

Priscila Rangel de Souza

Navegação de pacientes: avaliação de um programa para pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço em quimioterapia e radioterapia concomitante

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em
Ciências - Profissional

Programa de Inovação e Avaliação
de Tecnologias em Cancerologia

Orientador: Prof. Dr. Gilberto de
Castro Júnior

São Paulo

2022

Priscila Rangel de Souza

Navegação de pacientes: avaliação de um programa para pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço em quimioterapia e radioterapia concomitante

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em
Ciências - Profissional

Programa de Inovação e Avaliação
de Tecnologias em Cancerologia

Orientador: Prof. Dr. Gilberto de
Castro Júnior

São Paulo

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Souza, Priscila Rangel de

Navegação de pacientes : avaliação de um programa para pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço em quimioterapia e radioterapia concomitante / Priscila Rangel de Souza. -- São Paulo, 2022.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Inovação e Avaliação de Tecnologias em Cancerologia.
Orientador: Gilberto de Castro Junior.

Descritores: 1.Navegação de pacientes 2.Oncologia 3.Neoplasias de cabeça e pescoço 4.Enfermeiros

USP/FM/DBD-064/2022

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a minha mãe, Tânia Aparecida Rangel, que apesar de não estar mais presencialmente ao meu lado, permanecerá viva em meu coração. Sempre foi minha maior inspiração, amiga e o maior incentivo a não desistir dos meus sonhos. Minhas conquistas são dela também. Dedico ainda a Deus, pois sem Ele nada seria possível, minha rocha e fortaleza, meu melhor amigo e companheiro fiel. Sua presença é constante em minha vida, me faz superar barreiras e posso afirmar que nem em meus melhores sonhos pensei em conquistar tudo que conquistei. Isso me faz afirmar que os sonhos Dele para minha vida são maiores que os meus. Não há palavras que expresse o quanto sou grata e o quanto Ele é essencial na minha vida. Dedico também aos meus lindos príncipes, Davi e Theo, meus filhos. São verdadeiros presentes de Deus, que enchem a minha vida de cor, alegrias e amor. Ser a mãe deles me faz levantar todos os dias e continuar na esperança de vê-los felizes, crescidos e conquistando o melhor desse mundo. Sou grata por ter em minha vida todos eles, pois posso acreditar que a cada dia me fazem ser uma pessoa melhor.

AGRADECIMENTOS

São tantas pessoas nos quais, de certo modo, me incentivaram e apoiaram a concluir esse trabalho. A estes, sintam-se parte dessa conquista! Contudo, não posso deixar de expressar minha eterna e sincera gratidão há algumas dessas pessoas tão especiais.

Adriana Marques da Silva, que passou horas comigo, revisando textos, conceitos, e ao mesmo tempo no qual o fazia me enchia de palavras de carinho, cuidado, bom ânimo e incentivo.

Daniela Vivas dos Santos, minha eterna “fada madrinha”, minha inspiração e mentora na arte do cuidar. Sempre acreditou em meu potencial, mesmo em momentos nos quais eu não conseguia acreditar. Além disso, me impulsionou e me desafiou a atingir meu potencial. Serei eternamente grata!

Lenira Corsi Ruggiero Nunes, apoiou-me na construção e implementação do programa de navegação, no qual conduziu brilhantemente.

Enfermeiros navegadores do ambulatório, Larissa, Tamara, Patrícia, Dorilene, Amilton e Tarcísio, se doaram e os resultados desse estudo refletem o brilhante trabalho de cada um.

Rosilene Josefa Souza e toda equipe de enfermagem da radioterapia em especial as enfermeiras Aline e Vivian, por tamanha dedicação.

Maria Rita da Silva, minha diretora, no qual acreditou nesse estudo e sempre contribuiu para melhorarmos a cada dia.

Minhas Coordenadoras de Enfermagem e amigas Andrea, Regiane, Andreia, Juliana, que sempre estiveram ao meu lado.

A toda minha equipe, em especial a Chrisna, minha grande

incentivadora e companheira nessa jornada.

Minhas grandes e verdadeiras amigas, Rosemeire Grosso, Eveline, Patrícia, Leonice e Elaine, presentes de Deus na minha vida. Estiveram ao meu lado em todos os momentos, sempre com um abraço, palavras acolhedoras e de incentivo. Elas realmente fazem a diferença na minha vida!

Sr. João Possari que me apoiou no processo de revisão lá no início do projeto.

Minhas companheiras de ICESP, Silvia Lima, Sylvia Almeida e demais membros da liderança multidisciplinar da DGA por contribuírem em todo processo.

Diego, meu namorado, que com muito carinho me apoiou e ainda realizou a tradução na língua inglesa e ainda torna meus dias melhores.

Meu orientador Gilberto de Castro Júnior, que desde o início confiou, sem o menor questionamento acreditou e me guiou na condução desse estudo.

A Patrícia Coelho Soares, que brilhantemente esteve a frente desse tão renomado curso de pós-graduação.

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas
Lista de tabelar
Resumo
Summary

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 15 |
| 1.1 Câncer de Cabeça e Pescoço | 16 |
| 1.2 Fatores de Risco | 17 |
| 1.4 Tratamento | 17 |
| 1.5 Navegação de Pacientes | 19 |
| 2. OBJETIVOS | 20 |
| 2.1 Objetivo geral | 20 |
| 2.2 Objetivos específicos: | 20 |
| 3. JUSTIFICATIVA | 21 |
| 4. REVISÃO DA LITERATURA | 24 |
| 4.1 Contexto Histórico da Navegação de Pacientes | 24 |
| 4.2 Princípios da Navegação do Paciente Segundo Freeman | 27 |
| 4.3 Enfermeiros Navegadores em Oncologia | 29 |
| 4.4 Benefícios da Navegação de Pacientes: Prática Baseada em Evidências | 40 |
| 4.5 Navegação de Pacientes no Cenário Brasileiro | 41 |
| 5. DESENHO DO ESTUDO E METODOLOGIA | 44 |
| 5.1 Seleção do paciente | 45 |
| 5.2 Monitoramento | 46 |
| 5.3 Local do estudo | 47 |
| 5.3.1 Processos e protocolos institucionais | 48 |
| 5.3.1.2 Protocolo Interdisciplinar de Quimioterapia | 48 |
| 5.3.1.4 Alô Enfermeiro | 49 |
| 5.3.1.5 Alô Nutrição | 50 |
| 5.3.1.6 Alô Farmacêutico | 50 |
| 5.4 População de estudo | 51 |
| 5.5 Considerações éticas | 51 |
| 5.6 Considerações estatísticas | 51 |

