade em homens, pois a sua incidência é mais comum em idade acima de 60 anos (LAMBERT et al., 2012; BRASIL, 2012; WEBER et al., 2008; TURNER, 2007).

Estima-se que, em 2011 aproximadamente 240,9 mil novos casos de câncer de próstata foram diagnosticados nos EUA, ou seja, entre seis homens um foi diagnosticado com a doença (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2011). Dados referentes à realidade brasileira aproximam-se de 60.180 casos novos no ano de 2012. Estes valores correspondem a um risco estimado de 62 casos novos a cada 100 mil homens, sendo na região sudeste uma proporção de 78 casos para 100 mil homens. O aumento da expectativa de vida, a melhoria e a evolução dos métodos diagnósticos e da qualidade dos sistemas de informação do país podem justificar o aumento das taxas de incidência (BRASIL, 2011).

O tratamento do câncer de próstata é abrangente e depende do grau e estágio do câncer, bem como as preferências do paciente e de sua saúde geral. Os tratamentos incluem cirurgia, radioterapia e manipulação hormonal (SPEIGHT; ROACH, 2006). Segundo dados do *Cancer of the Prostate Strategic Urologic Research Endeavor* (CAPSURE), as diferentes modalidades de tratamento apresentam o seguinte percentual: Prostatectomia Radical (51,6%), Braquiterapia (21,7%), Radioterapia (6,8%), Observação (7,9%) e outros (12%) (DALL'OGGIO et al., 2006). O tratamento cirúrgico é aceito como uma das abordagens mais eficazes para pacientes em estágio inicial de câncer de próstata localizado (KUMAR et al., 2004; KNOLL et al., 2009; COUPER et al., 2009).

A prostatectomia radical, considerada a cirurgia padrão para pacientes que apresentam a doença em estágio que pode ser potencialmente curável, consiste na

remoção da próstata e vesículas seminais (BICKERT; FRICKEL, 2002; KNOLL et al., 2009; COUPER et al., 2009). Nos casos de tumores restritos à próstata, essa cirurgia constitui a única forma de tratamento realmente curativo, sendo considerado o método mais seguro e confiável para erradicar o câncer de próstata localizado, e apresenta prognóstico e sobrevida mais favoráveis quando a doença é diagnosticada precocemente (SROUGI, 1999; DALL'OGGIO et al., 2006).

Após a prostatectomia radical, os pacientes podem apresentar diferentes sintomas, como espasmos dolorosos da bexiga, fadiga, diminuição da capacidade física, infecção do trato urinário e da incisão cirúrgica, constipação, impotência sexual e incontinência urinária (STARNES; SIMS, 2006; KOCACAL; KHORSID, 2006; INMAN et al., 2011; BICALHO; LOPES, 2012).

Neste contexto, a enfermagem assume papel fundamental em todas as etapas do período perioperatório, para que o restabelecimento dos pacientes ocorra da melhor maneira possível (SMELTZER; BARE, 2005; MATA; NAPOLEÃO, 2010; MATA; CARVALHO; NAPOLEÃO, 2011).

Os homens precisam de apoio físico e psicológico para lidar com os sintomas e se adaptarem à sua nova vida durante o período de recuperação da prostatectomia radical. Os elementos de apoio mais importantes, neste contexto, são os membros da sua família e a equipe de saúde responsável pelos seus cuidados. Como parte dessa equipe de saúde, o enfermeiro tem como responsabilidade o planejamento e a implementação de um treinamento sobre os cuidados após alta hospitalar para o paciente, como uma estratégia de monitoramento da alta, fornecendo orientações conforme as necessidades de cuidado (KOCACAL; KHORSID, 2006; MATA; NAPOLEÃO, 2010; MATA; CARVALHO; NAPOLEÃO, 2011), sempre considerando como questão norteadora do treinamento para a alta, a especificidade dos problemas e das necessidades dos indivíduos (IYIGUN; AYHAN; TASTAN, 2011).

A tendência atual ao encurtamento do tempo de internação (FRIEDLANDER; LAGE, 2003; FAGERMOEN; HAMILTON, 2006) possui efeito sobre o tempo disponível para o desenvolvimento de atividades educativas junto aos pacientes e pode interferir negativamente em seu preparo para a alta (FAGERMOEN; HAMILTON, 2006). Homens submetidos à prostatectomia radical do tipo laparoscópica robótica assistida ficam hospitalizados em média 24 horas, e de dois a três dias quando submetidos à cirurgia aberta (TEWARI et al., 2003).

Vários pacientes passam por diferentes problemas nas primeiras semanas após a alta do hospital para casa, tais como, dificuldade com as atividades da vida diária, problemas emocionais, conhecimento deficiente, ajuda insuficiente, incerteza, ansiedade e necessidade de informações (MISTIAEN; POOT, 2006).

Homens com câncer de próstata pós prostatectomia radical, em muitos casos, apresentam alterações psicológicas como aumento dos níveis de ansiedade e de depressão, causadas pela incerteza em como lidar com as mudanças físicas e emocionais decorrentes da cirurgia (ANASTASIOU et al., 2011; LAMBERT et al., 2012). A falta de conhecimento sobre como será a recuperação e como realizar o autocuidado em domicílio pode ter um significativo impacto para uma recuperação pós-operatória saudável, sendo também um dos motivos para desencadeamento das morbidades psicológicas (ansiedade e depressão) (DAVISON et al., 2004; Weber et al., 2004).

Frente às necessidades do paciente cirúrgico quanto à continuidade dos cuidados no domicílio, torna-se relevante o papel do enfermeiro no processo de orientação para alta. Muitas vezes, os pacientes necessitam de mais informações do que recebem e geralmente solicitam uma informação mais individualizada. Portanto, é importante para os pacientes e familiares receberem informações relevantes para permitir um entendimento satisfatório (KIVINIEMI; SUOMINEN, 1999).

A educação do paciente no pós-operatório é fundamental para prover conhecimento adequado para o autocuidado no ambiente domiciliar, e assim reduzir a ocorrência de complicações após a alta, melhorar a recuperação, aumentar a capacidade de cuidado e a qualidade de vida (FREDERICKS et al., 2010).

Educação e aconselhamento são itens regulares e indispensáveis na prestação do cuidado a homens submetidos a este tipo de cirurgia, tanto no pré quanto no pós-operatório. Estes itens devem ser direcionados para o fornecimento das melhores informações referentes ao preparo dos pacientes para os cuidados relacionados à ferida operatória e ao manuseio da sonda vesical de demora (SVD) no domicílio, como também para o enfrentamento dos efeitos colaterais físicos, como incontinência urinária e disfunção erétil, e o consequente sofrimento psicológico que estes efeitos trazem aos homens e suas esposas (MCCORKLE et al., 2007; CHAMBERS et al., 2008; BICALHO; LOPES, 2012).

Em resumo, a educação para alta deve ser de cunho obrigatório e deve proporcionar aos pacientes e familiares habilidades e conhecimentos para gerenciar

potenciais complicações pós-cirúrgicas e para gerir o seu próprio cuidado no domicílio (INMAN et al., 2011). Ressalta-se que o ensino pode ter importante impacto na satisfação e na segurança do paciente (SHAIDA et al.; 2007).

No contexto do processo de enfermagem, é possível identificar o diagnóstico de enfermagem NANDA International, Inc. (NANDA-I, 2012), “conhecimento deficiente (em relação a cuidados pós-operatórios)”, frequentemente citado na literatura para pacientes cirúrgicos no contexto da alta (SMELTZER; BARE, 2005; DOENGES; MOORHOUSE, 2007), inclusive de pacientes submetidos à prostatectomia (HELD et al., 1994; WOJCIK; DENNISON, 2006; NAPOLEÃO; CALDATO; PETRILLI FILHO, 2009).

De fato, os homens com câncer de próstata precisam de apoio físico e psicológico para lidar com os sintomas e se adaptarem à sua nova vida durante o período de recuperação da prostatectomia radical (PARCKER et al., 2009). A equipe de saúde responsável pelos seus cuidados é um elemento de apoio importante neste contexto. Como parte dessa equipe, o enfermeiro tem como responsabilidade o planejamento e a implementação de um treinamento sobre os cuidados após alta hospitalar para o paciente, fornecendo orientações conforme as necessidades de cuidado (KOCACAL; KHORSID, 2006), sempre considerando como questão norteadora do treinamento, o estímulo à sua capacidade de gerir o cuidado, a especificidade dos problemas e das necessidades psicológicas dos indivíduos (IYIGUN; AYHAN; TASTAN, 2011).

A capacidade de gerir o próprio cuidado tem subjacente o construto de autoeficácia definida como a convicção pessoal de que se pode executar com sucesso uma ação para produzir resultados desejáveis em uma dada situação. Esse conceito é considerado um fator importante nas mudanças terapêuticas (KNOLL et al., 2009).

A autoeficácia é um componente da motivação, pois é uma avaliação de desempenho, e tem papel fundamental na aquisição e mudança de comportamento (BANDURA, 1977). Diferentes níveis de autoeficácia podem aumentar ou diminuir a motivação para agir. Indivíduos com elevada autoeficácia normalmente tendem a desempenhar tarefas mais desafiadoras, investem mais esforços e persistem mais do que aqueles com baixa autoeficácia (DELA COLETA, 2004).

Conhecer e estimular a autoeficácia do paciente em pós-operatório de prostatectomia radical é importante (WEBER et al., 2007a), uma vez que este

construto influencia as escolhas dos cursos de ação que são realizados, o esforço dispendido em alcançar seus objetivos, por quanto tempo irão perseverar em face de obstáculos e fracassos, o quanto de estresse, ansiedade e depressão vivenciam com demandas do ambiente e, por fim, o nível de realização que alcançam (BANDURA, 1986; BANDURA; POLYDORO, 2008).

Dessa forma, a realização da presente pesquisa justifica-se à medida que propõe estudar um programa de ensino no que se refere ao preparo para alta dos pacientes prostatectomizados. Entende-se que a educação seja uma forma eficiente de despertar a consciência para o auto cuidado domiciliar em relação às especificidades dos cuidados pós-operatórios, educação essa que visa à construção do conhecimento sobre o procedimento cirúrgico ao qual foi submetido e sobre as necessidades de cuidado. É fundamental que a educação do paciente seja trabalhada dentro de uma concepção progressista, valorizando o seu contexto e transformando-o em um agente de mudança do seu próprio comportamento.

Tal proposta buscou dar continuidade à pesquisa realizada durante o curso de mestrado (MATA, 2009), que teve como objetivo identificar e validar intervenções de enfermagem quanto à adequação para o preparo para alta de pacientes submetidos à prostatectomia. Foram identificadas 84 intervenções de enfermagem as quais foram validadas por 38 enfermeiros especialistas na área quanto à pertinência para emprego no preparo para alta de prostatectomizados. As intervenções subsidiaram a elaboração do programa de ensino do presente estudo (MATA; NAPOLEÃO, 2010; MATA; CARVALHO; NAPOLEÃO, 2011).

Acredita-se que a elaboração de um programa de ensino a partir de intervenções de enfermagem validadas e a análise da efetividade deste programa auxiliem a atuação clínica da enfermagem nesta etapa do cuidado, e aumente assim o conhecimento desses indivíduos acerca do cuidado domiciliar, o que refletirá em uma maior capacidade para realização do autocuidado, aumento da satisfação e diminuição da morbidade psicológica entre eles.

2 - Revisão da Literatura

2.1- A crença de autoeficácia e o paciente com câncer de próstata submetido à prostatectomia radical

Autoeficácia é definida como a convicção pessoal de que se pode executar com sucesso uma ação para produzir resultados desejáveis em uma dada situação. Esse conceito é considerado um grande mediador das mudanças terapêuticas (VAN DER BIJL; SHORTRIDGE-BAGGETT, 2001).

Durante a pesquisa bibliográfica notou-se que o conceito de autoeficácia na área da saúde ainda é muito pouco conhecido no Brasil diante da escassez de estudos que associam a autoeficácia com fenômenos de saúde e nenhum relacionado a paciente com câncer de próstata. Contudo, foram identificados alguns estudos da literatura internacional que observaram a relação entre autoeficácia, câncer de próstata e pacientes que tiveram como opção de tratamento a prostatectomia radical.

Weber et al. (2007a) avaliaram os potenciais benefícios de apoio de pares que tiveram câncer de próstata há algum tempo para homens que recentemente tinham sido submetidos a prostatectomia radical. A intervenção foi baseada na teoria de autoeficácia de Bandura (1977). Os pesquisadores esperavam que o apoio dos pares aumentaria a autoeficácia e diminuiria a depressão a partir da aprendizagem vicária e apoio social. Além de efeitos benéficos em relação à depressão em quatro semanas, os participantes do grupo intervenção (GI) tiveram níveis significativamente mais elevados de autoeficácia após oito semanas em comparação ao grupo controle (GC).

Nos EUA, Helgeson, Lepore e Eton (2006) realizaram um ensaio clínico a fim de avaliar os benefícios de uma intervenção psicoeducacional para homens com câncer de próstata em relação às variáveis autoestima, autoeficácia e sintomas depressivos. Homens com câncer de próstata localizado foram aleatorizados em três grupos: um grupo que recebeu apenas intervenção educativa, o segundo grupo que recebeu a intervenção educativa associada a discussões em conjunto, e o terceiro grupo com o tratamento usual. Os pacientes foram acompanhados por 12 meses. Homens que iniciaram o estudo com baixa autoestima, baixa autoeficácia em relação ao câncer prostático e elevado nível de sintomas depressivos foram os mais beneficiados pela intervenção. A intervenção educativa foi focada em fornecer

informações sobre o câncer de próstata, incluindo o que eles poderiam esperar sobre os efeitos colaterais dos tratamentos e como eles deveriam lidar com o controle desses efeitos colaterais. Assim, os homens que iniciaram o estudo com o mínimo de confiança sobre como controlar os efeitos dos tratamentos, em geral, foram os que mais se beneficiaram com a intervenção educativa.

Outro estudo realizado nos EUA (FORD et al., 2011) teve como objetivo realizar uma intervenção educativa sobre o câncer em geral e o câncer de próstata. A intervenção consistiu em três horas de ensino sobre o câncer em geral e 30 minutos de informações sobre o câncer de próstata. Participaram do estudo 164 homens de diferentes locais da Carolina do Sul, em sua maioria afro-americanos. Nos momentos pré e pós-teste foram aplicadas três escalas, sendo a primeira para avaliar conhecimento sobre o câncer em geral, a segunda para avaliar o conhecimento sobre câncer de próstata e a terceira para avaliar a autoeficácia percebida na interação médico-paciente. Os resultados do estudo permitiram que os autores concluíssem que o ensino em diferentes etnias e classes sociais possibilitou o aumento do conhecimento sobre câncer e dos sentimentos de autoeficácia na interação médico-paciente.

2.2 - Morbidade psicológica

A morbidade psicológica, ou seja, ansiedade somada à depressão é a alteração psiquiátrica mais comumente associada às doenças clínicas. Sintomas psicológicos e somáticos de ansiedade e depressão apresentam-se com frequência em pacientes com doenças clínicas, mesmo na ausência de síndrome depressiva (BOTEGA et al., 1998).

Nordin e Glimelius (1999) também se referem à ansiedade associada à depressão como sendo as reações psicológicas mais comuns nos doentes com câncer. Segundo os autores, o predomínio dos níveis de distúrbios como a ansiedade e depressão variam de 0 a 45%.

Em relação ao câncer de próstata, muitos homens vivenciam simultaneamente altos níveis de ansiedade e depressão, depois do diagnóstico de câncer de próstata localizado (KORFAGE et al., 2006), e conforme o tipo de

tratamento a ser realizado pode haver efeitos colaterais incômodos que podem ter um impacto duradouro no bem-estar físico e psicológico (COUPER et al., 2009).

A morbidade psicológica associada a doenças como o câncer, em função do estresse experimentado pelo portador destes tipos de enfermidade, é um evento complexo inerente a circunstâncias adversas de vida e que gera muito sofrimento psíquico. Compreender tais circunstâncias e propor métodos adequados de intervenção constituem metas atuais para o trabalho de equipes multiprofissionais (LOPES; SANTOS; LOPES, 2008).

O sofrimento emocional vivenciado por pacientes portadores de câncer pode ter diferentes origens, algumas relativas ao medo das limitações impostas pela doença e seu tratamento (quimioterapia, radioterapia e intervenções cirúrgicas), medo da morte, e outras são produtos de interpretações enviesadas da realidade como, por exemplo, as idéias ligadas à incapacidade de enfrentamento da vida e ao fracasso enquanto pessoa após o surgimento do câncer. Tanto os pensamentos negativos realistas quanto os distorcidos potencializam significativamente o estresse inerente à doença e a seus elementos biológicos favorecendo o aparecimento da depressão e da ansiedade generalizada (LOPES; SANTOS; LOPES, 2008).

2.2.1 - Ansiedade em pacientes com câncer de próstata submetidos à prostatectomia radical

De acordo com a American Psychiatric Association (2000) a ansiedade pode ser definida como a antecipação apreensiva de um perigo futuro ou uma adversidade acompanhada por sentimentos de disforia ou sintomas somáticos de tensão.

Um diagnóstico de câncer é muitas vezes acompanhado por um aumento da angústia, da ansiedade, dos sintomas depressivos e da incerteza (ULLRICH et al., 2003). O luto vivenciado em torno da perda da saúde acentua-se quando se trata de câncer. Este está ligado à idéia de morte, embora atualmente os prognósticos sejam favoráveis. Medo do desconhecido, medo de mutilações, medo de perdas e prováveis alterações na imagem corporal em decorrência da doença e tratamento

são questões comuns, além de preocupação excessiva em relação à tomada de decisões (KUNKEL et al., 2000; CARVALHO, 2002).

O paciente submetido a uma cirurgia de próstata enfrenta diversas fontes de ansiedade que estão presentes desde o recebimento do diagnóstico e definição do tratamento, até o pós-operatório que inclui as preocupações relacionadas aos cuidados com o cateter, o manejo da dor, a incontinência urinária e a disfunção sexual (MOORE; STEY, 1999; ROTH et al., 2003).

De acordo com uma revisão sistemática da literatura (Dale et al., 2005), a ansiedade tem sido identificada em 10 a 36% dos indivíduos com câncer de próstata. Dois estudos realizados com homens com câncer de próstata localizado após realização de prostatectomia radical e radioterapia demonstraram que 13% a 15% dos pacientes apresentaram grau de ansiedade elevado (Roth et al., 2006; Namiki et al., 2007).

Em um estudo realizado na Suécia com pacientes prostatectomizados foi analisada qualitativamente a experiência de vida desses indivíduos após a cirurgia; identificou-se que os homens apresentaram diversas preocupações, ansiedade e angústia, e almejavam a vida como eles viviam antes do diagnóstico. Em relação às alterações fisiológicas incontinência urinária e disfunção erétil, identificou-se que devido a essas alterações esses pacientes se sentiam diferentes, com uma vida sexual perdida, com mudanças em suas relações íntimas e com baixa autoestima (HEDESTIG et al., 2005).

De acordo com Gore, Gollapudi e Bergman (2010) menores níveis de ansiedade do paciente prostatectomizado podem refletir positivamente na sua saúde mental e uma melhor saúde mental pode ser associada ao desenvolvimento de melhores mecanismos de enfrentamento aos fatores estressores, o que facilita no gerenciamento das alterações fisiológicas pós-operatórias.

Considerando que o fornecimento de informações sobre o procedimento cirúrgico e os cuidados pós-operatórios possam ter impacto significativo na diminuição da ansiedade e da depressão, e, conseqüentemente, no auxílio a uma recuperação saudável (DAVISON et al., 2004; SUHONEN; LEINO-KILPI, 2006; McCORKLE et al., 2007; CHAMBERS et al., 2008; BICALHO; LOPES, 2012), espera-se que o programa de ensino a ser desenvolvido, conforme proposto no presente estudo, também possua impacto na redução da ansiedade dos pacientes prostatectomizados.

2.2.2 - Depressão em pacientes com câncer de próstata submetidos à prostatectomia radical

O termo depressão, na linguagem corrente, tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal como a tristeza, quanto um sintoma, uma síndrome e uma ou várias doenças. Embora a característica mais típica dos estados depressivos seja a proeminência dos sentimentos de tristeza ou vazio, nem todos os pacientes relatam a sensação subjetiva de tristeza. Muitos se referem, sobretudo, à perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral e à redução do interesse pelo ambiente. Frequentemente, a depressão associa-se à sensação de fadiga ou perda de energia, caracterizada pela queixa de cansaço exagerado (DEL PORTO, 1999).

De acordo com a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) é possível classificar a depressão em três graus, levando em consideração o número e a gravidade dos sintomas: leve, moderado ou grave. Rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição das atividades são sinais apresentados por pacientes com depressão. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração associada, em geral, à fadiga, problemas do sono, diminuição do apetite, da auto-estima e da autoconfiança (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000).

A depressão envolve uma série de comprometimentos no funcionamento de uma pessoa. Os resultados do estudo de Fleck et al. (2002) mostraram que a presença de sintomatologia depressiva está associada com pior funcionamento social e qualidade de vida, bem como a uma maior utilização dos recursos de saúde. Os indivíduos com maior intensidade de sintomas depressivos avaliaram sua saúde como pior e se mostraram menos satisfeitos com ela do que aqueles com menor intensidade de sintomas depressivos.

O diagnóstico de câncer é frequentemente acompanhado de depressão, traduzida pelo fato de o paciente não conseguir manter uma atitude de aceitação interior. Segundo Ogden (1999), até 20% dos doentes com câncer manifestam depressão grave, luto, falta de controle, alterações de personalidade, fúria e ansiedade.

Embora poucos estudos abordem resultados de depressão entre homens com câncer de próstata, identificou-se que a depressão é considerada na maioria das vezes como baixa, após o tratamento da doença (DAVISON; DEGNER, 1997; WEBER et al., 2004; BENNETT; BADGER, 2005; WEBER et al., 2007a). No entanto, Bennett e Badger (2005) referiram que os fatores de risco para a depressão entre homens com câncer de próstata são semelhantes aos do humor deprimido, independentemente da sua modalidade de tratamento. Além disso, homens que estavam deprimidos no momento do diagnóstico apresentaram probabilidade onze vezes maior de ficarem deprimidos seis meses depois (NORDIN et al., 2001). Fatores que contribuem para a sintomatologia depressiva neste grupo incluem diagnóstico de câncer, idade elevada, disfunção física, falta de informação para gestão dos sintomas, baixa autoeficácia, dificuldade de acesso a redes sociais para suporte emocional, estigmas sociais quanto à incontinência urinária e à disfunção sexual, e o isolamento social (BISSCHOP et al., 2004; WEBER et al., 2004; CHOU, 2005; WEBER et al., 2008).

O sentimento de impotência repercute negativamente na vida dos pacientes com câncer de próstata. Embora haja uma evolução da medicina em termos de possibilidades de tratamento e técnicas cirúrgicas menos invasivas, observa-se que por se tratar de um órgão que afeta a sensibilidade sexual masculina, o sentimento de impotência está presente na maioria dos pacientes (TOFANI; VAZ, 2007).

Steineck et al. (2002) realizaram um estudo entre homens com câncer de próstata localizado submetidos à prostatectomia radical e outros que não se submeteram a tratamento cirúrgico, e compararam os sintomas físicos, a qualidade de vida e a depressão após quatro anos. Não houve diferença significativa entre os grupos em relação à prevalência de depressão. Contudo, a taxa de depressão para a amostra como um todo foi uma das mais altas entre homens submetidos a tratamento para uma doença localizada.

Um estudo holandês comparou os impactos psicológicos da prostatectomia radical e da radioterapia em pacientes com câncer de próstata localizado (KORFAGE et al., 2006). Os participantes foram recrutados antes do início de cada tratamento e classificados como tendo alta ansiedade pré-tratamento ou baixa ansiedade pré-tratamento. Os autores observaram que, nos grupos classificados como tendo a alta ansiedade pré-tratamento (prostatectomia radical e radioterapia),

os níveis de depressão cinco anos após o tratamento foram maiores entre o grupo que recebeu radioterapia.

Garcia, Wax e Chwartmann (1996) referem que o tratamento cirúrgico para o paciente oncológico em geral, por vezes, representa mutilação, especialmente se relacionado com a mama, face, órgãos genitais, membros ou perda de funções intestinais e urinárias.

No Brasil, não foi identificado nenhum estudo que tenha analisado níveis de depressão entre pacientes com câncer de próstata submetidos à prostatectomia radical, tampouco estudos experimentais relacionados ao teste da eficácia de intervenções de enfermagem para essa clientela e que tenham como desfecho a depressão. Tal lacuna evidencia a importância de realizar a presente investigação e tornar possível estabelecer um paralelo entre o comportamento do brasileiro quanto aos sintomas psicológicos frente à doença e ao tratamento cirúrgico.

3 - Referencial Teórico e Metodológico

3.1 – A educação no âmbito da Teoria Social Cognitiva de Bandura

Zago (1994) afirma que a atividade educativa do enfermeiro é entendida como um meio para que o paciente, agente participante do processo educativo, desenvolva suas potencialidades para o autocuidado. Sob esta perspectiva cabe ao enfermeiro facilitar e ajudar o paciente a desenvolver suas potencialidades para tal.

Ao considerar que o cuidado de enfermagem é dirigido à promoção, manutenção e restauração da saúde, à prevenção de doenças e à (re)inserção do indivíduo na vida social, a educação em saúde no âmbito da enfermagem, tem como propósito transmitir a informação necessária ao paciente conduzindo-o ao autocuidado, e em casos de um processo operatório inclui também a (re)adaptação às novas condições de seu estado (MAGALHÃES; GUIMARÃES; AGUIAR, 2004).

A educação do paciente tem ganhado força como uma das ferramentas de cuidados de saúde mais úteis, eficazes e acessíveis (DILLES, 2010). Entretanto, educação é um processo que envolve interação entre educadores e educandos (FREIRE, 1999) e as ações são orientadas para que haja mudanças de comportamentos (SIMONDS, 1976).

A mudança de comportamento em saúde é descrita como o resultado das relações recíprocas entre o ambiente, os fatores pessoais e os atributos do próprio comportamento, sendo a autoeficácia uma das características mais importantes para determinar a mudança de comportamento (UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2002).

Para conseguir um ideal aproveitamento das capacidades e habilidades de aprendizagem do paciente prostatectomizado e o envolvimento em relação ao que irá aprender, é preciso que, previamente ao início do processo de ensino, tenha-se conhecimento sobre o quanto a pessoa conhece sobre seu estado de saúde e cuidados necessários em domicílio, para que ele consiga identificar a sua própria realidade e assim conseguir transformá-la.

De acordo com os objetivos do estudo, buscou-se um fio teórico norteador que pudesse subsidiar a elaboração da intervenção educativa ao paciente prostatectomizado, de modo que o indivíduo monitorasse o seu comportamento diante das ações de autocuidado, e julgasse a si próprio em relação a algum padrão pessoal de mérito e reagir a ele, autoavaliando a sua capacidade. Neste contexto,

optou-se por adotar como referencial teórico a teoria social cognitiva de Bandura (1977, 1986).

A teoria social cognitiva adota a perspectiva da agência para o autodesenvolvimento, para a adaptação e para a mudança. Ser agente significa influenciar o próprio funcionamento e as circunstâncias de vida de modo intencional. Nessa perspectiva as pessoas são auto-organizadas, proativas, autorreguladas e auto-reflexivas, contribuindo para as circunstâncias de suas vidas, e não são consideradas apenas produtos dessas condições (BANDURA, 2001).

Para Bandura (1986), a autoreflexão é a capacidade humana proeminente da teoria social cognitiva, uma vez que a partir da autoreflexão o indivíduo explora suas próprias cognições e crenças pessoais, analisa suas experiências, autoavalia-se e altera o seu pensamento e comportamento.

Dentre as variáveis oriundas da teoria social cognitiva a mais central refere-se à crença de autoeficácia, considerada como uma crença do indivíduo de que ele pode executar um comportamento específico ou uma tarefa no futuro a partir de julgamentos pessoais quanto às próprias capacidades de performance em um dado domínio de atividade (BANDURA, 1977; DELA COLETA, 2004; BANDURA; POLYDORO, 2008).

Essas crenças são muito importantes, uma vez que influenciam as escolhas dos cursos de ação que são realizados, o quanto de esforço empenharão em seus objetivos, por quanto tempo irão perseverar em face de obstáculos e fracassos, sua resiliência à adversidade, os padrões de pensamento de auto impedimento ou de autosuporte, o quanto de estresse e de depressão vivenciam com demandas do ambiente e, por fim, o nível de realização que alcançam (BANDURA, 1986, BANDURA; POLYDORO, 2008).

A autoeficácia é um componente da motivação, pois é uma avaliação de desempenho, e tem papel fundamental na aquisição e na mudança de comportamento (BANDURA, 1977). Diferentes níveis de autoeficácia podem aumentar ou diminuir a motivação para agir. Indivíduos com elevada autoeficácia normalmente tendem a desempenhar tarefas mais desafiadoras, investem mais esforços e persistem mais do que aquelas com baixa autoeficácia (DELA COLETA, 2004).

O processo cognitivo pode auxiliar as crenças de eficácia a regular o funcionamento humano. As crenças de eficácia afetam o pensamento que pode

fortalecer ou minar o desempenho. As crenças que as pessoas possuem em relação à sua eficácia influenciam em como elas constroem quadros antecipatórios e visualizações futuras sobre o seu desempenho. Aquelas que têm alto senso de eficácia vêem as situações como oportunidades para desempenhar e visualizam sucesso, que proporciona uma orientação positiva ao desempenho. Aquelas que se julgam ineficazes constroem situações incertas e perigosas e visualizam quadros de fracasso. Alto senso de eficácia promove construções cognitivas que afetam a direção da ação e desempenhos cognitivos efetivos sobre a ação, tendendo a fortalecer as crenças de autoeficácia (BANDURA, 1997).

Segundo o modelo proposto por Bandura (1986) as crenças das pessoas quanto a sua autoeficácia podem ser construídas e alteradas por meio de quatro fontes: experiências diretas de domínio, experiência vicária, persuasão social ou *feedback* fisiológico.

A experiência direta de domínio, considerada a fonte mais influente, consiste na realização prévia de uma tarefa pelo sujeito, que interpretará os seus resultados e assim moldará as crenças quanto a sua capacidade individual em participar de tarefas subsequentes. Dessa forma, o indivíduo, ao se expor futuramente a uma mesma situação, agirá de acordo com as crenças pré-estabelecidas. O sucesso repetido na realização de uma ação aumenta a autoeficácia, o que gera fortes expectativas de eficácia, e assim, os fracassos ocasionais provavelmente causarão pouco impacto sobre a crença positiva de autoeficácia. Contudo, se os fracassos ocorrerem cedo na sequência de eventos, a crença de autoeficácia pode ficar debilitada (BANDURA; POLYDORO, 2008).

A segunda fonte de autoeficácia, a experiência vicária, refere-se à observação de outras pessoas executando as tarefas. É considerada uma fonte de informações de menor poder que a experiência de domínio, contudo é eficiente para pessoas que não estão certas de suas próprias capacidades ou que tiveram pouca experiência anterior (BANDURA; POLYDORO, 2008). Assim, o convívio com outros indivíduos que têm experiências semelhantes relacionadas ao câncer de próstata, ao tratamento e ao efeitos secundários do tratamento é considerado uma estratégia de melhoria da autoeficácia. Mas, no contexto do câncer de próstata, estudos evidenciam a dificuldade de utilizar a experiência vicária, devido à relutância dos homens em discutir entre pares questões constrangedoras e estigmatizantes

referentes ao tratamento da doença, como por exemplo, a incontinência urinária e intestinal, e a disfunção sexual (WEBER et al., 2000; KATZ et al., 2002).

A persuasão social consiste no envolvimento que o indivíduo pode apresentar diante da exposição a julgamentos verbais que os outros fazem. Os persuasores são considerados fundamentais para o desenvolvimento das crenças de um indivíduo. O objetivo da persuasão positiva não é tecer elogios ou louvores vazios, mas sim cultivar as crenças das pessoas quanto as suas capacidades, de forma a encorajá-las e empoderá-las para o desenvolvimento de uma ação. Pessoas persuadidas de que são capazes de desempenhar com sucesso a atividade proposta tendem a ter maior autoeficácia e a mobilizar esforço maior e mais sustentado (BANDURA; POLYDORO, 2008). Pela persuasão as pessoas podem se sentir estimuladas a enfrentar situações que avaliavam como superando suas habilidades. Ela pode contribuir para desempenhos com sucesso, especialmente se o reforço é oferecido dentro dos limites reais e se a experiência é organizada de modo que a pessoa possa ter sucesso (SALVETTI; PIMENTA, 2007).

O *feedback* fisiológico também denominado estados somáticos e emocionais como, por exemplo, ansiedade, estresse, excitação e estado de humor, podem ser interpretados como indicadores de vulnerabilidade, força e capacidade, e proporcionam informações sobre as crenças de autoeficácia. Os indivíduos podem avaliar o seu grau de confiança por seu estado fisiológico enquanto pensam em uma determinada ação. A promoção do bem estar emocional e a redução dos estados emocionais negativos são estratégias que se tem para aumentar as crenças de autoeficácia (BANDURA; POLYDORO, 2008).

De acordo com o presente estudo, optou-se por trabalhar com a fonte persuasão para aumentar a autoeficácia dos pacientes prostatectomizados, uma vez que esses indivíduos não apresentaram experiência direta de domínio e provavelmente não tiveram experiência vicária relacionada aos cuidados pós-operatórios da cirurgia de próstata.

Assim, a partir do pressuposto de que esses indivíduos não tiveram experiência prévia para basear as avaliações sobre suas competências e capacidades para o autocuidado, utilizou-se a persuasão para convencê-los sobre a sua capacidade para realizarem os cuidados pós-operatórios necessários em domicílio, a fim de mobilizar maior esforço para alcance do sucesso na realização

das tarefas, promovendo o desenvolvimento de habilidades e aumento nas crenças de autoeficácia.

Segundo Bandura (1986) o impacto da persuasão será tão forte quanto maior a confiança do observador na pessoa que o persuade. As pessoas são inclinadas a acreditar nas avaliações de outros que são hábeis naquela atividade. Portanto, ao considerar o pesquisador um persuasor que possui conhecimento e habilidade para a realização dos cuidados pós-operatórios, espera-se que essa confiança necessária para o sucesso da ação de persuasão tenha sido estabelecida.

Para a promoção da autoeficácia a partir da fonte persuasão foram realizados contatos telefônicos com o objetivo de promover incentivos e reforços positivos para que a aprendizagem fosse prontamente traduzida em ação. Espera-se que o reforço das atividades referentes ao autocuidado, tenha promovido a retenção do comportamento, bem como o encorajamento do indivíduo para realização das atividades e para o aumento capacidade de sucesso na realização dessas.

3.2 – Ensaios clínicos relacionados a pacientes com câncer de próstata

Nos últimos anos tem aumentado o número de estudos internacionais do tipo ensaio clínico que envolve intervenções para homens com câncer de próstata em suas diferentes formas de tratamento, inclusive a cirurgia. A maioria dos estudos descreve intervenções que possuem como alvo apenas o homem (DAVISON; DEGNER, 1997; JOHNSON et al., 1997; WILT et al., 2001; KIM et al., 2002; ROSENBERG et al., 2002; LEPORE et al., 2003; BAILEY et al., 2004; SCURA et al., 2004; TEMPLETON; COATES, 2004; WEBER et al., 2004; CARMACK-TAYLOR et al., 2006; ZHANG et al., 2006; BERGLUND et al., 2007; CARMACK-TAYLOR et al., 2007; MCCORKLE et al., 2007; WEBER et al., 2007; ZHANG et al., 2007; PARKER et al., 2009). Contudo, foram identificados cinco estudos em que a intervenção era realizada para os homens e suas parceiras (MISHEL et al., 2002; GIESLER et al., 2005; CANADA et al., 2005; CAMPBELL et al., 2007; NORTHOUSE et al., 2007a) sendo que em dois desses, os desfechos mensurados eram apenas dos pacientes (MISHEL et al., 2002; GIESLER et al., 2005). E, por fim identificou-se um ensaio clínico em que o alvo da intervenção era apenas as parceiras (MANNE et al., 2004).

Tais intervenções abordaram diferentes assuntos, sendo os mais comuns aqueles voltados para fornecimento de informações (DAVISON; Degner, 1997; WILT et al., 2001; KIM et al., 2002; LEPORE et al., 2003; MANNE et al., 2004; TEMPLETON; COATES 2004; CANADA et al., 2005; GIESLER et al., 2005; BERGLUND et al., 2007; CAMPBELL et al., 2007). Outros estudos foram relacionados a intervenções cognitivas que abordaram comportamento (CANADA et al., 2005; CARMACK-TAYLOR et al., 2006 CAMPBELL et al., 2007), gerenciamento da incerteza e estresse (MISHEL et al., 2002, PARKER et al., 2009), treinamento físico (ZHANG et al., 2006, BERGLUND et al., 2007, ZHANG et al., 2007), e intervenção de suporte/apoio/educação (WEBER et al., 2004; GIESLER et al., 2005; ZHANG et al., 2006; MCCORKLE et al., 2007; NORTHOUSE et al., 2007b; WEBER et al., 2007; ZHANG et al., 2007).

Os principais resultados mensurados foram ganhos de conhecimento, qualidade de vida geral ou relacionada à doença, ajustamento entre os pares, satisfação, ansiedade, depressão, enfrentamento, estresse, incerteza, autoeficácia e uso dos serviços de saúde. A maioria dos estudos mensurou no mínimo duas ou três dessas variáveis. Os maiores benefícios das intervenções foram relacionados ao ganho de conhecimento (WILT et al., 2001; LEPORE et al., 2003; TEMPLETON; COATES, 2004). Davison e Degner (1997) relataram que os pacientes tiveram um papel mais ativo na tomada de decisão pós-teste, mas não houve efeito expressivo nas variáveis comportamentais e nos parâmetros clínicos (ROSENBERG et al., 2002). Em um estudo realizado por Kim et al. (2002), o GI apresentou significativamente menos problemas com o sono após receber informações gravadas em áudio. Houve também redução na depressão e aumento da autoeficácia (WEBER; SHERWILL-NAVARRO, 2005), e diminuição das preocupações (GIESLER et al., 2005). Berglund et al. (2007), no entanto, não identificaram que depressão e ansiedade, fossem reduzidas após intervenção de reabilitação psicossocial. Contudo, é preciso ter cautela na generalização destes resultados diante da variedade de intervenções testadas, conteúdos abordados, estratégias de realização, duração, resultados mensurados, tamanho da amostra e critérios de inclusão.