| | |
|--------------------------------------------------|-----------|
| 5.7 Financiamento..... | 52 |
| 5.8 Gerenciamento dos dados | 52 |
| 6. RESULTADOS..... | 53 |
| 7. DISCUSSÃO | 66 |
| 7.1 Limitações do estudo | 72 |
| 7.2 Passos futuros | 73 |
| 8. CONCLUSÕES | 74 |
| 9. ANEXOS | 75 |
| Termo de consentimento livre e esclarecido | 75 |
| 10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 79 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1. Características da população de estudo – ICESP 2019 e 2021 | 54 |
| Tabela 2. Apresentação das variáveis referentes à quimioterapia de ambos os grupos – ICESP 2019 e 2020..... | 57 |
| Tabela 3. Apresentação das variáveis referentes à radioterapia de ambos os grupos – ICESP 2019 e 2020..... | 58 |
| Tabela 4. Avaliação das faltas no tratamento e em consultas multidisciplinares de ambos os grupos – ICESP 2019 e 2020 | 59 |
| Tabela 5. Avaliação das variáveis referentes as admissões no CAIO, internação e período em dias de permanência de ambos os grupos – ICESP 2019 e 2020 | 60 |
| Tabela 6. Avaliação da utilização dos serviços do alô enfermeiro em ambos os grupos – ICESP 2019 e 2021..... | 64 |
| Tabela 7. Avaliação da perda de peso no decorrer do tratamento em ambos os grupos – ICESP 2019 e 2021..... | 65 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 2D | Bidimensional |
| 3D | Tridimensional |
| CACON | Centro de assistência de alta complexidade em oncologia |
| CAIO | Centro de Intercorrências Oncológicas |
| CAPPpesq | Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa |
| CCEP | Comissão Científica de Ensino e Pesquisa |
| CEC | Carcinomas de células escamosas OMA Organização |
| CID | Classificação Internacional de Doenças |
| CTC | Critério Comum de Toxicidades Mundial da Saúde |
| CNE | Cateter nasoenteral |
| DP | Desvio padrão |
| ENO | Enfermeiros navegadores em oncologia |
| FMUSP | Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo |
| GLOBOCAN | <i>Global Cancer Observatory</i> IARC |
| GTT | Gastrostomia |
| HCFMUSP | Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo |
| HPV | Papilomavírus humano |
| IARC | <i>International Agency for Research on Cancer</i> |
| ICESP | Instituto do Câncer do Estado de São Paulo |
| IMRT | Radioterapia de intensidade modulada |
| KPS | <i>Performance Status Karnofsky</i> |
| ONS | <i>Oncology Nursing Society</i> |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONN | <i>Oncology Nurse Navigator</i> |
| PEN | Programa Enfermeiro Navegador |
| RTOG | <i>Radiation Therapy Oncology Group</i> |
| SARS-Cov-2 | Coronavírus 2 |
| SUS | Sistema Único de Saúde |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|-------|---------------------|
| C. | Ciclo de tratamento |
| col. | e colaborador(es) |
| D. | Dias de tratamento |
| et al | e outros |
| G. | Grau |
| n. | número total |
| n/a | não se aplica |
| p16 | proteína p16 |
| QT | Quimioterapia |
| RT | Radioterapia |

LISTA DE SÍMBOLOS

| | |
|----|------------|
| % | por cento |
| = | igual a |
| Kg | quilograma |
| < | menor |

RESUMO

Souza PR. *Navegação de pacientes: avaliação de um programa para pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço em quimioterapia e radioterapia concomitante* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2022.

O presente estudo avaliou os desfechos do programa de navegação de pacientes com diagnóstico de carcinoma espinocelular de cabeça e pescoço submetidos à quimioterapia e radioterapia concomitante em um hospital oncológico da rede pública de saúde (SUS) de alta complexidade em oncologia (CACON). Trata-se de um estudo de coorte, onde efeitos das intervenções do programa enfermeiro navegador foram medidos através da comparação dos desfechos nos grupos navegação e controle. Os objetivos foram: (1) conhecer as vantagens de um programa de navegação de pacientes; (2) avaliar se contribuiu para diminuir internações hospitalares e/ou passagens pelo serviço de pronto-socorro da instituição (Centro de Intercorrências Oncológicas [CAIO]) para manejo de toxicidades relacionadas ao tratamento, que consistiu em quimioterapia concomitante com a radioterapia conforme protocolo terapêutico, adesão ao tratamento; (3) caracterizar as toxicidades do tratamento do grupo navegação. Este estudo compreendeu duas fases: a primeira retrospectiva de caráter quantitativo, onde foi realizada uma busca em prontuário eletrônico dos pacientes submetidos à quimioterapia cisplatina concomitante com radioterapia no ano de 2019, sendo esse grupo composto por 130 pacientes. Na segunda fase, prospectiva quanti-qualitativa, os pacientes do grupo navegação foram inseridos no programa enfermeiro navegador. Os pontos principais do programa e que receberam as intervenções e monitoramentos do enfermeiro navegador foram toxicidades da quimiorradiação; adesão; e possíveis internações decorrentes de complicações associadas ao tratamento ou doença, tendo esse grupo um total de 26 pacientes. Os resultados mostraram que houve diferença estatística em todos os desfechos avaliados, a favor do grupo intervenção. No grupo controle, 76,9% dos participantes tiveram pelo menos uma admissão no CAIO, ao passo que no grupo navegação, esse número correspondeu a 23,1% ($p < 0,001$). A média do tempo de permanência em dias no CAIO no grupo controle foi 3,3 (DP 3,1), já no grupo navegação esse tempo médio foi 0,6 (DP 1,4) ($p < 0,001$). No que se diz respeito à internação, 38,5% dos participantes do grupo controle foram internados durante o tratamento *versus* 3,8% do grupo navegação ($p < 0,001$). A média de permanência (em dias) de internação do grupo intervenção foi 4,9 (DP 9,67) e no grupo navegação 0,1 (DP 0,39) ($p = 0,001$). No que diz respeito à quimioterapia, 61,5% dos participantes do grupo navegação concluíram os três ciclos de cisplatina conforme protocolo institucional. No grupo controle, esse número foi 33,1% ($p = 0,008$). Quanto ao desfecho adesão ao tratamento, avaliamos o número de faltas na quimioterapia, radioterapia e consultas multidisciplinares. A média geral de faltas do grupo controle foi 4,8 e 1,0 no grupo navegação ($p < 0,001$). Referente à avaliação das toxicidades no grupo navegação, algum grau de náusea, vômito, mucosite, xerostomia, disfagia, odinofagia e radiodermite ocorreram em 100% dos participantes. Contudo, nenhuma dessas toxicidades chegaram ao grau (G) IV. Os resultados desse estudo nos fazem concluir que o

programa de navegação proporcionou melhores desfechos assistenciais quando comparado ao grupo controle, em termos de menor frequência de toxicidades graves, menor número de faltas em agendamentos, diminuição de tempo de internação e do número de comparecimento ao serviço de urgências.

Descritores: Navegação de Pacientes 2; Oncologia 3; Neoplasias de cabeça e pescoço; Enfermeiros.