No que tange às intervenções educacionais do paciente no pós-operatório, é importante reconhecer que a partir destas intervenções é possível prover conhecimento adequado ao indivíduo para o autocuidado no ambiente domiciliar, e

assim, reduzir a ocorrência de complicações após a alta, e melhorar a sua recuperação e a qualidade de vida (FREDERICKS et al., 2010).

As intervenções educativas relacionadas ao preparo do indivíduo para alta hospitalar devem ter como prioridades: aumento do conhecimento do indivíduo sobre o autocuidado e promoção de mudança de comportamento para estímulo ao autocuidado (FREDERICKS et al., 2010).

O conhecimento sobre o autocuidado refere-se ao fornecimento de informações sobre a doença, cirurgia, ingestão adequada de alimentos e líquidos, restrições quanto ao desempenho de atividades, cuidados com a ferida cirúrgica, administração de medicamentos e reconhecimento dos sinais e sintomas indicativos de complicações. Promover mudança de comportamento para autocuidado está relacionado ao desenvolvimento de estratégias que aumentem o engajamento do indivíduo para cuidar da ferida cirúrgica, realizar a sua higiene pessoal, controlar a ingestão de líquidos e nutrientes, fazer uso correto da medicação prescrita, identificar e comunicar sinais de complicação e controlar os sintomas comumente experimentados após a cirurgia, tais como dor, constipação, fadiga, náuseas, vômitos e distúrbios do sono (FREDERICKS et al., 2010).

De acordo com Weber et al. (2007b) educação e aconselhamento são itens regulares e indispensáveis na prestação do cuidado a homens com câncer de próstata submetidos a prostatectomia radical, tanto no pré-operatório quanto no pós-operatório. A educação e o aconselhamento devem ser direcionados para o fornecimento das melhores informações referentes ao preparo dos pacientes para o enfrentamento dos efeitos colaterais físicos que são susceptíveis de ocorrer no pós-operatório.

3.2.1 – O uso do acompanhamento telefônico como intervenção pós prostatectomia radical

Informação escrita, *checklists* de ensino aplicados no hospital a fim de assegurar a consistência do ensino ao paciente, envolvimento do parceiro em sessões de ensino e o acompanhamento por telefone após a alta têm sido

identificados como estratégias importantes para o desenvolvimento de programas educativos (DAVISON et al., 2004; FAGERMOEN; HAMILTON, 2006).

Segundo Langwade (2000), intervenções de enfermagem relacionadas ao ensino no pós-operatório de prostatectomia radical, inclusive o acompanhamento por telefone, podem potencializar a recuperação física do indivíduo, o bem estar emocional e a adesão ao autocuidado após a alta hospitalar.

A estratégia de acompanhamento e ensino realizado pelo enfermeiro via telefone fornece um valioso apoio aos pacientes e permite o reforço das orientações para alta, manejo de sintomas, troca de informações, identificação prévia de sinais de complicações, além do esclarecimento de dúvidas e preocupações, o que resulta em um aumento da confiança paciente-profissional e da qualidade do serviço após a alta hospitalar (COSTELLO; KIERNAN, 1993; MISTIAEN; POOT, 2006).

Há uma variedade de aspectos que envolvem o seguimento por telefone, por exemplo, a frequência e o tempo das chamadas, o profissional que executa, o objetivo das intervenções, o formato e o conteúdo dessas chamadas, o momento da alta em que tem início a chamada e a sua duração. O principal objetivo deste tipo de intervenção é aumentar a adesão aos cuidados pós-alta e facilitar a transição entre o hospital e o retorno para casa, diminuindo o estresse e aumentando o conhecimento dos pacientes para lidar com os sintomas (MISTIAEN; POOT, 2006).

O método de seguimento por telefone tem sido usado como uma forma de acompanhamento daqueles pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, não caracterizados como pacientes de grande risco, permitindo-os levarem uma vida tão normal quanto possível e longe do ambiente hospitalar, o que também é considerado melhor para o serviço, ao reduzir a carga de trabalho do enfermeiro no sistema convencional de acompanhamento ambulatorial, permitindo que esses profissionais concentrem-se no cuidado a pacientes com problemas clínicos, que realmente necessitam serem atendidos em uma unidade hospitalar (SARDEL et al., 2000). Autores afirmam que o acompanhamento telefônico é mais significativo durante o momento em que o paciente vive a experiência de gerenciar o seu próprio cuidado (INMAN et al., 2011).

Esse método também tem sido utilizado na prática urológica após intervenções cirúrgicas, por exemplo, em pacientes submetidos à ressecção transuretral da próstata a fim de verificar se eles apresentam fluxo urinário satisfatório ou algum sinal de complicação após a cirurgia (PIDD et al., 2000).

Davison et al. (2004) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar um programa de alta hospitalar para pacientes submetidos a prostatectomia radical, no Canadá. O programa consistia na entrega de um livreto intitulado “Antes e depois da sua prostatectomia radical”, revisado e aprovado pelos urologistas do serviço; um *checklist* baseado nas principais informações contidas no livreto, que serviu como guia nas sessões de ensino ao paciente; um kit para alta contendo diferentes produtos que poderiam ser necessários no cuidado em domicílio; e duas chamadas telefônicas (48 horas e 30 dias após a alta) para realização de uma entrevista a fim de saber como o paciente estava se sentindo, reforçar as instruções de alta e verificar se havia alguma dúvida. Os autores concluíram que fornecer informações escritas e reforçá-las em sessões educativas durante e após a hospitalização, realizar o acompanhamento por telefone durante a alta e fornecer uma lista de nomes e telefones com recursos da comunidade, são aspectos valiosos para a construção de programas de ensino para alta.

Uma revisão sistemática Cochrane avaliou os efeitos do acompanhamento telefônico realizado por profissionais de saúde (MISTIAEN; POOT, 2006). Embora tenham sido avaliados 33 estudos, todos do tipo ensaio clínico controlado e randomizado, que envolveram 5.110 pacientes de diferentes populações (cirurgia, cuidados cardíacos, serviços de urgência, oncologia, pediatria, oftamologia, diabetes mellitus e medicina geral), os efeitos deste tipo de intervenção foram considerados não conclusivos. A baixa qualidade metodológica dos estudos, os vieses resultantes dos baixos tamanhos de amostra, instrumentos de mensuração e resultados mal definidos inviabilizaram a síntese dos achados quanto ao uso do acompanhamento telefônico como estratégia de ensino.

Diante dessas considerações, achou-se pertinente buscar as melhores evidências científicas, a partir de ensaios clínicos controlados e randomizados, sobre o acompanhamento telefônico de pacientes pós prostatectomia radical, e obter informações sobre como as chamadas telefônicas foram realizadas, bem como os efeitos clínicos e psicológicos para os indivíduos que receberam essa intervenção. Realizou-se a busca em seis bases eletrônicas: *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line - Medline*, *Web of Science*, *Excerpta Médica - EMBASE*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature - CINAHL*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS*, e no *Cochrane Central Register of Controlled Trials da Cochrane Library*. Foram selecionados cinco ensaios

clínicos que tinham como foco da intervenção o acompanhamento telefônico de homens no pós-operatório de prostatectomia radical (MOORE et al., 2008; MISHEL et al., 2002; CAMPBELL et al., 2007; JENSEN et al., 2011; INMAN et al., 2011).

Dois destes artigos (MISHEL et al., 2002; CAMPBELL et al., 2007) testaram, por meio do acompanhamento telefônico, intervenções direcionadas ao apoio psicológico. Um estudo testou o gerenciamento da incerteza decorrente da falta de conhecimento e preocupações, realizada diretamente ao paciente e ampliada a um familiar (MISHEL et al., 2002), e o outro, um treinamento de habilidades para enfrentamento dos efeitos adversos do tratamento (CAMPBELL et al., 2007). Os demais estudos (MOORE et al., 2008; JENSEN et al., 2011; INMAN et al., 2011) testaram intervenções direcionadas aos efeitos físicos do tratamento, como o treinamento muscular do assoalho pélvico para incontinência urinária (MOORE et al., 2008) e reforço das informações fornecidas na alta para gerenciamento do cuidado no domicílio (JENSEN et al., 2011; INMAN et al., 2011).

Conteúdo das Chamadas

Em dois estudos (MISHEL et al., 2002; CAMPBELL et al., 2007) o conteúdo das chamadas foram informações sobre câncer de próstata, os sintomas advindos do tratamento, métodos para gerenciá-los e o ensino de habilidades para melhora da comunicação. Um deles (CAMPBELL et al., 2007) também ensinou técnicas de relaxamento e formulou um plano para enfrentamento da doença e tratamento.

Outros conteúdos abordados foram o treinamento muscular do assoalho pélvico associado com informações sobre manuseio da SVD, prevenção de infecção do trato urinário, medicação, disfunção erétil, recuperação emocional e aconselhamento (MOORE et al., 2008).

Alguns autores descreveram a utilização de um protocolo para o acompanhamento telefônico, com questões sobre o gerenciamento do cuidado no domicílio e sobre dúvidas ou preocupações (JENSEN et al., 2011; INMAN et al., 2011).

Profissionais responsáveis e duração das chamadas

As chamadas telefônicas direcionadas aos efeitos físicos foram realizadas por enfermeiras urológicas (MOORE et al., 2008; JENSEN et al., 2011; INMAN et al., 2011). Em dois estudos foi realizada uma chamada, três a cinco dias após a alta, com duração entre 10 a 15 minutos (JENSEN et al., 2011; INMAN et al., 2011); outro estudo iniciou as chamadas quatro semanas após a cirurgia, com duração média de 15 minutos e frequência semanal nos três meses iniciais e posteriormente mensais, durante um ano, totalizando 21 chamadas (MOORE et al., 2008).

Já as intervenções por telefone relacionadas a fatores psicológicos foram realizadas por enfermeiras que receberam treinamento (MISHEL et al., 2002) e por psicólogos (CAMPBELL et al., 2007), com frequência semanal, num total de seis a oito chamadas. A duração das chamadas foi citada somente em um dos estudos (CAMPBELL et al., 2007), em que psicólogos realizavam a intervenção em uma hora. Ressalta-se que os autores de ambos os estudos não citaram o período inicial das intervenções.

Resultados mensurados

Os resultados mensurados foram incontinência urinária (MOORE et al., 2008); qualidade de vida (MOORE et al., 2008; CAMPBELL et al., 2007); preocupações/incertezas (INMAN et al., 2011; MISHEL et al., 2002); controle dos efeitos adversos do tratamento (MISHEL et al., 2002); autoeficácia (CAMPBELL et al., 2007); gerenciamento do cuidado no domicílio (INMAN et al., 2011); uso de recursos médicos no período pós-operatório (INMAN et al., 2011); satisfação (INMAN et al., 2011; JENSEN et al., 2011); segurança quanto aos cuidados a serem realizados em casa e reabilitação em relação ao manejo do cateter, tratamento de feridas, dor, função intestinal e atividades da vida diária (JENSEN et al., 2011).

Para avaliação da incontinência urinária foi utilizado *24 Hour Pad* e o *Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7)* (MOORE et al., 2008). Os resultados não

foram significativos entre os grupos, contudo, detectou-se que o período de maior incontinência são os quatro meses iniciais.

Para avaliar a incerteza/preocupações, utilizou-se as escalas *Mishel Uncertainty in Illness Scale* e *Self-Control Scale* com suas subescalas “reformulação cognitiva” e “resolução de problemas” associadas a uma entrevista semi-estruturada (MISHEL et al., 2002), além de auto relato (INMAN et al., 2011). A incerteza declinou significativamente ($p = 0,01$), com diferenças entre os grupos para reformulação cognitiva ($p = 0,005$) e resolução de problemas ($p = 0,009$), principalmente nos quatro meses iniciais ($p = 0,05$) (MISHEL et al., 2002). As preocupações relatadas foram os efeitos colaterais do tratamento, como incontinência e problemas de ereção (MISHEL et al., 2002); além de espasmos na bexiga, inchaço escrotal, dor, constipação, nível de atividade física (INMAN et al., 2011) e a comunicação com o profissional (MISHEL et al., 2002).

A qualidade de vida foi avaliada por meio do *International Prostate Symptom Score – IPSS* (MOORE et al., 2008), *Expanded Prostate Cancer Index Composite – EPIC* (com seus domínios sobre a função urinária, função intestinal, função hormonal, entre outros) e o *Physical Function and Mental Health Scales of the Short Form-36 Health Survey SF-36* (CAMPBELL et al., 2007). Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos nos estudos analisados, contudo, constatou-se que após um ano a incontinência urinária não interferia mais na qualidade de vida ($p = 0,001$) (MOORE et al., 2008), e que a função intestinal demonstrou efeito significativo, pois houve um declínio no incômodo decorrente do tratamento ($p = 0,042$) (CAMPBELL et al., 2007).

Por meio do instrumento *Symptom Distress Scale* avaliou-se o controle dos efeitos adversos do tratamento (MOORE et al., 2008). De acordo com itens específicos sobre câncer de próstata, homens do GI demonstraram um melhor controle do fluxo urinário ($p = 0,03$), principalmente nos primeiros quatro meses de estudo ($p = 0,01$).

O uso de recursos médicos no período pós-operatório (INMAN et al., 2011) foi verificado a partir do auto-relato. Sessenta por cento dos homens do GC utilizaram recursos não planejados, como visitas ao médico, contra 47% do GI, sendo que, destes, quatro (28,5%) utilizaram os recursos antes de receber a intervenção. Quanto à reabilitação (JENSEN et al., 2011), reduções foram clinicamente relevantes

nos domínios controle da dor (23%), manejo do cateter (18%) e tratamento de feridas (13%).

Ao analisar os cinco estudos é possível sumarizar o uso do telefone como estratégia de acompanhamento pós-alta com a finalidade de avaliar o conhecimento do paciente, discutir as preocupações e oferecer ajuda para enfrentá-las, monitorar sintomas físicos e psicológicos, bem como incentivar mudanças comportamentais e no estilo de vida. A diversidade das intervenções realizadas e os diferentes desfechos mensurados dificultam inferir sobre qual o melhor momento, quantidade e frequência para realização das chamadas telefônicas. Mas, acredita-se que com a redução do período de internação, o acompanhamento telefônico torne-se uma ferramenta útil para que enfermeiros e demais profissionais possam atuar neste período de transição.

4 - Objetivos

4.1 - Geral

Avaliar a efetividade de um programa de ensino no preparo para alta hospitalar de pacientes submetidos à prostatectomia radical, a partir das seguintes dimensões: autoeficácia, morbidade psicológica (ansiedade e depressão), satisfação e conhecimento.

Hipótese geral - Os pacientes expostos ao programa de ensino apresentam melhores resultados no pós-teste quanto à autoeficácia, morbidade psicológica (ansiedade e depressão), satisfação e conhecimento, em relação aos pacientes expostos às orientações de rotina do serviço.

4.2 - Específicos

Objetivo 1 – Comparar a autoeficácia geral percebida, morbidade psicológica (ansiedade e depressão), satisfação e conhecimento no GI em relação ao GC, no pós-teste. **Hipótese 1** – Prevê-se que o GI no pós-teste apresente melhores resultados que o GC, para as variáveis: autoeficácia geral percebida, morbidade psicológica (ansiedade e depressão), satisfação quanto às orientações recebidas e conhecimento sobre os cuidados a serem realizados em domicílio pós prostatectomia.

Objetivo 2 – Relacionar, no GI, no pós-teste, as variáveis autoeficácia, morbidade psicológica (ansiedade e depressão), satisfação e conhecimento. **Hipótese 2** – Espera-se que haja relação positiva entre as variáveis autoeficácia, conhecimento e satisfação, e relação negativa das variáveis autoeficácia, satisfação e conhecimento com a morbidade psicológica (ansiedade e depressão).

Objetivo 3 - Comparar a autoeficácia geral percebida, morbidade psicológica (ansiedade e depressão), satisfação e conhecimento no GI e GC no pré-teste e pós-teste. **Hipótese 3** - Espera-se encontrar diferenças significativas em relação às variáveis autoeficácia geral e percebida, morbidade psicológica (ansiedade e

depressão), satisfação e conhecimento no GI do pré-teste para o pós-teste quando comparado ao GC.

Objetivo 4 – Verificar se as variáveis dependentes que apresentaram mudanças estatisticamente significativas do pré-teste para o pós-teste no GC e GI também apresentam mudança clínica significativa. **Hipótese 4** - Espera-se que variáveis que apresentam alterações estatísticas significativas no GI também apresentem mudança clínica significativa, enquanto que, no GC, espera-se que nenhuma variável apresente mudança clínica significativa.

4.3 - Relacionados às análises exploratórias

Objetivo 1 – Investigar o impacto das variáveis sociodemográficas e clínicas, que não se apresentarem equivalentes entre os grupos, nas variáveis dependentes estudadas no pré-teste e no pós-teste.

Objetivo 2 – Identificar as diferenças entre os grupos quanto ao número de acertos das questões relacionadas ao conteúdo do programa de ensino, no pré-teste e no pós-teste.

5 - Métodos

5.1 – Tipo de estudo

Trata-se de um estudo experimental do tipo ensaio clínico aleatorizado controlado, unicego, pelo fato de que o pesquisador que coletou os dados no primeiro e no segundo momento desconhecia em qual dos grupos o sujeito de estudo estava alocado. Este tipo de delineamento pode ser desenvolvido em qualquer ambiente, desde que sejam atendidas as propriedades de manipulação, controle e aleatorização, as quais fortalecem o desenho para testar relações de causa e efeito (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

5.2 – Local do estudo

A pesquisa foi realizada em três hospitais de uma cidade do interior de Minas Gerais, nas respectivas unidades de internação cirúrgica.

O Hospital 01 foi selecionado por ter como anexo o Hospital do Câncer, considerado um serviço de referência no Estado de Minas Gerais pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA). De acordo com os dados da Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais (2010), em 2007, o referido hospital prestou atendimento a 194 casos de câncer de próstata, sendo maior parte realizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (MINAS GERAIS, 2010).

Os hospitais 02 e 03 também foram campos de pesquisa por terem uma equipe de cirurgiões urologistas que realizam prostatectomia radical. Essas instituições prestam atendimentos particulares ou por convênios.

A segunda coleta de dados realizada durante o retorno médico ocorreu nas unidades ambulatoriais dos três hospitais e nos consultórios médicos particulares.

Ressalta-se que o atendimento oferecido nos três campos de pesquisa não difere quanto ao tratamento e orientações fornecidas aos usuários.

5.3 - População

Fizeram parte deste estudo pacientes submetidos à prostatectomia radical, durante e após a hospitalização.

A identificação dos pacientes internados ocorreu por meio da agenda de cirurgias do bloco cirúrgico dos referidos hospitais.

5.4 - Cálculo do tamanho da amostra

O cálculo do tamanho da amostra foi baseado na diferença esperada entre o GC e o GI com relação à autoeficácia, após o tratamento.

Dessa forma, foi utilizado um cálculo que considera a diferença entre médias, tendo em vista que a autoeficácia é avaliada por meio de uma escala contínua.

Considerando uma diferença entre os grupos de aproximadamente 30 pontos, com desvio-padrão em torno de 42 (WEBER et al., 2007a), para um nível de significância de 5% ($z_{1-\alpha}=1,96$), e poder de 80% ($z_{1-\beta}=0,85$), foi estimada uma amostra de 33 indivíduos em cada grupo.

A fórmula utilizada para o cálculo amostral considerando a comparação de médias foi:

$$n = \frac{2\sigma^2[z_{1-\alpha} + z_{1-\beta}]^2}{d^2}$$

Onde n = tamanho da amostra

σ = desvio-padrão

d = diferença entre as médias dos grupos

5.5 - Critérios de inclusão

Os critérios de seleção para o grupo de pacientes foram:

- ter idade acima de 18 anos;
- ter capacidade cognitiva para a participação - aplicação do mini exame do estado mental (ANEXO A) (BERTOLUCCI et al., 1994);
- referir capacidade locomotora, visual, auditiva e de realização do autocuidado;
- possuir telefone (fixo ou celular) para dar seguimento ao programa de ensino.

5.6 - Critérios de exclusão

Foram excluídos os pacientes que relataram dificuldades para receber ligações telefônicas.

5.7 - Critérios de descontinuidade

Foram descontinuados do estudo os pacientes que não responderam e/ou não atenderam às ligações telefônicas, aqueles que tiveram uma re-internação por alguma complicação no período do reforço telefônico e da coleta de dados, e os que receberam intervenção médica diferenciada no primeiro mês pós-cirurgia, como, por exemplo, utilização da SVD por tempo superior a 20 dias.

5.8 - Processo de aleatorização dos grupos

Os sujeitos foram aleatorizados em dois grupos: GC e GI. O princípio da aleatorização consiste em distribuir ao acaso os indivíduos nos dois grupos, visando evitar que algum dos indivíduos seja sistematicamente favorecido ou desfavorecido por fatores fora de controle do pesquisador. A fim de garantir o equilíbrio em relação ao número de sujeitos em cada grupo, utilizou-se o método de aleatorização em blocos de 20 pacientes (PAGANO; GAUVREAU, 2004). Para isso, de acordo com o cálculo amostral, em um envelope opaco foram colocados dez mini envelopes

opacos contendo um cartão escrito “grupo 1” e outros dez mini envelopes idênticos contendo um cartão com a palavra “grupo 2”. Após a aplicação dos instrumentos de coleta de dados, o paciente sorteou um mini envelope aleatoriamente, o que decidiu em qual grupo ele seria alocado.

5.9 – Intervenção: Programa de ensino para alta hospitalar

O programa de ensino foi elaborado a partir da combinação da orientação oral, escrita e reforço telefônico, conforme apresentado nos itens a seguir.

5.9.1 – Elaboração do livreto: “Manual de orientações para o cuidado domiciliar: Cirurgia Radical da Próstata”

Folhetos, livros e brochuras com instruções são os tipos de mídia mais acessíveis e amplamente empregados para o ensino. Apresentam distintas vantagens para incrementar o ensino e a aprendizagem, tais como: estão disponíveis ao indivíduo como referência para reforço da informação quando na ausência do enfermeiro; são amplamente usados em diversos níveis sociais; são fornecidos em formatos acessíveis, como livretos, que são portáteis, reutilizáveis e não requerem *softwares* para reprodução (BASTABLE, 2010).

O material impresso é avaliado na literatura como valiosa estratégia de apoio para todas as atividades dos programas educativos, ao ajudar o paciente na assimilação do grande volume de informação que lhe é fornecido (JAARSMA; HUIJER ABU-SAAD, 1999; HARRISON; BROWNE; ROBERTS, 2002). Levando-se em consideração os resultados de intervenções educativas que incluíam materiais impressos, dirigidos a pacientes com baixos níveis de leitura, e que se associaram a melhorias em comportamentos de tratamento e reconhecimento de sinais e sintomas de deterioração da enfermidade (TEMPLETON; COATES, 2004; DEWALT; PIGNONE; MALONE, 2004), neste estudo foi planejado um livreto educativo que

pôde ser utilizado pelos sujeitos da intervenção, com baixo ou alto nível de educação.

Assim, foi elaborado o livreto denominado “*Manual de orientações para o cuidado domiciliar: cirurgia radical da próstata*” (APÊNDICE A). Foram abordadas as temáticas: o que é a próstata e as doenças que a acometem; tipos de cirurgia para remoção da próstata; cuidados com o corte cirúrgico; cuidados com a SVD; incontinência urinária; orientações sobre exercícios para a musculatura pélvica; cuidados quanto aos exercícios físicos; medicamentos para dor; cuidados quanto ao banho; cuidados com a alimentação e líquidos; orientações sobre o funcionamento do intestino pós-cirurgia; sinais e sintomas de complicação; e disfunção erétil (VANDALL-WALKER; MOORE; PYNE, 2008; MATA; NAPOLEÃO, 2010, MATA; CARVALHO; NAPOLEÃO, 2011).

Ao elaborar o livreto atentou-se para o nível de alfabetização do público alvo, buscando adequar a linguagem para um nível de fácil compreensão. Outros fatores considerados foram a necessidade de brevidade e clareza do material, com foco para o conteúdo que o paciente realmente precisa saber, e a inclusão de figuras a fim de ilustrar as orientações escritas e facilitar o entendimento.

Dessa forma, para aumentar a facilidade de compreensão do material impresso, foram utilizadas algumas diretrizes descritas por Bastable (2010):

- Usar palavras curtas, de vocabulário simples;
- Escrever as palavras por extenso em vez de usar abreviaturas;
- Utilizar termos familiares, evitar jargão médico e terminologia médica;
- Utilizar formato de perguntas e respostas a fim de uma abordagem interativa para apresentar unidades de informação;
- Usar voz ativa no presente;
- Organizar as informações em séries de listas com marcadores;
- Usar as palavras de modo consistente (repetição) ao longo do texto, evitando sinônimos;
- Usar fontes grandes (tamanho 14), de estilo simples, evitando itálico;
- Usar negrito para enfatizar idéias ou palavras importantes;
- Evitar papel brilhante para reduzir o reflexo; impressão preta em papel branco, uma vez que a maioria do público é idoso;
- Usar ilustrações simples e realistas que expressem a mensagem pretendida.

O livreto impresso foi submetido à avaliação em relação à pertinência e à adequação da linguagem verbal (escrita), do conteúdo e da aparência visual (figuras, cores, organização da escrita e das figuras) (APÊNDICE B). Participaram da etapa de avaliação duas enfermeiras doutoras em enfermagem e pesquisadoras na área de enfermagem cirúrgica e de urologia; um médico urologista, doutor em cirurgia e membro do corpo clínico de cirurgiões urologistas de um dos hospitais em estudo; uma jornalista, mestre em sociologia da comunicação; e um paciente submetido à prostatectomia radical há seis meses. Ressalta-se que todos os avaliadores foram previamente informados em relação aos objetivos do estudo e antes de sua participação foi solicitada a assinatura do termo de consentimento (APÊNDICE C). Foram sugeridas alterações quanto à cor da capa, organização da apresentação dos nomes dos autores, alterações na descrição sobre o que é a próstata, inclusão de item sobre as diferentes doenças prostáticas existentes, alterações de palavras para sinônimos mais conhecidos e adaptações de cores e formatos de alguns desenhos. Todas as sugestões foram analisadas pelos pesquisadores, e a maioria delas consideradas.

5.9.2 - Implementação da intervenção: Programa de ensino – informações orais, escritas e reforço por telefone

A intervenção consistiu de um apoio individualizado no período de reabilitação da prostatectomia radical e foi realizada em três momentos:

Momento 0 – Segundo dia de pós-operatório – Entrega do livreto, leitura junto ao paciente de todas as informações contidas no material e reforço da capacidade de realização do autocuidado. Apresentação de dispositivos utilizados para incontinência urinária (bolsa de perna, coletor urinário e absorvente masculino).

Momento 1 – Terceiro ao quinto dia pós-alta hospitalar - Contato telefônico com objetivo de esclarecer as dúvidas e reforçar as orientações contidas no livreto, bem como reforçar a capacidade do indivíduo em realizar o cuidado (duração média da ligação - 15 minutos).

Momento 2 – Trinta dias após a alta hospitalar - Contato telefônico com objetivo de esclarecer as dúvidas, reforçar as orientações contidas no livreto bem

como reforçar a capacidade do indivíduo em realizar o cuidado (duração média da ligação - 12 minutos) .

Para realização do contato telefônico foi elaborado um roteiro baseado na Teoria da Autoeficácia (BANDURA, 1986), a partir da fonte persuasão, com a finalidade de promover incentivos e reforços positivos para que a aprendizagem fosse prontamente traduzida em ação (APÊNDICE D). O roteiro foi avaliado por cinco pesquisadores enfermeiros que desenvolvem estudos na área de educação de pacientes a partir do referencial teórico de Bandura (1977, 1986).

A determinação do período em que deveria ocorrer o primeiro contato telefônico baseou-se em estudos que também apresentaram intervenções com conteúdos direcionados aos efeitos físicos (JENSEN et al., 2011; INMAN et al., 2011). Considerou-se também que as maiores necessidades de cuidado que o paciente apresenta é na primeira semana, uma vez que se encontra com a SVD e os pontos da incisão cirúrgica.

Em relação ao segundo contato, trinta dias após a alta, optou-se por esse período por corresponder ao tempo médio entre o intervalo do primeiro e segundo retorno médico, que pode aumentar as dúvidas e incertezas, principalmente, quanto às limitações às atividades físicas, incontinência urinária e disfunção sexual (DAVISON et al., 2004).

Os pacientes que relataram alguma complicação clínica durante o contato telefônico foram orientados pela pesquisadora a procurarem o serviço médico para comunicar as intercorrências.

5.10 – Variáveis e instrumentos do estudo

As variáveis em estudo decorreram da revisão da literatura e no seguimento dos objetivos e das hipóteses traçadas.

5.10.1 - Caracterização sociodemográfica e clínica (variáveis explanatórias)

Este questionário foi especificamente desenhado para o presente estudo com a finalidade de coletar um conjunto de informações relativas aos sujeitos que compõe a amostra. Os dados demográficos recolhidos foram: idade, estado civil, procedência, escolaridade, situação profissional, situação conjugal, renda mensal individual, renda mensal familiar e número de pessoas que residem na mesma casa. Quanto aos dados clínicos, este questionário avaliou se o indivíduo conhece ou desconhece diagnóstico, tempo de diagnóstico, tipo de cirurgia realizada e comorbidades. Foram processadas como variáveis contínuas ou categóricas, de acordo com a natureza de cada variável (APÊNDICE E).

5.10.2 – Autoeficácia (variável desfecho)

Avaliada por meio da Escala de Autoeficácia Geral e Percebida (SCHWARZER; JERUSALÉM, 1995) adaptada e validada para aplicação no Brasil por Souza & Souza (2004) para predizer a capacidade do indivíduo a superar as dificuldades diárias como também a adaptação depois de experimentar todos os tipos de eventos estressantes da vida. O instrumento é composto por 10 itens com respostas em escala do tipo *likert* que varia de um a cinco. Cada item refere-se ao alcance de metas e indica uma atribuição interna estável do sucesso, sendo que quanto maior a pontuação, maior percepção da autoeficácia. A versão brasileira (SOUZA; SOUZA, 2004) apresentou Alpha Cronbach igual a 0,81. Foi processada como variável numérica discreta (ANEXO B).

5.10.2.1 - Características psicométricas da Escala de autoeficácia geral e percebida na amostra em estudo

Para se proceder à avaliação das qualidades psicométricas da Escala de Autoeficácia Geral e Percebida, foram utilizados os dados obtidos através da avaliação dos 75 pacientes recrutados no segundo dia de pós-operatório de prostatectomia radical.

Coeficiente de Fidelidade

A fidelidade do instrumento foi calculada pela computação do alfa de *Cronbach*. O coeficiente de consistência interna da escala foi de 0,74, indicando uma boa consistência interna dos itens (Quadro 1) e as correlações dos itens com o total variam entre 0,15 e 0,58.

Questões (q)	Média se eliminado	Variância se Eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
q1	35,06	34,397	0,464	0,709
q2	35,51	33,368	0,425	0,712
q3	35,94	34,768	0,291	0,734
q4	35,13	33,598	0,531	0,700
q5	35,45	35,423	0,249	0,740
q6	35,37	32,464	0,521	0,697
q7	35,93	35,695	0,156	0,764
q8	35,51	32,711	0,471	0,705
q9	35,28	32,177	0,582	0,689
q10	35,13	34,627	0,463	0,710

Quadro 1 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach Escala de Autoeficácia Geral e Percebida; Sumário da Escala: (n = 75); Média = 39,37; Desvio Padrão = 6,38; Alfa de Cronbach Total = 0,74.

5.10.3 - Ansiedade e depressão (variável desfecho)

Utilizou-se a escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (ZIGMOND; SNAITH, 1983), na versão em português validada por Botega et al. (1995). Esse instrumento visa detectar graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos, em diversos contextos. É considerada uma escala curta, de fácil e rápido preenchimento. O paciente deve basear suas respostas em como se sentiu durante a última semana (BOTEGA et al., 1995). A escala HADS contém 14 questões do tipo múltipla escolha. Compõe-se de duas subescalas, para ansiedade e depressão, com sete itens cada. Cada questão possui quatro opções de respostas com valores que variam de zero a três. A pontuação global em cada subescala vai de zero a vinte e um, sendo que quanto maior o valor maior o transtorno emocional. De acordo com um estudo realizado por Zigmond e Snaith (1983), em 100 doentes com diferentes queixas e doença física, e em tratamento no ambulatório, a partir do valor global obtido em cada subescala, os indivíduos podem ser categorizados em três níveis: não casos (pontuação de zero a sete), caso duvidoso ou incerto (pontuação de oito a dez) e caso (pontuação de onze a vinte e um). Os autores sugerem o valor oito como ponto de corte, considerando os valores inferiores como ausência de ansiedade e de depressão. Os mesmos autores referem que a escala pode ser usada a partir da pontuação total (HADS-Total) como um indicador clínico, desde que seja analisado como um índice de perturbação emocional (morbidade psicológica). As variáveis foram processadas como variáveis numéricas discretas ao considerar o total para cada escala e o valor da escala total (morbidade psicológica), e como categóricas ao se classificar conforme o ponto de corte igual a oito (ANEXO C).

Relativamente às características psicométricas do instrumento e, no que se refere à fidelidade, os coeficientes encontrados nas duas sub-escalas existentes revelaram uma elevada consistência interna numa amostra de 586 indivíduos com câncer (MOOREY et al., 1991). Segundo os autores, o coeficiente alfa de consistência interna de Cronbach foi de 0,93 para a ansiedade e de 0,90 para a depressão.

5.10.3.1 Características psicométricas do *Hospital Anxiety and Depression Scale* na amostra em estudo

Para se proceder à avaliação das qualidades psicométricas do HADS, foram utilizados os dados obtidos através da avaliação de 75 pacientes no segundo dia de pós-operatório de prostatectomia radical.

Coeficiente de Fidelidade

A fidelidade do instrumento foi calculada por meio do alfa de Cronbach. Foi calculado o alfa de Cronbach total da escala e das 2 sub-escalas em separado, ansiedade (HADS-A) e depressão (HADS-D). O coeficiente de fidelidade para o HADS – Total foi de 0,85, indicando uma elevada consistência interna dos itens (Quadro 2), e as correlações dos itens com o total variaram entre os valores 0,28 e 0,68.

Questões (q)	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
q 1 HAD ansiedade	9,48	53,739	0,680	0,664
q1 HAD depressão	10,51	61,796	0,357	0,384
q 2 HAD ansiedade	9,79	55,283	0,595	0,539
q 2 HAD depressão	10,61	59,957	0,552	0,551
q 3 HAD ansiedade	9,59	54,474	0,643	0,579
q 3 HAD depressão	9,97	59,371	0,431	0,397
q 4 HAD ansiedade	10,01	57,357	0,534	0,435
q 4 HAD depressão	10,27	61,199	0,284	0,371
q 5 HAD ansiedade	10,31	56,874	0,586	0,554
q 5 HAD depressão	10,69	62,331	0,397	0,389
q 6 HAD ansiedade	10,10	56,919	0,518	0,539
q 6 HAD depressão	10,65	61,489	0,440	0,294
q 7 HAD ansiedade	10,63	61,178	0,418	0,262
q 7 HAD depressão	10,76	62,185	0,455	0,461

Quadro 2 - Coeficientes de Consistência Interna de Cronbach da Escala *Hospital Anxiety and Depression Scale*; Sumário da Escala: (n = 75); Média = 11,03; Desvio Padrão = 8,22; Alfa de Cronbach Total = 0,85.

Nos Quadros 3 e 4, foram apresentados respectivamente os coeficientes de consistência interna de Cronbach do HADS, para as sub-escalas HADS-A e HADS-D.

Questões (q)	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
q 1 HAD ansiedade	5,73	20,256	0,769	0,628
q 2 HAD ansiedade	6,04	21,955	0,602	0,456
q 3 HAD ansiedade	5,85	21,161	0,682	0,524
q 4 HADansiedade	6,27	24,113	0,456	0,260
q 5 HAD ansiedade	6,56	23,907	0,497	0,380
q 6 HAD ansiedade	6,35	22,746	0,547	0,471
q 7 HAD ansiedade	6,89	26,101	0,394	0,236

Quadro 3 - Coeficiente de consistência interna de Cronbach do HADS-A (Ansiedade); Sumário da Escala: (n = 75); Média = 7,28; Desvio Padrão = 5,50; Alfa de Cronbach Total = 0,82.

A análise das correlações do HADS-A com o total da escala revelou que todos os itens apresentaram correlações acima dos 0,39, variando entre 0,39 e 0,76.

Questões (q)	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
q 1 HAD depressão	3,23	9,320	0,404	0,603
q 2 HAD depressão	3,32	9,051	0,527	0,569
q 3 HAD depressão	2,69	9,045	0,330	0,630
q 4 HAD depressão	2,99	9,614	0,195	0,684
q 5 HAD depressão	3,41	9,902	0,390	0,611
q 6 HAD depressão	3,37	9,550	0,433	0,598
q 7 HAD depressão	3,48	10,167	0,378	0,616

Quadro 4 - Coeficiente de consistência interna de Cronbach do HADS-D (Depressão); Sumário da Escala: (n = 75); Média = 3,75; Desvio Padrão = 3,50; Alfa de Cronbach Total = 0,65.

A análise dos dados apresentados no Quadro anterior permitiu constatar que as correlações dos itens com o total da escala variaram entre 0,19 e 0,52, e que o alfa de *Cronbach* para o total da escala foi de 0,65.

O valor mínimo aceitável para o alfa é 0,70; abaixo desse valor a consistência interna da escala utilizada é considerada baixa. Em contrapartida, o valor máximo

esperado é 0,90; acima deste valor, pode-se considerar que haja redundância ou duplicação, ou seja, vários itens estão medindo exatamente o mesmo elemento de um constructo; portanto, os itens redundantes devem ser eliminados. Usualmente, são preferidos valores de alfa entre 0,80 e 0,90 (STREINER, 2003).

Dessa forma, optou-se por excluir esta escala na análise do presente estudo, devido à sua baixa fidelidade, e, utilizar a sub-escala de ansiedade e a escala total para avaliar a morbidade psicológica.

5.10.4 - Satisfação com as orientações para cuidados domiciliares (variável desfecho)

Foi verificada por meio de um item com variação de 1 a 5, na qual 1 representa “extremamente insatisfeito”, 2 “insatisfeito”, 3 “não tem certeza”, 4 “satisfeito” e 5 “totalmente satisfeito”. Foi processada como variável numérica discreta (APÊNDICE G).

5.10.5 - Conhecimentos sobre cuidados domiciliares pós prostatectomia radical (variável desfecho)

Assim como o instrumento de avaliação do conhecimento sobre câncer de próstata elaborado por Lepore et al. (2003), que em seu estudo propôs avaliar os impactos de um programa de ensino para pacientes com câncer de próstata, no presente estudo, também foi elaborado um questionário estruturado contendo 23 questões com opções de respostas “certo”, “errado”, “não sabe”. As frases correspondem às orientações contidas no livreto “Manual de orientações para o cuidado domiciliar: Cirurgia Radical da Próstata” e permitem avaliar os conhecimentos que os pacientes possuem sobre os cuidados no pós-operatório de prostatectomia radical (cuidados com o corte cirúrgico e SVD; incontinência urinária; exercícios para a musculatura da pelve; cuidados quanto aos exercícios físicos, à alimentação e à ingestão de líquidos; evacuações; sinais de complicação e

problemas de ereção). Para cada resposta correta foi atribuído um ponto, totalizando máximo de 23 pontos. Para respostas erradas ou não sabe, não houve pontuação. Foi processada como variável numérica discreta (APÊNDICE F).

5.10.5.1 - Características psicométricas do questionário “Conhecimentos sobre cuidados domiciliares pós prostatectomia radical” na amostra em estudo

Para se proceder à avaliação das qualidades psicométricas do questionário “Conhecimentos sobre cuidados domiciliares pós prostatectomia radical”, foram utilizados os dados obtidos por meio da avaliação dos 75 pacientes no segundo dia de pós-operatório de prostatectomia radical.

Coeficiente de Fidelidade

Para determinar a fidelidade do questionário “Conhecimentos sobre cuidados domiciliares pós prostatectomia radical”, foram calculados os coeficientes de alfa de Cronbach para a única escala do questionário. O valor de alfa encontrado foi de 0,71 indicando uma aceitável fidelidade do instrumento.

Questões (q)	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
q1	42,12	37,926	0,107	0,711
q2	42,88	38,643	0,089	0,709
q3	41,93	38,905	0,039	0,713
q4	41,97	34,596	0,356	0,688
q5	42,38	35,553	0,281	0,696
q6	42,10	37,288	0,151	0,708
q7	42,10	36,273	0,204	0,705
q8	41,91	36,440	0,322	0,693
q9	41,59	34,932	0,375	0,687
q10	41,28	36,413	0,418	0,689
q11	41,26	36,347	0,496	0,686
q12	41,99	38,224	0,205	0,703
q13	42,10	36,004	0,241	0,701
q14	42,94	37,011	0,392	0,692
q15	41,93	37,084	0,272	0,697
q16	41,97	35,253	0,311	0,693
q17	42,84	38,317	0,128	0,707
q18	42,01	35,179	0,366	0,688
q19	42,76	35,854	0,420	0,686
q20	42,93	37,771	0,234	0,700
q21	42,16	36,138	0,252	0,699
q22	42,59	35,410	0,336	0,691
q23	41,87	38,027	0,127	0,708

Quadro 5 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do questionário “Conhecimentos sobre cuidados domiciliares pós prostatectomia radical”; Sumário da Escala: (n = 75); Média = 44,07; Desvio Padrão = 6,29; Alfa de Cronbach Total = 0,71.

Devido ao número reduzido da amostra, não foi possível fazer o estudo de validade, uma vez que em conformidade com Pasquali (1999), a amostra deve conter pelo menos 100 sujeitos por domínio (fator) a ser mensurado no instrumento, ou um número de cinco a dez sujeitos para cada item do instrumento.

5.11 – Pré-teste dos instrumentos

A razão fundamental para se realizar um pré-teste é subsidiar decisões sobre recrutamento, intervenção e medição das variáveis. A partir de uma pequena amostra de conveniência, pode-se testar questionários a serem utilizados, indagar sobre reações subjetivas aos procedimentos e aos desconfortos por eles causados, sobre questões não entendidas, e sobre outras maneiras de aperfeiçoar o estudo (HULLEY et al., 2003).

No presente estudo, a intervenção e os instrumentos de coleta de dados foram aplicados em nove pacientes submetidos à prostatectomia radical nos três hospitais, no período de setembro e outubro de 2011. Foi possível identificar necessidade de ajustes dos instrumentos de caracterização sócio-demográfica e clínica; e padronizar a forma de implementação da intervenção e aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

Para padronizar os contatos telefônicos foram realizadas ligações telefônicas para os pacientes recrutados, o que também possibilitou a avaliação do instrumento elaborado para reforço telefônico e a adequação da atitude e melhora da habilidade de entrevista da pesquisadora.

5.12 – Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em dois momentos distintos. O primeiro momento (T_0) ocorreu antes de iniciar as intervenções do estudo, no segundo dia de pós-operatório hospitalar, e o segundo momento (T_3) ocorreu no segundo retorno médico antes da consulta médica (Figura1). No primeiro e segundo momento da coleta de dados, os entrevistadores não souberam, a priori, sobre a alocação dos participantes nos respectivos grupos (GC e GI), visando garantir a imparcialidade e a obtenção de medida acurada das variáveis antes e após a intervenção, o que caracterizou o cegamento para essas etapas da coleta de dados.

Figura 1 – Esquematização do estudo

5.13 – Análise dos dados

Com a finalidade de armazenar os dados oriundos das fases de coletas de dados, foi criada uma planilha de dupla alimentação no Microsoft Excel Windows, versão 2007. Em seguida esta planilha foi exportada para o programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 20.0 para Windows.

Os resultados obtidos para as variáveis explanatórias (*caracterização sociodemográfica e clínica*) foram analisados a partir de estatística descritiva, assim como, análises de distribuições e frequências, e apresentados na forma de tabelas para melhor visualização.

Inicialmente, verificou-se a equivalência dos grupos no pré-teste, pois só assim se pode avaliar adequadamente a eficácia das intervenções. Ou seja, só após verificar que os grupos são equivalentes no pré-teste (que é o que se espera), é possível atribuir as mudanças posteriores ao poder das intervenções experimentais.

Dessa forma, para avaliar equivalência entre os grupos quanto às características sociodemográficas e clínicas no pré-teste, foram utilizados testes *t* de *student* para amostras independentes no que se refere às variáveis numéricas (*idade, escolaridade em anos, renda mensal individual, número de pessoas com quem reside*) e testes de qui-quadrado (χ^2) ao nível das variáveis categóricas (*situação profissional, situação conjugal, conhecimento do diagnóstico e tempo de espera para realização da cirurgia*). O impacto das variáveis que não apresentaram equivalência entre os grupos nas variáveis dependentes foi apresentado no item 6.5.1 referente às análises exploratórias.

No que se refere às questões de investigação (teste de hipóteses), foram utilizados diferentes tipos de análises estatísticas, de acordo com a natureza das variáveis que integram cada uma das questões. Assim, em primeiro lugar, analisou-se a existência ou não dos princípios que permitem utilizar a estatística paramétrica. Ou seja, verificou-se se as variáveis dependentes são de natureza numérica, se seguem uma distribuição normal (teste Komolgorow-Smirnov) e se existe homogeneidade de variância (teste de Levene) na distribuição da variável independente em relação à dependente (ALMEIDA; FREIRE, 2007).

A fim de verificar também a equivalência do GC e do GI no pré-teste em relação às variáveis dependentes foram utilizados os testes *t* de *student* para as variáveis com distribuição normal. No que se refere às variáveis com distribuição não normal, as diferenças entre os grupos foram avaliadas por meio do teste *U* de Mann-Whitney.

Nos testes das hipóteses da presente investigação, recorreu-se à estatística paramétrica sempre que se verificou que os princípios de normalidade da distribuição e homogeneidade de variância se encontravam respeitados (*autoeficácia geral e percebida, ansiedade e morbidade psicológica*). Quando tal não

se verificou, recorreu-se à estatística não paramétrica (*satisfação* e *conhecimento*). Consideraram-se significativos os valores de $p \leq 0,05$ e marginalmente significativos os valores de $p < 0,10$ (POESCHL, 2006).

Para testar a **Hipótese 1**, que comparou o GI e o GC, quanto aos ganhos obtidos no pós-teste, para as variáveis com distribuição normal (*autoeficácia*, *ansiedade* e *morbidade psicológica*), utilizou-se o teste paramétrico análise de variância ANCOVA, tendo como variáveis dependentes a *autoeficácia*, a *ansiedade* e a *morbidade psicológica*, no momento pós-teste, e como covariantes o valor destas variáveis no pré-teste. Em relação às variáveis que não apresentaram uma distribuição normal, utilizou-se o teste não paramétrico *U de Mann-Whitney*.

Para testar a **Hipótese 2**, ou seja, verificar se houve relação entre as variáveis dependentes no GI no pós-teste, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson* para variáveis com distribuição normal, e o coeficiente de correlação de *Spearman* para variáveis que não apresentaram distribuição normal.

Para testar a **Hipótese 3**, ou seja, verificar se houve diferenças significativas em relação às variáveis *autoeficácia*, *ansiedade*, *morbidade psicológica*, *satisfação* e *conhecimento* no GI do pré-teste para o pós-teste quando comparado ao GC, utilizou-se a análise *General linear model* para medidas repetidas para as variáveis com distribuição normal, tendo como fator intra-sujeitos o momento (pré-teste e pós-teste) e como fator inter-sujeitos, o grupo (GC versus GI). Optou-se por utilizar a análise *General linear model* para medidas repetidas ao teste T para amostras pareadas, pois este procedimento permite avaliar as diferenças ao longo do tempo em função do grupo, ou seja, a interação dos fatores tempo e grupo, o que diminui a ocorrência do erro tipo I (rejeitar a hipótese nula quando a mesma é verdadeira). Para as variáveis que não apresentam distribuição normal, utilizou-se o teste não paramétrico *Wilcoxon* para medidas repetidas em dois momentos (pré e pós-teste).

Para testar a **Hipótese 4**, ou seja, verificar se as variáveis dependentes que apresentaram significâncias estatísticas pelos testes inferenciais (paramétricos e não paramétricos) também apresentaram significância clínica, utilizou-se o método proposto por Jacobson e Truax (1991) conhecido como método JT, descrito posteriormente, que identifica se as mudanças entre os escores pré e pós-teste nos grupos são confiáveis (Índice de Mudança Confiável) e clinicamente relevantes (Significância Clínica).

No caso das **Análises Exploratórias**, para investigar o impacto das variáveis sociodemográficas e clínicas, que não se apresentaram equivalentes entre os grupos, nas variáveis dependentes estudadas no pré-teste e no pós-teste foram utilizados os testes ANOVAS para as variáveis dependentes com distribuição normal e o teste *Kruskal-Wallis* para as variáveis dependentes com distribuição não normal.

E, para identificar as diferenças entre os grupos quanto ao número de acertos das 23 questões do instrumento de avaliação do conhecimento, no pré-teste e no pós-teste, utilizou-se o teste do qui-quadrado.

5.13.1 – Método JT

A fim de avaliar a significância clínica de intervenções terapêuticas, Jacobson e Truax (1991) desenvolveram um método estatístico de tratamento dos dados que articula dois conceitos: significância clínica e confiabilidade das mudanças obtidas. A efetividade de uma intervenção seja educacional ou clínica, implica em reunir evidências sobre a validade interna das intervenções (grau em que os resultados podem ser atribuídos aos procedimentos utilizados) e sobre a validade social ou externa (impacto sobre o funcionamento cotidiano do indivíduo, generalização para outros ambientes ou população, relação custo-benefício) (AGUIAR; AGUIAR; DEL PRETTE, 2009).

Nos delineamentos de grupo, a validade interna geralmente é calculada com base na estatística inferencial a partir de medidas de tendência central (média, mediana) e de dispersão (desvio padrão e erro padrão) que visa identificar significância estatística das diferenças entre dados pré e pós-teste (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2008). Contudo, mudanças estatisticamente significativas não implicam que haja mudanças clinicamente relevantes nos indivíduos que receberam a intervenção (MIDDEL; VAN SONDEREN, 2002).

A partir dessas inquietações conceituais, Jacobson e Truax (1991) propuseram analisar a confiabilidade das mudanças entre os escores pré e pós-teste (Índice de Mudança Confiável – IMC) e a significância clínica de tais mudanças. O IMC determina se as mudanças pré e pós-teste verificadas para cada indivíduo ou para a média do grupo se devem à intervenção utilizada ou são erros de medida. Já

o cálculo da significância clínica permite verificar o grau em que os indivíduos atingiram os padrões esperados de melhora ou de recuperação da saúde (JACOBSON; TRUAX, 1991).

O método JT é útil para avaliar progressos de um grupo sob intervenção bem como os progressos de cada indivíduo desse grupo (MARGISON et al., 2000) e pode ser utilizado como complemento à análise de significância estatística, quando se trabalha exclusivamente com escalas numéricas. Além disso, é considerado um método alternativo quando o número de sujeitos inviabiliza a análise estatística inferencial (AGUIAR; AGUIAR; DEL PRETTE, 2009).

5.13.1.1 – Cálculo do Índice de Mudança Confiável

Para o cálculo do IMC é necessário os escores pré e pós-teste de cada indivíduo e o valor do erro padrão da diferença, de acordo com a fórmula (JACOBSON; TRUAX, 1991):

$$IMC = \frac{pós - pré}{EP_{dif}}$$

onde:

EP_{dif} = erro padrão da diferença, obtida a partir da fórmula:

$$EP_{dif} = DP_1 \sqrt{2 \sqrt{1 - r}}$$

onde:

DP_1 = Desvio padrão pré-teste (do grupo ou do indivíduo)

r = Índice de confiabilidade do instrumento de medida (geralmente alfa de Conbrach)

A partir do cálculo do IMC, pode-se utilizar uma equação de condição (JACOBSON; TRUAX, 1991) :

Se $IMC > 1,96$ – Mudança Positiva Confiável

Se $IMC < -1,96$ – Mudança Negativa Confiável

Se $-1,96 < IMC < 1,96$ – Ausência de Mudança

Assim, qualquer oscilação, positiva ou negativa, entre a avaliação pré e pós-teste, somente será considerada uma mudança confiável se for suficientemente robusta para superar a margem de incerteza associada a erros de medida ou variabilidade do objeto avaliado, situando-a dentro do intervalo de confiança para os resultados obtidos (AGUIAR; AGUIAR; DEL PRETTE, 2009).

5.13.1.2 – Cálculo da Significância Clínica

Para o cálculo do ponto de corte de significância clínica o método considera três critérios (A, B e C) propostos por Jacobson e Truax (1991; 1992):

Critério A: Utilizado quando não se dispõe de dados normativos, podendo estimar média e desvio-padrão com base nos dados pré-teste da amostra clínica (ou população disfuncional) sob tratamento. Neste caso, uma mudança é considerada clinicamente relevante se a diferença entre pré e pós-teste, nos indicadores da habilidade sendo treinada, for, no mínimo, de dois desvios-padrão acima da média pré-teste.

Critério B: Utilizado quando se dispõe de dados normativos sobre a distribuição dos escores da população funcional, uma mudança clinicamente relevante é considerada quando o escore pós-intervenção desloca o indivíduo para dentro da distribuição da população funcional. Ou seja, seus escores pós-teste devem se situar dentro do intervalo que começa no ponto de corte representado pela média menos dois desvios padrão dessa população.

Critério C: Utilizado quando se dispõe de dados normativos sobre a distribuição dos escores da população funcional e da disfuncional; uma mudança clinicamente relevante deve levar o indivíduo, após a intervenção, simultaneamente para fora da distribuição disfuncional e para dentro da distribuição funcional. Ou seja, o escore final do indivíduo deverá situá-lo acima do ponto definido pela média mais dois desvios padrão da população disfuncional e acima também da média menos dois desvios padrão da população funcional.

Para a delimitação do intervalo de confiança da significância clínica utiliza-se a fórmula para o cálculo do erro padrão de medida:

$$PC \pm 1,96x\left(\frac{DP}{\sqrt{n}}\right)$$

onde:

PC = Ponto de corte calculado com base em um dos critérios (A, B ou C)

DP = Desvio padrão pré-teste da população clínica

n = Número de participantes

Os autores Jacobson e Truax (1991; 1992) utilizam uma classificação, a partir da verificação do IMC e da significância clínica:

- RECUPERADO: atingiu ambos os critérios;
- MELHORADO: passou pelo IMC mas não pela significância clínica;
- INALTERADO: não atingiu nenhum dos critérios;
- DETERIORADO: passou pelo IMC no sentido de piora.

Os resultados, no presente estudo, foram organizados e apresentados a partir de gráficos de dispersão, nos quais escores pré-teste foram ilustrados no eixo x, e escores pós-teste, no eixo y.

5.14 – Considerações éticas

O estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do de um dos hospitais do estudo (Parecer nº 42/2011) (ANEXO D). Os pacientes ao serem abordados foram esclarecidos por escrito e verbalmente quanto aos objetivos da pesquisa. Após a concordância do paciente, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE H) para assinatura dos envolvidos, paciente e pesquisador, em duas vias, sendo uma retida pelo participante e outra arquivada pelo pesquisador, conforme as recomendações do Conselho Nacional de Saúde do Brasil.

Os pacientes foram informados quanto à possibilidade de serem incluídos em um grupo que receberia a intervenção de ensino (GI) ou no grupo que continuaria com o preparo para alta usual do serviço de saúde (GC). Todos os participantes,

independente do grupo em que foram alocados, tiveram oportunidades de esclarecimento de dúvidas relacionadas ao estudo.

6 - Resultados

6.1 - Caracterização sócio-demográfica e clínica

Setenta e cinco pacientes foram acompanhados e avaliados, no período de janeiro de 2012 a fevereiro de 2013, nos três serviços que compuseram os locais de coleta dados da presente pesquisa. No entanto, sete participantes não se mantiveram até o segundo momento de avaliação, sendo excluídos do estudo. As causas de descontinuidade foram: um sofreu acidente vascular cerebral e teve internação prolongada; três não agendaram o segundo retorno médico; um agendou o segundo retorno médico apenas seis meses após a cirurgia; um ficou em uso prolongado da SVD (45 dias); e o último, sofreu contaminação da intervenção por um parente que foi sujeito da pesquisa e lhe passou todas as orientações no pós-alta, inclusive o livreto. Assim, a taxa de perda amostral foi de 9,3% e a amostra final foi composta por 68 pacientes.

As características sócio-demográficas e clínicas foram apresentadas de acordo com o grupo de participantes e de forma a avaliar possível existência de diferenças significativas entre o GC e GI no pré-teste.

Portanto, foram utilizados testes *t de student* para amostras independentes no que refere às variáveis numéricas (idade, escolaridade em anos, renda mensal individual, número de pessoas com quem reside) (Tabela 1) e testes de qui-quadrado (χ^2) ao nível das variáveis categóricas (situação profissional, situação conjugal, conhecimento do diagnóstico e tempo de espera para realização da cirurgia) (Tabela 2). Esta avaliação é importante para determinar a equivalência dos grupos no início da intervenção.

Tabela 1 - Resultados do teste *t de student* para amostras independentes nas variáveis sócio-demográficas numéricas.

Variáveis	G.C (n=34)		G.I (n=34)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Idade	63,9	6,4	64,2	5,8	-0,199	0,843
Escolaridade (anos)	5,5	4,8	6,9	4,8	-1,206	0,232
Renda Mensal Individual (R\$)	1572,2	1784,1	2647,3	3041,0	-1,810	0,075
Número de pessoas com quem reside	1,8	1,1	2,0	1,2	-0,662	0,536

Conforme a Tabela 1, no que se refere à *idade*, os participantes têm *idades* compreendidas entre 50 e 75 anos ($M = 64,1$; $DP = 6,1$). Assim, no GC a *idade* varia entre 51 e 75 anos ($M = 63,9$; $DP = 6,4$) e no GI entre 50 e 74 anos ($M = 64,2$; $DP = 5,8$). Quando comparados os grupos, no que se refere à *idade*, verifica-se que não existem diferenças significativas ($t = -0,199$; $p = 0,843$) entre eles. Relativamente ao nível de *escolaridade*, foi possível verificar que no GC a *escolaridade* varia entre zero e 19 anos ($M = 5,5$; $DP = 4,8$) e no GI, entre um e 19 anos ($M = 6,9$; $DP = 4,8$). Também ao nível desta variável não se observaram diferenças significativas entre os grupos ($t = -1,206$; $p = 0,232$). A Tabela 1 também apresenta dados referentes à *renda mensal individual* ($t = -1,810$; $p = 0,075$) e *número de pessoas com quem residem* ($t = -0,662$; $p = 0,536$), que se mostraram equivalentes nos dois grupos. Contudo, ressalta-se que a renda mensal individual apresentou diferença marginalmente significativa entre os grupos.

Tabela 2 - Resultados do teste qui-quadrado para amostras independentes nas variáveis sociodemográficas categóricas.

Variáveis	Resposta	G.C (n=34)		G.I (n=34)		χ^2	p
		n	%	n	%		
Procedência	Urbana	26	76,5	28	82,4	0,360	0,383
	Rural	8	23,5	6	17,6		
Profissão	Ativo	10	29,4	8	23,5	2,274	0,321
	Aposentado + Trabalho	10	29,4	16	47,1		
	Aposentado	14	41,2	10	29,4		
Situação conjugal	Solteiro	5	14,7	1	2,9	9,088	0,028
	Casado/ União consensual	24	70,6	33	97,1		
	Viúvo	2	5,9	0	0,0		
	Divorciados/Separados	3	8,8	0	0,0		

De acordo com a Tabela 2, no que concerne à *procedência*, verificou-se uma predominância da moradia em zona urbana: 76,5% no GC e 82,4% no GI, contudo, não houve diferenças significativas entre os grupos ($\chi^2 = 0,360$; $p = 0,383$) para essa variável.

No que se refere à *situação profissional*, no GC, 29,4% dos participantes estavam em situação ativa, 29,4% aposentados mas continuavam ativos e 41,2% eram aposentados. No GI, verificou-se que 23,5% dos participantes estavam em situação ativa, 47,1% eram aposentados mas continuam ativos e 29,4%, aposentados. Não foram observadas diferenças entre os grupos ao nível da variável *situação profissional* ($\chi^2 = 2,274$; $p = 0,321$).

Relativamente à *situação conjugal*, no que se refere ao GC, os homens eram sobretudo casados/união consensual (70,66%), havendo ainda 14,7% solteiros, 8,8% divorciados/separados e 5,9% viúvos. No GI, a maioria dos participantes também eram casados/união consensual (97,1%) e apenas um (2,9%) solteiro, não havendo viúvos nem divorciados/separados neste grupo. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($\chi^2 = 9,088$; $p = 0,028$) para a variável *situação conjugal*.

Tabela 3 - Resultados do teste qui-quadrado para amostras independentes nas variáveis clínicas.

Variáveis	Resposta	G.C (n=34)		G.I (n=34)		χ^2	p
		n	%	n	%		
Tipo de atendimento	Particular	10	29,4	6	17,6	7,237	0,027
	Convênio	10	29,4	21	61,8		
	SUS	14	41,2	7	20,6		
Conhecimento do diagnóstico	Sabe	29	85,3	26	76,5	0,856	0,269
	Não sabe	5	14,7	8	23,5		
Tempo de espera para realização da cirurgia	Menos que 1 mês	6	17,6	8	23,5	3,065	0,382
	1 a 3 meses	13	38,2	15	44,1		
	4 a 12 meses	14	41,2	8	23,5		
	> 12 meses	1	2,9	3	8,8		
Tipo de cirurgia	Céu aberto	25	73,5	26	76,5	0,078	0,500
	Videolaparoscopia	9	26,5	8	23,5		
Co-morbidades	Sim	23	67,6	25	73,5	0,791	0,395
	Não	11	32,4	9	26,5		

A partir da Tabela 3, em termos de características clínicas, a variável *tipo de atendimento* no GC apresentou a seguinte distribuição: 29,4% atendimento particular, 29,4% atendimento por convênio e a maioria foi atendida (41,2%) pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Já no GI, houve predomínio de atendimentos por convênio (61,8%), seguido do atendimento pelo SUS (20,6%) e particular (17,6%). Foram verificadas diferenças estatísticas significativas entre os dois grupos ($\chi^2 = 7,237$; $p = 0,027$) ao nível desta variável.

Quanto ao *conhecimento ou não do diagnóstico de câncer de próstata*, constatou-se que a maioria dos participantes dos dois grupos sabia que a realização da cirurgia foi em decorrência do câncer de próstata, sendo 85,3% no GC e 76,5% no GI. A este nível, diferenças significativas entre os grupos não foram identificadas ($\chi^2 = 0,856$; $p = 0,269$).

Relativamente ao *tempo de espera para realização da cirurgia*, no GC houve predomínio do tempo de espera de quatro a 12 meses (41,2%), enquanto no GI o tempo de espera mais frequente foi de um a três meses (44,1%). Não houve diferenças significativas entre os grupos ($\chi^2 = 3,065$, $p = 0,382$) ao nível desta variável.

Por fim, quanto à *presença ou não de comorbidades*, 67,6% dos participantes do GC possuíam alguma comorbidade, sendo as principais: hipertensão arterial, presente em 50% dos homens, diabetes (8,8%) e cardiopatia (8,8%). No GI, a maioria (73,5%) também possuía algum tipo de comorbidade, com predomínio de: hipertensão arterial (64,7%), cardiopatia (23,5%) e diabetes (14,7%). Também não se verificaram diferenças significativas entre os grupos ($X^2 = 0,791$; $p = 0,395$) em relação a esta variável.

Com relação à caracterização sócio-demográfica e clínica, foi possível concluir que as variáveis *situação conjugal* e *tipo de atendimento* não se mostraram equivalentes quanto à distribuição no GC e GI. Como são variáveis categóricas não foi possível inseri-las como covariantes nos testes de hipóteses. Portanto, foram feitas análises exploratórias para avaliar se essas diferenças entre os grupos influenciaram nas variáveis dependentes no pré-teste e no pós-teste. Estas análises foram apresentadas no item 6.5.1 do presente estudo.

6.2 - Teste normalidade e homogeneidade de variância das variáveis dependentes

Antes de testar as hipóteses em estudo, verificou-se se os pressupostos da estatística paramétrica estavam presentes ou não na amostra. Assim, foram testadas a normalidade e a homogeneidade de variância. Os resultados do teste *Kolmogorov-Smirnov* e de *Levene* demonstraram que, algumas variáveis possuíam distribuição normal (*autoeficácia geral e percebida, ansiedade e morbidade psicológica*), e outras, distribuição não normal (*satisfação*). Embora o teste de *Levene* para a variável *conhecimento*, não tenha sido estatisticamente significativo ($p = 0,094$), essa foi considerada uma variável com distribuição não normal devido o resultado do teste *Kolmogorov-Smirnov* (Tabela 4). Estes resultados orientaram o tratamento dos testes de hipóteses, sendo que as variáveis que seguiram uma distribuição normal foram testadas recorrendo à estatística paramétrica e as não normais à estatística não paramétrica.

Tabela 4 - Teste de Normalidade *Kolmogorov-Smirnov* com correções de *Lilliefors* e de homogeneidade das variâncias *Levene*.

Variáveis	Grupo	Kolmogorov-Smirnov				Levene baseado na média			
		Antes		Depois		Antes		Depois	
		Estatística	p	Estatística	p	Estatística	p	Estatística	p
Autoeficácia geral e percebida	GC	0,113	0,200	0,093	0,200	4,064	0,055	1,994	0,163
	GI	0,107	0,200	0,110	0,200				
Ansiedade	GC	0,115	0,200	0,115	0,200	0,573	0,452	2,318	0,133
	GI	0,109	0,200	0,142	0,080				
Morbidade psicológica	GC	0,153	0,142	0,158	0,131	0,016	0,900	2,194	0,143
	GI	0,098	0,200	0,109	0,200				
Satisfação	GC	0,218	0,000	0,205	0,001	0,686	0,411	28,521	0,000
	GI	0,273	0,000	0,445	0,000				
Conhecimento	GC	0,166	0,018	0,164	0,021	1,417	0,238	2,886	0,094
	GI	0,085	0,200	0,280	0,000				

6.3. Resultados da Equivalência dos Grupos no Pré-Teste para as variáveis dependentes

Inicialmente verificou-se a equivalência dos grupos no pré-teste em relação às variáveis *autoeficácia*, *ansiedade*, *morbidade psicológica*, *satisfação* e *conhecimento*, a fim de avaliar adequadamente a eficácia das intervenções, ou seja, só após verificar que os grupos são equivalentes no pré-teste (que é o que se espera), é possível atribuir as mudanças posteriores ao poder da intervenção.

As Tabelas que se seguem apresentam os valores de pré-teste nas variáveis dependentes estudadas, para os dois grupos da investigação. No caso das variáveis paramétricas, utilizou-se o teste *t de student* para os valores totais das escalas. No que se refere às variáveis com distribuição não paramétrica, as diferenças entre os grupos foram avaliadas por meio do teste de *U de Mann-Whitney*. Foi apresentado, primeiramente, o resultado das diferenças entre os grupos das variáveis paramétricas (Tabela 5) e, posteriormente, o resultado das diferenças entre os grupos das variáveis não paramétricas (Tabela 6).

Tabela 5 - Medidas de pré-teste das variáveis dependentes estudadas e resultados do teste *t de student* para a comparação do GI e do GC.

Variáveis dependentes	G.C (n=34)		G.I (n=34)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Autoeficácia geral e percebida	40,06	4,843	38,68	7,429	0,909	0,367
Ansiedade	6,91	5,345	7,56	5,674	-0,484	0,630
Morbidade psicológica	10,53	8,016	11,18	8,058	-0,332	0,741

As variáveis com distribuição paramétrica (*autoeficácia geral e percebida*, *ansiedade* e *morbidade psicológica*) não apresentaram diferenças significativas entre os grupos, no pré-teste.

Tabela 6 - Resultados do teste *Mann - Whitney* para a comparação do GI e GC no pré-teste.

Variáveis dependentes	G.C (n=34)	G.I (n=34)	U	p
	Ordem Média			
Satisfação	31,59	37,41	479,0	0,200
Conhecimento	33,74	35,26	552,0	0,748

De acordo com a Tabela 6, não houve diferenças significativas entre o GC e GI, no momento pré-teste, relativamente à *satisfação com as orientações recebidas* e ao *conhecimento sobre os cuidados a serem realizados em domicílio pós prostatectomia*. Portanto, os dois grupos apresentaram-se como equivalentes no pré-teste ao nível de todas as variáveis dependentes estudadas, o que significa que as diferenças observadas no pós-teste e seguimentos podem ser relacionadas ao efeito das intervenções e não a diferenças prévias entre os grupos nestas variáveis.

6.4 – Resultados dos testes de hipóteses

Os resultados do estudo foram organizados a partir das hipóteses testadas.

6.4.1 – Autoeficácia geral percebida, ansiedade, morbidade psicológica, satisfação e conhecimento no GI em relação ao GC

A hipótese 1 prevê uma diferença significativa entre o GI e o GC, nos ganhos obtidos no pós-teste, nas variáveis em estudo. Espera-se que o GI evidencie ganhos, no sentido do aumento da *autoeficácia geral e percebida*, da *satisfação com as orientações* e do *conhecimento sobre os cuidados a serem realizados em domicílio pós prostatectomia*, bem como a diminuição da *ansiedade* e da *morbidade psicológica*.

No que se refere às variáveis com distribuição normal (*autoeficácia*, *ansiedade* e *morbidade psicológica*), a hipótese foi testada por meio do teste paramétrico de análises de variância ANCOVA. Ainda que a variável independente em análise possua duas categorias (GC e GI) optou-se por não utilizar o teste *t de student* e sim a ANCOVA, pois este último permite controlar as variáveis dependentes do pré-teste, e, conseqüentemente, o impacto destas variáveis nos ganhos obtidos pós-teste, o que diminui o erro tipo I. Assim, foram inseridas como variáveis dependentes a *autoeficácia*, a *ansiedade* e a *morbidade psicológica*, no momento pós-teste, e como covariantes o valor destas variáveis no pré-teste (Tabela 7).

Tabela 7 - Resultados ANCOVA para as variáveis autoeficácia, ansiedade e morbidade psicológica no pós-teste tendo como fator o Grupo: GI ou GC.

Variável independente (Grupo)	G.C (n= 34)		G.I (n= 34)		F	p
Variáveis dependentes	M	DP	M	DP		
Autoeficácia geral e percebida	39,7	5,9	40,9	4,5	2,964	0,090
Ansiedade	6,9	4,6	5,9	3,6	1,824	0,181
Morbidade psicológica	10,2	6,4	9,3	5,1	0,793	0,376

Não houve diferenças significativas, entre os dois grupos, no pós-teste, ao nível das variáveis *ansiedade* e *morbidade psicológica*, controlando os valores destas variáveis no pré-teste. Identificou-se apenas uma diferença marginalmente significativa para a variável *autoeficácia* ($F = 2,964$; $p = 0,090$).

Em relação às variáveis que não apresentaram uma distribuição normal, utilizou-se o teste não paramétrico *U de Mann-Whitney* para comparação dos grupos ao nível do pós-teste (Tabela 8).

Tabela 8 - Resultados do teste Mann - Whitney para a comparação do GI e do GC no pós-teste.

Variáveis dependentes	G.C (n=34)	G.I (n=34)	U	p
	Ordem Média			
Satisfação	26,1	42,9	293,0	0,000
Conhecimento	17,8	51,2	9,0	0,000

Os resultados obtidos permitem observar diferenças significativas entre o GI e GC no pós-teste para as variáveis *satisfação* ($p = 0,000$) e *conhecimento* ($p = 0,000$).

6.4.2 – Relação das variáveis autoeficácia, ansiedade, morbidade psicológica, satisfação e conhecimento no GI no pós-teste

Na hipótese 2 espera-se relação positiva entre as variáveis *autoeficácia*, *conhecimento* e *satisfação*, e relação negativa das variáveis *autoeficácia*, *satisfação* e *conhecimento* com as variáveis *ansiedade* e *morbidade psicológica*, no GI no pós-teste. Relações entre variáveis com distribuição normal foram verificadas por meio do coeficiente de correlação de *Pearson*, e, para os dados que não apresentaram distribuição normal, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* (Tabela 9).

Tabela 9 - Coeficientes de correlação de *Pearson* para as variáveis com distribuição normal e de *Spearman* para as variáveis com distribuição não normal, no pós teste: GI.

Variáveis		Autoeficácia geral	Ansiedade	Morbidade psicológica	Satisfação	Conhecimento
Autoeficácia geral e percebida	<i>Pearson</i>	1	-0,061	-0,115	—	—
	P valor	—	0,732	0,519	—	—
Ansiedade	<i>Pearson</i>	-0,061	1	0,858**	—	—
	P valor	0,732	—	0,000	—	—
Morbidade psicológica	<i>Pearson</i>	-0,115	0,858**	1	—	—
	P valor	0,519	0,000	—	—	—
Satisfação	<i>Spearman</i>	0,185	0,146	0,324	1	0,410*
	P valor	0,294	0,411	0,161	—	0,016
Conhecimento	<i>Spearman</i>	0,148	-0,007	0,097	0,410*	1
	P valor	0,404	0,969	0,586	0,016	—

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Ao analisar a presença de possíveis relações entre as variáveis, constatou-se que houve correlação positiva de forte magnitude entre as variáveis *ansiedade* e *morbidade psicológica* ($r = 0,858$; $p = 0,000$) e de moderada magnitude entre as variáveis *satisfação* e *conhecimento* ($r = 0,410$; $p = 0,016$).

6.4.3 – Autoeficácia, ansiedade, morbidade psicológica, satisfação e conhecimento no GI e GC pré e pós-teste.

A hipótese 3 prevê diferenças significativas em relação às variáveis *autoeficácia geral e percebida*, *ansiedade*, *morbidade psicológica*, *satisfação* e *conhecimento* no GI do pré-teste para o pós-teste quando comparado ao GC.

Para as variáveis com distribuição normal (*autoeficácia geral e percebida, ansiedade e morbidade psicológica*), a hipótese foi analisada por meio do procedimento *General linear model* para medidas repetidas, tendo como fator intra-sujeitos o momento (pré-teste e pós-teste) e como *fator* inter-sujeitos, o grupo (GC versus GI) (Tabela 10).

Tabela 10 - Resultados da análise *General linear model* para medidas repetidas das variáveis paramétricas, tendo como fator *intra sujeitos* o momento de coleta de dados (pré-teste e pós-teste) e o *fator entre sujeitos* o grupo (GC e GI).

Variáveis	GC						GI						Tempo* Grupo	
	pré-teste		pós-teste				pré-teste		pós-teste					
	M	D.P	M	D.P	F	p	M	DP	M	DP	F	p	F	p
Autoeficácia geral e percebida	40,1	4,8	39,7	5,9	0,145	0,706	38,7	7,4	40,9	4,5	3,566	0,068	2,964	0,090
Ansiedade	6,9	5,3	6,9	4,6	0,01	0,972	7,6	5,7	5,9	3,6	3,194	0,083	1,824	0,181
Morbidade psicológica	10,5	8,0	10,2	6,4	0,116	0,735	11,2	8,1	9,3	5,1	1,833	0,185	0,793	0,376

Não houve diferenças significativas, intra-sujeitos nos dois grupos, do pré-teste para o pós-teste, para as variáveis *autoeficácia, ansiedade e morbidade psicológica*. Contudo, nota-se para a variável *autoeficácia* ($F = 3,566$; $p = 0,068$) e *ansiedade* ($F = 3,194$; $p = 0,083$) uma diferença marginalmente significativa no GI, entre o pré e pós-teste.