ABSTRACT

Souza PR. *Patient navigation: evaluation of a program for patients diagnosed with head and neck cancer on concurrent chemotherapy and radiotherapy* [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2022

This study evaluated the results of the navigation program for patients diagnosed with head and neck squamous cell cancer submitted to concurrent cisplatin-based chemoradiation in an oncologic hospital of the Brazilian public health service (SUS) of high complexity in oncology (CACON). This is a cohort study, and the effects of the nurse navigator program were measured by comparing outcomes in the navigation and control groups. The main objectives included: (1) to characterize the advantages of a patient navigation program; (2) to study its effect in reducing hospital admissions and/or admissions in emergency room (Oncology Intercurrence Center [CAIO]) for management of treatment-related toxicities, completion of three cycles of chemotherapy concurrent with radiotherapy according to the institutional therapeutic protocol; treatment adherence; (3) to characterize the toxicities of the treatment in the navigation group. This study comprised two parts, the first was a retrospective quantitative study, after reviewing charts of 130 patients undergoing cisplatin-based concurrent chemoradiation, conducted during 2019. In the second, prospective and quanti-qualitative part, the patients entered into a nurse navigator program. The main monitored aspects by the nurse navigator included toxicities of the treatment; adhesion; possible hospitalizations due to complications associated with the treatment or disease. This group comprised a total of 26 patients. The results showed that there was a statistical difference in all the outcomes evaluated, favoring the intervention group. In the control group, 76.9% of the participants had at least one admission in CAIO, in comparison to 23.1% in the navigation group ($p < 0.001$). The mean length of stay (in days) in CAIO in the control group was 3.3 (SD 3.1), versus 0.6 (SD 1.4) in the navigation group ($p < 0.001$). In the control group, 38.5% all patients were hospitalized during treatment versus 3.8% of the navigation group ($p < 0.001$). The mean length of stay in Hospital (in days) in the intervention group was 4.9 (SD 9.67), in comparison to 1.0 (SD 0.39) in the navigation group ($p = 0.001$). 61.5% of the participants in the navigation group completed the three cycles of cisplatin according to institutional protocol, versus 33.1% in the control group ($p = 0.008$). As for the treatment adherence outcomes, we assessed the number of absences from chemotherapy, radiotherapy, and multidisciplinary consultations. The overall median number of absences in the control group was 4.8 and 1.0 in the navigation group ($p < 0.001$). Regarding the evaluation of toxicities in the navigation group, nausea, vomiting, mucositis, xerostomia, dysphagia, odynophagia, and radiodermatitis occurred in all participants, however, none of these toxicities reached grade (G) IV. The results of this study lead us to conclude that the navigation program was associated to lower frequency of treatment-related toxicities, lesser nonattendance rates, lower in-hospital length of stay and lower number of admissions in the emergency service.

Descritores: Patient Navigation; Medical oncology; Head and neck neoplasms; Nurses.

1. INTRODUÇÃO

O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo e está entre as quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) na maioria dos países. Sua incidência e a mortalidade vêm aumentando, em parte pelo envelhecimento, pelo crescimento populacional, como também pela prevalência dos fatores de risco de câncer, especialmente os associados ao desenvolvimento socioeconômico. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o câncer é a segunda principal causa de óbito no mundo.¹ Dados da *International Agency for Research on Cancer (IARC)*, revelam que no ano de 2020, o câncer foi responsável por 9.958.133 milhões de morte no mundo.¹

A mais recente estimativa da *Global Cancer Observatory (GLOBOCAN, 2021)*, aponta que no ano de 2020 no mundo ocorreram 19,3 milhões de casos novos de câncer e para 2040 estima 30,2 milhões.² Verifica-se uma transição dos principais tipos de câncer observados nos países em desenvolvimento, com um declínio dos tipos de câncer associados a infecções e o aumento daqueles associados à melhoria das condições socioeconômicas com a incorporação de hábitos e atitudes associados à urbanização (sedentarismo, alimentação inadequada, entre outros).^{1,3} Para o Brasil, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a estimativa para o triênio 2020-2022, aponta que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer (450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma). Dentre eles, destacamos o câncer de cabeça e pescoço que registra cerca de 41 mil novos casos a cada ano.¹

1.1 Câncer de Cabeça e Pescoço

Câncer de cabeça e pescoço é um termo coletivo definido por bases anatômico-topográficas para descrever tumores malignos que englobam o trato aerodigestivo superior (cavidade oral, faringe, laringe, cavidades nasais e seios paranasais), glândulas tireoide e paratireoides, partes moles e ossos da face e do pescoço, glândulas salivares maiores (parótidas, sublinguais e submandibulares), componentes das órbitas e estruturas da base do crânio.^{4,5} Cerca de 40% dos cânceres de cabeça e pescoço ocorrem na cavidade oral, 15% na faringe, 25% na laringe e o restante nos demais sítios remanescentes (glândulas salivares, tireoide). O tipo histológico mais frequente é o carcinoma de células escamosas, presente em mais de 90% dos casos.^{5,6}

Neste estudo trataremos como câncer de cabeça e pescoço os carcinomas de células escamosas (CEC) localizados na cavidade oral, laringe, orofaringe e hipofaringe. Trata-se da quinta neoplasia maligna mais comum, com uma incidência anual estimada de 780 mil novos casos no mundo. Somando os casos novos de câncer da boca, da faringe e da laringe diagnosticados em 1 ano, ter-se-á 6% de todos os cânceres, com uma mortalidade de cerca de 5%.⁶

A mortalidade por este tipo de câncer ocupa o 6º lugar dentre todos os tipos de câncer no mundo e aproximadamente 200 mil casos novos de câncer de cabeça e pescoço são diagnosticados por ano.⁵

O quadro clínico depende da localização da lesão. Os carcinomas da cavidade oral manifestam-se como leucoplasias, eritroplasias ou feridas geralmente dolorosas e com crescimento progressivo, visíveis ao exame da boca. As lesões da faringe e da laringe podem causar dispneia, disfonia e

disfagia. Os carcinomas glóticos causam disfonia precocemente, ao contrário das lesões da supraglote ou hipofaringe. A manifestação inicial de um carcinoma do trato aerodigestivo alto pode ser linfonodomegalia cervical, especialmente se o sítio primário for a hipofaringe.⁶

1.2 Fatores de Risco

Evidências epidemiológicas mostram que a incidência do câncer de cabeça e pescoço aumenta com a idade, no entanto há um aumento da incidência entre os jovens.^{1,3} No entanto, tem-se observado aumento de casos em jovens nos últimos 20 ou 30 anos, associados principalmente pela infecção pelo HPV (papilomavírus humano), que tem contribuído para maior incidência em jovens. De acordo com o Ministério da Saúde, estima-se que cerca de 54,6% dos brasileiros entre 16 e 25 anos estão infectados com HPV e, em 38,4% deles, tratam-se dos subtipos de alto risco, associados a alguns tipos de câncer, como o de cabeça e pescoço. No geral o fumo e o álcool são fatores de risco bem estabelecidos para o câncer de cabeça e pescoço. Embora essa neoplasia acometa preferencialmente os pacientes do sexo masculino, nos últimos anos houve um aumento na incidência entre mulheres, o que deve refletir a mudança nos hábitos de consumo de tabaco e álcool.^{1,3}

1.4 Tratamento

As armas terapêuticas disponíveis são: cirurgia, quimioterapia e radioterapia. A melhor combinação deve ser definida levando-se em consideração o tipo e o grau histológico do tumor, o estadiamento, a presença ou ausência de HPV no tumor, a idade e a condição clínica do paciente, além da sua vontade.⁶

Quando indicada, o objetivo da cirurgia é a ressecção do tumor primário em bloco, com margem de segurança. Está indicado o esvaziamento cervical profilático se o risco de metástases linfonodais ocultas for maior que 20%. A quimioterapia tradicional envolve regimes com 5-fluorouracil e cisplatina. A radioterapia de intensidade modulada (IMRT) é vantajosa em comparação às técnicas tradicionais como radioterapia convencional bidimensional (2D) e radioterapia conformacional tridimensional (3D), por oferecer uma cobertura mais homogênea da dosagem no volume alvo e uma redução da exposição dos tecidos adjacentes ao tratamento. A dose mais elevada está associada a um melhor controle do tumor e melhores taxas de sobrevida.⁶

Cerca de 60% dos pacientes com carcinoma de células escamosas do trato aerodigestivo superior têm doença localmente avançada, sendo recomendado tratamento que combina mais de uma modalidade, com intenção curativa. Considerando-se todos os casos de câncer de trato aerodigestivo superior diagnosticados, a sobrevida em 5 anos é cerca de 50%.⁶

Todo paciente com carcinoma de trato aerodigestivo superior deverá ser submetido à avaliação odontológica previamente ao tratamento, a fim de minimizar a ocorrência de infecção local e sistêmica, durante e após o tratamento. Para os pacientes que serão submetidos à radioterapia que envolva a cavidade oral, a terapia com laser de baixa potência previne e trata a mucosite, reduzindo as interrupções do tratamento, com impacto positivo na sobrevida.⁶ Estudos tem demonstrado que o enfermeiro navegador em oncologia favorece o direcionamento e manejo adequado dos eventos adversos da terapia antineoplásica.