A fim de realizar uma análise mais pormenorizada da variável *ansiedade*, identificou-se a proporção de indivíduos com essa alteração psicológica segundo os *níveis clínicos* sugeridos por Zigmond e Snaith (1983) (valores inferiores a oito refere-se a ausência de ansiedade). Para análise de diferenças da variável entre os grupos em função do tempo utilizou-se o teste de qui-quadrado (χ^2) (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição dos participantes do GC e GI segundo os níveis clínicos da ansiedade e resultados do teste qui-quadrado para diferenças entre grupos pré e pós-teste.

Níveis Clínicos	GC		GI		χ^2	<i>p</i>
	n	%	n	%		
Ansiedade Pré-teste						
< 8	19	55,9	16	47,1	0,530	0,314
= ou > 8	15	44,1	18	52,9		
Ansiedade Pós-teste						
< 8	19	55,9	24	70,6	1,581	0,157
= ou > 8	15	44,1	10	29,4		

Como se pode verificar na Tabela 11, não foram registradas diferenças estatísticas significativas em relação aos *níveis clínicos da ansiedade* entre os grupos no pré e pós-teste, contudo, verificou-se que no momento pós-teste houve uma tendência que favoreceu o grupo submetido à intervenção, já que os resultados indicam uma diminuição da *ansiedade* no GI e nenhuma alteração no GC. Dessa forma, achou-se viável verificar se as diferenças dos *níveis clínicos da ansiedade* no GI do pré para o pós-teste apresentaram significância estatística, segundo o teste de *Wilcoxon* (Tabela 12).

Tabela 12 - Resultados do Teste de *Wilcoxon* para os níveis de ansiedade no GI, pré e pós-teste.

	Variáveis dependentes	-	+	=	Ordem média		<i>Z</i>	<i>p</i>
					Ordem negativa	Ordem Positiva		
GI (n=34)	Ansiedade < 8 = ou > 8	9	1	24	5,5	5,5	-2,530	0,011

Observa-se que a *ansiedade* ao ser avaliada conforme seus níveis clínicos (variável categórica), apresentou diferença estatisticamente significativa do pré-teste para o pós-teste no GI ($z = -2,530$; $p = 0,011$). Em contrapartida, no GC, conforme os dados descritivos apresentados na Tabela 11, não houve mudança de nenhum indivíduo deste grupo quanto ao nível de *ansiedade* do momento pré-teste para o pós-teste.

Para as variáveis dependentes que não apresentaram distribuição normal (*satisfação* e *conhecimento*), utilizou-se o teste não paramétrico *Wilcoxon* para medidas repetidas em dois momentos (pré e pós-teste) (Tabela 13).

Tabela 13 - Resultados do Teste de *Wilcoxon* para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) nas variáveis *satisfação* e *conhecimento* para o GI e GC.

Grupos	Variáveis dependentes	-	+	=	Ordem média		Z	P
					Ordem negativa	Ordem Positiva		
Intervenção (n=34)	Satisfação	1	26	7	21,0	13,7	-4,170	0,000
	Conhecimento	0	34	0	00,0	17,5	-5,090	0,000
Controle (n=34)	Satisfação	9	15	10	12,8	12,3	-1,000	0,313
	Conhecimento	7	25	2	16,5	16,5	-2,800	0,005

Os resultados dos testes de *Wilcoxon* (Tabela 13) permitem verificar que as mudanças do pré-teste para o pós-teste foram significativas no GI no que se refere à *satisfação com as orientações recebidas* ($z = -4,170$; $p = 0,000$) e ao *conhecimento* ($z = -5,090$ $p = 0,000$). Já para o GC, houve mudança estatisticamente significativa entre os tempos para a variável *conhecimento* ($z = -2,800$; $p = 0,005$).

6.4.4 - Cálculo do Índice de Mudança Confiável e da Significância Clínica para as variáveis numéricas que apresentaram mudanças estatísticas significativas nos grupos.

Na hipótese 4 prevê-se que as significâncias estatísticas encontradas pelos testes inferenciais sejam corroboradas pelo método JT, ou seja, que as mudanças entre os escores pré e pós-teste no GI sejam confiáveis (IMC) e clinicamente relevantes (significância clínica). Contudo, para o GC, espera-se que as mudanças dos escores pré e pós-teste não apresentem mudança clínica significativa.

A partir das hipóteses 1 e 3, foram identificadas significâncias estatísticas do pré-teste para o pós-teste ao nível das seguintes variáveis:

No GI: diminuição dos *níveis clínicos da ansiedade* ($z = -2,530$; $p = 0,011$); aumento do *conhecimento* ($z = -5,090$; $p = 0,000$); aumento da *satisfação* ($z = -4,170$; $p = 0,000$).

No GC: aumento do *conhecimento* ($z = -2,800$; $p = 0,005$).

Assim, partindo do pressuposto de que o método JT é aplicável para variáveis mensuradas por meio de escalas numéricas, calculou-se o IMC e a significância clínica propostos por Jacobson e Truax (1991), para a variável *conhecimento* tanto no GI quanto no GC. Ressalta-se que não foi aplicado o método JT para a ansiedade, pois essa variável apresentou diferenças intra-sujeitos, no GI, somente quando foi avaliada a partir dos níveis clínicos: < 8 sem *ansiedade* e ≥ 8 *ansiedade*. Ao ser considerada variável numérica não houve diferença estatística entre o pré-teste e o pós-teste ($F = 3,194$; $p = 0,083$). Também não foi aplicado o método JT para a variável *satisfação*, pois não se trata de uma escala, mas apenas um item de avaliação com mensuração do tipo likert.

Cálculo do Índice de Mudança Confiável para a variável Conhecimento no GI.

Para o cálculo do erro padrão da diferença, foram utilizados os seguintes dados:

DP_1 = Desvio padrão pré-teste do GI = 3,5

r = Índice de confiabilidade do instrumento de medida (alfa de Conbrach) = 0,71

Assim, a partir da fórmula $EP_{dif} = DP_1 \sqrt{2\sqrt{1-r}}$, o erro padrão da diferença encontrado foi 2,524.

Os resultados foram apresentados a partir de gráficos de dispersão, nos quais escores pré-teste foram ilustrados no eixo x dos gráficos, e escores pós-teste, no eixo y.

O Gráfico 1 ilustra os resultados para o IMC no GI. O traçado diagonal central chamado de bissetriz indica que indivíduos localizados acima dela tiveram melhora devido à intervenção e indivíduos abaixo tiveram piora devido à

intervenção. Contudo, para os indivíduos localizados em cima da linha ou dentro do intervalo de confiança (traçados abaixo e acima da bissetriz) não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora relacionadas à intervenção.

Gráfico 1 – Índice de Mudança Confiável da variável Conhecimento pré e pós-teste: GI.

Ao calcular a diferença entre pré-teste e pós-teste dividida pelo erro padrão da diferença (2,524) para cada indivíduo, identificou-se que dos 34 participantes apenas dois (S1 e S2) não apresentaram mudança confiável quanto à variável *conhecimento*, pois, conforme o Gráfico 1, ficaram localizados entre os traçados acima e abaixo da bissetriz, ou seja, não melhoraram nem pioraram o *conhecimento* devido à intervenção.

Cálculo da Significância clínica para a variável Conhecimento no GI.

Para determinar o ponto de corte para a significância clínica é preciso definir qual critério a ser utilizado (A, B ou C), já descritos anteriormente. No presente

estudo, utilizou-se o critério A (média e desvio padrão da população clínica), por não se dispor de dados normativos para a população não clínica. Assim, foi considerada a média ($M = 11,47$) e o desvio padrão ($DP = 3,5$) do GI no pré-teste. A partir deste critério uma mudança é considerada clinicamente relevante se a diferença entre a avaliação pré e a avaliação pós-teste, for de no mínimo, dois desvios padrão acima da média pré-teste. O ponto de corte encontrado para a significância clínica foi de 18,470 e o intervalo de confiança de 1,093.

O Gráfico 2 ilustra os resultados para a significância clínica da intervenção na variável *conhecimento*, em cada indivíduo. O traçado horizontal central indica o ponto de corte para significância clínica (18,470). Se o ponto que representa o escore do cliente estiver acima dele significa que o indivíduo teve mudança positiva no status clínico para a variável conhecimento, e para os indivíduos localizados abaixo, significa que não houve mudança de status clínico. Ressalta-se que os traçados horizontais acima e abaixo do ponto de corte para significância clínica delimitam uma faixa de incerteza dentro da qual pode haver erros de medida (S2, S19). Assim, são mais confiáveis os escores que se encontram fora desta faixa de incerteza.

Gráfico 2 – Significância clínica da variável Conhecimento pré-teste e pós-teste: GI.

Dos 34 indivíduos, em quatro (S1,S2,S19,S33) não foi possível inferir que a intervenção apresentou mudança clinicamente relevante para a variável *conhecimento*.

Como a variável numérica *conhecimento* apresentou significância estatística no GC ($z = -2,800$ $p = 0,005$), realizou-se também a análise pelo método JT para este grupo.

Cálculo do Índice de Mudança Confiável para a variável Conhecimento no GC.

Assim como realizado com o GI, para calcular o IMC, primeiro foi necessário calcular o erro padrão da diferença conforme de acordo com os dados da amostra em estudo:

DP_1 = Desvio padrão pré-teste do GC = 3,2

r = Índice de confiabilidade do instrumento de medida (alfa de Conbrach) = 0,71

Portanto, a partir da fórmula $EP_{dif} = DP_1 \sqrt{2 \sqrt{1-r}}$, o erro padrão da diferença encontrado foi 2,322.

Em seguida, calculou-se o IMC para cada um dos 34 participantes a partir da diferença pré-teste e pós-teste da variável *conhecimento*, dividido pelo erro padrão da diferença.

O Gráfico 3 ilustra os resultados para o IMC. O traçado diagonal central chamado de bisettriz indica que indivíduos localizados acima dela tiveram melhora devido à intervenção e indivíduos abaixo tiveram piora devido à intervenção. Contudo, para os indivíduos localizados em cima da linha ou dentro do intervalo de confiança (traçados abaixo e acima da bisettriz) não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora devido à intervenção.

Gráfico 3 – Índice de Mudança Confiável da variável Conhecimento pré-teste e pós-teste: GC

Ao calcular a diferença entre pré-teste e pós-teste dividida pelo erro padrão da diferença (2,322) para cada indivíduo, identificou-se que dos 34 sujeitos um (S23) apresentou mudança negativa confiável, a maioria ($n=28$) ficou localizada entre os traçados acima e abaixo da bissetriz, ou seja, não melhorou nem piorou o conhecimento, e seis (S1, S14, S26, S28, S30, S34) apresentaram mudança positiva confiável quanto ao *conhecimento*.

Cálculo da Significância clínica para a variável Conhecimento no GC.

Para determinar o ponto de corte para a significância clínica no GC também foi utilizado o critério A e considerada a média ($M = 11,56$) e o desvio padrão ($DP = 3,2$) do GC no pré-teste. A partir deste critério uma mudança é considerada clinicamente relevante se a diferença entre a avaliação pré-teste e a avaliação pós-teste, for de no mínimo, dois desvios padrão acima da média pré-teste. O ponto de corte encontrado para a significância clínica foi de 18,000 e o intervalo de confiança de 1,067.

O Gráfico 4 ilustra os resultados para a significância clínica no GC. O traçado horizontal central indica o ponto de corte para significância clínica (18,000). Se o ponto que representa o escore do cliente estiver acima dele significa que o indivíduo teve mudança positiva no status clínico para a variável *conhecimento*, e para os indivíduos localizados abaixo, significa que não houve mudança de status clínico. Traçados horizontais acima e abaixo do ponto de corte para significância clínica delimitam uma faixa de incerteza dentro da qual pode haver erros de medida.

Gráfico 4 – Significância clínica da variável *Conhecimento* pré e pós-teste: GC.

Nenhum dos 34 indivíduos do GC apresentaram significância clínica dos resultados relacionados ao *conhecimento*, ou seja, a significância estatística identificada pelos testes inferenciais e o IMC positivo apresentado por seis indivíduos do GC não representam mudanças clinicamente relevantes ao nível da variável *conhecimento* neste grupo.

6.5 - Análises exploratórias

Este estudo foi complementado com análises exploratórias, tendo-se explorado o impacto das variáveis *situação conjugal* e *tipo de atendimento*, nas variáveis dependentes (*autoeficácia geral e percebida, ansiedade, morbidade psicológica, satisfação e conhecimento*). Investigou-se também as diferenças entre os grupos quanto ao número de acertos das questões relacionadas ao conteúdo do programa de ensino, no pré-teste e no pós-teste.

6.5.1 - Impacto das variáveis sociodemográficas e clínicas que não se apresentaram equivalentes entre os grupos, nas variáveis dependentes estudadas no pré-teste e no pós-teste.

Este estudo foi complementado com análises exploratórias, tendo-se explorado o impacto das variáveis *situação conjugal* e *tipo de atendimento*, nas variáveis dependentes (*autoeficácia geral e percebida, ansiedade, morbidade psicológica, satisfação e conhecimento*) no pré-teste e na resposta à intervenção. Ambas variáveis apresentaram diferenças estatisticamente significativas em suas distribuições no GC e GI.

Para investigar a influência das variáveis *situação conjugal* e *tipo de atendimento* nas variáveis dependentes com distribuição normal (*autoeficácia geral e percebida, ansiedade e morbidade psicológica*), tanto no momento pré-teste quanto no pós-teste, utilizou-se o teste ANOVA (Quadros 6 e 8). Nas variáveis dependentes com distribuição não normal (*satisfação e conhecimento*), utilizou-se o teste não paramétrico *Kruskal Wallis* (Quadros 7 e 9).

Grupos	Variáveis	Tempo	Tipo de Atendimento							
GC			Particular (n=10)		Convênio (n=10)		SUS (n=14)		F	p
			M	DP	M	DP	M	DP		
	Autoeficácia	Pré-teste	37,4	3,9	40,2	6,3	41,9	3,6	2,738	0,080
		Pós-teste	39,6	5,5	38,8	8,0	40,4	4,6	0,214	0,808
	Ansiedade	Pré-teste	8,7	5,7	5,6	4,7	6,6	5,6	0,883	0,424
		Pós-teste	6,2	3,8	7,2	5,3	7,7	4,9	0,176	0,840
	Morbidade Psicológica	Pré-teste	14,3	8,8	8,7	7,7	9,1	7,3	1,637	0,211
		Pós teste	10,8	5,7	9,9	8,1	9,9	5,9	0,064	0,938
GI			Particular (n=6)		Convênio (n=21)		SUS (n=7)		F	p
			M	DP	M	DP	M	DP		
	Autoeficácia	Pré-teste	39,0	6,2	39,2	8,3	36,9	6,1	0,254	0,777
		Pós-teste	39,5	5,5	47,7	4,4	39,9	4,1	0,755	0,478
	Ansiedade	Pré-teste	3,2	3,8	8,2	5,8	9,3	5,5	2,476	0,101
		Pós-teste	3,5	2,3	5,8	3,5	8,1	3,5	3,083	0,060
	Morbidade Psicológica	Pré-teste	5,7	5,7	12,5	8,7	11,9	8,1	1,805	0,181
		Pós-teste	7,2	4,0	9,1	5,2	11,7	5,1	1,381	0,266

Quadro 6 - Resultados do Teste ANOVA (pré-teste, pós-teste) nas variáveis Autoeficácia geral e percebida, Ansiedade e Morbidade Psicológica para o GI e para o GC, tendo como variável independente o tipo de atendimento.

Os resultados da ANOVA não foram significativos para o efeito do *tipo de atendimento* nas variáveis *autoeficácia geral e percebida*, *ansiedade* e *morbidade psicológica* nos dois grupos nos momentos pré-teste e pós-teste. Obteve-se um efeito marginalmente significativo para a *autoeficácia geral e percebida* ($F = 2,738$; $p = 0,080$) no GC no pré-teste, verificando-se que os indivíduos *atendidos pelo SUS* apresentaram um nível de *autoeficácia geral e percebida* superior ($M = 41,9$) aos indivíduos atendidos por meio de *convênio* ($M = 40,2$) e *particular* ($M = 37,4$). Outro efeito marginalmente significativo ($F = 3,083$; $p = 0,060$) foi encontrado no GI no pós-teste para a variável dependente *ansiedade*, verificando-se que os indivíduos *atendidos pelo SUS* apresentaram um maior nível de *ansiedade* ($M = 8,1$) quando comparados aos indivíduos atendidos por meio de *convênio* ($M = 5,8$) e *atendimento particular* ($M = 3,5$) (Quadro 6).

Grupos	Variáveis	Tempo	Tipo de Atendimento				
GC			Particular (n=10)	Convenio (n=10)	SUS (n=14)	χ^2	P
			Ordem Média				
	Satisfação	Pré- teste	20,4	15,8	16,6	1,346	0,510
		Pós- teste	22,7	15,5	15,2	4,134	0,127
	Conhecimento	Pré- teste	21,2	18,6	14,1	3,188	0,203
		Pós teste	16,9	18,7	17,1	0,199	0,905
			Particular (n=6)	Convenio (n=21)	SUS (n=7)	χ^2	P
			Ordem Média				
GI	Satisfação	Pré- teste	23,8	14,0	22,6	8,044	0,018
		Pós- teste	18,1	16,0	21,5	2,987	0,225
	Conhecimento	Pré- teste	14,5	19,4	14,4	2,027	0,363
		Pós- teste	12,7	19,1	16,9	2,153	0,341

Quadro 7 - Resultados do Teste *Kruskal Wallis* (pré-teste, pós-teste) nas variáveis satisfação e conhecimento para o GI e o GC, tendo como variável independente o tipo de atendimento.

De acordo com o Quadro 7, a variável *tipo de atendimento* produziu um efeito significativo ($F = 8,044$; $p = 0,018$) na *satisfação com as orientações recebidas* no GI no pré-teste, verificando-se que os indivíduos em atendimento *particular* apresentaram um nível de *satisfação* superior ($OM = 23,8$) aos *atendidos pelo SUS* ($OM = 22,6$) e por *convênio* ($OM = 14,0$).

Grupos	Variáveis	Tempo	Situação Conjugal								F	p
			Solteiro (n=5)		Casado/união consensual (n=24)		Viúvo (n=2)		Divorciado / Separado (n=3)			
			M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
GC	Autoeficácia	Pré-teste	40,6	4,6	39,7	5,2	42,5	5,0	40,3	3,8	0,219	0,883
		Pós-teste	40,2	7,1	39,0	5,7	48,0	1,4	39,3	5,0	1,535	0,226
	Ansiedade	Pré-teste	5,0	6,1	6,9	5,1	3,5	2,1	12,7	5,1	1,758	0,176
		Pós-teste	4,4	2,2	8,0	4,9	2,0	0,0	5,7	2,1	1,974	0,139
	Morbidade Psicológica	Pré-teste	7,8	8,9	10,6	7,6	5,5	2,1	17,67	11,0	1,282	0,299
		Pós-teste	6,8	3,1	11,4	6,8	4,0	1,4	10,0	6,0	1,452	0,247
			Solteiro (n=1)		Casado/união consensual (n=33)		Viúvo (n=0)		Divorciado / Separado (n=0)			
			M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
GI	Autoeficácia	Pré-teste	41,0	0,0	38,6	7,5	-	-	-	-	0,098	0,756
		Pós-teste	35,0	0,0	41,1	4,5	-	-	-	-	1,782	0,191
	Ansiedade	Pré-teste	0,0	0,0	7,8	5,6	-	-	-	-	1,877	0,180
		Pós-teste	4,0	0,0	5,9	3,6	-	-	-	-	0,280	0,601
	Morbidade Psicológica	Pré-teste	2,0	0,0	11,5	8,0	-	-	-	-	1,350	0,254
		Pós-teste	5,0	0,0	9,4	5,1	-	-	-	-	0,723	0,402

Quadro 8 - Resultados do Teste ANOVA (pré-teste, pós-teste) nas variáveis autoeficácia, ansiedade e morbidade psicológica para o GI e o GC, tendo como variável independente a situação conjugal.

Conforme apresentado no Quadro 8, os resultados da ANOVA não foram significativos para o efeito da *situação conjugal* nas variáveis *autoeficácia geral e percebida*, *ansiedade* e *morbidade psicológica* nos dois grupos nos momentos pré-teste e pós-teste.

Grupos	Variáveis	Tempo	Situação Conjugal					
GC			Solteiro (n=5)	Casado/ união consensual (n=24)	Viúvo (n=2)	Divorciado / Separado (n=3)	<i>F</i>	<i>P</i>
			Ordem Média					
	Satisfação	Pré-teste	18,5	17,9	9,8	18,2	1,414	0,702
		Pós-teste	24,7	16,8	15,5	12,3	3,866	0,276
	Conhecimento	Pré-teste	16,4	18,5	19,5	10,2	2,046	0,563
		Pós-teste	17,0	17,8	25,5	10,7	2,803	0,423
			Solteiro (n=1)	Casado/ união consensual (n=33)	Viúvo (n=0)	Divorciado / Separado (n=0)	<i>F</i>	<i>P</i>
			Ordem Média					
GI	Satisfação	Pré-teste	22,0	17,36	-	-	0,248	0,619
		Pós-teste	1,0	18,0	-	-	5,194	0,023
	Conhecimento	Pré-teste	10,0	17,7	-	-	0,589	0,443
		Pós-teste	1	18,0	-	-	3,073	0,080

Quadro 9 - Resultados do Teste Kruskal Wallis (pré-teste, pós-teste) nas variáveis satisfação e conhecimento para o GI e o GC, tendo como variável independente a situação conjugal.

A variável *situação conjugal* produziu um efeito significativo ($F = 5,194$; $p = 0,023$) na *satisfação com as orientações recebidas* do GI no pós-teste, verificando-se que os indivíduos casados ou em união consensual apresentaram *satisfação* superior ($OM = 18,0$) aos solteiros ($OM = 1,0$). Identificou-se também efeito marginalmente significativo da *situação conjugal* na variável *conhecimento* no pós-teste ($F = 5,194$; $p = 0,023$), sendo que se que os indivíduos casados ou em união consensual apresentaram *conhecimento* marginalmente superior ($OM = 18,0$) aos solteiros ($OM = 1,0$) (Quadro 9).

6.5.2 - Diferenças entre os grupos quanto ao número de acertos das questões relacionadas ao conteúdo do programa de ensino, no pré-teste e no pós-teste

Outra análise exploratória realizada foi verificar as diferenças entre os grupos quanto ao número de acertos das 23 questões do instrumento de avaliação do conhecimento. Assim, para avaliar a significância estatística da diferença de conhecimento entre os grupos por questão, no pré-teste e no pós teste, utilizou-se o teste do qui-quadrado (Quadro 10).

Área do conhecimento	Questões	Momento	GC (n=34)		GI (n=34)		χ^2	P
			n acertos	%	n acertos	%		
Cuidados com o corte cirúrgico	01	Pré-teste	13	38,2	13	38,2	0,000	0,598
		Pós-teste	12	35,3	31	91,2	22,835	0,000
	02	Pré-teste	27	79,4	30	88,2	0,976	0,256
		Pós-teste	33	97,1	32	94,1	0,349	0,500
Cuidados com a SVD	03	Pré-teste	22	64,7	21	61,8	0,063	0,500
		Pós-teste	28	82,4	33	97,1	3,981	0,053
	04	Pré-teste	13	38,2	15	44,1	0,243	0,403
		Pós-teste	22	64,7	30	88,2	5,231	0,022
	05	Pré-teste	22	64,7	21	61,8	0,063	0,500
		Pós-teste	16	47,1	31	91,2	15,502	0,000
	06	Pré-teste	6	17,6	13	38,2	3,579	0,052
		Pós-teste	14	41,2	27	79,4	12,660	0,002
Incontinência urinária	07	Pré-teste	14	41,2	14	41,2	0,000	0,597
		Pós-teste	19	55,9	31	91,2	10,880	0,001
	08	Pré-teste	20	58,8	16	47,1	0,944	0,233
		Pós-teste	25	73,5	32	94,1	5,314	0,022
Exercícios para a musculatura da pelve	09	Pré-teste	7	20,6	10	29,4	0,706	0,288
		Pós-teste	4	11,8	32	94,1	46,278	0,000
	10	Pré-teste	0	0,0	4	11,8	4,250	0,057
		Pós-teste	3	8,8	28	82,4	37,053	0,000
	11	Pré-teste	4	11,8	3	8,8	0,159	0,500
		Pós-teste	3	8,8	24	70,6	27,089	0,000

Continua...

Cuidados quanto aos exercícios físicos	12	Pré-teste	28	82,4	26	76,5	0,360	0,383
		Pós-teste	31	91,2	33	97,1	1,063	0,307
Cuidados relacionados aos medicamentos para dor	13	Pré-teste	13	38,2	15	44,1	0,806	0,403
		Pós-teste	14	41,2	31	91,2	18,997	0,000
Cuidados quanto ao banho	14	Pré-teste	32	94,1	32	94,1	0,000	0,693
		Pós-teste	31	91,2	33	97,1	1,063	0,307
Cuidados com a alimentação e líquidos	15	Pré-teste	21	61,8	18	52,9	0,541	0,312
		Pós-teste	28	82,4	31	91,2	1,653	0,438
	16	Pré-teste	9	26,5	16	47,1	3,100	0,065
		Pós-teste	7	20,6	31	91,2	34,358	0,000
	17	Pré-teste	27	79,4	30	88,2	0,976	0,256
		Pós-teste	32	94,1	33	97,1	0,349	0,500
Evacuações	18	Pré-teste	11	32,4	9	26,5	0,283	0,395
		Pós-teste	10	29,4	31	91,2	27,089	0,000
Sinais de complicação	19	Pré-teste	29	85,3	27	79,4	0,405	0,376
		Pós-teste	32	94,1	33	97,1	0,349	0,500
	20	Pré-teste	32	94,1	32	94,1	0,000	0,693
		Pós-teste	33	97,1	32	94,1	0,349	0,500
	21	Pré-teste	10	29,4	8	23,5	0,302	0,392
		Pós-teste	12	35,3	29	85,3	17,752	0,000
Problemas de ereção	22	Pré-teste	28	82,4	23	67,6	1,961	0,131
		Pós-teste	33	97,1	33	97,1	0,000	0,754
	23	Pré-teste	6	17,6	4	11,8	0,469	0,367
		Pós-teste	13	38,2	27	79,4	11,900	0,001

... Conclusão

Quadro 10 - Resultados do teste de qui-quadrado para diferenças entre grupos pré e pós-teste quanto às questões do instrumento de mensuração do conhecimento.

Dos 23 itens contemplados no instrumento, em 14, os indivíduos do GI apresentaram ganho de conhecimento estatisticamente significativo, no pós-teste. Nota-se que no momento pré-teste não houve diferenças significativas quanto aos números de acertos entre os grupos para as 23 questões.

Em relação ao conhecimento sobre **cuidados com o corte cirúrgico**, a questão 01 que se refere a como lavar e secar a ferida operatória, apresentou ganho de conhecimento significativo pelo GI no pós-teste em relação ao GC ($p = 0,000$). Já a questão 02 sobre sinais de infecção da ferida operatória que devem ser

comunicados ao médico, tanto no pré-teste quanto no pós-teste, ambos grupos apresentaram elevado índice de acerto.

Quanto ao conhecimento sobre **cuidados com a SVD** três das quatro questões apresentaram ganho de conhecimento significativo pelo GI em relação ao GC. A questão 04 refere-se ao tempo de esvaziamento da bolsa coletora ($p = 0,022$), a questão 05 à limpeza da ponta do tubo de drenagem com gaze e álcool ($p = 0,000$) e a questão 06 à necessidade de limpeza ou não de secreções que acumulam em torno da sonda na ponta do pênis ($p = 0,002$). O posicionamento da bolsa coletora sempre abaixo do nível da bexiga foi considerado como correto pela maioria dos participantes nos dois grupos tanto no pré-teste quanto no pós-teste (questão 03).

No que concerne à **incontinência urinária**, as duas questões que se referiram a essa área apresentaram aumento do número de acertos significativo no pós-teste para o GI em relação ao GC, sendo que a questão 07 está relacionada ao tempo médio de duração da incontinência urinária, e à idade e ao tipo de cirurgia como fatores dificultadores da continência urinária ($p = 0,001$), e a questão 08 refere-se à não diminuição da ingestão de líquidos como estratégia controle da perda urinária ($p = 0,022$).

Em relação ao conhecimento sobre **exercícios para a musculatura da pelve** as três questões nesta área foram as que tiveram os menores índices de acertos entre todas as questões do instrumento e, conseqüentemente, as maiores diferenças entre o GC e o GI quanto ao número de acertos no pós-teste. A questão 09 afirma que esses exercícios devem ser realizados no auxílio da redução da incontinência urinária ($p = 0,000$), a questão 10 refere-se ao início de realização dos exercícios, mesmo durante o uso da SVD ou não ($p = 0,000$) e a questão 11 quanto à realização dos exercícios com a bexiga cheia ou vazia ($p = 0,000$).

Quanto aos cuidados relacionados aos **exercícios físicos** tanto o GC quanto o GI já possuíam conhecimento prévio de que a cirurgia requer restrições quanto às atividades físicas, não podendo levantar peso, fazer força, correr e dirigir, para uma boa recuperação. Portanto, os ganhos no pós-teste não foram significativos nesta área do conhecimento.

Para avaliar o conhecimento quanto aos **cuidados relacionados aos medicamentos para dor** a partir da questão 13, identificou-se ganho de conhecimento significativo no pós-teste do GI em relação ao GC ($p = 0,000$). Esta

questão afirma que medicamentos para dor devem ser tomados conforme a prescrição médica e de preferência optar por tomar uns 30 minutos antes de realizar alguma atividade que exija um pequeno esforço físico e antes de dormir.

No que concerne aos **cuidados quanto ao banho**, a maioria dos participantes do GC e do GI já sabiam que enquanto estivessem com os pontos da cirurgia e a SVD, deveriam tomar banho de chuveiro e não em banheira, nem em rios, lagos ou piscina.

Os **cuidados com a alimentação e líquidos** foram avaliados pelas questões 15, 16 e 17. Apenas a questão 16 apresentou ganho de conhecimento significativo do GI em relação ao GC no pós-teste ($p = 0,000$). Esta questão refere-se à não ingestão de café e refrigerante no pós-operatório para evitar irritação da bexiga.

O programa de ensino também se mostrou efetivo quanto ao ganho de conhecimento do GI para a questão 18 relacionada aos cuidados com a **evacuação**, que aborda a necessidade de não se realizar força ao evacuar diante da alteração do funcionamento intestinal na primeira semana após a cirurgia ($p = 0,000$).

Quanto às três questões relacionadas à identificação de **sinais de complicação** apenas a questão 21 apresentou ganho de conhecimento significativo pelo GI em relação ao GC. A questão 21 refere à incapacidade de urinar de hora em hora como um sinal de complicação, considerado erroneamente pela maioria dos participantes no pré-teste como uma complicação ($p = 0,000$). As questões 19 e 20 refere-se à complicações como temperatura corporal elevada, calafrios, dor não aliviada com a medicação prescrita, reconhecidas previamente à intervenção pela maioria dos homens como complicações que deveriam ser comunicadas ao médico.

Por fim, das duas questões sobre **problemas de ereção**, uma apresentou diferença estatisticamente significativa quanto ao número de acertos entre os grupos no pós-teste. Trata-se da questão referente à idéia de que a retirada da próstata não diminui os hormônios masculinos nem o desejo sexual ($p = 0,001$), considerada erroneamente pela maioria dos homens no pré-teste como incorreta. Em contrapartida, a maioria dos participantes possuía conhecimento prévio de que a cirurgia poderia causar diminuição da ereção por alguns meses.

Em suma, os resultados desta análise exploratória revelaram que o programa de ensino contribuiu para o aumento do conhecimento em relação a: cuidados com a incisão cirúrgica e manuseio da sonda vesical; incontinência urinária e exercícios para músculos da pelve; não esforço durante as evacuações; cuidados quanto ao

uso de medicamentos para dor e alimentação adequada; reconhecimento de sinais de complicação e esclarecimento quanto aos problemas de ereção.

7 - Discussão

7.1 – Discussão da caracterização sócio-demográfica e clínica

Em relação à **caracterização sócio-demográfica** dos 68 pacientes que participaram do presente estudo, no que se refere à *idade*, os indivíduos têm idades compreendidas entre 50 e 75 anos ($M= 64,1$; $DP= 6,1$), sendo que no GC a idade varia entre 51 e 75 anos ($M=63,9$; $DP= 6,4$) e no GI entre 50 e 74 anos ($M=64,2$; $DP= 5,8$). Tais achados corroboram com os dados encontrados na literatura, uma vez que as alterações prostáticas, inclusive o câncer de próstata, são consideradas patologias características de homens com idade acima de 60 anos, haja vista que o envelhecimento é um fator de risco para o aumento da próstata. Cerca de três quartos dos casos de hiperplasias malignas ou benignas ocorrem entre os 60 e 65 anos de idade (HUMPHREYS; FERNANDES; SRIDHAR, 2013) e mais de 70% dos casos de câncer de próstata acontecem em homens acima de 65 anos (RIGDON, 2006).

No âmbito da **caracterização clínica**, identificou-se que a maioria dos participantes (85,3% no GC e 76,5% no GI) afirmou ter conhecimento de que a realização da cirurgia foi em decorrência do câncer de próstata. Acredita-se que alguns pacientes que informaram não saberem o seu diagnóstico possam ter tido reação de negação à doença. Autores apontam que é esperado que haja negação da doença por homens com câncer. Inicialmente a negação funciona como um escudo protetor (TOFANI; VAZ, 2007). Quando a entrevista ocorre dias subseqüentes da cirurgia, como no caso do presente estudo, e o paciente ainda se encontra nas fases de choque ou negação, o diagnóstico de câncer é omitido pelo indivíduo por não possuir habilidade de enfrentamento que permita assumir naquele momento para si mesmo ou para uma pessoa estranha, no caso, o pesquisador, a sua real condição de ter câncer (COSTA; LEITE, 2009).

A negação, pelo menos a negação parcial, é usada por quase todos os pacientes, não apenas durante os primeiros estágios da doença ou em seguida na "confrontação", mas também, posteriormente. A negação funciona como um abafador ou amortecedor, depois de notícias chocantes e inesperadas, permitem ao paciente recobrar-se e, com o tempo, mobilizar outras defesas menos radicais. A negação é, normalmente, uma defesa temporária e, logo, será substituída por aceitação parcial (KÜBLER-ROSS, 1994).

Dessa forma, para um adequado tratamento profissional, inclusive quanto à aceitação da doença e de como lidar com os sentimentos que surgem na descoberta do diagnóstico e na necessidade de tratamento, é de fundamental importância o diagnóstico médico associado ao acompanhamento multiprofissional, inclusive o apoio psicológico (TOFANI; VAZ, 2007).

Relativamente ao tempo de espera para realização da cirurgia, no GC, o período predominante foi de 4 a 12 meses (41,2%) e no GI o tempo de espera mais frequente foi de um a três meses (44,1%). O tempo de espera pela cirurgia e, ainda, a suspensão e a remarcação do procedimento podem contribuir para aumentar o medo e o sentimento de desconfiança. A cada cirurgia e reinternação hospitalar, o indivíduo vivencia um novo evento, mesmo nos casos em que o paciente já conhece os procedimentos técnicos (SANTOS et al., 2012).

Ainda em relação à caracterização clínica, destacaram-se como principais comorbidades, entre os 68 participantes, a hipertensão arterial (57,4%), a cardiopatia (16,2%) e a diabetes (11,8%). É possível inferir que haja relação entre a presença de tais comorbidades e o desenvolvimento do câncer de próstata devido à semelhança dos fatores de risco entre essas doenças. A alimentação rica em gordura saturada (principalmente gordura animal), carne vermelha e leite, e pobre em fibras e vitaminas, é um dos fatores de risco para desenvolvimento do câncer de próstata bem como das comorbidades identificadas (GOMES et al., 2008; BRASIL, 2012; LEITZMANN; ROHRMANN, 2012). Contudo, evidências sugerem que o câncer de próstata está relacionado, principalmente, ao fator genético, estando familiares de primeiro grau mais propensos ao desenvolvimento da doença, em uma proporção oito vezes maior que um indivíduo sem parentesco de primeiro grau com câncer de próstata (HELD-WARMKESSEL, 2002; TURNER, 2007; RHODEN, 2010).

7.2 - Discussão da hipótese 1: Autoeficácia geral percebida, ansiedade, morbidade psicológica, satisfação e conhecimento no GI em relação ao GC.

A hipótese 1 prevê uma diferença significativa entre o GI e o GC, nos ganhos obtidos no pós-teste, nas variáveis em estudo. Não houve diferenças significativas, entre os dois grupos no pós-teste, ao nível das variáveis *autoeficácia geral*,

ansiedade e morbidade psicológica, ao controlar os valores destas variáveis no pré-teste. Contudo, observou-se diferenças significativas entre os grupos no pós-teste para as variáveis *satisfação* ($p = 0,000$) e *conhecimento* ($p = 0,000$).

Dessa forma, os resultados apontaram para uma alta *satisfação* do paciente e maior *conhecimento* dos indivíduos quanto aos cuidados pós-operatórios a partir do programa de ensino. Assim como no presente estudo, autores identificaram que os maiores benefícios de intervenções educativas estão relacionados ao ganho de conhecimento e ao aumento da satisfação com o cuidado (MISHEL et al., 2002; TEMPLETON; COATES, 2004; INMAN et al., 2011; JENSEN et al., 2011).

Mishel et al. (2002) testaram a efetividade de uma intervenção psicoeducacional realizada por telefone com a finalidade de gerenciar as incertezas relacionadas ao câncer de próstata e ao tratamento. Participaram do estudo 134 homens caucasianos e 105 afro-americanos. O contato telefônico foi realizado por uma enfermeira, com frequência semanal, durante oito semanas consecutivas. A partir de uma entrevista semiestruturada, a enfermeira questionava sobre os possíveis problemas identificados pelos homens, fornecia informações quanto aos exercícios de Kegel para incontinência urinária e quanto aos métodos para a impotência, encorajava os familiares a discutirem os sintomas e oferecia informações sobre como ajudar no gerenciamento destes sintomas. Homens do GI das duas etnias apresentaram melhoras significativas quanto à gestão da incerteza no âmbito da reformulação cognitiva e da resolução de problemas ($p = 0,009$). Homens caucasianos do GI apresentaram melhor controle dos efeitos colaterais do tratamento ($p = 0,02$). O número médio de sintomas relatado pelo GI comparado ao GC, do quarto ao sétimo mês, foi menor ($p = 0,02$). A intensidade dos sintomas relatados diminuiu ao longo do tempo para todos os grupos. Os autores constataram que o período dos quatro meses iniciais foi considerado mais oportuno para intervenção psicoeducativa, pois os efeitos secundários do tratamento são mais intensos. Em relação à satisfação, os comentários predominantes entre os homens do GI eram de que eles não se sentiam sozinhos e sabiam que um profissional de saúde estava preocupado com o seu bem-estar.

Templeton e Coates (2004) realizaram um estudo do tipo ensaio clínico controlado e randomizado para avaliar o efeito de um programa educativo baseado em evidências nas variáveis conhecimento sobre a doença e tratamento, qualidade de vida, enfrentamento e satisfação. O estudo foi realizado no Reino Unido com 55

homens com câncer de próstata em tratamento de terapia hormonal. O programa consistiu na entrega de um folheto informativo complementado pelo ensino oral de uma enfermeira especialista em urologia. Os resultados demonstraram que a intervenção teve um efeito significativo no conhecimento, na qualidade de vida e na satisfação com o atendimento, mas não no enfrentamento da doença.

Inman et al. (2011) realizaram um estudo nos EUA que teve como objetivo determinar se o acompanhamento educacional por telefone após a prostatectomia radical aumentaria a satisfação geral e a compreensão do paciente sobre o manejo de seus cuidados em domicílio, e se diminuiria a procura por recursos de saúde. Todos os 60 pacientes, tanto do GC quanto do GI receberam um material escrito com informações sobre preocupações apresentadas por homens que já haviam sido submetidos à cirurgia. O GI além do material escrito, também recebeu uma ligação telefônica realizada por uma enfermeira urológica do serviço, entre o terceiro e o quinto dia após alta, com duração média de 10 minutos. A compreensão do paciente sobre gerenciamento de sua saúde foi semelhante nos dois grupos. Porém, todos os participantes do GI descreveram a chamada telefônica como um sucesso, com aumento significativo da satisfação. Embora os materiais escritos abordassem informações significativas sobre cuidados pós-operatórios, outras preocupações foram identificadas através da experiência vivida de cada participante, o que evidencia a importância da chamada telefônica pós-alta hospitalar. Além disso, ligações telefônicas não planejadas foram realizadas mais vezes por participantes do GC que também possuíam um número maior de dúvidas sobre seus cuidados.

Estudo semelhante investigou a eficácia de consultas telefônicas realizadas por enfermeiras no pós-operatório imediato de prostatectomia radical, quanto à otimização na reabilitação e na satisfação do paciente. Participaram do estudo 95 homens alocados no GI e no GC. A ligação telefônica foi realizada no terceiro dia após a alta, com duração média de 15 minutos e guiada por entrevista semi estruturada. Não foi identificada nenhuma diferença na eficácia geral da intervenção quanto à satisfação do paciente, e à sensação de segurança e de desconforto no pós-operatório. Contudo, participantes relataram que a intervenção proporcionou melhor reabilitação em relação ao manejo da dor, da sonda vesical de demora e da função intestinal, bem como do cuidado com a ferida operatória (JENSEN et al., 2011).

A avaliação da satisfação, assim como realizada no presente estudo, é considerada um indicador para verificar a qualidade do cuidado nos serviços de saúde, e tem sido amplamente utilizada com esta finalidade por diferentes organizações de saúde por todo o mundo. Esta variável prediz a continuidade do tratamento pelo paciente, o uso dos serviços de saúde e o relacionamento com os provedores da saúde (WOODWARD et al., 2000; BOUDREAU; MANDRY; WOOD, 2003).

O fornecimento de informações aos pacientes tem sido considerado essencial para a promoção de cuidado de saúde adequado, de forma a aumentar a capacidade para o autocuidado e assim possibilitar a continuidade do tratamento fora do ambiente hospitalar. Fornecer orientações com qualidade ao paciente cirúrgico implica em aumento de conhecimento, satisfação e bem estar psicológico no período pós-operatório, diminuindo a morbidade psicológica decorrente da experiência cirúrgica e das mudanças físicas pós procedimento (WALKER, 2007).

Lepore et al. (2003) concluiu que os maiores benefícios das intervenções de ensino estão relacionados ao ganho de conhecimento. Os autores conduziram uma pesquisa com 250 homens recentemente tratados devido ao câncer de próstata. Esses foram aleatoriamente designados para um GC, um GI de educação em grupo, e outro GI de educação associada a grupo de discussão. A intervenção de educação em grupo consistiu em palestras de uma hora durante seis semanais em que foram abordados os seguintes tópicos: visão geral da biologia do câncer de próstata e epidemiologia (oncologista), controle de efeitos físicos colaterais (urologista), nutrição e câncer (nutricionista), estresse e enfrentamento (enfermeiro em oncologia), relacionamentos e sexualidade (psicóloga clínica) e cuidados de acompanhamento e preocupações futuras de saúde (urologista). Neste grupo, os homens também receberam materiais impressos que resumiam as palestras, mas os participantes não foram incentivados a falar uns com os outros. O GI de educação associada à discussão consistiu na série de palestras, mais 45 minutos de discussão em grupo. Uma psicóloga clínica facilitou as discussões. Os pacientes deste grupo foram incentivados a participar das palestras com um membro da família ou amigo. Durante as discussões, os membros femininos da família reuniam-se em uma sala separada para discussão em isolamento, sob condução de uma enfermeira especialista em oncologia feminina. Em relação à variável conhecimento, os dois GI apresentaram maior conhecimento estatisticamente significativo em relação ao GC.

Contudo, não foi identificado diferença a nível da variável conhecimento ao comparar os dois GI.

Em relação à *autoeficácia*, à *ansiedade* e à *morbidade psicológica*, no presente estudo não foram identificadas diferenças entre os grupos no pós-teste. Contudo, autores apontam que proporcionar ensino, explorar e confrontar questões e preocupações específicas da doença/tratamento leva ao aumento significativo da autoeficácia, do bem-estar emocional e do conhecimento específico da doença/tratamento (LEPORE et al., 2003; HELGESON; LEPORE; ETON, 2006).

Em um estudo de revisão que buscou verificar aplicações da teoria da autoeficácia na oncologia, as pesquisas apontaram que o aumento da autoeficácia está associado ao aumento da adesão ao tratamento e de comportamentos de autocuidado, e à diminuição dos sintomas físicos e psicológicos. E, ainda afirmaram que os avanços da prática de enfermagem são de fundamental importância no auxílio e apoio aos doentes no intuito de aumentar a autoeficácia (LEV EL, 1997).

Weber et al. (2007a), em um ensaio clínico realizado com 72 homens idosos pós prostatectomia radical, identificaram o aumento da autoeficácia e a diminuição dos níveis de depressão destes indivíduos a partir de uma intervenção de apoio por pares. A intervenção foi baseada na teoria da autoeficácia de Bandura (1987) na perspectiva da aprendizagem vicária e do apoio social. Foram realizados oito encontros ao longo de oito semanas a fim de discutir preocupações e estratégias de enfrentamento dos efeitos do tratamento. Na oitava semana, o GI apresentou maior autoeficácia em relação ao GC ($p = 0,005$) e menos depressão ($p = 0,02$), o que permitiu que os autores concluíssem que intervenções de apoio pautadas na experiência vicária (BANDURA, 1977) são capazes de aumentar a autoeficácia.

Portanto, conclui-se que os resultados do presente estudo para a hipótese 1 corroboraram com os achados da literatura internacional que considerou o conhecimento e a satisfação como os maiores benefícios das intervenções relacionadas ao ensino e ao apoio aos pacientes. Contudo, no que tange às variáveis psicológicas foi possível identificar que nem todos estudos intervencionais trazem como resultados a diminuição da morbidade psicológica. Já para autoeficácia não foi identificado nenhum estudo que trabalhasse com a fonte persuasão para relacionar com os achados da pesquisa, mas a partir da experiência vicária, autores (WEBER et al. 2007) apontaram melhoria da autoeficácia no GI pós prostatectomia radical.

7.3 - Discussão da hipótese 2: Relação das variáveis autoeficácia geral percebida, ansiedade, morbidade psicológica, satisfação e conhecimento no GI, no pós-teste.

A hipótese 2 prevê que haja relação positiva entre as variáveis *autoeficácia*, *conhecimento* e *satisfação*, e relação negativa das variáveis *autoeficácia*, *satisfação* e *conhecimento* com as variáveis *ansiedade* e *morbidade psicológica*, no GI pós-teste. Assim, ao analisar a presença de possíveis relações entre as variáveis, constatou-se que há correlação positiva de forte magnitude entre as variáveis *ansiedade* e *morbidade psicológica* ($r = 0,858$; $p = 0,000$) e de moderada magnitude entre as variáveis *satisfação* e *conhecimento* ($r = 0,410$; $p = 0,016$). A variável *autoeficácia* não apresentou correlação com nenhuma variável.

A autoeficácia é a crença central de que um indivíduo tem controle sobre os eventos que podem afetar a sua vida (BANDURA, 1997). Quando o controle é perdido e resultados desejados (por exemplo, potência sexual e controle sobre as funções básicas do corpo, como controle da bexiga no prostatectomizado) não podem ser alcançados, os homens diminuem o ajustamento ou a resiliência à adversidade, e apresentam, teoricamente, situação de risco para a depressão (WEBER et al., 2007a). Autores complementam que ter bons níveis de autoeficácia geral facilita o enfrentamento dos desafios físicos e psicológicos do câncer. Pesquisa realizada nos EUA com 72 pacientes submetidos à prostatectomia radical identificou que homens com elevada autoeficácia foram 45% menos propensos a terem depressão (WEBER et al., 2008). A partir destes achados nota-se que avaliar a autoeficácia geral durante todo o estágio da doença e tratamento é importante (MYSTAKIDOU et al., 2013).

Embora no presente estudo não tenha sido encontrada correlação entre *autoeficácia* e *ansiedade*, Pajares (1997), afirma que crenças de eficácia influenciam a ansiedade das pessoas envolvidas na realização de tarefas e no nível de realização que percebem. Crenças fortes de autoeficácia aumentam a realização humana e o bem-estar pessoal. Por ocorrer fracassos e retrocessos em tarefas difíceis, pessoas com forte sensação de competência pessoal recuperam a confiança mais facilmente. Aquelas com baixo senso de eficácia podem acreditar

que as coisas são mais difíceis do que realmente são e então aumenta sua ansiedade frente às situações.

É sabido que menores níveis de ansiedade do paciente prostatectomizado refletem positivamente na sua saúde mental, e uma melhor saúde mental pode ser associada ao desenvolvimento de melhores mecanismos de enfrentamento aos fatores estressores, o que facilita um melhor gerenciamento das alterações fisiológicas pós-operatórias (GORE; GOLLAPUDI; BERGMAN, 2010).

Recente estudo realizado por Mystakidou et al. (2013) apontou correlação negativa entre autoeficácia geral e ansiedade. O objetivo foi avaliar a autoeficácia geral, ansiedade, sintomas de gravidade da doença e qualidade de vida em pacientes com câncer no início da radioterapia e um mês após o tratamento. Identificou-se piora de todos os desfechos avaliados na diferença pré e pós-tratamento, e correlação negativa estatisticamente significativa entre os escores absolutos de autoeficácia geral e de ansiedade ($p < 0,0005$). Os autores justificam os resultados na concepção de que muitas vezes os pacientes não estão preparados para lidar com as mudanças físicas, sociais e emocionais que ocorrem no período de transição entre a descoberta da doença e a fase pós-tratamento.

Nessa perspectiva, autores reforçam a importância de realizar intervenções destinadas ao aumento da autoeficácia em indivíduos com câncer em diferentes formas de tratamento, e afirmam que pessoas interessadas em receber informações melhoraram o seu bem-estar e compreendem mais facilmente os seus problemas imediatos (LEV; PAUL; OWEN, 1999). Acredita-se que realizar intervenções de reforço da autoeficácia para pacientes que receberam tratamento para o câncer possa diminuir a percepção de estresse, o auto-relato de sintomas e o aumento da percepção positiva dos pacientes quanto à qualidade de vida (GRAVES, 2003; MYSTAKIDOU et al., 2013).

É importante ressaltar que a autoeficácia do paciente é influenciada também pela relação com o profissional de saúde, a partir da troca de informações e aumento do conhecimento sobre o tratamento, estabelecimento de confiança, e aumento da satisfação (HECKMAN et al., 2011).

Portanto, estabelecer comunicação efetiva entre paciente e equipe multiprofissional é de vital importância para que melhores resultados no pós-operatório sejam obtidos, haja vista a complexidade do procedimento, os cuidados requeridos e a associação com as crenças que envolvem a cirurgia.

Os homens envolvidos neste estudo expressaram aumento do conhecimento relacionado ao aumento da satisfação. Vários estudos de intervenção educativa também identificaram aumento do conhecimento simultaneamente ao aumento da satisfação com as orientações, serviço e/ou cuidados recebidos (CALLAGHAN et al., 1998; TEMPLETON; TODD et al., 2002; ROBERTS et al., 2002; TEMPLETON; COATES, 2004; INMAN et al., 2011). Um programa australiano de educação e apoio para pacientes com câncer, familiares e amigos realizado em seis sessões educacionais de 90 minutos semanais, mostrou melhora do nível de ansiedade, do conhecimento relacionado à doença e do senso de significado em suas vidas, com alta satisfação por parte dos participantes (ROBERTS et al., 2002; TODD et al., 2002).

Reforça-se a idéia de que a satisfação do paciente é um conceito multidimensional que inclui a interação entre paciente e cuidador, a presença e competência do cuidador, oferta e continuidade dos cuidados, e as características de comunicação (CAN et al., 2008).

Segundo Oliveira e Guirardello (2006), a satisfação do paciente também pode estar relacionada a aspectos comportamentais do enfermeiro e a atributos que o paciente considere mais importantes para um cuidado de qualidade, como por exemplo, os aspectos interpessoais no relacionamento entre profissional e paciente. Esses aspectos fundamentam-se em receber atenção por parte do enfermeiro, que este seja bom ouvinte, além de demonstrar carinho, competência, habilidade e ensino sobre o cuidado, sempre respeitando as necessidades do indivíduo.

A partir do programa de ensino proposto no presente estudo, com a maior aproximação e vínculo estabelecido a partir dos contatos telefônicos, é possível inferir que os aspectos comportamentais, o aumento do conhecimento e do vínculo entre profissional e paciente contribuíram para o aumento da satisfação.

Espera-se que ao ampliar o programa de ensino proposto com novas fontes de autoeficácia, por exemplo, a experiência vicária, o efeito da intervenção nesta variável seja otimizado e, assim seja possível identificar relação negativa entre autoeficácia, ansiedade e morbidade psicológica, como apontado por Mystakidou et al. (2013).

7.4 - Discussão das hipóteses 3 e 4: Diferenças intra-sujeitos do pré-teste para o pós-teste e significância clínica das mudanças estatisticamente identificadas

A hipótese 3 prevê diferenças significativas em relação às variáveis *autoeficácia geral e percebida*, *ansiedade*, *morbidade psicológica*, *satisfação* e *conhecimento* no GI do pré-teste para o pós-teste quando comparado ao GC.

Não houve diferenças significativas, intra-sujeitos nos dois grupos, do pré-teste para o pós-teste, ao nível das variáveis *autoeficácia*, *ansiedade* e *morbidade psicológica*. Contudo, nota-se para a variável *autoeficácia* ($F = 3,566$; $p = 0,068$) e *ansiedade* ($F = 3,194$; $p = 0,083$) uma diferença marginalmente significativa no GI, entre o pré e pós-teste.

Para as variáveis *satisfação* ($z = -4,170$; $p = 0,000$) e *conhecimento* ($z = -5,090$; $p = 0,000$) foram identificadas diferenças estatisticamente significativas do pré-teste para o pós-teste no GI. No GC, também houve diferença estatisticamente significativa entre os tempos para a variável *conhecimento* ($z = -2,800$; $p = 0,005$).

Na hipótese 4 prevê-se que as diferenças estatisticamente significativas encontradas pelos testes inferenciais sejam corroboradas pelo método JT, ou seja, que as mudanças entre os escores pré e pós-teste no GI sejam confiáveis (IMC Mudança Confiável) e clinicamente relevantes (significância clínica). Contudo, para o GC, espera-se que as mudanças dos escores pré e pós-teste não apresentem mudança confiável nem significância clínica.

Como já referido anteriormente, no GI foram identificadas diferenças estatísticas do pré-teste para o pós-teste ao nível das variáveis *conhecimento* e *satisfação*. No GC também houve aumento do *conhecimento*.

A partir dos resultados dos testes inferenciais encontrados no estudo emergiram as seguintes questões: “Será que a mudança do conhecimento observada nos grupos é verdadeira, ou seja, não se deve apenas a erro de medida?” e “Será que a mudança observada apresenta significância clínica para o paciente?”.

Pesquisadores concentram-se, muitas vezes de modo excessivo, sobre o resultado ser estatisticamente significativo, ou seja, pode não ser resultante do acaso. No entanto, apenas porque o teste mostra que o efeito do tratamento é estatisticamente significativo não significa que o resultado seja importante do ponto

de vista clínico. Por exemplo, se um estudo for muito grande e tiver um erro padrão pequeno, é mais fácil encontrar efeitos pequenos e sem importância clínica para o tratamento que sejam estatisticamente significativos (SHELDON, 2010).

Portanto, quando um ensaio clínico apresentar uma diferença estatisticamente significativa em suas variáveis, também se deve considerar se ela é clinicamente importante e grande o suficiente para merecer uma mudança de prática (SHELDON, 2010).

Assim, foi possível responder às duas questões levantadas no presente estudo a partir das análises do IMC e da significância clínica - o método JT (JACOBSON; TRUAX, 1991).

No GI, dos 34 indivíduos, apenas dois não apresentaram mudança confiável quanto à variável *conhecimento*, e apenas para quatro homens não foi possível inferir que a intervenção apresentou significância clínica para a variável *conhecimento*. Já no GC, um indivíduo apresentou mudança negativa confiável e a maioria (n=28) não apresentou mudança confiável. Não foi identificada significância clínica para a variável *conhecimento* em nenhum dos 34 indivíduos, ou seja, a significância estatística apontada pelos testes inferenciais não representou mudança clinicamente relevante ao nível da variável *conhecimento* no GC.

O método JT articula a análise da significância clínica (mais voltada para a validade externa) com a verificação da confiabilidade das mudanças obtidas (mais relacionada à validade interna) (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2008). No presente estudo, foi de fundamental importância utilizá-lo como complemento à análise de significância estatística. A partir de sua aplicação foi possível reafirmar a importância do programa de ensino e sua significância clínica na melhoria do conhecimento dos 34 homens que participaram da intervenção, bem como a não representatividade clínica desta variável entre os participantes do GC.

O interesse por realizar a análise também pelo Método JT, partiu da necessidade de se buscar comprovar a relevância das mudanças obtidas, mesmo quando estatisticamente significativas. O interesse, nesse caso, recai sobre o significado e a funcionalidade adaptativa das mudanças do indivíduo, o que não é necessariamente garantido pela significância estatística (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2008).

Em pesquisas do tipo ensaio clínico, mesmo delineamento do presente estudo, a validade interna, geralmente, é verificada por meio de técnicas estatísticas

inferenciais, com base em medidas de tendência central (média, mediana) e de dispersão (desvio padrão, erro padrão) dos resultados do grupo. Por meio dessas técnicas estatísticas, avalia-se a probabilidade de ocorrência das diferenças entre a pré e a pós-teste, ou seja, se são suficientemente robustas para se descartar a hipótese de representarem meras oscilações atribuíveis a erro de medida e, portanto, aceitar que há mudanças, atribuíveis às condições de intervenção. Nesses delineamentos, a validade externa, principalmente em termos de generalização, depende das características de amostragem dos GI ou GC (o quanto a amostra é representativa da população mais ampla). Portanto, tais testes pouco informam a respeito do significado clínico dessas diferenças encontradas (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2008).

Em rápida busca por pesquisas clínicas que utilizaram o Método JT para tratamento dos dados foram identificados poucos estudos. Destacam-se os estudos de Souza e Silves (2006), que analisaram os efeitos de um programa de intervenção, com grupo de mulheres em fase de menopausa, sobre indicadores de dificuldade de sono e depressão; o de Yoshida (2006), que avaliou os processos de psicoterapia dinâmica breve; o de Pereira, Silves e Del Prette (2008), que examinaram os efeitos do tratamento da enurese sobre a redução de problemas de comportamento; o de Sardinha (2010), que verificou os efeitos do uso de um treino em automonitoramento na instalação de comportamentos correspondentes a habilidades sociais em indivíduo com anomalia da diferenciação sexual; e o de Negrão e Moccasin (2011) que analisaram a qualidade de vida de mulheres na fase pós-menopausa, participantes de diferentes grupos de atividades da terceira idade (hidroginástica, atividade física e bingo, GC).

Na educação, identificou-se o estudo de França (2012) que desenvolveu e avaliou efeitos de uma intervenção breve e inovadora para planejamento da aposentadoria, e concluiu que a intervenção favoreceu mudanças cognitivas, motivacionais e comportamentais para adaptação à aposentadoria. Mais especificamente na educação especial, pode-se citar o estudo de Aguiar et al. (2010), que efetuaram a análise de mudança confiável e significância clínica para os resultados de um grupo de deficientes mentais adultos que participaram de um programa de promoção de habilidades sociais e comunicativas; e o estudo de Sás et al. (2012) que verificaram, a partir do método JT, os efeitos de um programa de

remediação fonológica realizado com oito alunos do ensino regular diagnosticados com Síndrome de Down.

Acredita-se que o Método JT ofereça suficientes vantagens para o seu emprego em pesquisa de avaliação de mudanças clínicas e educacionais, e que possa, eventualmente, vir a ser utilizado por outros pesquisadores brasileiros, que queiram contar com uma forma objetiva e confiável de avaliação de mudança, sem desconsiderar a relevância clínica do procedimento.

Pode-se defender que o principal diferencial do Método JT é a possibilidade de análise de resultados individuais, ou seja, da comparação dos resultados de cada pessoa antes e após uma dada intervenção, mesmo quando se adota parâmetros grupais para a questão da confiabilidade. Assim, espera-se que o presente trabalho contribua para divulgar a potencialidade deste método e estimular pesquisadores e profissionais para o seu uso na pesquisa clínica em enfermagem.

7.5 - Discussão das análises exploratórias

7.5.1 - Impacto das variáveis sociodemográficas e clínicas, que não se apresentaram equivalentes entre os grupos (situação conjugal e tipo de atendimento), nas variáveis dependentes estudadas no pré-teste e no pós-teste.

A variável *situação conjugal* produziu um efeito significativo ($F = 5,194$; $p = 0,023$) na *satisfação com as orientações recebidas* do GI no pós-teste, verificando-se que os indivíduos casados ou em união consensual apresentaram *satisfação* superior ($OM = 18,0$) aos solteiros ($OM = 1,0$).

Friedman et al. (2009 b); Levinson et al. (2005) afirmam que as mulheres são essenciais para melhor compreensão e enfrentamento de todas as barreiras que impedem os homens de dialogar com os provedores de saúde.

A maior satisfação com as orientações de alta entre homens casados/união consensual no presente estudo pode ser justificada diante da dependência dos

homens de suas mulheres para a compreensão das informações de saúde e para a tomada de decisão quanto aos cuidados.

A família, em geral, apresenta-se como peça fundamental nas diferentes fases da doença. É esperado que a intervenção dos profissionais de saúde não fique limitada apenas ao paciente, mas também à família, inclusive à esposa (GALBRAITH et al., 2008). A inclusão da parceira nas orientações para o cuidado, permite torná-la mais habilitada no auxílio ao cuidado do paciente após a alta hospitalar, situação por si só geradora de estresse.

A família representa um importante elo de ligação influenciando a forma como o indivíduo reage à doença, responde ao tratamento e à sua adaptação emocional (PHIPPS, 1999). Sapeta (1998) refere que as famílias em geral demonstram interesse e disponibilidade para se envolverem nos cuidados e tratamentos dos seus familiares, pelo menos em parte do dia, considerando essa, uma forma de otimizar alguns cuidados como de higiene e de alimentação, dar apoio moral e psicológico, bem como estimular o indivíduo na realização dos cuidados.

Autores afirmam que homens em união estável apresentam níveis reduzidos de alterações psicológicas quando comparados àqueles que vivem sozinhos (MEHNERT et al., 2010).

Pesquisas anteriores indicam que as mulheres muitas vezes agem como defensoras globais de saúde para suas famílias (NUSSBAUM, 2000; LEVINSON et al., 2005; FRIEDMAN et al., 2009a; FRIEDMAN et al., 2012).

Em estudo realizado nos EUA, homens ressaltaram a importância de não incluir suas parceiras apenas em conversas sobre Câncer de Próstata e tratamentos, mas também nas discussões sobre a sua saúde em geral. Relataram confiar em suas mulheres por estarem próximas, e evidenciaram a importância delas saberem sobre suas preocupações com a saúde. Afirmaram também que se sentem seguros e confiantes no que diz respeito às necessidades médicas e de saúde ao lado de suas esposas. Por fim, os autores concluíram que as mulheres são as pessoas que normalmente buscam informações de saúde para suas famílias e influenciam a saúde masculina e as decisões de cuidado frente ao câncer (FRIEDMAN et al., 2012).

Em relação à variável *tipo de atendimento* identificou-se efeito significativo ($F = 8,044$; $p = 0,018$) na *satisfação com as orientações recebidas* no GI no pré-teste, sendo que os indivíduos em atendimento *particular* apresentaram nível de *satisfação*

superior aos *atendidos pelo SUS* e por *convênio*. Não foram encontrados estudos que confrontassem ou corroborassem diretamente com essa achado. Contudo, Castro et al. (2008), reforça a importância de se ter cautela ao avaliar e relacionar satisfação e tipo de atendimento, pois é preciso considerar sempre a dimensão subjetiva do usuário e a sua percepção sobre o SUS e os demais tipos de atendimento. Uma possível justificativa para a maior satisfação dos indivíduos em atendimento particular quanto às orientações no pré-teste, pode estar relacionada ao maior número de contatos médico-paciente nos consultórios particulares e, conseqüentemente, maior tempo disponível para questionamentos quanto ao procedimento cirúrgico e esclarecimento de suas incertezas.

7.5.2 - Diferenças entre os grupos quanto ao número de acertos das questões relacionadas ao conteúdo da intervenção educativa, no pré-teste e no pós-teste

A última análise exploratória realizada consistiu em testar as diferenças entre os grupos quanto ao número de acertos das 23 questões do instrumento de avaliação do conhecimento. No momento pré-teste não houve diferenças significativas entre os grupos para as 23 questões.

Quanto aos ganhos de conhecimento no pós-teste destacaram-se 14 questões relacionadas a: cuidados com o corte cirúrgico, cuidados com a sonda vesical, incontinência urinária, exercícios para a musculatura da pelve, cuidados relacionados aos medicamentos para dor, cuidados quanto com a alimentação e líquidos, evacuações, sinais de complicação e problemas de ereção.

A questão relacionada aos **cuidados com o corte cirúrgico** que apresentou aumento significativo do número de acerto no GI em relação ao GC, abordou a orientação sobre o uso de sabonete neutro e toalha limpa para higiene da ferida operatória em domicílio.

Autores reafirmam a importância da adoção de um programa de orientação sistematizada sobre os cuidados com a incisão cirúrgica no domicílio, elaborado e implementado de forma articulada entre as equipes de enfermagem e médica da unidade de internação, pois o déficit de conhecimento relacionado ao autocuidado

propicia a ocorrência de complicações pós-cirúrgicas, que retardam o processo cicatricial e a reabilitação da paciente (ZAGO, 1993; FRIEDLANDER; LAGE, 2003; GUTIÉRREZ et al., 2004).

Quanto ao **cuidados com a sonda vesical**, três das quatro questões apresentaram ganho de conhecimento significativo pelo GI em relação ao GC. A maioria dos participantes desconhecia a necessidade de esvaziamento da bolsa coletora quando houvesse urina até a metade ou cada 12 horas, desconhecia a necessidade de limpeza da ponta do tubo de drenagem, bem como de que o acúmulo de secreções em torno da sonda na ponta do pênis que deveriam ser removidas.

Cuidados corretos com a sonda vesical no pós-operatório de prostatectomia radical são importantes para diminuir as chances de ocorrência da infecção do trato urinário, responsável por mais de 30% de todas as infecções relacionadas à assistência à saúde. A infecção pode surgir em 10 a 20% dos pacientes submetidos ao cateterismo de demora (SOUZA-NETO et al., 2008).

No que diz respeito ao conhecimento sobre **incontinência urinária**, as duas questões que se referem a essa área apresentaram aumento do número de acertos significativo no pós-teste para o GI em relação ao GC. As questões se referiram ao período de três a seis meses como tempo médio de duração da incontinência em decorrência do procedimento cirúrgico, e à diminuição da ingestão de líquidos ingeridos como estratégia errônea de controle da incontinência.

A prostatectomia radical envolve a remoção do esfíncter interno, o que provoca o enfraquecimento dos músculos da pelve, resultando na incontinência urinária. Apesar de sua alta ocorrência, pelo menos 90% dos homens recuperam o controle urinário completo (FAN; HEYES; KING, 2012).

Após a prostatectomia radical, a perda urinária é geralmente transitória e a taxa de incidência de incontinência urinária pós-cirurgia é variável, oscilando entre 5% e 20% em diferentes níveis (MONTIGLIO; CESPEDES, 2007). Contudo, há autores que apontam variação entre 3% e 60% (SMITH; SHAW; RASHID, 2009). Nota-se que a incidência de incontinência em decorrência da prostatectomia radical varia amplamente na literatura, em parte devido a diferenças nas definições de incontinência, nos métodos de coleta de dados, no tempo de acompanhamento, nos critérios de seleção de pacientes e nas técnicas cirúrgicas (MONTIGLIO; CESPEDES, 2007).

A obtenção da continência pós-prostatectomia é tempo-dependente. Na avaliação de 615 pacientes pós-prostatectomia radical, verificou-se que 92% já haviam readquirido continência no sexto mês de pós-operatório (GOLUBOFF et al., 1995).

No que se refere à alteração do volume de líquidos ingeridos, em um estudo brasileiro (HONORIO; SANTOS, 2009) que buscou compreender em que proporção a incontinência urinária atinge a qualidade de vida de indivíduos adultos e inclusive idosos, os pacientes demonstraram uma baixa ingestão de água, o que geralmente percebe-se em grande parte das pessoas que sofrem de incontinência urinária, pelo receio de interferir no aumento das perdas de urina. É importante ressaltar que sendo a incontinência urinária um problema que pode acometer pacientes submetidos à prostatectomia (MATA; NAPOLEÃO, 2010), a orientação ao paciente sobre a importância da ingestão hídrica após a cirurgia, associada a outras intervenções relativas à incontinência urinária torna-se imprescindível, uma vez que a baixa ingestão de água nesse período pode acarretar problemas e retardar a recuperação dos pacientes prostatectomizados. De acordo com Angelucci (1997), a manutenção adequada da diurese a partir da ingestão hídrica abundante é fundamental para evitar a formação de sedimentos e coágulos que obstruem a uretra.

As três questões relacionadas aos **exercícios para a musculatura da pelve** foram as que apresentaram maior diferença quanto ao número de acertos do GI em relação ao GC no pós-teste.

Os exercícios de Kegel, genericamente conhecidos como “exercícios de fortalecimento do períneo”, são tidos como a principal modalidade de tratamento conservador da incontinência urinária (PAREKH et al., 2003).

O objetivo dessa terapia é a conscientização da existência e da função do assoalho pélvico. Como em qualquer cirurgia, a musculatura geral da região permanece inibida, por isso ela deve ser treinada para recuperar o nível de força normal (PAREKH et al., 2003; KUBAGAWA et al., 2006).

A teoria por trás da utilização dos exercícios de Kegel no tratamento da incontinência urinária baseia-se no fato de que uma contração potente, ou seja, forte e rápida da musculatura perineal é suficiente para comprimir a uretra, provocando o aumento da pressão intrauretral no momento do aumento brusco da pressão intra-abdominal (PAREKH et al., 2003).

O tratamento precoce da incontinência urinária inclui, primeiramente, os exercícios do assoalho pélvico e, em seguida, a farmacoterapia. Quando os pacientes têm incontinência urinária de esforço de nove a 12 meses após a prostatectomia, mesmo já tendo realizado a terapia precoce, o tratamento cirúrgico pode ser uma opção (MONTIGLIO; CESPEDDES, 2007), com a implantação do esfíncter urinário artificial, apontado na maioria das diretrizes como padrão-ouro de tratamento para incontinências moderadas a graves (ROCHA et al., 2008).

Em estudo de revisão realizado por pesquisadores australianos (FAN; HEYES; KING, 2012) que avaliaram as experiências de homens incontinentes pós prostatectomia radical, a ansiedade, o medo e o constrangimento foram considerados os sentimentos mais evidentes entre os participantes dos estudos analisados. Autores consideram que esses sentimentos negativos podem ter sido desenvolvidos a partir das experiências físicas traumáticas da sondagem e da falta de orientação sobre incontinência urinária, e, portanto, reforçam a necessidade de assegurar que os homens tenham acesso a informações adequadas e recebam educação sobre o manejo da incontinência urinária, bem como sobre a maneira correta de realizar os exercícios de Kegel.

A questão referente ao conhecimento quanto aos **cuidados relacionados aos medicamentos para dor** também apresentou ganho de conhecimento significativo no pós-teste no GI em relação ao GC. Esta questão afirma que medicamentos para dor deveriam ser tomados conforme a prescrição médica e de preferência optar por tomar uns 30 minutos antes de realizar alguma atividade que exija um pequeno esforço físico e antes de dormir.

A dor, como fenômeno, pode estar presente no tratamento cirúrgico. É considerada aguda devido à lesão dos tecidos pela ferida operatória. Entretanto, o paciente pode referir, avaliar e reagir ao fenômeno de diferentes formas, intensidades, com atitudes e reações diferenciadas (PEREIRA; MUNECHIKA; SAKAT, 2013).

Grande parte da população não possui bom nível de informação para a administração de medicamentos. Muitos deles tomam o medicamento sem ao menos saber para que serve, como administrá-lo corretamente e por quanto tempo (OENNING; OLIVEIRA; BLATT, 2011). Portanto, é importante a orientação sobre a medicação prescrita e sua necessidade, visto que é de competência do enfermeiro

educar o paciente para o uso correto dos medicamentos após a alta hospitalar (MIASSO; CASSIANI, 2005).

Quanto aos **cuidados com a alimentação e líquidos** das três questões avaliadas, apenas uma apresentou diferença de conhecimento estatisticamente significativa entre os grupos no pós-teste. Esta questão refere-se à não ingestão de café e refrigerante no pós-operatório a fim de evitar irritação da bexiga.

A cafeína possui uma ação diurética nos rins aumentando o volume urinário. É considerada um irritante vesical e a sua ingestão em alta concentração pode causar instabilidade do músculo detrusor da bexiga e, conseqüentemente, perda involuntária de urina (CREIGTON; STANTON, 1990; ARYA; MYERS; JACKSON, 2000). Essa substância pode determinar hiperatividade vesical devido ao fato de ter efeito excitante sobre a musculatura lisa do músculo detrusor (CREIGTON; STANTON, 1990), e assim, pode agravar os episódios de perdas urinárias, sobretudo nas situações de urgeincontinência (HONORIO; SANTOS, 2009).

No que se refere aos cuidados com a **evacuação**, também foi identificado ganho de conhecimento pelo GI. A questão aborda a necessidade de não se realizar força ao evacuar diante da alteração do funcionamento intestinal na primeira semana após a cirurgia.

Problemas relacionados à constipação intestinal são esperados em procedimentos cirúrgicos, inclusive na prostatectomia radical, devido ao uso de anestesia geral e medicações para dor, especificamente os narcóticos, que retardam a função intestinal. Caso necessário, é importante orientar o paciente quanto ao uso de emoliente fecal para normalizar os movimentos intestinais até quando os medicamentos para dor não forem mais necessários, a fim de evitar o esforço durante a evacuação e, conseqüentemente, risco de comprometimento da região cirúrgica (STARNES; SIMS, 2006).

No que concerne aos **problemas de ereção**, a questão referente à idéia de que a retirada da próstata diminui os hormônios masculinos e o desejo sexual foi considerada erroneamente pela maioria dos homens no pré-teste como correta, com ganho de conhecimento significativo pelo GI no pós-teste. Em relação à segunda questão, em ambos grupos, a maioria dos participantes possuía conhecimento prévio de que a cirurgia pode causar diminuição da ereção por alguns meses.

A remoção da próstata não está relacionada à diminuição de hormônios masculinos. O método de tratamento que pode levar à diminuição do desejo sexual

e à supressão do hormônio testosterona é a hormonioterapia. A maior parte dos cânceres de próstata depende da testosterona, para estimular o seu crescimento, assim a hormonioterapia visa reduzir o efeito desse hormônio, inibindo o crescimento do tumor (GIANINI, 2004).

A diminuição do desejo sexual em homens prostectomizados pode estar relacionada ao trauma psicológico e estresse provocado pelo procedimento cirúrgico, contudo, não há relação fisiológica da retirada da glândula com a diminuição da libido (NUNES; ROLO; MOTA, 2004).

Já a diminuição da função erétil em função da cirurgia é uma concepção verdadeira e está relacionada à extensão da cirurgia, ao número de nervos seccionados e à capacidade de recuperação do paciente. Quanto mais jovem e maior regularidade na atividade sexual antes da cirurgia, maiores serão as chances de recuperação da capacidade de ereção (GIANINI, 2004). Cerca de 29 a 75% dos homens submetidos à prostatectomia radical estão sujeitos a desenvolver a disfunção erétil, definida como a incapacidade de atingir ou manter uma ereção com duração suficiente para ter atividade sexual satisfatória (LOMBRAÑA et al., 2012).