1.5 Navegação de Pacientes

A navegação de pacientes na área da saúde é um conceito desenvolvido pelo médico americano Harold Freeman, em 1990, idealizado com a finalidade de agilizar a confirmação do diagnóstico e garantir a continuidade do tratamento, do início ao fim, de pessoas com alguma doença crônica, comprovada ou não.⁷

De acordo com a Associação Médica Americana, o “navegador” do paciente é um profissional de saúde responsável pelo gerenciamento pessoal do cuidado do usuário à medida que o mesmo se move pelas diferentes estruturas e níveis de complexidade do sistema de saúde. Esse processo prevê que um indivíduo, denominado navegador de paciente, guie as pessoas, ajudando-as a ultrapassar as barreiras socioeconômicas, financeiras, culturais, burocráticas e psicológicas que dificultem o acesso aos serviços e sistemas de saúde. Utiliza-se amplamente nos Estados Unidos direcionado aos pacientes com câncer, para aumentar a probabilidade da adesão efetiva ao tratamento recomendado. Esses programas se concentram na identificação das barreiras enfrentadas pelo paciente para acessar o tratamento oncológico, tendo como objetivo reduzir os atrasos no acesso aos serviços, beneficiando tanto pacientes em início de investigação e tratamento quanto aqueles em cuidados paliativos. Os navegadores avaliam as necessidades dos pacientes e, junto a eles, desenvolvem um plano para superar as barreiras que impedem o acesso aos cuidados de alta qualidade.^{7,8}

2.. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O presente estudo tem como objetivo geral conhecer as vantagens, de um programa de navegação de pacientes submetidos à quimioterapia e radioterapia concomitantes em um hospital oncológico da rede pública de saúde (SUS) de alta complexidade em oncologia (CACON) com grande demanda de atendimento.

2.2 Objetivos específicos:

Avaliar se o programa de navegação contribuiu para:

- Diminuir internações hospitalares e/ou passagens pelo serviço de pronto-socorro para manejo de toxicidades relacionadas ao tratamento;
- Realização dos três ciclos de quimioterapia concomitante com a radioterapia conforme protocolo terapêutico;
- Adesão ao tratamento.

Além disso:

- Caracterizar as toxicidades do tratamento do grupo navegação.

3. JUSTIFICATIVA

O uso de cirurgia, radiação e/ou quimioterapia depende da ressecabilidade e localização do tumor e da viabilidade de abordagens que visem à preservação de órgãos. De forma geral, há três abordagens principais ao tratamento inicial de doença localmente avançada: (1) quimiorradioterapia concomitante baseada em platina, com cirurgia reservada para doença residual; (2) cirurgia radical com intenção curativa com esvaziamento cervical e reconstrução, seguida de radioterapia ou quimiorradioterapia adjuvante, dependendo da presença de fatores de risco adversos; ou (3) quimioterapia de indução seguida de quimiorradioterapia definitiva e/ou cirurgia. Cerca de 60% dos pacientes com CEC de cabeça e pescoço têm doença localmente avançada, para a qual a modalidade de tratamento combinado com intenção curativa é recomendada.⁵

Os quimioterápicos atuam em nível celular, e interferem no processo de crescimento e divisão celular, não tem um alvo específico, atuam de maneira sistêmica.⁵ Seus efeitos tóxicos então se darão em todos os sistemas em diversos graus dependendo do tipo de droga, dose e condições clínicas do paciente.^{5,6}

Por sua vez, a radioterapia é uma modalidade terapêutica para o tratamento loco-regional que atinge as células neoplásicas, como também as células normais que se encontram na região adjacente ao tumor. Quando essa radiação se dá na região de cabeça e pescoço, produz alterações reversíveis e irreversíveis dependentes da fonte, do campo e das doses de radiação, ocorrendo principalmente pele, na mucosa, nas glândulas salivares, nas

estruturas de suporte dental e nos dentes.⁵ O paciente pode então apresentar eventos adversos como radiodermite, mucosite, xerostomia, alterações no paladar, e osteorradionecrose.^{4,5,6}

A quimioterapia concomitante com a radioterapia traz consigo diversas toxicidades que se não forem adequadamente prevenidas e manejadas o paciente pode vir a desenvolver toxicidades limitantes a continuidade do tratamento, hospitalizações e declínio da qualidade de vida. Além disso, tal tratamento requer que o paciente compareça diversas vezes ao hospital, seja para o tratamento e exames ou ainda para as consultas com especialistas (oncologista, radio-oncologista, enfermagem, nutricionista, odontologia) que pode levar ao paciente a se confundir com as datas, se esquecer de algum agendamento ou até mesmo não possuir condições de transporte de seu domicílio à instituição.^{4,5,6}

No contexto do paciente com câncer de cabeça e pescoço, na instituição desse estudo, encontramos uma grande parcela de indivíduos com carcinoma de células escamosas localmente avançado, que serão submetidos a esse tipo de tratamento. Muitos possuem histórico de tabagismo pesado e etilismo crônico que apresentam dificuldades de compreensão, problemas socioeconômicos e ainda conflitos familiares que conseqüentemente levam há um déficit rede de apoio de cuidados. Esse cenário pode contribuir para má adesão ao tratamento, consultas, exames bem como no manejo inadequado das toxicidades relacionadas à quimiorradioterapia, podendo assim ocasionar em hospitalizações, e conseqüentemente, e interrupção do tratamento. Desse modo, consideramos pacientes com esse diagnóstico vulneráveis, tanto para adesão ao tratamento proposto quanto para experimentarem eventos adversos

graves relacionados ao tratamento.

Sendo assim, é imprescindível que a instituição de saúde crie estratégias de monitoramento desses pacientes visando à prevenção, manejo seguro e conseqüentemente a minimização de eventos adversos graves, contribuindo assim para redução de hospitalização para manejo de sintomas e favorecer a segurança e qualidade de vida dos pacientes em tratamento..

Nesse sentido, com objetivo de identificar fatores de risco para não adesão ao tratamento, implementar as ações pertinentes e ainda estabelecer estratégias de prevenção, monitoramento e condutas para manejo adequado das toxicidades do tratamento, acreditamos que esse público se beneficiará da navegação por enfermeiros.

4. REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Contexto Histórico da Navegação de Pacientes

Em 1971, nos Estados Unidos, o presidente Richard Nixon assinou a Lei Nacional do Câncer, desde esta declaração, o país apresentou avanços na compreensão de alterações moleculares, celulares e genéticas que resultam no câncer. Foram observados declínios significativos na mortalidade por câncer. Esse resultado foi atribuído à melhoria da prevenção, rastreamento e medidas de detecção do câncer, bem como à aplicação de tratamentos mais eficazes e direcionados. No entanto, alguns americanos pobres, sem seguro não compartilharam deste resultado e apresentavam menor sobrevida global em 5 anos.^{9,10} Estudos indicavam que a sobrevida em 5 anos para todos os cânceres combinados é 10% menor nos pobres do que nos americanos mais ricos.^{9,10}

As disparidades de acesso à saúde surgem de uma interação complexa de fatores econômicos, sociais e culturais. Esses fatores impactam em todos os aspectos do contínuo processo de atenção à saúde, desde a prevenção, detecção, diagnóstico, tratamento e sobrevivência até o fim da vida. As dificuldades de obter acesso a saúde ocorrem principalmente em populações que apresentam recursos financeiros escassos. As abordagens para reduzir ou eliminar disparidades devem necessariamente levar esses fatores em consideração.^{9,10}

Segundo Freeman, a navegação do paciente evoluiu como uma estratégia para melhorar os resultados em populações vulneráveis, eliminando barreiras para o diagnóstico e tratamento oportuno do câncer e outras doenças crônicas. Tais barreiras, se não eliminadas, levam ao diagnóstico e tratamentos tardios aumentando a mortalidade.^{9,10}

Em 1989, a American Cancer Society realizou "Audiências Nacionais sobre o Câncer nos Pobres". As audiências foram conduzidas pelo presidente da sociedade e foram realizadas em sete cidades americanas. As audiências foram realizadas principalmente com americanos pobres de todos os grupos raciais e étnicos que haviam sido diagnosticados com câncer. Com base nessas audiências, a American Cancer Society publicou seu "Relatório à Nação sobre o Câncer nos Pobres".^{9,10}

O relatório concluiu que as questões mais críticas para as pessoas pobres com câncer são as seguintes:

- As pessoas pobres enfrentam barreiras substanciais à obtenção de cuidados com o câncer e, muitas vezes, não procuram atendimento se não puderem pagar por isso. As pessoas pobres e suas famílias costumam fazer sacrifícios pessoais extremos para obter e pagar pelos cuidados. O fatalismo sobre o câncer é predominante entre os pobres e pode impedi-los de procurar atendimento.^{9,10}
- Os programas de educação para o câncer geralmente são culturalmente insensíveis e irrelevantes para muitas pessoas pobres.^{9,10}
- As pessoas pobres sofrem mais dores e sofrem de câncer do que outros americanos.^{9,10}

Esses achados levaram ao conceito de navegação do paciente. O primeiro programa de navegação de pacientes do país foi iniciado por Freeman em 1990 em um hospital público em Harlem na cidade de Nova York. O programa original concentrava-se na janela crítica de oportunidade para salvar vidas do câncer, eliminando barreiras aos cuidados oportunos e a resolução da busca por diagnóstico e tratamento. O objetivo era diminuir a taxa extremamente alta de mortalidade por câncer de mama em uma população de mulheres negras pobre.^{9,10}

As barreiras comuns aos cuidados oportunos no Harlem foram:

- Barreiras financeiras, como nenhum seguro de saúde;
- Barreiras de comunicação e informação;
- Barreiras de acesso ao sistema médico;
- Medo, desconfiança e barreiras emocionais.

Estudos retrospectivos da experiência em câncer de mama do hospital Harlem mostraram que as intervenções combinadas de navegação de pacientes e triagem de câncer de mama gratuita ou de baixo custo resultaram em um aumento significativo no diagnóstico e tratamento do câncer em estágio inicial e acentuaram a sobrevida em 5 anos de 39% para 70% em uma população de todas as mulheres negras pobres e sem seguro. Acredita-se, tais resultados se deve ao fato do hospital fornecer exames de mama gratuitos e de baixo custo, que levaram ao diagnóstico precoce, e a navegação do paciente, que garantiu diagnóstico e tratamento em tempos oportunos.^{9,10}

Com base nesses resultados, em 2005, o presidente George Bush assinou a Lei do Navegador de Pacientes em Prevenção de Doenças Crônicas. A partir daí o *American College of Surgeons* determinou que a navegação do

paciente como um padrão obrigatório para a aprovação dos centros de câncer pela Comissão de Câncer e cada vez mais a navegação tem se difundido por todo o país.^{9,10}

4.2 Princípios da Navegação do Paciente Segundo Freeman

A partir que a navegação de pacientes se transformou em um modelo de cuidados reconhecido nacionalmente, Freeman se deparou com a necessidade de estabelecer princípios e padrões. Baseado em suas experiências descreveu os seguintes princípios^{9,10}

1º A navegação do paciente é um modelo de prestação de serviços de saúde centrado no paciente.

O foco da navegação é promover o movimento oportuno de um paciente por meio de um contínuo cuidados de saúde muitas vezes complexo. Segundo Freeman a jornada de um indivíduo por esse contínuo começa na comunidade em que ele vive, até um ambiente médico onde uma anormalidade é detectada, um diagnóstico é feito e o tratamento é realizado. A jornada continua desde a reabilitação, sobrevivência e fim da vida.^{9,10}

2º A navegação do paciente serve para integrar virtualmente um sistema de assistência médica fragmentado para cada paciente. Como o atendimento ao paciente é realizado com tanta frequência de maneira fragmentada, particularmente relacionado àqueles com doenças crônicas, a navegação do paciente tem o potencial de criar um fluxo contínuo para os pacientes à medida que avançam no atendimento. A navegação do paciente pode ser vista como a força orientadora que promove o movimento oportuno do paciente através de um complexo sistema de atendimento.^{9,10}

3º. A principal função da navegação do paciente é a eliminação de barreiras ao atendimento em todas as fases do atendimento à saúde. Essa função é realizada de maneira mais eficaz por meio de um relacionamento individual entre o navegador e o paciente. ^{9,10}

4º. A navegação do paciente deve ser definida com um claro escopo de atuação que distingue as atribuições e as responsabilidades do navegador, bem como de todos os outros profissionais e serviços. Os navegadores devem ser integrados à equipe de saúde para promover o máximo benefício para cada paciente. ^{9,10}

5º A prestação de serviços de navegação para pacientes deve ser acessível economicamente. O navegador deve desenvolver habilidade necessária para orientar um indivíduo através de uma fase específica de cuidados. ^{9,10}

6º. A determinação de quem irá navegar, deve basear-se no nível de habilidades pertinentes em uma determinada fase de navegação. Existe um espectro de navegação que se estende de serviços que podem ser fornecidos por navegadores treinados e serviços que exigem navegadores profissionais, como enfermeiros e assistentes sociais. ^{9,10}

7º. É necessário definir o ponto em que a navegação começa e o ponto em que a navegação termina. ^{9,10}

8º. A navegação do paciente pode servir como o processo que conecta sistemas de saúde desconectados. ^{9,10}

9º. Os sistemas de navegação do paciente requerem coordenação. Em sistemas maiores de atendimento ao paciente, essa coordenação é melhor executada designando um coordenador ou gestor de navegação responsável

por supervisionar todas as fases da atividade de navegação em um determinado local ou sistema de saúde.^{9,10}

4.3 Enfermeiros Navegadores em Oncologia

Segundo a *Oncology Nursing Society* (ONS) o enfermeiro navegador em oncologia é um profissional com conhecimento científico específico em oncologia que oferece assistência individualizada a pacientes, famílias e cuidadores para ajudar a superar as barreiras do sistema de saúde. Usando o Processo de Enfermagem, o enfermeiro navegador em oncologia fornece educação e recursos para facilitar a tomada de decisão informada e o acesso oportuno a cuidados de saúde e psicossociais de qualidade durante todas as fases do cuidado contínuo do câncer.^{11,12}

Estudos revelam que modelos de navegação realizados por profissionais de saúde e não por leigos treinados trazem resultados mais eficazes. Evidenciam ainda que enfermeiros navegadores em oncologia (ENO) fornecem benefícios adicionais, pois são exclusivamente qualificados para fornecer suporte clínico específico para pacientes e cuidadores, bem como avaliação holística, educação geral e direcionada à tomada de decisão. Possuem habilidades e o conhecimento para coordenar cuidados de qualidade centrados no paciente por meio da liderança eficaz da equipe multiprofissional de assistência ao câncer¹¹.