A efetiva comunicação entre profissional e paciente é um fator importante para permitir o esclarecimento de questões relativas ao funcionamento sexual pós-tratamento para o câncer de próstata. Contudo, são raros os homens que confessam suas intimidades sexuais a um profissional. Mesmo que a glândula prostática não esteja ligada à vida erótica muitos homens depositam suas fantasias e expectativas em torno do seu desempenho sexual na saúde deste órgão, o que torna as intervenções clínicas e cirúrgicas ameaçadoras (GOMES, 2003).

A sexualidade sustenta muito do que a pessoa é e tem importância na vida de todos. Através da sexualidade, as pessoas expressam seus sentimentos mais íntimos da personalidade e a sua necessidade de proximidade emocional com os outros seres humanos. Dessa forma, os enfermeiros precisam ter uma compreensão dos problemas que afetam homens com disfunção erétil, pois esses profissionais podem ter um papel crucial a ser desempenhado no progresso dinâmico dos indivíduos.

Galbraith et al. (2005) afirmam que no departamento de urologia onde atuam a disfunção erétil é um efeito colateral frequentemente observado em pacientes tratados com a prostatectomia radical. Devido a isso, acompanhamento contínuo é realizado após a admissão do paciente, incluindo informações sobre o tratamento

cirúrgico nos períodos pré e pós-operatório. Na alta, a equipe do departamento de urologia fornece ao paciente informações sobre disfunção erétil, com o objetivo principal de detecção precoce desta alteração. Os enfermeiros estão em uma posição-chave para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde e as preocupações com a função sexual entre os pacientes prostatectomizados e suas parceiras.

Ressalta-se que programa de ensino da enfermagem para pacientes com disfunção erétil após a prostatectomia radical pode ser útil para ajudá-los a se adaptarem a essa nova situação. Os enfermeiros podem fornecer informações relacionadas aos tipos de tratamentos específicos e, em seguida, em consulta com a equipe médica, o paciente pode escolher o tratamento mais adequado. Além disso, os enfermeiros devem utilizar a escuta ativa para incentivar o paciente a discutir seus medos relacionados com a disfunção sexual (LOMBRAÑA et al., 2012).

Ao considerar o paciente como elemento mais importante dentro de um tratamento, o enfermeiro como a pessoa que ouve e esclarece dúvidas, torna-se um profissional fundamental no acompanhamento de pacientes com risco de disfunção erétil.

8 - Conclusões

Ao ter com eixo norteador o objetivo geral que consistiu em avaliar a efetividade de um programa de ensino no preparo para alta hospitalar de pacientes submetidos à prostatectomia radical, apresenta-se as conclusões desta investigação de acordo com os objetivos específicos propostos:

O primeiro objetivo foi comparar a *autoeficácia geral percebida*, *ansiedade*, *morbidade psicológica*, *satisfação* e *conhecimento* no GI em relação ao GC, no pós-teste. Entre os 68 pacientes que compuseram a amostra, sendo 34 indivíduos do GC e 34 do GI, não foram identificadas diferenças significativas entre os dois grupos, no pós-teste, ao nível das variáveis *autoeficácia*, *ansiedade* e *morbidade psicológica*, controlando os valores destas variáveis no pré-teste. Contudo, houve diferenças significativas entre os grupos para as variáveis *satisfação* ($p = 0,000$) e *conhecimento* ($p = 0,000$).

O segundo objetivo propôs foi relacionar, no GI, no pós-teste, as variáveis *autoeficácia*, *ansiedade*, *morbidade psicológica*, *satisfação* e *conhecimento*. Ao analisar a presença de possíveis relações entre as variáveis, constatou-se correlação positiva de forte magnitude entre as variáveis *ansiedade* e *morbidade psicológica* ($r = 0,858$; $p = 0,000$) e de moderada magnitude entre as variáveis *satisfação* e *conhecimento* ($r = 0,410$; $p = 0,016$).

O terceiro objetivo tratou de comparar a *autoeficácia geral e percebida*, *ansiedade*, *morbidade psicológica*, *satisfação* e *conhecimento* no GI e GC no pré-teste e no pós-teste. Não houve diferenças significativas, intra-sujeitos nos dois grupos, do pré-teste para o pós-teste, ao nível das variáveis *autoeficácia*, *ansiedade* e *morbidade psicológica*. Contudo, ressalta-se que para as variáveis *autoeficácia* ($F = 3,566$ $p = 0,068$) e *ansiedade* ($F = 3,194$ $p = 0,083$) identificou-se diferença marginalmente significativa no GI, entre o pré-teste e pós-teste.

Observou-se que a *ansiedade* ao ser avaliada conforme seus níveis clínicos (< 8 sem ansiedade e ≥ 8 ansiedade), parâmetro sugerido também por Zigmond e Snaith (1983), esta variável apresentou diferença estatisticamente significativa do pré-teste para o pós-teste no GI ($z = -2,530$; $p = 0,011$). Em contrapartida, no GC, não houve mudança de nenhum indivíduo ao nível de *ansiedade* do momento pré-teste para o pós-teste.

No que se refere à *satisfação com as orientações recebidas* ($z = -4,170$; $p = 0,000$) e ao *conhecimento* ($z = -5,090$; $p = 0,000$), verificou-se mudanças

estatisticamente significativas do pré-teste para o pós-teste no GI. No GC, houve mudança estatisticamente significativa entre os tempos para a variável *conhecimento* ($z = -2,800$; $p = 0,005$).

O quarto objetivo foi verificar se as variáveis dependentes, que apresentaram mudanças estatisticamente significativas do pré-teste para o pós-teste no GC e GI, também apresentam mudança confiável e significância clínica. Calculou-se, portanto, o IMC e a significância clínica pelo método JT para a variável *conhecimento*, por ser a única variável do tipo numérica que apresentou diferença estatística no GI e também no GC. Assim, no GI, dos 34 indivíduos, apenas dois não apresentaram mudança confiável quanto à variável *conhecimento*, e para 30 homens foi possível inferir que a intervenção apresentou mudança clinicamente relevante para a variável *conhecimento*. Já no GC, um indivíduo apresentou mudança negativa confiável e a maioria ($n=28$) não apresentou mudança confiável. Não foi identificada significância clínica para a variável *conhecimento* em nenhum dos 34 indivíduos, ou seja, a significância estatística apontada pelos testes inferenciais não representou mudança clinicamente relevante ao nível da variável *conhecimento* no GC.

Em relação às variáveis exploratórias, primeiramente, explorou-se o impacto das variáveis *situação conjugal* e *tipo de atendimento*, nas variáveis dependentes (*autoeficácia geral e percebida, ansiedade, morbidade psicológica, satisfação e conhecimento*) no pré-teste e na resposta à intervenção. Esta análise foi realizada, pois ambas variáveis apresentaram diferenças estatisticamente significativas em suas distribuições no GC e GI. A variável *situação conjugal* produziu um efeito significativo ($F = 5,194$; $p = 0,023$) na *satisfação com as orientações recebidas* do GI no pós-teste, verificando-se que os indivíduos casados ou em união consensual possuem *satisfação* superior ($OM = 18,0$) ao solteiro ($OM = 1,0$). A variável *tipo de atendimento* produziu um efeito significativo ($F = 8,044$; $p = 0,018$) na *satisfação com as orientações recebidas* no GI no pré-teste, verificando-se que os indivíduos em atendimento particular possuem *satisfação* superior ($OM = 23,8$) aos atendidos pelo SUS ($OM = 22,6$) e por convênio ($OM = 14,0$).

Ainda em relação à análise exploratória, buscou-se avaliar, a partir do instrumento de mensuração do *conhecimento*, quais conteúdos apresentaram ganhos de conhecimento estatisticamente significativos pelos indivíduos do GI em relação aos do GC no pós-teste. Identificou-se que dos 23 itens contemplados no

instrumento, em 14 houve ganho de conhecimento estatisticamente significativo pelos indivíduos do GI, pós-teste. No momento pré-teste não houve diferenças significativas quanto aos números de acertos entre os grupos para as 23 questões. Os conteúdos relacionados aos 14 itens são: cuidados com o corte cirúrgico, cuidados com a sonda vesical, incontinência urinária, exercícios para a musculatura da pelve, cuidados relacionados aos medicamentos para dor, cuidados quanto com a alimentação e líquidos, evacuações, sinais de complicação e problemas de ereção.

Assim, em relação ao objetivo geral deste estudo, pode-se afirmar que o programa de ensino realizado por meio da combinação de orientação oral e escrita com acompanhamento telefônico mostrou-se efetivo no âmbito da melhoria do conhecimento quanto aos cuidados em domicílio e da satisfação dos indivíduos.

9 - Limitações do estudo

Diante da ausência de uma escala de avaliação da autoeficácia em pacientes pós prostatectomia radical na literatura brasileira, a mensuração desta variável, no presente estudo, deu-se a partir da escala *de autoeficácia geral e percebida*, o que dificultou a avaliação de parâmetros específicos desta clientela.

Em relação ao questionário “*Conhecimentos sobre cuidados domiciliares pós prostatectomia radical*” elaborado para o estudo, foi possível verificar a fidelidade do instrumento (alfa de Cronbach = 0,71); contudo, diante do número de indivíduos que compuseram a amostra não foi possível fazer o estudo de validade, por meio da análise fatorial.

Ainda sobre as escalas utilizadas, outra limitação encontrada foi em relação à sub-escala de *depressão* do HAD-S que apresentou baixa fidelidade (alfa de Cronbach = 0,65) na amostra em estudo, e, portanto, a *depressão* não foi avaliada isoladamente, utilizando-se os valores para o HAD-S Total, que se refere ao somatório dos níveis de *ansiedade* e de *depressão*, ou seja, a *morbidade psicológica* (alfa de Cronbach = 0,85).

A maioria dos homens da amostra apresentaram níveis elevados de autoeficácia geral e *percebida*, além de baixa *morbidade psicológica*, o que pode ter dificultado a identificação de diferenças estatisticamente significantes entre estas variáveis pós-teste.

A ausência de mudança significativa da *autoeficácia* do pré-teste para o pós-teste também pode estar relacionada ao fator tempo, ou seja, o período entre o primeiro momento de coleta de dados e o segundo momento pode ser considerado curto para o paciente refletir sobre a sua *autoeficácia* e ter mudança de comportamento. Períodos de seguimento mais longos favorecem a confiança nos resultados da investigação de mensurações subjetivas, e deverá ser um aspecto a considerar em posteriores investigações deste gênero.

A capacidade de generalização dos dados apresenta-se como uma limitação do estudo, ao nível da validade externa. Esta investigação foi desenvolvida com homens atendidos em um município de Minas Gerais que podem apresentar características inerentes àquela região. Assim, não se assegura a generalização dos dados a todos os homens brasileiros. Seria importante implementar a intervenção em outras regiões do país de forma a testar a generalização dos resultados a homens de contextos brasileiros mais diversificados.

10 - Implicações para futuras pesquisas e prática de enfermagem

A partir dos resultados encontrados no presente estudo, pode-se concluir que a intervenção educativa realizada por meio da combinação de orientação oral, escrita e acompanhamento telefônico mostrou-se efetiva no âmbito da melhoria do conhecimento quanto aos cuidados em domicílio e da satisfação dos indivíduos.

A combinação de informação escrita/oral e o acompanhamento telefônico com intuito de encorajar e empoderar os indivíduos para o desenvolvimento dos cuidados em domicílio mostrou-se mais efetivo quanto ao ganho de *conhecimento* e aumento da *satisfação* do que para o aumento da *autoeficácia geral e percebida*, embora, no pré-teste os sujeitos do GC e GI já possuíam níveis de *autoeficácia* relativamente elevados ($M = 40,06$ e $M = 38,68$, respectivamente).

A partir do cálculo do IMC e da significância clínica é possível concluir que o programa de ensino proposto possui relevância clínica para a melhoria do *conhecimento*.

Este estudo contribui para a ciência da enfermagem diante do reduzido número de ensaios clínicos com propostas de intervenções educativas no pós-alta de prostatectomia radical no cenário internacional. A nível nacional este foi o primeiro estudo experimental longitudinal realizado em contexto brasileiro que testou a efetividade de um programa educativo para o preparo da alta de pacientes prostatectomizados e que combinou três estratégias de ensino: a comunicação oral, livreto informativo e acompanhamento telefônico.

No âmbito dos avanços metodológicos, acredita-se que o presente estudo também tenha uma contribuição para futuras pesquisas do tipo ensaio clínico na enfermagem, a partir da apresentação e aplicação do Método JT, utilizado, prioritariamente, em estudos da Psicologia e da Educação e pouco conhecido e divulgado pela enfermagem. Ao descartar a hipótese de que as diferenças de parâmetros subjetivos entre momentos ou entre grupos tenham ocorrido por acaso, ainda é possível avaliar a efetividade enquanto impacto sobre o funcionamento cotidiano do cliente.

Como forma de otimizar os resultados do programa de ensino proposto, no que tange ao aumento da crença de *autoeficácia* e consequente diminuição da *ansiedade* e da *morbidade psicológica*, acredita-se que propor novos estudos que associem este programa a grupos de suporte social, a partir emprego de mais uma fonte de *autoeficácia*, a experiência vicária, seja o caminho para obtenção de melhores resultados para essas alterações psicológicas. Espera-se que a ampliação

da intervenção de forma a propor encontros com indivíduos que têm experiências semelhantes relacionadas à doença, tratamento e seus efeitos secundários, otimize os resultados de ordem psicológica.

Outro fator a ser considerado em futuros estudos com desenhos metodológicos semelhantes é o aumento do tempo de seguimento longitudinal, para que o paciente seja capaz de assimilar a relação entre o aumento do conhecimento e a sua capacidade de se cuidar e de agir frente a sintomas decorrentes da cirurgia, e assim, melhorar os efeitos da intervenção nas variáveis psicológicas.

Ressalta-se que na presente investigação o foco do programa de ensino foi exclusivamente o paciente, contudo, sugere-se também a inclusão da família nas atividades educativas em futuros estudos, a fim de alcançar melhores resultados.

Em um período de redução dos recursos nos serviços de saúde, em geral, é de grande importância que a equipe de enfermagem investigue sobre sua prática de forma a garantir adequado acompanhamento quanto aos cuidados pós-alta hospitalar frente ao curto tempo de hospitalização e contato com esses pacientes.

É importante reforçar também que as intervenções de enfermagem precisam envolver cuidados que busquem diminuir a ansiedade e a depressão de forma a potencializar a capacidade dos indivíduos quanto ao manejo dos sintomas pós-operatórios e, conseqüentemente, melhorar o enfrentamento à doença/tratamento.

A partir dos resultados encontrados, fica clara a relevância do preparo de pacientes para alta hospitalar, principalmente frente às necessidades de conhecimento sobre os cuidados pós cirúrgicos que envolvem o tratamento de uma patologia como o câncer, tão temida pela população. É imperativo que o enfermeiro realize o planejamento e a implementação de estratégias educativas capazes de fortalecer o conhecimento e os níveis de satisfação entre os pacientes.

Em suma, é importante que a enfermagem continue a investigar os efeitos das abordagens educativas ao nível do processo de alta e de reabilitação pós prostatectomia radical, principalmente, no Brasil, onde não há ensaios clínicos nesta área. O livreto de intervenção desenvolvido neste estudo constitui um material que reúne as intervenções apresentadas pela literatura científica que posteriormente foram validadas por peritos na área e está disponível para ser utilizado em programas de reabilitação de pacientes pós prostatectomia radical.

Espera-se que este trabalho tenha contribuído para encorajar mais esforços da enfermagem no estudo e na intervenção junto a pacientes brasileiros com câncer de próstata submetidos ao procedimento cirúrgico.

Referências

AGUIAR, A. A. R. de; DEL PRETTE, Z. A. P; AGUIAR, R. G. de; DEL PRETTE, A. Método JT na Educação Especial: resultados de um programa de habilidades sociais-comunicativas com deficientes mentais. **Revista de Educação Especial**, Santa Maria, v. 23, n. 37, p. 241-256, maio/ago. 2010. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/revistaeducacaoespecial>>. Acesso em: 15 abr. 2012.

AGUIAR, A. R. de; AGUIAR, R. G.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Calculando a significância clínica e o índice de mudança confiável em pesquisa-intervenção**. São Carlos: EDUFSCar. 2009.

ALMEIDA, L. S.; FREIRE, T. **Metodologia da investigação em psicologia e educação**. 4 ed. Braga: Psiquilibrios edições, 2007.

AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). **Prostate cancer** – What are the key statistic about prostate cancer? Disponível em: <<http://www.cancer.org/Cancer/ProstateCancer/DetailedGuide/prostate-cancer-key-statistics>>. Acesso em: 5 abr. 2011.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**: DSM IV, 4 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

ANASTASIOU, I.; YIANNPOULOU, K.G.; MIHALAKIS A.; HATZIANDONAKIS N.; CONSTANTINIDES, C.; PAPAGEORGIOU, C.; MITROPOULOS, D. Symptoms of acute posttraumatic stress disorder in prostate cancer patients following radical prostatectomy. **American Journal of Men's Health**, Thousand Oaks, v. 5, n. 1, p. 84-9, 2011.

ARYA, L. A.; MYERS, D. L.; JACKSON, N. D. Dietary caffeine intake and the risk detrusor instability: a case-control study. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, New York, v. 96, n. 1, p. 85-88, 2000.

BAILEY D. E.; MISHEL M. H.; BELYEA M.; STEWART J. L.; MOHLER J. Uncertainty intervention for watchful waiting in prostate cancer. **Cancer Nursing**, New York, v. 27, p. 339–346, 2004.

BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, Washington, v.84, n.2, p. 191-215, 1977.

_____. Social cognitive theory: an agentic perspective. **Annual Review of Psychology**, Palo Alto, v. 52, p. 1-26, 2001.

_____. **Social foundations of thought and action: a social cognitive theory.** Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1986.

BANDURA, A.; A., R.G., POLYDORO, S. **Teoria social cognitiva: conceitos básicos.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

BASTABLE, S. B. **O enfermeiro como educador: princípios de ensino aprendizagem para a prática de enfermagem.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BENNETT, G.; BADGER, T. A. Depression in men with prostate cancer. **Oncology Nursing Forum**, Pittsburgh, v. 32, p. 545-56, 2005.

BERGLUND, G.; PELERSSON, L. M.; ERIKSSON, K.; WALLENIS, I.; ROSHANAI, A.; NORDIN, K. M.; SJODEN, P. O.; HAGGMAN, M. 'Between Men': a psychosocial rehabilitation programme for men with prostate cancer. **Acta Oncologica**, London, v. 46, n. 1, p. 83-89, 2007.

BERTOLUCCI, P.H.; BRUCKI, S. M.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BICALHO, M. B.; LOPES, M. H. B. de M. Impacto da incontinência urinária na vida de esposas de homens com incontinência: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 1009-14, 2012.

BICKERT, D.; FRICKEL, D. Laparoscopic radical prostatectomy. **AORN Journal**, New York, v. 75, n. 4, p. 762-90, 2002.

BISSCHOP, M. I.; KRIEGSMAN, D. M.; BEEKMAN, A. T.; DEEG, D. J. Chronic diseases and depression: The modifying role of psychosocial resources. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 59, n. 4, p. 721-33, 2004.

BOTEGA, N. J.; BIO, M. R.; ZOMIGNANI, M. A.; GARCIA, J. R. C.; PEREIRA, W. A. B. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HADS) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 355-63, 1995.

BOTEGA, N. J.; PONDÉ, M. P.; MEDEIROS, P.; LIMA, M. G.; GUERREIRO, C. A. M. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS) em pacientes

epilépticos ambulatoriais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 6, p. 285-9, 1998.

BOUDREAUX, E.D.; MANDRY, C. V.; WOOD, K. Patient satisfaction data as a quality indicator: a tale of two emergency departments. **Academic emergency medicine**: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine, Hoboken, v. 10, n. 3, p. 261-8, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2012 - Incidência de Câncer no Brasil**: Síntese de Resultados e Comentários. Rio de Janeiro, RJ: INCA, 2011. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp>. Acesso em: 5 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer**. Brasília (DF); 2012. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata/definicao>. Acesso em: 20 abr. 2012.

CALABRESE, D. A. Prostate Cancer in Older Men. **Urologic Nursing**, Portland, v. 24, n. 4, p. 258-69, 2004.

CALLAGHAN, P.; YUK-LUNG, C.; KING-YUIDA, Y.; SIU-LING, C. The effect of pre-operative information on post-operative anxiety, satisfaction with information and demand for analgesia in Chinese men having transurethral resection of the prostate (TURP). **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 7, n. 5, p. 479-80, 1998.

CAMPBELL, L. C.; KEEFE, F.J.; SCIPIO, C.; MCKEE, D. C.; EDWARDS, C. L.; HERMAN, S. H. Facilitating research participation and improving quality of life for African American prostate cancer survivors and their intimate partners. A pilot study of telephone-based coping skills training. **Cancer**, New York, 109, n. 2, p. 414-24, 2007.

CAN, G.; AKIN, S.; AYDINER, A.; OZDILLI, K.; DURNA, Z. Evaluation of the effect of care given by nursing students on oncology patients' satisfaction. **European Journal of Oncology Nursing**, New York, v. 12, n. 4, p. 387-92, 2008.

CANADA A. L.; NEESE L. E.; SUI D.; SCHOVER L. R. Pilot intervention to enhance sexual rehabilitation for couples after treatment for localized prostate carcinoma. **Cancer**, New York, v. 104, n. 12, p. 2689-700, 2005.

CARMACK-TAYLOR, C. L.; DE MOOR, C.; BASEN-ENGQUIST, K.; SMITH M. A.; DUNN, A. L.; BADR, H.; PETTAWAY, C.; GRITZ, E. R. Moderator analyses of participants in the active for life after cancer trial: implications for physical activity group intervention studies. **Annals of Behavioural Medicine**, Mahwah, v. 33, p. 99-104, 2007.

CARMACK-TAYLOR, C. L.; DEMOOR, C.; SMITH, M. A.; DUNN, A. L.; BASEN-ENGQUIST, K.; NIELSEN, I.; PETTAWAY, C.; SELLIN, R.; MASSEY, P.; GRITZ, E. R. Active for life after cancer: a randomized trial examining a lifestyle physical activity program for prostate cancer patients. **Psycho-Oncology**, Arlington, v. 15, n.10 p. 847-62, 2006.

CARVALHO, M. M. Psico-oncologia: história, características e desafios. **Revista da Escola de Psicologia da USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, p.151-66, 2002.

CASTRO, H. C. O.; MACHADO, L.Z.; WALTER, M. I. M. T.; RANINCHESKI, S. M.; SCHMIDT, B. V.; MARINHO, D. N. C.; CAMPOS, T. M.A. A satisfação dos usuários com o SUS. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 14, n. 2, p. 113- 34, 2008.

CHAMBERS, S. K.; SCHOVER, L.; HALFORD, K.; CLUTTON, S. et. al. ProsCan for Couples: Randomised controlled trial of a couples based sexuality intervention for men with localized prostate cancer who receive radical prostatectomy. **BMC Cancer Journal**, London, v. 8, n. 226, p. 459-475, 2008.

CHOU, K. L. Everyday competence and depressive symptoms: Social support and sense of control as mediators or moderators? **Aging & Mental Health**, London, v. 9, n. 2, p. 177-183, 2005.

COSTA, P.; LEITE, R. C. B. O. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 55, n.4, p. 355-64, 2009.

COSTELLO, D.; KIERNAN, M. Patients with radical prostatectomy: Postdischarge telephone calls. **Urologic Nursing**, Portland, v. 13, n.2, p. 55-57, 1993.

COUPER, J. W.; LOVE. A. W.; DUNAI, J. V.; DUCHESNE, G. M, BLOCH, S.; COSTELLO, A. J.; KISSANE, D. W. The psychological aftermath of prostate cancer treatment choices: a comparison of depression, anxiety and quality of life outcomes over the 12 months following diagnosis. **The Medical Journal of Australia**, Pymont, v. 190, n. 7, p. 86-9, 2009.

CREIGHTON, S. M.; STANTON, S. L. Caffeine: does it affect your bladder? **Brazilian Journal Urological**, Rio de Janeiro, v.66, n. 6, p. 613-4, 1990.

DALE, W; BILIR, P; HAN, M, MELTZER D. The role of anxiety in prostate carcinoma. **Cancer**, New York, v. 104, n.3, p. 467-78, 2005.

DALL'OGGIO, M. F.; NADALIN, W.; VAZ, F. P.; ARRUDA, H. O.; GOUVÊA E., SILVA, E. C. C. Câncer de próstata localizado: tratamento. **Sociedade Brasileira de Urologia. Projeto Diretrizes**, 2006.

DAVISON, B. J.; DEGNER, L. F. Empowerment of men newly diagnosed with prostate cancer. **Cancer Nursing**, New York, v. 20, n. 3, p. 187-96, 1997.

DAVISON B. J.; MOORE K. N.; MACMILLAN, H.; BISAILLON A, WIENS K. Patient evaluation of a discharge program following a radical prostatectomy. **Urologic Nursing**, Portland, v. 24, n. 6, p. 483-9, 2004.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.21, n.1, p. 06-11, 1999.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Significância clínica e mudança confiável: A efetividade das intervenções em psicologia. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 24, n.4, p. 497-506, 2008.

DELA COLETA, M. F. Introdução. In: DELA COLETA, M. F. **Modelos para pesquisa e modificação de comportamentos em saúde**. Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2004.

DEWALT, D.; PIGNONE, M.; MALONE, R. Development and pilot testing of a disease management program for low literacy patients with heart failure. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 55, n. 1, p. 78-86, 2004.

DILLES, A.; HEYMANS, V.; MARTIN, S.; DROOGNÉ, W.; DENHAERYNCK, K.; De GEEST S. Comparison of a computer assisted learning program to standard education tools in hospitalized heart failure patients. **European Journal Cardiovascular Nursing**, Amsterdam, v. 10, n. 3, p. 187-93, 2011.

DOENGES, M.; MOORHOUSE, M. F.; GEISSLER-MUR, A. C. **Planos de cuidado de utilização**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

FAGERMOEN, M. S.; HAMILTON, G. Patient information at discharge – a study of a combined approach. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 63, n. 1-2, p. 169-76, 2006.

FAN, X.; HEYES, S.; KING, L. Men's experiences of urinary incontinence after prostatectomy. **Cancer Nursing Practice**, Harrow, v. 11, n. 9, p. 29-34, 2012.

FLECK, M. P. A.; LIMA, A. F. B. S.; LOUZADA, S.; SCHESTASKY, G.; HENRIQUES, A.; BORGES, V. R.; CAMEY, S. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 431-38, 2002.

FORD, M. E.; WAHLQUIST, A. E.; RIDGEWAY, C.; STREETS, J.; MITCHUM, K. A.; HARPER, R. R. JR.; HAMILTON, I.; ETHEREDGE, J. J.; JEFFERSON, M.S.; VARNER, H.; CAMPBELL, K.; GARRETT-MAYER, E. Evaluating an intervention to increase cancer knowledge in racially diverse communities in South Carolina. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 83, n. 2, p. 256-60, 2011.

FRANÇA, C. L. **Modelo de intervenção breve para planejamento da aposentadoria**: desenvolvimento e avaliação. 178 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura). Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

FREDERICKS, S. GURUGE S.; SIDANI S.; WAN, T. UN, R. Postoperative patient education: a systematic review. **Clinical Nursing Research**, Pennsylvania, v. 19, n. 2, p. 144-64, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. 13 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

FRIEDLANDER, M. R.; LAGE, O. C. O acompanhamento do paciente pós-cirúrgico por meio da visita domiciliária. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 49-55, 2003.

FRIEDMAN, D.B.; CORWIN, S. J.; DOMINICK, G. M.; ROSE, I. D. African American men's understanding and perceptions about prostate cancer: why multiple dimensions of health literacy are important in cancer communication. **Journal of Community Health**. Amsterdam, v. 34, n. 5, p. 449-60, 2009a.

_____. Prostate cancer communication strategies recommended by older African American men in South Carolina: A qualitative analysis. **Journal of Cancer Education**, New York, v. 24, n. 3, p. 204-209, 2009b.

FRIEDMAN, D. B.; THOMAS, T. L.; OWENS, O. L.; HÉBERT, J. R. It takes two to talk about prostate cancer: a qualitative assessment of African American men's and women's cancer communication practices and recommendations. **American Journal of Men's Health**, Thousand Oaks, v. 6, n. 6, p. 472-84, 2012.

GALBRAITH, M. E.; ARECHIGA, A.; RAMIREZ, J.; PEDRO, L. W. Prostate cancer survivors' and partners' self-reports of health-related quality of life, treatment symptoms, and marital satisfaction 2.5-5.5 years after treatment [Online exclusive]. **Oncology Nursing Forum**, Pittsburgh, v. 32, n.2, p. 30-41, 2005.

GALBRAITH, M. E.; PEDRO, L. W.; JAFFE, A. R.; ALLEN, T. L. Describing health-related outcomes for couples experiencing prostate cancer: Differences and similarities. **Oncology Nursing Forum**, Pittsburgh, v. 35, n. 5, p. 794-801, 2008.

GARCIA, I.; WAX, P.; GHWRTZMANN, F. Aspectos psicossociais do paciente com câncer. In.: MURARD, A.; KATZ, A. **Bases Clínicas do Tratamento**, Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. p. 125-131, 1996.

GIANINI, M. M. S. **Câncer e gênero**: Enfrentamento da doença. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Núcleo família e comunidade. Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2004.

GIESLER, R. B.; GIVEN, B.; GIVEN, C.; RAWL, S.; MONAHAN, P.; BURNS, D.; AZZOUZ, F. M.; REUILLE, K. M.; WEINRICH, S.; KOCH, M.; CHAMPION, V. Improving the quality of life of patients with prostate carcinoma: a randomized trial testing the efficacy of a nurse-driven intervention, **Cancer**, New York, v. 104, n. 4, p. 752-62, 2005.

GOLUBOFF, E. T.; CHANG, D. T.; OLSSON, C. A.; KAPLAN, S. A. Urodynamics and the etiology of post-prostatectomy urinary incontinence: the initial Columbia experience. **The Journal of Urology**, New York, v. 153, n. 2-3, p. 1034-7, 1995.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p.825-9, 2003.

GOMES, R., REBELLO, L. E. F. S., ARAÚJO, F. C. NASCIMENTO, E. F. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.235-246, 2008.

GOPE, J. L., GOLLAPUDIB, K., BERGMANB, J., KWANC, L., KRUPSKIE, T. L., LITWINB, M. Correlates of Bother Following Treatment for Clinically Localized Prostate Cancer. **The Journal of Urology**, New York, v.184, n.4, p. 1309-15, 2010.

GRAVES, K. D. Social cognitive theory and cancer patients' quality of life: a meta-analysis of psychosocial intervention components. **Health Psychology**, Hoboken, v. 22, n. 2, p. 210-19, 2003.

GUTIÉREZ M. G. R.; GABRIELLONI, M. C.; GEBRIM, L. H.; BARBI, T.; AREIAS, V. L. Infecção no sítio cirúrgico: vigilância pós-alta precoce de pacientes submetidas à cirurgia oncológica de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 50, n.1, p. 17-25, 2004.

HARRISON, M.; BROWNE, G.; ROBERTS, J. Quality of life of individuals with heart failure: a randomized trial of the effectiveness of two models of hospital-to-home transition. **Medical Care**, Philadelphia, v. 40, n. 4, p. 271-82, 2002.

HECKMAN, J. E.; CHAMIE, K.; MALISKI, S. L.; FINK, A.; KWAN, L.; CONNOR, S. E. The role of self-efficacy in quality of life for disadvantaged men with prostate cancer. **The Journal of Urology**, New York, v. 186, n. 5, p. 1855-61, 2011. Disponível em: <http://www.jurology.com/article/S0022-5347%2811%2904338-2/pdf>. Acesso em: 20 abr. 2013.

HEDESTIG, O.; SANDMAN, P. O.; TOMIC, R.; WIDMARK, A. Living after radical prostatectomy for localized prostate cancer: A qualitative analysis of patient narratives. **Acta Oncológica**, Adelaide, v. 44, n. 7, p. 679-86, 2005.

HELD J. L.; OSBORNE, D. M.; VOLPE, H.; WALDMAN, A. R. Cancer of the prostate: treatment and nursing implications. **Oncology Nursing Forum**, Pittsburgh, v. 21, n. 9, p.1517-29, 1994.

HELD-WARMEKESSEL, J. What your patient needs to know about prostate. **Nursing**, Jenkintown, v. 32, n.12, p. 36-42, 2002.

HELGESON, V. S.; LEPORE, S. J.; ETON, D. T. Moderators of the benefits of psychoeducational interventions for men with prostate cancer. **Health Psychology**, Hoboken, v. 25, n. 3, p.348-54, 2006.

HONORIO, M. O.; SANTOS, S. M. A. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p.51-6, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2009.

HULLEY, S. B; CUMMING, S. R; BROWNER, W. S; GRADY, D. G; HEARST, N. B; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

HUMPHREYS, M. R.; FERNANDES, K. A.; SRIDHAR, S. S. Impact of age at diagnosis on outcomes in men with castrate-resistant prostate cancer. **Journal of Cancer**, Wyoming, v. 4, n. 4, p.304-14, 2013.

INMAN, D. M.; MAXSON, P. M.; JOHNSON, K. M.; MYERS, R. P.; HOLLAND, D. E. The impact of follow-up educational telephone calls on patients after radical prostatectomy: Finding value in low-margin activities. **International Journal of Urological Nursing**, Oxford, v. 31, n. 2, p. 83-91, 2011.

IYIGUN, E.; AYHAN, H.; TASTAN, S. Perceptions and experiences after radical prostatectomy in Turkish men: a descriptive qualitative study. **Applied Nursing Research**, Philadelphia, v. 24, n. 2, p. 101-9, 2011.

JAARSMA, T.; HUIJER ABU-SAAD, H. Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. **European Heart Journal**, London, v. 20, n. 9, p.673-82, 1999.

JACOBSON, N. S; TRUAX, P. Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. In: KAZDIN, A. E. (Ed.), **Methodological issues and strategies in clinical research**. Washington, p. 521-538, 1992.

JACOBSON, N. S; TRUAX, P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 59, n. 1, p.12-19, 1991.

JENSEN, B. T.; KRISTENSEN, S. A.; CHRISTENSEN, S. V.; BORRE, M. Efficacy of tele-nursing consultations in rehabilitation after radical prostatectomy: A randomized controlled trial study. **International Journal of Urological Nursing**, Oxford, v. 5, n. 3, p.123-30, 2011.

JOHNSON, J. E.; FIELER, V. K.; WLASOWICZ, G. S.; MITCHELL, M. L.; JONES, L. S. The effects of nursing care guided by self-regulation theory on coping with

radiation therapy. **Oncology Nursing Forum**, Pittsburgh, v. 24, n.6, p. 1041-50, 1997.

KATZ, D.; KOPPIE, T. M.; WU, D.; MENG, M. V.; GROSSFELD, G. D.; SADESKY, N. Sociodemographic characteristics and health related quality of life in men attending prostate cancer support groups. **The Journal of Urology**, New York, v. 168, n. 5, p. 2092-96, 2002.

KIM, U.; ROSCOE, J. A.; MORROW G. R. The effects of information and negative affect on severity of side effects from radiation therapy for prostate cancer. **Support Care in Cancer**, Berlin, v. 10, n.5, p. 416-421, 2002.

KIVINIEMI, K.; SUOMINEN, T. 'Going to the bathroom four or five times a night': seven men talk about their experiences of benign prostatic hyperplasia and the perioperative period. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 8, n. 5, p. 542-9, 1999.

KNOLL, N.; SCHOLZ, U.; BURKERT, S.; ROIGAS, J.; GRALLA, O. Effects of received and mobilized support on recipients' and providers' self-efficacy beliefs: A 1 year follow up study with patients receiving radical prostatectomy and their spouses. **International Journal of Psychology**, Paris, v. 44, n. 2, p. 129-37, 2009. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/loi/pijp20>. Acesso em: 14 de maio 2013.

KOCACAL, E.; KHORSID, L. Nurses' role in the management of long-term complications after radical prostatectomy. **Nursing Forum**, Oxford, v. 9, p. 14-19, 2006.

KORFAGE, I. J; ESSINK-BOT, M. L; JANSSENS, A. C; SCHRÖDER, F. H; DE KONING, H. J. Anxiety and depression after prostate cancer diagnosis and treatment: 5-year follow-up. **British Journal of Cancer**, London, v. 94, n. 8, p. 1093-8, 2006.

KUBAGAWA, L. M.; PELLEGRINI, J. R. F.; LIMA, V. P.; MORENO, A. L. A eficácia do tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária masculina após prostatectomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 2, p.179-83, 2006.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 6 ed. São Paulo, Brasil: Martins Fontes, 1994.

KUMAR, V.; TOUSSI, H.; MARR, C.; HOUGH, C.; JAVLE, P. The benefits of radical prostatectomy beyond cancer control in symptomatic men with prostate cancer. **BJU International**, Oxford, v. 93, n. 4, p. 507-9, 2004.

KUNKEL, E. J.; BAKKER, J. R.; MYERS, R. E.; OYESANMI, O.; GOMELLA, L. G. Biopsychosocial aspects of prostate cancer. **Psychosomatics**, Washington, v. 41, n. 2, p.85-94, 2000.

LAMBERT, S. D.; GIRGIS, A.; TURNER, J.; MCELDOFF, P.; KAYSER, K.; VALLENTINE, P. A pilot randomized controlled trial of the feasibility of a self-directed coping skills intervention for couples facing prostate cancer: rationale and design. **Health and quality of life outcomes** [electronic resource], London, v 10, n. 119, p. 2-11, 2012.

LANGWADE, J. The experience of early discharge after TURP. **Professional Nurse**, London, v. 15, n. 12, p.758-60, 2000.

LEITZMANN, M. F.; ROHRMANN, S. Risk factors for the onset of prostatic cancer: age, location, and behavioral correlates. **Clinical Epidemiology**, Auckland, v. 4, p. 1-11, 2012.

LEPORE, S. J.; HELGESON, V. S.; ETON, D. T; SCHULZ, R. Improving quality of life in men with prostate cancer: a randomized controlled trial of group education interventions. **Health Psychology**, Hoboken, v. 22, n. 5, p. 443-52, 2003.

LEV E. L.; PAUL D.; OWEN S. V. Age, self-efficacy, and change in patients' adjustment to cancer. **Cancer Practice**, Malden, v. 7, n. 4, p. 170-176, 1999.

LEV, E. L. Bandura's theory of self-efficacy: applications to oncology. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice**, New York, v. 11, n. 1, p. 21-37, 1997.

LEVINSON, W.; KAO, A.; KUBY, A.; THISTED, R. A. Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 20, n. 6, p. 531-5, 2005.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOMBRAÑA, M.; IZQUIERDO, L.; GOMEZ, A.; ALCARAZ, A. Nursing care program for erectile dysfunction after radical prostatectomy. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, Pittsburgh, v.16, n. 5, p.178-82, 2012.

LOPES, R. F. F.; SANTOS, M. R.; LOPES, E. J. Efeitos do relaxamento sobre a ansiedade e desesperança em mulheres com câncer. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 39-49, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452008000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 jun. 2013.

MAGALHÃES, C. R.; GUIMARÃES, E. C.; AGUIAR, B. G. C. O papel do enfermeiro educador: ação educativa do enfermeiro no pré e pós-operatório. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1-2, p. 115-9, 2004.

MANNE, S.; BABB, J.; PINOVER, W.; HORWITZ, E.; EBBERT, J. Psychoeducational group intervention for wives of men with prostate cancer. **Psycho-Oncology**, Arlington, v. 13, n. 1, p. 37-46, 2004.

MARGISON, F. R.; McGRATH, G.; BARKHAM, M.; CLARK, J. M.; AUDIN, K.; CONNELL, J. Measurement and psychotherapy: evidence-based practice and practice-based evidence. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 177, p. 123-30, 2000.

MATA, L. R. F. **Validação de intervenções de enfermagem para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia**. São Carlos: UFSCar. 160 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de São Carlos, 2009.

MATA, L. R. F.; NAPOLEAO, A. A. Intervenções de enfermagem para alta de paciente prostatectomizado: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 574-79, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000400021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out 2011.

MATA, L. R. F.; CARVALHO, E. C.; NAPOLEAO, A. A. Validação por peritos de intervenções de enfermagem para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. especial, p. 36-44, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 de mai 2013.

MCCORKLE, R.; SIEFERT, M. L.; DOWD, M. F.; ROBINSON, J. P.; PICKETT, M. Effects of advanced practice nursing on patient and spouse depressive symptoms, sexual function, and marital interaction after radical prostatectomy. **Urologic Nursing**, Portland, v. 27, n. 1, p. 65-77, 2007.

MEHNERT, A.; LEHMANN, C.; GRAEFEN, M.; HULAND, H.; KOCH, U. Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients. **European Journal Cancer Care**, Oxford, v.19, n. 6, p. 736-45, 2010.

MIASSO, A. I.; CASSIANI, S. H. B. Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para a alta hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 136-44, 2005.

MIDDEL, B.; VAN SOLDEREN, E. Statistical significant change versus relevant or important change in (quasi) experimental design: Some conceptual and methodological problems in estimating magnitude of intervention-related change in health services research. **International Journal of Integrated Care**, Utrecht, v. 2, p. 1-22, 2002.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. **Programa de Avaliação e Vigilância do Câncer e seus Fatores de Risco – PAV/MG**: Registros Hospitalares de Câncer de Minas Gerais. Belo Horizonte: SES-MG, 2010. 224 p.

MISHEL, M. H.; BELYEA, M.; GERMINO, B. B.; STEWART, J. L.; BAILEY, D. E.; ROBERTSON, C. Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects. **Cancer**, New York, v. 94, n. 6, p. 1854-66, 2002.

MISTIAEN, P.; POOT, E. Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Issue 4. Art. n.: CD004510. DOI: 10.1002/14651858.CD004510.pub3, 2006.

MONTIGLIO, C.; CESPEDES, R. D. Post-prostatectomy incontinence: prevention and therapy. **Contemporary Urology Journal**, New York, v. 19, n. 12, p.16-8, 23-6, 28-31, 2007.

MOORE, K. N.; VALIQUETTE, L.; CHETNER, M. P.; BYRNIK, S.; HERBISON, G. P. Return to continence after radical retropubic prostatectomy: A randomized trial of verbal and written instructions versus therapist-directed pelvic floor muscle therapy. **Urology**, Ridgewood, v. 72, n. 6, p. 1280-86, 2008.

MOORE, K. N.; ESTEY, A. The early post-operative concerns of men after radical prostatectomy. **Journal of Advanced Nursing**, v.29, n.5, p. 1121-29, 1999.

MOOREY, S.; GREER, S.; WATSON, M.; GORMAN, C.; ROWDEN, L.; TUNMORE, R.; ROBERTSON, B.; BLISS, J. The factor structure and factor stability of the hospital anxiety and depression scale in patients with cancer. **The British Journal of Psychiatry**, v. 158, p. 255-9, 1991.

MYSTAKIDOU, K.; TSILIKA, E.; P., Efi; GOGOU, P.; PANAGIOTOU, I.; VASSILIOU, I.; GOULIAMOS, A. Relationship of general self-efficacy with anxiety, symptom severity and quality of life in cancer patients before and after radiotherapy treatment. **Psycho-Oncology**, Arlington, v. 22, n. 5, p. 1089–95, 2013.

NAMIKI, S.; SAITO, S.; TOCHIGI, T.; NUMATA, I.; IORITANI, N.; ARAI, Y. Psychological distress in Japanese men with localized prostate cancer. **International Journal of Urology**, Tokyo, v.14, n.10, p. 924-29, 2007.

NAPOLEÃO, A. A.; CALDATO, V. G.; PETRILLI FILHO, J. F. Diagnósticos de enfermagem para o planejamento da alta de homens prostatectomizados: um estudo preliminar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 2, p. 286-94, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a08.htm>>. Acessado em: 20 set. 2009.

NEGRÃO, R. C.; MOCCELLIN, A. S. Importância de atividades em grupo para a qualidade de vida de mulheres pós-menopausa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 24, n. 4, p.376-83, 2011.

NORDIN, K., BERGLUND, G., GLIMELIUS, B., SJODEN, P. O. Predicting anxiety and depression among cancer patients: A clinical model. **European Journal of Cancer**, Oxford, v. 37, n. 3, p. 376-84, 2001.

NORDIN, K., GLIMELIUS, B. Predicting delayed anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer. **British Journal of Cancer**, London, v. 79, n. 3-4, p. 525-9, 1999.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

NORTHHOUSE, L., MOOD, D., MONTIE, J., SANDLER, H., FORMAN, D., HUSSAIN, M., PIENTA, J., SMITH, D., SANDA, M.; KERSHAW, T. Living with prostate cancer:

patients' and spouses' psychosocial status and quality of life. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, v. 25, n. 27, p. 4171-7, 2007a.

_____. Randomized clinical trial of a family intervention for prostate cancer patients and their spouses. **Cancer**, New York, v. 110, n. 12, p. 2809-18, 2007b.

NUNES, P.; ROLO, F.; MOTA, A. Prostatectomia radical e atividade sexual. **Acta Urológica**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 15-31, 2004.

NUSSBAUM, R. Studies of women's health care: Selected results. **The Permanente Journal**, Portland, v. 4, n.3, p. 62-67, 2000.

OENNING, D.; OLIVEIRA, B. V.; BLATT, C. R. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 16, n. 7, p.3277-83, 2011.

OGDEN, J. **Psicologia da Saúde**. Lisboa: Climepsi Editores, Manuais Universitários 11, 2000.

OLIVEIRA, A. M. L.; GUIRARDELLO, E. B. Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 71-7, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jun. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10**: classificação estatística, internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, Ed. 8, EDUSP, 2000.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de bioestatística**. São Paulo: Thomson Pioneira; 2004. 506p.

PAJARES, F. **Current directions in self-efficacy research**. In.: MAEHR, M.; PINTRICH, P. R. (Eds.). *Advances in Motivation and Achievement*, v. 10, p. 1-49, 1997.

PAREKH, A. R.; FENG, M. I.; KIRAGES, D.; BREMNER, H.; KASWICK, J.; ABOSEIF, S. The role of pelvic floor exercises on post-prostatectomy incontinence. **The Journal of Urology**, New York, v. 170, n. 1, p. 130-3, 2003.

PARKER, P. A., PETTAWAY, C. A., BABAIAN, R. J., PISTERS, L. L., MILES, B., FORTIER, A., WEI, Q., CARR, D. D., COHEN, L. The effects of a presurgical stress management intervention for men with prostate cancer undergoing radical prostatectomy. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 27, n. 19, p. 3169-76, 2009.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos**: Manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM/IBAP, 1999.

PEREIRA, R. J.; MUNECHIKA, M.; SAKATA, R. K. Tratamento da dor após procedimento cirúrgico ambulatorial. **Revista Dor**, São Paulo, v. 14, n. 1, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2013.

PEREIRA, R. F.; SILVARES, E. F. M.; DEL PRETTE, Z. A. P. Problemas de comportamento em enuréticos: análise do índice de mudança confiável (IMC). **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 3, 2008.

PHIPPS, W. Doença Crônica. In: PHIPPS, W. **Enfermagem Médico-cirúrgica**: Conceitos e Prática Clínica. Lisboa. Lusodidacta. p. 225-46, 1999.

PIDD, H.; MCGRORY, K. J.; PAYNE, S. R. Telephone follow-up after urological surgery. **Professional Nurse**, London, v.15, n. 7, p. 449–51, 2000.

POESCHL, G. **Análise de dados na investigação em psicologia**: teoria e prática. Almedina: Coimbra, 2006.

RHODEN, E. L.; AVERBECK, M. A. Câncer de próstata localizado. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 54, n.1, p. 92-9, 2010.

RIGDON, J. L. Robotic-assisted laparoscopic radical prostatectomy. **AORN Journal**, New York, v. 84, n. 5, p.760-2, 764, 766-70, 2006.

ROBERTS, S., BLACK, C., TODD, K. The Living with Cancer Education Programme. II. Evaluation of an Australian education and support programme for cancer patients and their family and friends. **European Journal Cancer Care**, Oxford, v.11, n. 4, p. 280-9, 2002.

ROCHA, F. T., GOMES, C. M., MITRE, A. I., ARAP, S., SROUGI, M. A prospective study evaluating the efficacy of the artificial sphincter AMS 800 for the treatment of

postradical prostatectomy urinary incontinence and the correlation between preoperative urodynamic and surgical outcomes. **The Journal of Urology**, New York, v. 71, n. 1, p. 85-89, 2008.

ROSENBERG, H., ROSENBERG, S.; ERNSTOFF, M. Expressive disclosure and health outcomes in a prostate cancer population. **International Journal of Psychiatry in Medicine**, New York, v. 32, n. 1, 2002.

ROTH, A., NELSON, C. J., ROSENFELD, B., WARSHOWSKI, A., O'SHEA, N., SCHER, H., HOLLAND, J.C., SLOVIN, S., CURLEY-SMART, T., REYNOLDS, T., BREITBART, W. Assessing anxiety in men with prostate cancer: further data on the reliability and validity of the Memorial Anxiety Scale for Prostate Cancer (MAX-PC). **Psychosomatics**, Washington, v. 47, n.4, p. 340-7, 2006.

ROTH, A. J; ROSENFELD, B.; KORNBLITH, A. B.; GIBSON, C.; SCHER, H. I.; CURLEY-SMART, T.; HOLLAND, J. C.; BREITBART, W. The memorial anxiety scale for prostate cancer: validation of a new scale to measure anxiety in men with prostate cancer. **Cancer**, New York, v. 97, n.11, p. 2910-18, 2003.

SALVETTI, M. G.; PIMENTA, C. A. M. Dor crônica e a crença de autoeficácia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 135-40, 2007.

SANTOS, M. A.; ROSSI, L. A.; PAIVA, L.; DANTAS, R. A. S.; POMPEO, D. A.; MACHADO, E. C. B. Medida da ansiedade e depressão em pacientes no pré-operatório de cirurgias eletivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 4, p. 922-7, 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a21.htm>>. Acesso em: 10 de jan. 2013.

SAPETA, D. A família face ao doente terminal hospitalizado. **Enfermagem Oncológica**, Porto, v. 8, p. 22-6, 1998.

SARDELL, S.; SHARPE, G.; ASHLEY, S.; GUERRERO, D.; BRADA, M. Evaluation of a nurse-led telephone clinic in the follow-up of patients with malignant glioma. **Clinical oncology**: a journal of the Royal College of Radiologists, London, v.12, n.1, p. 36-41, 2000.

SARDINHA, A. P. A. **Habilidades sociais em portadores de anomalia da diferenciação sexual**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Belém, 2010.

SÁS, R. M.; COSER, D. S.; VILLA, M. B.; AGUIAR, A. A. R. de; ALMEIDA, M. A. Programa de remediação fonológica para alunos com Síndrome de Down: aplicabilidade do método JT na Educação Especial. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v. 25, n. 42, p. 127-142, 2012. Disponível em: <http://www.ufsm.br/revistaeducacaoespecial>. Acesso em: 17 maio, 2012.

SCHWARZER, R.; JERUSALEM, M. Generalized Self-Efficacy scale. In.: WEINMAN, J.; WRIGHT, S.; JOHNSTON, M. **Measures in Health Psychology: A User's Portfolio**. Causal and control beliefs. Windsor, UK: Nfer-Nelson, 1995.

SCURA, K. W., BUDIN W., GARFING, E. Telephone social support and education for adaptation to prostate cancer: a pilot study. **Oncology Nursing Forum**, Pittsburgh, v. 31, n. 2, p. 335-8, 2004.

SHaida, N., JONES, C., RAVINDRANATH, N., DAS, T., WILMOTT, K., JONES, A., MALONE, P. R. Patient satisfaction with nurseled telephone consultation for the follow-up of patients with prostate cancer. **Prostate Cancer and Prostatic Diseases**, London, v. 10, n. 4, p.369–73, 2007.

SHELDON, T. A. Avaliação dos efeitos do tratamento: verdadeiros ou resultados do acaso? In.: CULLUN, N.; CILISKA, D. L.; HAYNES, R. B.; MARKS, S. **Enfermagem Baseada em Evidências** – uma introdução. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

SIMONDS, S. Health education in the Mid-1970's: State of the Art. In: **Preventive Medicine USA**. New York: Prodist, 1976.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. In.: BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 10 ed. v. 3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SMITH, I. A., SHAW, E., RASHID, P. Postprostatectomy stress urinary incontinence – Current and evolving therapies. **Australian Family Physician**, Jolimont, v. 38, n. 6, p. 399-404, 2009.

SOCIETY OF UROLOGIC NURSES AND ASSOCIATES. **Prostate Cancer** - Patient Fact Sheet. Disponível em: <<http://www.sun.org/cgi-bin/WebObjects/SUNAMain>>. Acesso em: 25 dez. 2007.

SOUZA, C. L.; SILVARES, E. F. M. Grupos informativos sobre menopausa: Trabalhando com grupos de mulheres na clínica escola. In.: SILVARES, E. F. M. (Org.), **Atendimento Psicológico em Clínicas-escola**. São Paulo: Alínea, 2006.

SOUZA, I., SOUZA, M. A. Validação da Escala de Auto eficácia Geral Percebida. **Revista Universidade Rural: Série Ciências Humanas**, Rio de Janeiro, v. 26, n.1-2, p. 12-7, 2004.

SOUZA-NETO, J. L.; OLIVEIRA, F. V.; KOBAS, A. K.; SILVA, M. N. P.; LIMA, A. R.; MACIEL, L. C. Infecção do trato urinário relacionada com a utilização do cateter urinário de demora: resultados da bacteriúria e da microbiota estudadas. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 35, n.1, p.28-33, 2008.

SPEIGHT, J. L.; ROACH, M. New Techniques and Management Options for Localized Prostate Cancer. **Reviews in Urology**, Mercer Island, v. 8, n. 2, p. 22-9, 2006.

SROUGI, M. Complicações cirúrgicas da prostatectomia radical: experiência pessoal com 974 casos. **Jornal Brasileiro de Urologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p.42-52, 1999.

STARNES, D. N.; SIMS, T. W. Care of the patient undergoing robotic-assisted prostatectomy. **Urologic Nursing**, Portland, v. 26, n. 2, p.129-36, 2006.

STEINECK, G.; HELGESEN, F.; ADOLFSSON, J.; DICKMAN, P. W.; JOHANSSON J. E.; NORLÉN, B. J.; HOLMBERG, L. Quality of life after radical prostatectomy or watchful waiting. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 347, n. 11, p. 790-6, 2002.

STREINER, D. L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. **Journal of Personality Assessment**, Burbank, v. 80, n.3, p. 217-22, 2003.

SUHONEN, R.; LEINO-KILPI, H. Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 61, n. 1, p. 5-15, 2006.

TEMPLETON, H.; COATES, V. E. Evaluation of an evidence based education package for men with prostate cancer on hormonal manipulation therapy. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 55, n. 1, p. 55-61, 2004.

TEWARI, A., SRIVASATAVA, A., MENON, M., Members of the VIP Team. A prospective comparison of radical retropubic and robot-assisted prostatectomy: experience in one institution. **BJU International**, Oxford, v. 92, n. 3, p. 205-10, 2003.

THOMPSON, K.; MARLEY, J.; TAYLOR, J.; BASKETTER, V.; O'NEILL, K.; PARAHOO, K.; HULME, T.; McCAUGHAN, E. A baseline description of the research, clinical practice and development needs of urology nurses in the United Kingdom. **International Journal of Urological Nursing**, Oxford, v. 1, n. 1, p. 36-46, 2007.

TODD, K.; ROBERTS, S.; BLACK, C. The living with cancer education programme I. Development of an Australian education and support programme for cancer patients and their family and friends. **European Journal Cancer Care**, London, v. 11, n. 4, p. 271-9, 2002.

TOFANI, A. C. A.; VAZ, C. E. Câncer de próstata, sentimento de impotência e fracassos ante os cartões IV e VI do Rorschach. **Interamerican Journal of Psychology**, Austin, v. 41, n. 2, p. 197-204, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902007000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2 ago. 2007.

TURNER, B. Diagnosis and treatment of patients with prostate cancer: the nurse's role. **Nursing Standard**, London, v. 21, n. 39, p.48-56, 2007.

ULLRICH, PM.; CARSON, M. R.; LUTGENDORF, S. K.; WILLIAMS, R. D. Cancer fear and mood disturbance after radical prostatectomy: consequences of biochemical evidence of recurrence. **The Journal of Urology**, New York, v. 169, n. 4, p. 1449-52, 2003.

UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Centers for Disease Control and Prevention**: Physical Activity Evaluation Handbook. Atlanta, GA. 2002.

VAN DER BIJL, J. J.; SHORTRIDGE-BAGGETT, L. M. The theory and measurement of self-efficacy construct. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice**, New York, v. 15, n. 3, p. 189-207, 2001.

VANDALL-WALKER, V.; MOORE, K.; PYNE, D. **Before and after radical prostate surgery**: information and resource guide. Au Press: Athabasca University, 2008. 64 p.

WALKER, J. A. What is the effect of preoperative information on patient satisfaction? **British Journal of Nursing**, London, v. 16, n. 1, p. 27-32, 2007.

WEBER, B. A.; SHERWILL-NAVARRO, P. Psychosocial consequences of prostate cancer: 30 years of research. **Geriatric Nursing**, London, v. 26, n. 3, p. 166-75, 2005.

WEBER, B. A., ROBERTS, B. L., RESNICK, M., DEIMLING, G., ZAUSZNIIEWSKI, J. A., MUSIL, C. The effect of dyadic intervention on self-efficacy, social support and depression for men with prostate cancer. **Psycho-oncology**, Arlington, v. 13, n. 1, p. 47-60, 2004.

WEBER, B. A., ROBERTS, B. L., YARANDI, H., MILLS, T. L., CHUMBLER, N. R., WAJSMAN, Z. The impact of dyadic social support on self-efficacy and depression after radical prostatectomy. **Journal of Aging and Health**, Newbury Park, v.19, n. 4, p. 630-45, 2007a.

WEBER, B. A., ROBERTS, B. L., MILLS, T. L., CHUMBLER, N. R., ALGOOD, C. B. Physical and emotional predictors of depression after radical prostatectomy. **American Journal of Men's Health**, Thousand Oaks, v. 2, n. 2, p.165-71, 2008.

WEBER, B. A., ROBERTS, B. L., MCDOUGALL, G. J. J. Exploring the efficacy of support groups for men with prostate cancer. **Geriatric Nursing**, v. 21, n. 5, p. 250-3, 2000.

WEBER, B. A.; ROBERTS, B. L.; CHUMBLER, N. R.; MILLS, T. L.; ALGOOD, C. B. Urinary, sexual, and bowel dysfunction and bother after radical prostatectomy. **Urologic Nursing**, Portland, v. 27, n. 6, p. 527-33, 2007b.

WILT, T. J.; PAUL, J.; MURDOCH, M.; NELSON, D.; NUGENT, S.; RUBINS, H. B. Educating men about prostate cancer screening: a randomized trial of a mailed pamphlet. **Effective Clinical Practice**, Philadelphia, v. 4, p. 112-20, 2001.

WOJCIK, M.; DENNISON, D. Photoselective vaporization of the prostate in ambulatory surgery. **AORN Journal**, New York, v. 83, n. 2, p. 330-50, 2006.

WOODWARD, C. A.; OSTBYE, T.; CRAIGHEAD, J.; GOLD, G.; WENGHOFFER, E. F. Patient satisfaction as an indicator of quality care in independent health facilities: developing and accessing a tool to enhance public accountability. **AORN Journal**, New York, v. 15, n. 3, p. 94-105, 2000.

YOSHIDA, E. M. P. Psicoterapia dinâmica breve: los procesos de cambio evaluados a través de la madurez de los mecanismos de defensa, los síntomas psicopatológicos y la estrategia terapéutica. Libro de Resúmenes. **Simposio Internacional de Investigación en Psicoterapia**, Montevideo, p. 34, 2006.

ZAGO, M. M. F. Considerações sobre o ensino do paciente cirúrgico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 67-71, 1993.

ZAGO, M. M. F. **O ritual de orientação de pacientes pelos enfermeiros cirúrgicos**: um estudo etnográfico. 154 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.

ZHANG, A.Y.; STRAUSS, G. J.; SIMINOFF, L. A. A. Intervention of urinary incontinence and quality of life outcome in prostate cancer patients. **Journal of Psychosocial Oncology**, New York, v. 24, n. 2, p. 17-30, 2006.

ZHANG, A. Y.; STRAUSS, G. J.; SIMINOFF, L. A. Effects of combined pelvic floor exercise and a support group on urinary incontinence and quality of life of postprostatectomy patients. **Oncology Nursing Forum**, Pittsburgh, v. 34, n. 1, 47-53, 2007.

ZIGMOND, A., SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 67, n. 6, p. 361-70, 1983.

Apêndices

APÊNDICE A – Conteúdo apresentado no livreto: “Manual de orientações para o cuidado domiciliar: Cirurgia Radical da Próstata”¹

Sumário:	
Apresentação	01
O que é a próstata?	02
Quais as doenças da próstata?	02
O que é a cirurgia radical da próstata ou prostatectomia radical?	03
Quais os tipos de cirurgia para remoção da próstata?	04
Cuidados importantes após a alta hospitalar	05
1. Como cuidar do corte cirúrgico?	06
2. Como cuidar da sonda vesical?	08
2.1 Como evasuar a bolsa coletora?	10
2.2 O que poderá acontecer durante o uso da sonda vesical?	11
2.3 Quando procurar o seu médico enquanto estiver em uso da sonda vesical?	12
2.4 Quando retirar a sonda vesical?	13
2.5 Alguns sintomas urinários após a remoção da sonda	14
3. A incontinência urinária	15
4. Como realizar exercícios para os músculos da pelve?	16
5. Quais os cuidados quanto aos exercícios físicos?	17
6. Quando tomar medicamentos para dor?	20
7. Quais os cuidados quanto ao banho?	21
8. Quais os cuidados com a alimentação e líquidos?	22
9. Há risco de alterar o funcionamento do intestino?	23
10. Quais os sinais e sintomas de complicação?	24
11. Pode haver problema de ereção?	25
12. Últimas orientações	26

Apresentação

Neste manual foram incluídas informações com as quais esperamos ajudá-lo a compreender o que esperar quando submetido à cirurgia de retirada da próstata, bem como dicas sobre as suas necessidades de cuidado em domicílio.

NOME	DATA DA CIRURGIA: ____/____/____
	MÉDICO: _____
	HOSPITAL: _____
	DATAS DOS RETORNOS
	1º retorno: ____/____/____
	2º retorno: ____/____/____
	3º retorno: ____/____/____

O que é a próstata?

A próstata é um pequeno órgão localizado abaixo da bexiga, com o formato de uma ameixa, e é atravessada pela uretra que transporta a urina da bexiga até o pênis.

Quais as doenças da próstata?

- Inflamação ou infecção da próstata;
- Aumento benigno da próstata;
- Alterações cancerosas da próstata.

A prostatectomia radical é um dos tratamentos.

¹ Este manual está registrado no Escritório de Direitos Autorais (nº 553.633).

Quais os tipos de cirurgia para remoção da próstata?

As técnicas cirúrgicas para remoção da próstata mais utilizadas no Brasil podem ser:

- 1 - **Prostatectomia radical a céu aberto:**
o cirurgião faz um corte de 10 centímetros abaixo do umbigo.
- 2 - **Prostatectomia radical videolaparoscópica:**
o cirurgião faz pequenos cortes na barriga ao invés de apenas um grande corte. Instrumentos finos e longos são passados por estes cortes, assim como uma pequena câmera, para auxiliarem o cirurgião na remoção de toda a próstata e vesículas seminais.

PROSTATECTOMIA RADICAL A CÉU ABERTO PROSTATECTOMIA RADICAL VIDEOLAPAROSCÓPICA

Cuidados importantes após a alta hospitalar

De volta para casa

1. Como cuidar do corte cirúrgico?

- Após 24 horas da alta hospitalar retire o curativo do corte cirúrgico.
- No banho, lave o corte cirúrgico com sabonete neutro, sem perfume e seque com uma toalha limpa.
- Não passe cremes sobre o corte da cirurgia, a menos que orientado pelo seu médico.
- Use roupas mais folgadas e confortáveis, de preferência de algodão.
- Não tome sol no corte da cirurgia por pelo menos seis meses.

Ao cuidar do corte cirúrgico, lembre-se que:

- É comum coceira ao redor do corte da cirurgia, mas não coce.
- A área do corte da cirurgia pode ficar um pouco dolorida. Esse desconforto deverá diminuir com a cicatrização.
- Poderá haver um inchaço e/ou hematoma ao redor do corte. Esses sinais diminuirão com o desenvolvimento da cicatrização ao longo das semanas.

ATENÇÃO! Notifique o médico se:

- o corte ficar vermelho
- o inchaço aumentar
- a região ao redor ficar mais quente
- o corte abrir
- aumentar a drenagem de secreção no local do corte

2. Como cuidar da sonda vesical?

- A sonda vesical é um tubo que drena a urina da bexiga em uma bolsa coletora.
- Você poderá ficar com a sonda de 1 a 3 semanas. O médico irá determinar o melhor momento para retirar a sonda. Na maioria das vezes ela é retirada dez dias após a cirurgia.

Bexiga Uretra Sonda Vesical Foley

A urina flui através da sonda

- Ao dormir, posicione a bolsa coletora na lateral da cama, para um maior conforto. Você poderá improvisar um gancho e colocá-la na lateral da cama para pendurar a bolsa coletora. Não deixá-la em contato com o chão.

- Ao movimentar, tenha cuidado para não realizar movimentos bruscos, para não pressionar ou deslocar a sonda.
- Não eleve a bolsa coletora acima da altura da bexiga, mesmo quando sentado ou deitado.

2.1 Como esvaziar a bolsa coletora?

A bolsa coletora deverá ser esvaziada sempre que tiver urina até a sua metade ou a cada 12 horas.

- 1 - Lave as mãos, com água e sabão, antes de mexer na bolsa coletora.
- 2 - Para esvaziar a bolsa coletora, segure a bolsa acima do vaso sanitário que deverá estar limpo.
- 3 - Abra o "clamp" ou "braçadeira" do tubo de drenagem que fica ao final da bolsa coletora, e elimine a urina no vaso sanitário.
- 4 - Quando você terminar, feche o "clamp" ou a "braçadeira" do tubo de drenagem.
- 5 - Limpe a ponta do tubo de drenagem com uma gaze e álcool.
- 6 - Lave as mãos.

2.2 O que poderá acontecer durante o uso da sonda vesical?

- 1 - **Vazamento de urina ao redor da sonda** é normal após cirurgia, devido aos espasmos (contração involuntária) do músculo da bexiga.
Os espasmos são contrações incômodas do músculo da bexiga. Se persistirem esses espasmos, comunique o seu médico, que pode receitar medicamentos para aliviar essa sensação.
- 2 - **Pequenos coágulos de sangue na sonda ou na bolsa coletora** são comuns. Por isso é fundamental beber cerca de 2 a 3 litros de líquidos, para remover os pequenos coágulos.
Monitore sempre a sonda vesical para evitar obstrução, pois causa a distensão do músculo da bexiga, o que também causa dor.
- 3 - **Pequenas quantidades de sangue e secreção em torno da sonda na ponta do pênis** podem surgir. Mantenha a área limpa, limpando delicadamente, com água e sabonete neutro.

2.3 Quando procurar o seu médico enquanto estiver em uso da sonda vesical?

Os sintomas abaixo são característicos de uma infecção urinária. Portanto, procure o seu médico ou um serviço de pronto atendimento caso apresente:

- Calafrios e febre (temperatura maior que 38,3° C);
- Dor intensa sobre a área dos rins (nas costas);

- Não haja presença de urina na bolsa coletora;
- Aumento de dor na barriga;
- Aumento da formação de grandes coágulos de sangue ou urina vermelha brilhante;
- Espasmos (contrações involuntárias) da bexiga que não diminuam.

12

2.4 Quando retirar a sonda vesical?

- O médico determinará o retorno para a retirada da sonda vesical no primeiro retorno após a cirurgia.
- O desconforto na remoção da sonda é mínimo.
- Depois da remoção, você pode ter perda de urina involuntariamente, o que é chamado de incontinência urinária.
- Em alguns casos a incontinência pode durar alguns dias ou alguns meses.
- Existem absorventes masculinos e sistemas coletores de urina que protegerão sua roupa, em caso de incontinência urinária.

13

2.5 Alguns sintomas urinários após a remoção da sonda

Os sintomas listados abaixo melhoram com o tempo e variam de acordo com cada homem:

- Aumento da frequência de idas ao banheiro (mais do que 6 ou 7 vezes ao dia);
- Necessidade de ir ao banheiro durante a noite mais que duas vezes;
- Necessidade de urinar imediatamente;
- Perda de urina quando sente uma necessidade repentina de urinar, mas não pode ir naquele exato momento;
- Perda de urina ao fazer qualquer atividade que provoque pressão sobre a bexiga. Isso inclui tossir, espirrar, rir, levantar, correr.

14

3. A incontinência urinária

- A maioria dos homens pode apresentar perda involuntária de urina durante um período de tempo após a remoção da sonda vesical.
- O tempo de convívio com a incontinência varia de pessoa para pessoa.
- A maioria dos homens recupera o controle da bexiga entre 3 a 6 meses, embora possa demorar mais tempo em idosos ou conforme o tipo de cirurgia.
- Não deixe de ingerir líquidos para evitar a perda urinária, pois isso pode causar outros problemas mais graves, como infecção. **Beba muito líquido!**

- Não deixe de fazer exercícios para os músculos da pelve (veja na página seguinte).

15

4. Como realizar exercícios para os músculos da pelve?

- Os exercícios para musculatura da pelve podem ajudar a reduzir a incontinência urinária.
- Faça os exercícios para a musculatura da pelve logo após a remoção da sonda vesical, nunca quando estiver com a sonda.
- Faça os exercícios sentado, em pé ou deitado.
- Para identificar quais são os músculos da pelve, tente uma vez iniciar e parar o fluxo de urina enquanto estiver urinando para que saiba quais músculos usar.
- Durante o movimento de contração desses músculos, as nádegas ("bumbum"), coxas, e barriga devem estar relaxados, ou seja, sem movimento.
- Sempre esvazie a bexiga antes de realizar os exercícios.

Exercícios:

- 1 - Contraia os músculos da pelve de 5 a 10 segundos e descanse por 10 a 20 segundos;
- 2 - Repita as contrações de 12 a 20 vezes;
- 3 - Realize as séries de exercícios 3 vezes ao dia.

16

5. Quais os cuidados quanto aos exercícios físicos?

- Nas primeiras seis semanas após a alta:
- Não realize exercícios que exijam muito esforço físico.
 - Não levante peso superior a 4 quilos e não faça força.

17

- Enquanto estiver com a sonda evite dirigir. Depois que a sonda for removida, você pode dirigir, se não estiver sentindo fraqueza ou tontura.

- Após a primeira semana da cirurgia você poderá se tornar mais ativo: Caminhar é um excelente exercício. Comece com pequenas distâncias, aumentando à medida que se sentir capaz.

18

- Lentamente, comece as atividades regulares (organização da casa, pequenas limpeza, subir poucos degraus etc) ao longo de 8 semanas. Faça as atividades que você mais gosta, mas não se esqueça de fazer frequentes períodos de descanso.

- Evite dirigir ou operar equipamentos pesados enquanto estiver usando medicamentos para controle da dor.
- O tempo de retorno ao trabalho varia de pessoa para pessoa. Retorne apenas quando se sentir bem e pronto para exercer as atividades do trabalho. Converse com a sua família e seu urologista sobre os seus sentimentos quanto ao retorno ao trabalho.

19

6. Quando tomar medicamentos para dor?

- O médico poderá recomendar-lhe um remédio para dor quando você for para casa.
- Na maioria das vezes esses remédios são prescritos para a primeira semana.
- Tome o remédio para dor conforme a prescrição do médico, de preferência 30 minutos antes de realizar alguma atividade que exija pequeno esforço físico, como uma caminhada (lembre-se da restrição às atividades!) e antes de ir dormir.

- Esses remédios levam cerca de 20 minutos para agir no nosso organismo.
- Se a dor não diminuir com o medicamento, procure o seu médico.

20

7. Quais os cuidados quanto ao banho?

- Se estiver usando sonda vesical ou estiver com os pontos da cirurgia, tome banho de chuveiro e não de banheira, nem em rios, lagos ou piscina.

- Depois da retirada da sonda vesical, dos pontos da cirurgia e quando o corte estiver totalmente fechado, pode tomar banho de banheira, em rio, lago ou piscina.
- Tome banho diariamente. O banho relaxa e diminui o número de bactérias em nosso corpo.

21

8. Quais os cuidados com a alimentação e líquidos?

- Beba cerca de 2 a 3 litros de líquidos por dia, de preferência água, especialmente no primeiro mês após a cirurgia e enquanto a urina estiver sanguinolenta.
- Evite líquidos como álcool, café, chás, refrigerantes, alimentos picantes e chocolates, pois são irritantes para a bexiga.

- Coma uma dieta equilibrada e com muita fibra: frutas frescas, legumes, proteínas e produtos derivados do leite, para o bom funcionamento do intestino.

22

9. Há risco de alterar o funcionamento do intestino?

- Seu intestino deverá voltar a funcionar como funcionava antes da cirurgia depois da primeira semana.
- Não faça esforço para evacuar ("eliminar fezes"), pois isso faz pressão sobre a cirurgia.
- Se tiver dificuldades para evacuar, converse com o médico sobre o uso de um laxante para facilitar.
- Quando apresentar movimentos do intestino, apoie seu abdome com as suas mãos ou com um travesseiro, para aliviar a dor.

23

10. Quais os sinais e sintomas de complicação?

Caso apresente qualquer um dos seguintes sinais e sintomas, procure o seu urologista ou o serviço médico:

- sinais de infecção: febre, calafrios;
- urina com sangramento excessivo ou coágulos;
- dor aumentada que não é aliviada com a medicação para dor;
- edema ou "inchaço" dos testículos;
- se, em uso da sonda vesical, a bolsa coletora não estiver apresentando urina;
- incapacidade de urinar por mais de 4 horas;
- queimação aumentada ao urinar;
- sensação de bexiga cheia mesmo depois de urinar;
- necessidade de fazer força para começar a urinar.

24

11. Pode haver problema de ereção?

- O retorno da ereção varia conforme a idade, tamanho e evolução do crescimento da próstata antes da remoção, história de saúde antes da cirurgia (pressão alta, diabetes, problemas do coração), estado psicológico e qual técnica de cirurgia foi realizada.
- Normalmente, homens que não tinham problemas de impotência antes da cirurgia apresentam ereção após 6 meses a 1 ano da realização da cirurgia.
- A retirada da próstata não afeta o equilíbrio dos hormônios masculinos nem o desejo sexual.
- Durante o orgasmo não haverá mais a liberação de sêmen porque a glândula da próstata e as vesículas seminais que produzem o sêmen foram removidas.
- O problema de ereção pode ser difícil para os homens e suas parceiras. O aconselhamento com o médico pode ser interessante, para diminuir a sua ansiedade. Apesar de que para muitos essa situação seja constrangedora, não deixe de conversar com o seu médico sobre o assunto e expor todas as suas dúvidas.

25

12. Últimas orientações

- Durante os retornos com o médico exponha todas as suas preocupações.
- Sua recuperação em casa pode ser menos estressante, se você compartilhar o que está sentindo com a sua parceira/esposa e/ou familiares. Procure sempre apoio e segurança com a sua família ou com as pessoas em quem confia.

LEMBRE-SE:
 Leia sempre o seu guia de orientações, fique bem informado a respeito do seu cuidado.
 Converse com sua família. Dessa forma, você ficará mais preparado para estar em forma e
 manter uma atitude positiva em relação a sua cirurgia!
 Recupere-se bem e tenha uma boa qualidade de vida!

26

Referências

- MATA, L.R.F.; NAPOLEÃO, A.A. Intervenções de enfermagem para alta de paciente prostatectomizado: revisão integrativa. Acta paul. enferm., São Paulo, v.23, n.4, 2010.
- MATA, L.R.F. Validação de intervenções de enfermagem para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia. 2009. 161f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.
- VANDALL-WALKER, V.; MOORE, K.; PYNE, D. Before and after radical prostate surgery: information and resource guide. Au Press: Athabasca University, 2008. 64p.