A ONS afirma que os enfermeiros navegadores de oncologia são essenciais para atender às necessidades dos pacientes e de seus cuidadores, ao mesmo tempo em que fornecem atendimento com base em evidências, com boa relação custo-benefício e de qualidade centrado no paciente. Além disso,

podem ajudar a atingir a meta de redução da morbidade e mortalidade, eliminando barreiras para o acesso oportuno aos cuidados oncológicos¹³.

A partir do primeiro Programa de Navegadores de Pacientes em 1990 criado por Freeman em Harlem, surgiu a figura do *nurse navigator* para a assistência ao paciente oncológico.¹² Esses profissionais da área da oncologia utilizam o seu conhecimento especializado, experiência clínica e competências para proporcionar aos pacientes um cuidado focado nos aspectos físicos, sociais e emocionais⁸. Direcionam e guiam os pacientes, familiares e cuidadores para a tomada de decisão conjunta com equipe multidisciplinar responsável pelo tratamento. As ações desenvolvidas vão além do manejo do cuidado: supervisionam todo o processo de tratamento, empoderam os pacientes, fornecem informações e suporte, atuam como elo entre eles e os profissionais da equipe.^{9,11,13}

O empoderamento surge no paciente a partir de um processo educativo direcionado para ajudar a transmitir conhecimentos e desenvolver habilidades, atitudes e autoconhecimento, permitindo gerenciar a sua condição de saúde e participar ativamente do tratamento. Pacientes empoderados interagem de forma mais eficaz com os profissionais de saúde, pois estão mais informados, envolvidos e responsabilizados.^{7,11}

Estudo realizado nos Estados Unidos em 2007, avaliou a atuação dos enfermeiros navegadores na assistência ao paciente com câncer, evidenciando que esses profissionais melhoraram significativamente a percepção do paciente acerca do seu tratamento. Os pacientes sentiram-se mais envolvidos no seu cuidado e mais bem preparados para o futuro, pois tinham mais conhecimento sobre a forma como o câncer afeta suas vidas.^{11,14}

Contudo, somente a partir de 2009, a função do enfermeiro navegador começou a ser disseminada por um grupo organizado de enfermeiras americanas, solidificando a função de enfermeiro navegador como mais uma área de atuação para a enfermagem no seu país⁸. Em 2011, o ONS reconheceu que um número crescente de enfermeiras oncológicas identificava a navegação oncológica como sua função principal¹³. No entanto, até o ano de 2013, as atribuições e competências do enfermeiro navegador em oncologia não eram claramente definidas. Neste ano, a *Oncology Nursing Society* publicou a primeira versão do documento *Oncology Nurse Navigator Core Competencies* e foi revisado no ano de 2017. Essa publicação traz o conhecimento, as habilidades, e os conhecimentos fundamentais e avançados necessários para efetivamente coordenar o atendimento de pacientes que tiveram, tenham ou possuem alto risco de um diagnóstico oncológico. Estabelece competências para apoiar os paciente, famílias e cuidadores a superar as barreiras do sistema de saúde, fornecer educação e recursos para facilitar a tomada de decisões informadas e o acesso oportuno a cuidados de saúde e psicossociais de qualidade em todas as fases do contínuo atendimento ao câncer.^{11,13} Trata-se de um importante documento norteador para a estruturação de um serviço de navegação em oncologia. Nesse sentido, o programa de navegação desse estudo foi pautado nas diretrizes dessa publicação (Quadro 1).

Quadro 1. Comparação das competências das publicações da *Oncology Nurse Navigator Core Competencies*, 2013 e 2017

| COMPETÊNCIA | 2013 | 2017 |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alteração da ordem das competências | Papel profissional, educação, coordenação do cuidado, comunicação. | Ordem de categoria realinhada para refletir o foco operacional da função ENO: Coordenação de cuidados, comunicação, educação, papel profissional, especialista ENO |
| | Não incluído nas competências de 2013 | Nova competência: Desenvolve o conhecimento dos recursos locais, comunitários ou nacionais disponíveis e a qualidade dos serviços prestados; estabelece relações com os prestadores desses serviços |
| Coordenação de cuidado | Desenvolve ou usa ferramentas de avaliação adequadas (por exemplo, escala de dor, escala de fadiga, status de desempenho) para promover um plano de cuidados holístico e consistente | Desenvolve ou usa apropriado triagem e ferramentas e métodos de avaliação (por exemplo, Termômetro de socorro, escala de dor, escala de fadiga, status de desempenho, entrevista motivacional, financeira) para promover um plano de cuidados holístico e consistente |
| | Facilita o cuidado individualizado dentro do contexto de estado funcional, consideração cultural, educação em saúde e necessidades psicossociais e espirituais para pacientes, famílias e cuidadores | Facilita o cuidado individualizado dentro do contexto do estado funcional, consideração cultural, alfabetização em saúde, psicossocial, reprodutiva e fertilidade, e necessidades espirituais para pacientes, famílias e cuidadores |

continuação

Quadro 1. Comparação das competências das publicações da *Oncology Nurse Navigator Core Competencies*, 2013 e 2017

| COMPETÊNCIA | 2013 | 2017 |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Coordenação de cuidado | Desenvolve ou usa ferramentas de avaliação adequadas (por exemplo, escala de dor, escala de fadiga, status de desempenho) para promover um plano de cuidados holístico e consistente | Desenvolve ou usa apropriado triagem e ferramentas e métodos de avaliação (por exemplo, Termômetro de socorro, escala de dor, escala de fadiga, status de desempenho, entrevista motivacional, financeira) para promover um plano de cuidados holístico e consistente |
| | Auxilia na identificação de candidatos para aconselhamento genético e facilita encaminhamentos apropriados | Auxilia na identificação de candidatos para teste molecular ou genético e aconselhamento, e facilita encaminhamentos apropriados |
| | Apoia uma transição suave dos pacientes do tratamento ativo para a sobrevivência ou cuidados de fim de vida | Suporta uma transição suave dos pacientes do tratamento ativo para a sobrevivência, gerenciamento de câncer crônico, ou cuidados de fim de vida |
| | Usa uma estrutura ética em relação ao atendimento ao paciente para ajudar os pacientes com câncer com questões relacionadas aos objetivos do tratamento, diretrizes antecipadas, cuidados paliativos e preocupações com o fim da vida | Auxilia pacientes com câncer em questões relacionadas a objetivos de tratamento, diretrizes antecipadas, cuidados paliativos e preocupações com o fim da vida usando uma estrutura ética que não julga e não discrimina |

continuação

Quadro 1. Comparação das competências das publicações da *Oncology Nurse Navigator Core Competencies*, 2013 e 2017

| COMPETÊNCIA | 2013 | 2017 |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Comunicação | Defensores dos pacientes para promover melhores cuidados e resultados | Defensores dos pacientes para promover cuidados centrados no paciente que inclui a tomada de decisão compartilhada e as metas de atendimento dos pacientes com resultados ideais |
| Comunicação | Garante que a comunicação é culturalmente sensível | Garante que a comunicação é culturalmente sensível e apropriado para o nível identificado de alfabetização em saúde |
| Educação | | Mudou de função profissional para categoria de educação: Obtém ou desenvolve materiais educacionais relacionados à oncologia para pacientes, funcionários e membros da comunidade, conforme apropriado |
| | Não incluído nas competências de 2013 | Nova competência: Fornece educação sobre testes genômicos e moleculares e a implicação dos resultados |

continuação

Quadro 1. Comparação das competências das publicações da *Oncology Nurse Navigator Core Competencies*, 2013 e 2017

| COMPETÊNCIA | 2013 | 2017 |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Papel profissional | Descrição da função profissional: ONNs demonstram profissionalismo no local de trabalho e na comunidade por meio de interações respeitosas e trabalho em equipe eficaz. Eles trabalham para promover e desenvolver a função e assumem a responsabilidade de buscar o crescimento e o desenvolvimento profissional pessoal. | Descrição revisada da função profissional: Os ENOs trabalham para promover e avançar a função e assumir a responsabilidade de buscar o crescimento e o desenvolvimento profissional pessoal. Além disso, os ONNs facilitam a promoção contínua e a melhoria da qualidade do programa de navegação da organização para melhor atender às necessidades da comunidade |
| Enfermeiro navegador em oncologia especialista | | Mudou de função profissional para categoria de especialista ENO: Contribui para a base de conhecimento da comunidade de saúde e no apoio ao papel do ENO por meio de atividades como envolvimento em organizações profissionais, apresentações, publicações e pesquisas |
| Enfermeiro navegador em oncologia especialista | | Mudou de função profissional para categoria de especialista ENO: Dissemina informações sobre o papel do ENO para outros membros da equipe de saúde por meio de educação de pares, mentoria e experiências de preceptor |

FONTE: Baileys K, McMullen L, Lubejko B, Christensen D, Haylock PJ, Rose T, Sellers J, Srdanovic D. Nurse Navigator Core Competencies: An Update to Reflect the Evolution of the Role. Clin J Oncol Nurs. 2018;22(3):272-281.

A ONS define três categorias de navegadores:

Navegador leigo: profissional voluntário ou não, treinado que fornece assistência individualizada a pacientes, famílias e cuidadores para ajudar a superar as barreiras do sistema de saúde e facilitar o acesso oportuno a cuidados de saúde e psicossociais de qualidade desde o pré-diagnóstico a todas as fases da experiência do câncer.¹¹

Enfermeiro navegador em oncologia iniciante: enfermeiro que trabalha dois anos ou menos na função e está desenvolvendo sua preparação acadêmica, conhecimento em enfermagem e experiência em navegação oncológica para desenvolver na função.¹¹

Enfermeiro navegador em oncologia especialista: trabalha pelo menos três anos, é proficiente no papel e possui conhecimento e experiência para usar o pensamento crítico e as habilidades de tomada de decisão relacionadas à evolução dos processos de navegação.¹¹

Na revisão de 2017, as competências dos especialistas foram adicionadas para demonstrar um nível avançado de conhecimento da prática do ENO, melhoria de processos, tomada de decisão e habilidades de pensamento crítico.^{11,13} Segue abaixo as competências do ENO segundo a ONS (Quadro 2).

Quadro 2. Competências do ENO conforme ONS, 2017

| ENO iniciante | |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Coordenação de Cuidados | Avalia as necessidades do paciente no encontro inicial e periodicamente durante a navegação, combinando necessidades não atendidas com serviços e referências e serviços de apoio adequados, como cuidados paliativos, nutricionistas, prestadores de serviços médicos, serviço social, pré / reabilitação e serviços jurídicos e financeiros. |
| | Identifica barreiras potenciais e relacionadas à assistência (por exemplo, transporte, psicossocial, emprego, financeiro) e facilita as referências, conforme apropriado, para mitigar as barreiras. |
| | Desenvolve o conhecimento dos recursos locais, comunitários ou nacionais disponíveis e a qualidade dos serviços prestados. |
| | Estabelece relacionamentos com os provedores desses serviços. |
| | Desenvolve ou usa ferramentas e métodos apropriados de triagem / avaliação (escala de dor, escala de fadiga, performance status, socioeconômica) para promover um plano de cuidados holístico e consistente. |

continuação

Quadro 2. Competências do ENO conforme ONS, 2017

| ENO iniciante | |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Coordenação de Cuidados | Facilita o agendamento oportuno de consultas, testes de diagnóstico e procedimentos para agilizar o plano de atendimento e promover a continuidade do atendimento. |
| | Participa da coordenação do plano de cuidados com a equipe multidisciplinar, promovendo o acompanhamento oportuno das recomendações de tratamento e cuidados de suporte. |
| | Facilita o atendimento individualizado no contexto da performance status, consideração cultural, alfabetização em saúde, psicossocial, reprodutiva / fertilidade e necessidades espirituais para pacientes, famílias e cuidadores. |
| | Aplica o conhecimento das diretrizes clínicas. |
| | Auxilia na identificação de candidatos para testes moleculares e / ou testes e aconselhamento genético, além de facilitar encaminhamentos apropriados. |
| | Realiza uma transição suave de pacientes do tratamento ativo para a sobrevivência, o tratamento do câncer crônico ou os cuidados no final da vida, relacionados a objetivos de tratamento, diretrizes antecipadas, cuidados paliativos e preocupações em fim de vida, usando uma estrutura ética que não julgue e não discriminatória. |
| | Garante a documentação dos encontros com os pacientes e dos serviços prestados. |
| | Aplica o conhecimento dos processos de seguro e seu impacto sobre estadiamento, encaminhamentos e decisões de atendimento ao paciente para estabelecer encaminhamentos adequados, conforme necessário. |
| Comunicação | Constrói relacionamentos terapêuticos e de confiança com pacientes, famílias e cuidadores por meio de habilidades efetivas de comunicação e escuta. |
| | Atua como uma ligação entre os pacientes, famílias, cuidadores e provedores para otimizar os resultados. |
| | Promove um atendimento centrado no paciente, que inclui a tomada de decisão compartilhada e os objetivos dos pacientes com resultados ideais. |
| | Fornecer apoio psicossocial e facilita encaminhamentos adequados para pacientes, familiares e cuidadores, especialmente durante períodos de alto estresse emocional e ansiedade. |
| | Capacita pacientes e familiares a comunicarem suas necessidades. |
| | Adere a regulamentos estabelecidos sobre informações e privacidade do paciente. |
| | Promove um ambiente de atendimento centrado no paciente e na família para tomada de decisão ética e defesa de pacientes com câncer. |
| | Garante que a comunicação seja culturalmente sensível e apropriada para o nível identificado de conhecimento em saúde. |