27

APÊNDICE B – Carta convite aos avaliadores do livreto educativo

Prezado (a) senhor (a),

É com imensa satisfação que convidamos Vossa Senhoria para avaliar o livreto educativo sobre cuidados domiciliares pós cirurgia radical da próstata, o qual será utilizado no desenvolvimento do projeto de doutorado “Análise de um programa de ensino para o preparo para alta de pacientes submetidos à prostatectomia radical”, cujo objetivo é avaliar os efeitos de um programa de ensino para o preparo para alta de pacientes submetidos à prostatectomia radical.

Desta maneira, gostaríamos que fosse preenchido o quadro em anexo apontando sua opinião sobre a linguagem verbal (escrita), o conteúdo e a aparência visual (figuras, cores, organização da escrita e das figuras) do livreto impresso. Qualquer dúvida estamos à disposição para esclarecimentos pelo email: lucianadamata@usp.br ou pelo telefone: (31) 87843280.

Caso concorde em participar desta avaliação, favor preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em anexo.

Atenciosamente,

Luciana Regina Ferreira da Mata
Doutoranda EERP/USP

Emília Campos de Carvalho
Professora Titular EERP/USP
Orientadora

Avaliação de conteúdo e aparência do livreto: “Manual de orientações para o cuidado domiciliar – Cirurgia Radical da Próstata”

Orientações de preenchimento:

* Deve-se atribuir por meio de um “x” a sua opinião sobre a adequação ou não adequação dos itens apresentados em cada página do livreto em relação à linguagem verbal, ao conteúdo e à aparência visual. É importante ressaltar que o livreto tem como objetivo auxiliar o paciente a realizar o cuidado domiciliar após a cirurgia radical da próstata.

* O quadro apresenta também uma coluna para sugestões que deverá ser preenchida sempre que achar necessário expor alguma proposta de modificação ou complementação da página em análise.

Itens (páginas)	LINGUAGEM VERBAL		CONTEÚDO		APARÊNCIA VISUAL		Sugestões de modificação ou complementação de itens
	Adequada	Não adequada	Adequado	Não adequado	Adequada	Não adequada	
Capa							
i							
ii							
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							

APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido para participação em pesquisa (Decreto 93.933 de 14/01/87, Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) – Especialistas

Nome da pesquisa: Análise de um programa de ensino para o preparo para alta de pacientes submetidos à prostatectomia radical.

Pesquisadora: Luciana Regina Ferreira da Mata

Orientadora: Profa. Dra. Emília Campos de Carvalho

Promotor da Pesquisa: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Avenida Bandeirantes, no 3900 – Campus Universitário, telefone: (16) 3602 3394.

Por gentileza, gostaríamos de solicitar que o (a) senhor (a) realizasse a validação do conteúdo e de aparência do livreto educativo que iremos utilizar para a realização de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar os efeitos de um programa de ensino para o preparo para alta de pacientes submetidos à prostatectomia radical. Caso o (a) senhor (a) concorde em participar, deverá avaliar os itens que compõem o livreto educativo quanto a adequação da linguagem verbal, do conteúdo e da aparência. Esclarecemos que a sua participação é apenas técnica, emitindo um parecer técnico, devido a sua experiência com pacientes submetidos à prostatectomia e/ou com atividade de ensino e, portanto, não será considerado um sujeito do estudo. O (a) senhor (a) levará aproximadamente 40 minutos para preencher o quadro de avaliação. O (a) senhor (a) será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, está livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento e não será identificado em momento algum. A participação no estudo não acarretará custos para o (a) senhor (a), não trará riscos e não receberá qualquer compensação financeira. Em caso de dúvidas poderá contactar a pesquisadora responsável Luciana Regina Ferreira da Mata e a orientadora da pesquisa Profa. Dra. Emília Campos de Carvalho nos telefones ou endereço apresentados ao final deste termo. Obrigada pela sua colaboração.

Eu _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem que isso traga prejuízo à minha pessoa ou ao meu trabalho nesta instituição.
3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a minha privacidade;
4. Que se existirem gastos adicionais estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Declaro que concordo em participar desse estudo e que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Especialista

Pesquisadora responsável: Luciana Regina Ferreira da Mata.

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental EERP/USP

Endereço: Av. Bandeirantes, 3900, CEP: 14049-902 Ribeirão Preto – SP. Telefone: (16)

3602 3394/ (31) 87843280

Email: lucianadamata@usp.br

Orientadora: Dra. Emília Campos de Carvalho

Professora Titular EERP/USP

Endereço: Av. Bandeirantes, 3900, CEP: 14049-902 Ribeirão Preto – SP. Telefone: (16)

3602 3394

Email: ecdcava@usp.br

APÊNDICE D – Instrumento para reforço telefônico das intervenções (orientação e reforço positivo da autoeficácia)

Nome: _____

Procedimento cirúrgico: () prostatectomia a céu aberto () prostatectomia por videolaparoscopia

() 1º reforço (1ª semana pós-alta): ____/____/____

() 2º reforço (4ª semana pós-alta): ____/____/____

Horário início ligação: ____ h ____ min.

Horário término ligação: ____ h ____ min.

Duração da ligação: ____ min.

Número de tentativas: _____

Motivo de recusa: _____

Apresentação do estudo	Diálogo
Apresentação inicial	<p>Bom dia/Boa tarde/Boa noite Sr. (nome do participante). Sou a Luciana da Mata, enfermeira e estou responsável pelo estudo sobre cuidados domiciliares pós-cirurgia de próstata. Já conversamos durante a internação do senhor no Hospital São João de Deus, inclusive expliquei e entreguei ao Sr. um livreto sobre os cuidados em casa.</p> <p>Irei perguntar o senhor sobre os cuidados que tem realizado, as dificuldades que tem encontrado e vou relembrar essas atividades para que continue fazendo corretamente; o senhor concorda em conversarmos?</p> <p>() 1. Sim. (Prosseguir orientações conforme quadros abaixo).</p> <p>() 2. Não – Qual o melhor dia da semana e horário para conversar com o Sr.?</p> <p>Obrigada, retornarei a ligação.</p> <p>Outras considerações: _____</p>

Legenda: Questionamentos em negrito deverão ser realizados apenas no primeiro contato telefônico. Em todos os questionamentos quando o indivíduo disser que não é capaz de realizar aquele cuidado, serão questionadas quais as dificuldades encontradas e em seguida será explicado como fazer, sempre com reforço positivo de que ele é capaz de realizar aquele cuidado (reforço da autoeficácia). Caso o paciente relate alguma complicação clínica, ele será orientado a procurar o serviço de saúde.

Categorias das intervenções	Questionamentos
Cuidados com a ferida cirúrgica (corte cirúrgico)	<p>1- O Sr. tem conseguido observar diariamente o corte da cirurgia, se tem apresentado ou não algum tipo de líquido no corte cirúrgico, se ele está mais inchado, mais quente, aberto em alguma parte, ou apresenta vermelhidão? () Sim (Reforço positivo) () Não</p> <p><i>Se não, orientá-lo como identificar os sinais de complicação.</i></p> <p>2- O Sr. está tendo alguma dificuldade para realizar a limpeza da região do corte cirúrgico com o sabão neutro e secar com uma toalha limpa () Sim</p> <p><i>Quais? _____ () Não. (Muito bem!)</i></p> <p><i>Orientá-lo conforme dificuldades.</i></p> <p>3- O Sr. consegue se lembrar o que fazer caso apresente alguma complicação na região do corte da cirurgia?</p>
Continua...	

	<p>() Sim. Se sim, pergunte, o que fazer?_____. Se correto, reforce com elogios! () Não. Se não, orientá-lo a ir ao serviço de saúde e se possível comunicar ao seu médico.</p> <p>4 - Vamos lembrar o que foi ensinado no nosso encontro no hospital para cuidar do corte cirúrgico? (lembrar os itens do folheto).</p> <p>Questionar se há fatores dificultadores para realização desses cuidados e mostrar ao participante que ele é capaz de realizar os cuidados.</p> <p>Considerações:_____</p>
<p>Cuidados com a sonda vesical (APENAS NO PRIMEIRO REFORÇO)</p>	<p>1- O senhor está sendo capaz de realizar os cuidados com a sonda vesical quanto ao:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esvaziamento da bolsa coletora? () Sim () Não Dificuldades: - acomodação da bolsa coletora ao dormir? () Sim () Não Dificuldades: - manutenção da sonda fixada na coxa ou barriga? () Sim () Não Dificuldades: - permanência da bolsa coletora sempre abaixo do nível da bexiga? () Sim () Não Dificuldades: <p>Para todos os itens:</p> <p>Se o participante responder sim Questionar como ele está realizando o cuidado. Parabenizar o participante; se necessário rever as orientações do livreto; incentivar a continuar a realizar o cuidado adequadamente. Questionar os fatores dificultadores para realização dos cuidados.</p> <p>Se o participante referir não ser capaz: Explicar como devem ser realizados os cuidados conforme livreto. Verificar se o participante se sente capaz de realizar esses cuidados (avaliação da autoeficácia.) Questionar os fatores dificultadores para realização dos cuidados. Mostrar ao participante que ele é capaz de realizar os exercícios. Considerações:_____</p>
<p>Cuidados quanto às atividades diárias</p>	<p>1- O Sr. está conseguindo evitar exercícios que exijam muito esforço físico como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não levantar peso superior a uns 4 kg e não fazer muita força. () Sim () Não. - Não dirigir enquanto estiver com a sonda e/ou remédios para alívio da dor. () Sim () Não. Depois que a sonda for removido, o Sr. pode dirigir, assim que se sentir capaz para a atividade. <p>2 - O senhor está conseguindo caminhar sem muito esforço? () Sim () Não. Caminhar é excelente exercício. Comece com pequenas distâncias, aumentando à medida que se sentir capaz.</p> <p>3 – O senhor se recorda de que tipo de restrições/limitações às atividades que o Sr. precisa fazer? () Sim () Não. Se sim, o Sr. está se preocupando em fazer apenas atividades de pequeno esforço físico? () Sim () Não. Faça as atividades que não exigem muito esforço físico como a organização da casa, pequenas limpezas, subir poucos degraus. Procure fazer as atividades leves que o Sr. mais gosta e não se esqueça de sempre fazer períodos de descanso.</p> <p>Questionar se há fatores dificultadores para realização desses cuidados e mostrar ao participante que ele é capaz de realizar os cuidados: "Veja que o Sr. é capaz de fazer todos esses cuidados que revisamos, certo?"</p> <p>Considerações:_____</p>
<p>Cuidados de higiene – Banho</p> <p>Continua...</p>	<p>1- O Sr. está seguindo as instruções de que enquanto estiver com a sonda vesical, ou estiver com os pontos da cirurgia, o banho deve ser somente de chuveiro e não de banheira, nem uso de piscina? () Sim () Não Depois que retirar a sonda vesical e os pontos cirúrgicos pode tomar banho de banheira ou piscina.</p>

	<p>2- O Sr. está conseguindo tomar banho todos os dias? () Sim () Não. O banho relaxa e diminui o número de bactérias em nosso corpo.</p> <p>Questionar se há fatores dificultadores para realização desses cuidados e mostrar ao participante que ele é capaz de realizar os cuidados: "Veja que o Sr. é capaz de fazer todos esses cuidados que revisamos, certo?".</p> <p>Considerações: _____</p>
Cuidados com a alimentação e líquidos	<p>1- O Sr. é capaz beber uns 2 litros de líquidos por dia, principalmente água? () Sim () Não. Por quê? _____</p> <p>2 – Ao beber mais líquido o Sr. está indo ao banheiro para urinar pelo menos a cada 2 horas? () Sim () Não. Se tiver dificuldade avise ao médico no seu retorno. (SOMENTE NO SEGUNDO REFORÇO)</p> <p>3- O Sr. está conseguindo não ingerir bebida alcoólica, café, chás, refrigerantes, sucos mais azedos como de limão? () Sim () Não. Por quê? (Fornecer estratégias para substituição desses alimentos). Essas bebidas devem ser evitadas, pois irritam a sua bexiga, causam desconforto (dor)!</p> <p>4- O Sr. está conseguindo não comer chocolates e alimentos com pimenta? () Sim () Não. Por quê? (Fornecer estratégias para substituição desses alimentos). Esses tipos de alimentos devem ser evitados, pois irritam a sua bexiga!</p> <p>5- O Sr. está conseguindo manter uma boa alimentação - frutas frescas, legumes, carnes magras, leite e queijo branco? () Sim () Não. Por quê? _____</p> <p>Questionar se há fatores dificultadores para realização desses cuidados e mostrar ao participante que ele é capaz de realizar os cuidados: "Veja que o Sr. é capaz de fazer todos esses cuidados que revisamos, certo?".</p> <p>Considerações: _____</p>
Cuidados quanto a constipação/ evacuação	<p>1- O Sr. está conseguindo evitar fazer muita força para evacuar? () Sim () Não. Caso apresente muita dificuldade para evacuar informe seu médico e veja se será necessário utilizar um laxante para aliviar essa força. Essa força pode fazer pressão na cirurgia.</p> <p>2 - O Sr. é capaz de lembrar o que fazer quando sentir movimentos do intestino que o incomode? () Sim () Não.</p> <p>Se sim, questionar o que ele deve fazer, pois o cuidado pode estar incorreto.</p> <p>Parabenizar se estiver correto ou fazer as orientações necessárias se não estiver correto.</p> <p>Se não, oriente: segure um travesseiro contra a sua barriga para aliviar a dor.</p> <p>Questionar se há fatores dificultadores para realização desses cuidados e mostrar ao participante que ele é capaz de realizar os cuidados: "Veja que o Sr. é capaz de fazer todos esses cuidados que revisamos, certo?".</p> <p>Considerações: _____</p>
Cuidados para o controle da dor	<p>1- O Sr. tem observado a sonda quanto a possível oclusão/obstrução (a não passagem de urina)?</p> <p>() Sim () Não. É importante o senhor observar se a urina está fluindo e não há obstrução da sonda, pois a obstrução causa distensão da bexiga (deixa a bexiga muito cheia) e pode causar dor.</p> <p>2- Sr. se lembra que após retirar a sonda e caso sinta dor, pode ser colocada uma compressa morna abaixo do umbigo, para aliviar? () Sim () Não.</p> <p>Questionar quais são os fatores dificultadores para realização desses cuidados e mostrar ao participante que ele é capaz de realizar os cuidados.</p> <p>Considerações: _____</p>
Continua...	

	<p>3- O senhor está tomando algum remédio para dor, de acordo com a receita do médico? () <i>Sim</i> () <i>Não</i>. Se sim...</p> <p>O Sr. tem procurado tomar o remédio para dor de preferência uns 30 minutos antes de realizar alguma atividade que exija pequeno esforço físico, como uma caminhada e antes de ir dormir? () <i>Sim</i> () <i>Não</i>.</p> <p><i>Questionar se há fatores dificultadores para realização desses cuidados e elogiar o participante caso esteja seguindo corretamente os cuidados quanto aos medicamentos. Incentivá-lo a manter o uso correto.</i> <i>Considerações:</i> _____</p>
Sinais e sintomas de complicação e conduta	<p>1- O Sr. já apresentou algum dos seguintes sinais de complicação da cirurgia: -sinais de infecção: febre; calafrios? () <i>Sim</i> () <i>Não</i>. <i>Tem dificuldades para reconhecer esses sinais/sintomas?</i> () <i>Sim</i> () <i>Não</i>. <i>Questionar quais são os fatores dificultadores para identificação desses sintomas. Esclarecer as dificuldades. Incentivá-lo a reconhecer possíveis complicações. Repetir essa estratégia para todos os demais sinais/sintomas abaixo.</i> - <i>Dor intensa sobre a área dos rins</i> () <i>Sim</i> () <i>Não</i>. - <i>Aumento da dor na barriga</i> () <i>Sim</i> () <i>Não</i>. - se em uso da sonda vesical, a bolsa coletora não está apresentando urina () <i>Sim</i> () <i>Não</i> - <i>urina com sangramento excessivo ou coágulos</i> () <i>Sim</i> () <i>Não</i>. - <i>dor aumentada que não é aliviada com a medicação para dor</i> () <i>Sim</i> () <i>Não</i>. - <i>edema ou “inchaço” dos testículos</i> () <i>Sim</i> () <i>Não</i>. *APENAS NO SEGUNDO CONTATO TELEFÔNICO: - <i>incapacidade de urinar por mais de 4 horas</i> () <i>Sim</i> () <i>Não</i>. - <i>queimação aumentada ao urinar</i> () <i>Sim</i> () <i>Não</i>. - <i>sensação de bexiga cheia mesmo depois de urinar</i> () <i>Sim</i> () <i>Não</i>.</p> <p><i>Considerações:</i> _____</p> <p>2- O que o Sr. deve fazer caso apresente algum desses sintomas?</p> <p><i>Se o participante referir deverá procurar um serviço de saúde, confirmar que a ação foi correta.</i> <i>Se o participante referir que não sabe o que fazer, lembrar que deve procurar um serviço de saúde.</i></p>
Orientação sobre exercícios pélvicos	<p>1- A maioria dos homens pode apresentar perda involuntária de urina durante um período de tempo após a remoção da sonda vesical. O Sr. consegue lembrar quando e como deve ser realizado os exercícios para os músculos da pelve, aqueles que ensinei para o senhor no hospital, e que melhoram a perda involuntária de urina (incontinência urinária)? () <i>Sim</i> () <i>Não</i> <i>Se o participante responder sim</i> <i>Questionar quando os exercícios devem ser realizados e como.</i> <i>Parabenizar o participante; rever as orientações do livreto; incentivá-lo a realizar os exercícios após a remoção da sonda.</i></p> <p><i>Se o participante referir não se lembrar:</i> <i>Explicar como e quando devem ser iniciados os exercícios (rever orientações do caderno).</i></p> <p><i>Verificar se o participante se sente capaz de realizar os exercícios (avaliação da autoeficácia.)</i> <i>Questionar os fatores dificultadores para realização dos exercícios pélvicos.</i> <i>Mostrar ao participante que ele é capaz de realizar os exercícios.</i> <i>Considerações:</i> _____</p>
Continua...	

Finalização	<p>Lembre-se: <i>Problemas de ereção</i></p> <p>1- Após a cirurgia muitos homens têm dificuldades em ter relações sexuais. 2- O retorno da ereção varia conforme a idade e situação de saúde do Sr. 3- A retirada da próstata não afeta o equilíbrio dos hormônios masculinos nem o seu desejo sexual. 4- Apesar de que para muitos esse assunto seja constrangedor, não deixe de conversar com o seu médico sobre a sua situação e expor todas as suas dúvidas.</p> <p>É importante:</p> <p>1 – Durante os retornos com o médico exponha todas as suas preocupações. 2 - Sua recuperação em casa pode ser menos estressante, se o senhor compartilhar o que está sentindo com a sua parceira/esposa e/ou familiares. Procure sempre apoio e segurança com a sua parceira/esposa e filhos. 3 - Encontre oportunidades para estar de bom humor. Boas risadas podem ajudar o senhor aliviar o estresse por um período.</p> <p>O Sr gostaria que eu passasse algumas dessas informações para o seu familiar? Gostaria de perguntar alguma coisa? Resposta: () não () sim</p> <p>Considerações: _____</p> <p>Obrigado pela atenção e nos veremos no seu retorno dia _____ às _____ horas (confirmar a data com o participante).</p> <p>Se o (a) senhor (a) precisar falar comigo, ligue para o número de telefone (37) 91049459, nos dias _____, horário _____.</p>
-------------	--

...Conclusão

APÊNDICE E - Instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica

A - Caracterização sociodemográfica

Número paciente: _____ controle () intervenção ()

Número de registro: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Atendimento: () Particular () Convênio () SUS

Idade (anos): _____ Data de nascimento: ____/____/____

Procedência: _____ () zona urbana () zona rural

Telefones: residencial () _____ celular () _____

familiares ou vizinhos nome: _____ () _____ nome: _____ () _____

Situação profissional: () 1- ativo () 2- aposentado+trabalho () 3- auxílio doença ()
4- aposentado () 5- desempregado () 7- do lar

Situação conjugal: () 1- solteiro () 2- casado/união consensual () 3 - viúvo () 4-
desquitado/divorciado

Nível de escolaridade: _____ anos

Renda mensal individual: _____ reais Renda mensal familiar: _____ reais

Número de pessoas que residem com o senhor: _____

B- Caracterização clínica

Diagnóstico de internação:

() sabe () não sabe

Se sabe, há quanto tempo? () < 1 mês () 1 a 3 meses () 4 a 12 meses () > 12 meses

Tipo de cirurgia de próstata realizada:

() prostatectomia por videolaparoscopia () prostatectomia a céu aberto

Co-morbidades: sim () não ()

Se sim, quais? () hipertensão () diabetes () cardiopatia () Outra (especificar)

APÊNDICE F – Instrumento para avaliação do conhecimento dos indivíduos em relação aos cuidados pós operatórios da cirurgia radical da próstata.

Número paciente: _____ controle () intervenção ()

Data:___/___/___ Hospital:_____ () DPO () retorno médico

Instruções: As questões listadas a seguir são para avaliarmos o seu conhecimento sobre os cuidados pós-operatórios relacionados à cirurgia de próstata. O instrumento contém 23 questões com as opções **certo**, **errado** e **não sei**. Indique **apenas uma alternativa** para cada questão.

Não se preocupe em errar ou acertar as questões!

O importante é você responder de acordo com o que sabe!

Sua participação é fundamental para o melhor planejamento das orientações dos cuidados domiciliares!

Agradeço a sua participação!

Cuidados com o corte cirúrgico

1 - () certo () errado () não sei. Em relação aos cuidados com o corte cirúrgico, deve-se lavar o corte com sabonete comum, com ou sem perfume, e secar com a toalha de banho utilizada para secar o corpo.

2- () certo () errado () não sei. O médico deve ser comunicado caso o corte abra, se aumentar a saída de secreção no local do corte e se a região ao redor do corte ficar mais quente.

Cuidados com a sonda vesical

3 - () certo () errado () não sei. Em relação aos cuidados com a bolsa coletora durante o uso da sonda vesical, ao caminhar deve-se segurar a bolsa acima da altura da bexiga.

4 - () certo () errado () não sei. A bolsa coletora deverá ser esvaziada sempre que tiver urina até a sua metade ou a cada 12 horas.

5 - () certo () errado () não sei. Sempre que esvaziar a bolsa coletora, a ponta do tubo de drenagem deverá ser limpa com uma gaze e álcool.

6 - () certo () errado () não sei. Pequenas quantidades de sangue e secreção em torno da sonda na ponta do pênis podem aparecer, mas deve-se evitar mexer e limpar essa região.

Incontinência urinária

7 - () certo () errado () não sei. A perda de urina involuntariamente pode durar de 3 a 6 meses, podendo durar até mais tempo em idosos ou conforme o tipo de cirurgia.

8 - () certo () errado () não sei. Para evitar a perda urinária após a remoção da sonda, deve-se ingerir pouco líquido e assim diminuir essa perda.

Exercícios para a musculatura da pelve

9 - () certo () errado () não sei. Os exercícios para os músculos da pelve devem ser realizados para ajudar a reduzir a incontinência urinária.

10 - () certo () errado () não sei. Os exercícios para os músculos da pelve podem ajudar a reduzir a incontinência urinária e devem ser realizados mesmo que em uso da sonda vesical.

11 - () certo () errado () não sei. Os exercícios para os músculos da pelve devem ser realizados com a bexiga cheia.

Cuidados quanto aos exercícios físicos

12 - () certo () errado () não sei. A cirurgia de remoção da próstata é uma cirurgia que não exige restrições ao paciente quanto às atividades físicas, podendo levantar peso, fazer força, correr e dirigir.

Cuidados relacionados aos medicamentos para dor

13 - () certo () errado () não sei. Os medicamentos para dor devem ser tomados conforme a prescrição médica e de preferência optar por tomar uns 30 minutos antes de realizar alguma atividade que exija um pequeno esforço físico e antes de dormir.

Cuidados quanto ao banho

14 - () certo () errado () não sei. Enquanto estiver com os pontos da cirurgia e a sonda vesical, deve-se tomar banho de chuveiro e não de banheira, nem em rios, lagos ou piscina.

Cuidados com a alimentação e líquidos

15 - () certo () errado () não sei. Deve-se diminuir a ingestão de líquidos no primeiro mês após a cirurgia, principalmente enquanto a urina estiver sanguinolenta.

16 - () certo () errado () não sei. Café e refrigerantes devem ser evitados, pois podem causar irritação da bexiga.

17 - () certo () errado () não sei. Deve-se aumentar o consumo de alimentos que contêm fibra, como legumes, verduras e frutas para melhorar funcionamento do intestino.

Evacuações

18 - () certo () errado () não sei. Quando apresentar movimentos do intestino e vontade de evacuar, faça uma força maior para eliminar as fezes, pois o funcionamento do intestino poderá estar alterado na primeira semana após a cirurgia.

Sinais de complicação

São sinais e sintomas de complicação que devem ser comunicados ao médico:

19 - () certo () errado () não sei. Se a temperatura do corpo estiver alta, sensação de pele muito quente e sentir calafrios.

20 - () certo () errado () não sei. Se sentir muita dor que não é aliviada com a medicação para dor.

21 - () certo () errado () não sei. Se não conseguir urinar de hora em hora.

Problemas de ereção

22 - () certo () errado () não sei. Normalmente, homens que não tinham problemas de impotência antes da cirurgia podem apresentar diminuição da ereção por alguns meses após a realização da cirurgia.

23 - () certo () errado () não sei. A retirada da próstata não diminui os hormônios masculinos nem o desejo sexual.

Total: _____

APÊNDICE G – Escala para mensurar nível de satisfação do paciente em relação às orientações para cuidados domiciliares.

Número paciente: _____ controle () intervenção() Data:___/___/___

Hospital:_____ () DPO () retorno médico

No geral, qual o seu nível de satisfação com as orientações recebidas sobre os cuidados pós cirurgia que deverão ser realizados em casa?

Extremamente insatisfeito.....1

Insatisfeito.....2

Não tenho certeza.....3

Satisfeito.....4

Extremamente satisfeito.....5

APÊNDICE H - Termo de consentimento livre e esclarecido para participação em pesquisa (Decreto 93.933 de 14/01/87, Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) - Pacientes

Nome da pesquisa: Análise de um programa de ensino para o preparo para alta de pacientes submetidos à prostatectomia radical.

Pesquisadora: Luciana Regina Ferreira da Mata

Orientadora: Profa. Dra. Emília Campos de Carvalho

Promotor da Pesquisa: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Avenida Bandeirantes, nº 3900 – Campus Universitário, telefone: (16) 3602 3394.

Objetivo: O senhor está sendo convidado para participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar os efeitos de um programa de ensino para o preparo para alta de pacientes submetidos à prostatectomia radical.

Procedimento: Caso o senhor concorde em participar, será realizado um sorteio para determinar em qual grupo do estudo deverá participar: Grupo 1 – pessoas que receberão as orientações preparadas pelas pesquisadoras que incluirá informações sobre a cirurgia realizada e os cuidados a serem realizados em domicílio durante a internação por meio de um livreto informativo, e após a alta por meio de duas ligações telefônicas durante o primeiro mês pós-cirurgia; o Grupo 2 – pessoas que receberão as informações que todos os pacientes do hospital recebem dos médicos e enfermeiros. Em qualquer um dos grupos que o senhor estiver participando poderemos esclarecer suas dúvidas. Este estudo permitirá identificar se o programa de ensino que está sendo testado fornece melhores resultados ou não. Se o senhor concordar em participar, em qualquer um dos grupos que estiver, será convidado a responder algumas perguntas sobre os cuidados com a cirurgia, sinais de complicação que o senhor tenha identificado, e como o senhor está se sentido por ter realizado a cirurgia.

Riscos e desconfortos: Informamos que sua participação neste estudo não tem riscos nem desconfortos. Sua participação não é obrigatória e, mesmo que o senhor concorde em participar da pesquisa, poderá desistir de participar a qualquer momento, sem que ocorra qualquer prejuízo no seu atendimento (nas realizações de consultas, exames, internações) aqui no Hospital. Além disso, o senhor poderá solicitar informações sobre a pesquisa sempre que desejar.

Benefícios: Ao participar da pesquisa, caso o senhor esteja no Grupo 1, receberá informações importantes sobre os cuidados pós-operatórios necessários em domicílio. Ressaltamos que o senhor não receberá qualquer ajuda financeira para participar do estudo.

Custo/ reembolso para o participante: Sua participação no estudo não envolve qualquer tipo de despesa, pois as entrevistas serão agendadas de acordo com o seu retorno médico.

Confidencialidade da pesquisa: Sua identidade será mantida em segredo em todas as apresentações, publicações e qualquer outra forma pela qual este estudo for divulgado. E, ainda, os dados coletados serão arquivados durante um período de cinco anos a contar do dia de hoje.

Declaração de consentimento

Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento e fui devidamente informado pela pesquisadora Luciana Regina Ferreira da Mata, RG 13.359.122, do objetivo da pesquisa, das atividades que serão realizadas e das condições da minha participação. Concordo em participar da pesquisa, de forma voluntária. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia do Termo de Consentimento.

Divinópolis, _____ de _____ de 201__ Assinatura do participante: _____

Pesquisadora responsável

Eu, Luciana Regina Ferreira da Mata, responsável pelo projeto “Análise de um programa de ensino para o preparo para alta de pacientes submetidos à prostatectomia radical”, declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste sujeito de pesquisa para realizar este estudo.

Assinatura do pesquisador: _____ Data: ____/____/____

Em caso de dúvidas, o senhor poderá entrar em contato com a pesquisadora (31) 87843280/ (37) 32211552 ou com o Comitê de Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São João de Deus / FGC (37) 3229740.

Anexos

ANEXO A - Miniexame do estado mental – MEEM

Fonte: Bertolucci et al. (1994)

Número Paciente: _____ Data: ____/____/____ Hospital: _____
Pontuação: _____

Orientação – Tempo/espço (1 pt para cada resposta certa – total: 10 pontos)

1. Que dia da semana é hoje? ()
2. Que dia do mês é hoje? ()
3. Em que mês estamos? ()
4. Em que ano estamos? ()
5. Que horas são (aproximadamente)? ()

☐

Pergunte por partes: “Pode me dizer onde estamos?”

1. Onde nós estamos? Que local é este (gesticule com as mãos ou braços, mostrando o local em volta de si - consultório, hospital residência, etc)? ()
2. Em que lugar nos estamos (sala, cozinha, quarto, sala, andar, etc)? ()
3. Conhece alguma rua próxima ou bairro onde estamos? ()
4. Em que cidade estamos? ()
5. Em que estado estamos? ()

☐**Registro da memória imediata (1 pt para cada resposta certa – total: 3 pontos)**

Vou lhe dizer três palavras e, quando terminar, pedirei para repeti-las, em qualquer ordem. Memorize-as que, irei lhe perguntar: Árvore, Mesa e cachorro.

A () M () C ()

☐

Atenção e cálculo (1 pt para cada resposta certa – total: 5 pontos)

Vou lhe dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos:

100-7	93-7	86-7	79-7	72-7
()	()	()	()	()
93	86	79	72	65

☐**Memória recente (1 pt para cada resposta certa – total: 3 pontos)**

Há alguns minutos o senhor repetiu uma série de três palavras. Por favor, diga-me agora de quais ainda se lembra.

A () M () C ()

☐

Linguagem (1 pt para cada resposta certa – total: 3 pontos)

Mostre dois objetos simples como uma caneta e um relógio, e peça-lhe que os nomeie

Relógio () () Caneta

Repita a frase que vou lhe dizer: “Nem aqui, nem ali, nem lá” ()

☐**Compreensão verbal (1 pt para cada resposta certa – total: 3 pontos)**

Entregue uma folha de papel em branco e dê as três seguintes ordens:

Pegue esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a encima da cama.

() pegar ()dobrar ()colocar na cama.

☐**Compreensão escrita (1 pt para cada resposta certa – total: 2 pontos)**

Forneça uma folha com a seguinte escrita: “Feche os olhos” e peça ao paciente que faça o que está escrito. ()

Peça ao paciente que “escreva uma frase”, iniciando com a palavra “eu”. *(Não dite a frase, é preciso que ele escreva espontaneamente. Verifique se a frase contém sujeito, verbo e se tem sentido. Não é preciso avaliar a gramática nem pontuação.* ()

☐**Práxis da Construção (1 pt para cada resposta certa – total: 1 ponto)**

Por favor, copie este desenho. (entregue ao entrevistado e peça- o para copiar. A ação estará correta se o desenho tiver dois pentágonos com interseção de um ângulo).

☐

Pontuação (igual ou superior a)	Escolaridade	Diagnóstico
26	Oito anos ou mais de escolaridade	Normal
22	Quatro anos de escolaridade	Normal
18	Analfabeto	Normal

ANEXO B – Escala de autoeficácia geral e percebida

Fonte: Souza & Souza (2005)

Número Paciente: _____ controle () intervenção() Data: __/__/__

Hospital: _____ () DPO () retorno médico

Abaixo são apresentadas algumas questões sobre como você é. Por favor, faça um círculo em torno do número de 1 a 5 que indica a sua resposta em cada questão, conforme o esquema abaixo:

1. Discordo totalmente	2. Discordo na maior parte	3. Não concordo nem discordo	4. Concordo na maior parte	5. Concordo totalmente
------------------------	----------------------------	------------------------------	----------------------------	------------------------

1. Eu sempre consigo resolver os problemas difíceis se eu tentar bastante.	1	2	3	4	5
2. Mesmo se alguém se opuser, eu posso encontrar os meios e as formas de alcançar o que eu quero.	1	2	3	4	5
3. É fácil para mim, agarrar-me aos meus objetivos e atingir as minhas metas.	1	2	3	4	5
4. Eu estou confiante que poderia lidar, eficientemente, com acontecimentos inesperados.	1	2	3	4	5
5. Graças ao meu desembaraço, eu sei como lidar com situações imprevistas.	1	2	3	4	5
6. Eu posso resolver a maioria dos problemas se eu investir o esforço necessário para isso.	1	2	3	4	5
7. Eu consigo manter-me calmo ao enfrentar dificuldades porque eu confio nas minhas habilidades para enfrentar essas situações.	1	2	3	4	5
8. Quando eu me confronto com um problema, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções.	1	2	3	4	5
9. Se eu estiver com problemas, geralmente consigo pensar em algo para fazer.	1	2	3	4	5
10. Eu normalmente consigo resolver as dificuldades que acontecem na minha vida.	1	2	3	4	5

Total: _____

ANEXO C – Escala de ansiedade e depressão hospitalar (HADS)

Fonte: Botega et al. (1995)

Número Paciente: _____ controle () intervenção() Data: __/__/__

Hospital: _____ () DPO () retorno médico

Leia todas as frases. Marque com um X a resposta que melhor corresponder a como você se sente na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

1A Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

1D Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada

2A Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de jeito muito forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso

2D Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais

3A Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Raramente

3D Eu me sinto alegre:

- 3 () Nunca
- 2 () Poucas vezes
- 1 () Muitas vezes
- 0 () A maior parte do tempo

4A Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

4D Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

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

5A Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

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

5D Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

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

6A Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante
- 1 () Um pouco
- 0 () Não me sinto assim

6D Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

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

7A De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

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

7D Consigo sentir prazer quanto assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:

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

A____ D____ Total____

ANEXO D – Parecer de aprovação Comitê de Ética em Pesquisa

H O S P I T A L
SÃO JOÃO DE DEUS
PROMOVENDO SAÚDE E REPONDO ESPERANÇAS

Comentários Gerais sobre o Projeto
Comitê de Ética em Pesquisa do
Hospital São João de Deus – Fundação Geraldo Corrêa
Divinópolis/MG

Parecer nº 42/2011
Protocolo CEP-HSJD: 180
Pesquisadora Responsável: Luciana Regina Ferreira da Mata
Projeto de Pesquisa: Análise de um programa de ensino para o preparo para alta de pacientes submetidos à prostatectomia radical

PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROJETO DE PESQUISA

O Projeto Intitulado: Análise de um programa de ensino para o preparo para alta de pacientes submetidos à prostatectomia radical da pesquisadora responsável Luciana Regina Ferreira da Mata tem como objetivo Avaliar os efeitos de um programa de ensino para o preparo para alta de pacientes submetidos à prostatectomia radical.

O projeto apresenta adequação dos dados identificativos, descrição sucinta das justificativas e dos objetivos do estudo, bem como, adequação dos materiais e métodos, referências bibliográficas pertinentes e termos de responsabilidade do pesquisador na condução do estudo.

Desta forma, o Estudo avaliado por este Comitê de Ética em Pesquisa é considerado **APROVADO**.

Lembramos à senhora pesquisadora que, também no cumprimento da Resolução 196/96, o CEP-HSJD deverá receber relatórios trimestrais sobre o andamento do Estudo, bem como a quaisquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatórios de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.

H O S P I T A L
SÃO JOÃO DE DEUS
PROMOVENDO SAÚDE E REPONDO ESPERANÇAS

O Primeiro Relatório Trimestral deste projeto deverá ser encaminhado ao CEP-HSJD em 11/07/2011. Mas, se a pesquisa for de curto prazo, o Relatório deverá ser entregue assim que a pesquisa for encerrada.

Solicitamos também que o CEP seja informado quando da inclusão do primeiro paciente no Estudo, é necessário que a pesquisadora envie ao CEP uma declaração.

Para tal avaliação, foram portanto, seguidas as exigências das Resoluções Nacionais 196/96 e suas complementares relacionadas a pesquisa envolvendo seres humanos.

O CEP-HSJD coloca-se a disposição para maiores informações que se fizerem necessárias.

Atenciosamente,

Tiago Viterbo de Faria

Coordenador do CEP-HSJD

14, 04, 2011

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São João de Deus – CEP-HSJD

Tiago Viterbo – Coordenador

Rosana Barbosa – Vice-Coordenadora

Bianca Dúnia de Oliveira – Secretária Administrativa

Telefone: 3229.7661 E-mail: cep_hsjd@terra.com.br