continuação

Quadro 2. Competências do ENO conforme ONS, 2017

| ENO iniciante | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Comunicação | Facilita a comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar de atendimento ao câncer para evitar cuidados fragmentados ou atrasados que possam afetar adversamente os resultados do paciente. |
| Educação | Avalia as necessidades educacionais de pacientes, famílias e cuidadores, levando em consideração as barreiras aos cuidados (por exemplo, alfabetização, idioma, influências culturais, comorbidades). |
| | Fornecer e reforçar a educação de pacientes, famílias e cuidadores sobre diagnóstico, opções de tratamento, gerenciamento de efeitos colaterais e assistência e sobrevivência pós-tratamento (por exemplo, plano de assistência à sobrevivência, resumo do tratamento). |
| | Educa pacientes, famílias e cuidadores sobre o papel do ENO. |
| | Orienta e educa pacientes, famílias e prestadores de cuidados do sistema de saúde do câncer, quanto funções dos membros da equipe multidisciplinares e recursos disponíveis. |
| | Promove a tomada de decisão autônoma dos pacientes por meio de educação e suporte personalizados. |
| | Educa e reforça a importância da adesão aos pacientes, familiares e cuidadores em relação aos horários, protocolos e acompanhamento do tratamento. |
| | Avalia e promove escolhas de estilo de vida saudáveis e estratégias de autocuidado por meio de educação e encaminhamento para serviços auxiliares. |
| | Fornecer orientação antecipada e gerenciar expectativas para ajudar os pacientes a lidar com o diagnóstico de câncer e seu potencial ou resultado esperado. |
| | Promove a conscientização sobre ensaios clínicos para pacientes, famílias e cuidadores. |
| | Obtém ou desenvolve materiais educacionais relacionados à oncologia para pacientes, funcionários e membros da comunidade, conforme apropriado. |
| Fornecer educação sobre testes genômicos e moleculares e a implicação dos resultados. | |
| Papel profissional | Promove a aprendizagem ao longo da vida e a prática baseada em evidências para melhorar o atendimento de pacientes que tiveram, tem ou possuem alto risco de diagnóstico oncológico. |
| | Demonstra comunicação eficaz com colegas, membros da equipe multidisciplinar de saúde e organizações e recursos da comunidade. |
| | Contribui para o programa ENO e o desenvolvimento de papéis, implementação e avaliação no sistema de saúde e na comunidade. |

continuação

Quadro 2. Competências do ENO conforme ONS, 2017

| ENO iniciante | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Papel profissional | Participa no rastreamento e monitoramento de métricas e resultados, em colaboração com a administração, para documentar e avaliar os resultados do programa de navegação e relatar as descobertas ao comitê de câncer. |
| | Colabora com o comitê e a administração do câncer para realizar e avaliar dados da avaliação das necessidades da comunidade para identificar áreas de melhoria que afetarão o processo de navegação do paciente e participar da melhoria da qualidade com base nas lacunas de serviço identificadas. |
| | Em colaboração com outros membros da equipe de saúde, cria parcerias com agências e grupos locais que podem ajudar no atendimento ao paciente com câncer, suporte ou necessidades educacionais. |
| | Estabelece e mantém limites profissionais com pacientes, cuidadores e a equipe de atendimento multidisciplinar em colaboração com o gerente, conforme definido pela descrição do trabalho. |
| ENO Especialista | |
| Contribui para o desenvolvimento da avaliação das necessidades da comunidade do programa de câncer e faz sugestões ao comitê de câncer sobre mudanças no programa de navegação relacionadas aos resultados da avaliação da comunidade e ao plano estratégico do programa de câncer. | |
| Auxilia na análise de lacunas, melhoria da qualidade e medidas de melhoria de processos, análise de dados e faz recomendações ao comitê de câncer para mudanças apropriadas no programa de navegação relacionada aos dados. | |
| Desenvolve e promove caminhos para o recrutamento de pacientes com ENO iniciante, colaborando com partes interessadas internas e externas. | |
| Acompanha o uso de recursos internos e externos da equipe e pacientes e faz recomendações para uso apropriado ou aprimorado, conforme necessário. | |
| Expande a corrente ou desenvolve novos processos para pesquisar pacientes e / ou cuidadores quanto à satisfação relacionada aos serviços de navegação, coleta resultados e reporta ao comitê de câncer. | |
| Contribui para o crescimento do programa através da colaboração com a administração do programa de câncer para desenvolver uma estratégia de marketing para apoiar o programa de navegação. | |
| Contribui para a base de conhecimento da comunidade de saúde e para apoiar o papel do ENO iniciante por meio de atividades como o envolvimento em organizações profissionais, apresentações, publicações e pesquisas. | |
| Divulga informações sobre o papel do ENO para outros membros da equipe de saúde por meio de experiências de educação, orientação e preceptor de pares. | |
| Colabora com médicos e equipe de apoio para evitar hospitalizações desnecessárias ou visitas a clínicas e melhora a adesão ao tratamento através de implementação de procedimentos adequados. | |
| Educação e acompanhamento do paciente e orienta ENOs iniciantes. | |

continuação

Quadro 2. Competências do ENO conforme ONS, 2017

| ENO Especialista |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Colabora com a administração do programa de câncer e com o comitê de câncer para desenvolver estratégias para atender aos requisitos e padrões da Comissão de Câncer. |
| Contribui para a sustentabilidade, melhoria e / ou desenvolvimento do programa por meio da colaboração com a fundação institucional em redação e filantropia. |

FONTE: Baileys K, McMullen L, Lubejko B, Christensen D, Haylock PJ, Rose T, Sellers J, Srdanovic D. Nurse Navigator Core Competencies: An Update to Reflect the Evolution of the Role. Clin J Oncol Nurs. 2018;22(3):272-281.

Além disso, essa publicação trouxe a importância de descrever mais claramente a ampla área de atuação do ENO dentro da própria oncologia. Essas fases incluem: prevenção e triagem, diagnóstico, tratamento, sobrevivência e cuidados no final da vida.

4.4 Benefícios da Navegação de Pacientes: Prática Baseada em Evidências

Ell et al em 2007, conduziu um estudo controlado randomizado para avaliar as barreiras para acompanhamento de mulheres com câncer de mama e colo de útero, constatou que as mulheres que receberam navegação apresentaram taxas de adesão significativamente mais altas (90%) do que as do grupo controle (66%) que recebiam os cuidados habituais.¹⁴

Um estudo de Ruth Smith (2017) que teve com objetivo avaliar o efeito da visita domiciliar da enfermeira navegadora fornecendo apoio e educação para reduzir o distress em pacientes com câncer de mama recém-diagnosticados evidenciou que a pontuação média pré-teste do *Distress Thermometer and Questionnaire* foi 8,19 (desvio padrão [DP] = 2,120), indicando altos níveis de sofrimento. A pontuação média no pós-teste foi 3,23 (DP = 2,093). As diferenças entre as pontuações do pré-teste e pós-teste foram consideradas significativas ($t = 13,889, p = 0,001$), sugerindo que as visitas domiciliares do enfermeiro navegador contribuíram a reduzir distress das pacientes.¹⁵

Outro estudo conduzido por Psooy em 2004, para determinar os efeitos da navegação de paciente com achados mamográficos sugestivos de malignidade até o tempo para realização da biópsia identificou que houve diminuição significativamente significativa no tempo de espera de 20 dias para pacientes não navegadas e 14 dias para pacientes navegadas (Psooy et al 2004).¹⁶

Uma revisão integrativa de literatura realizada por Pautasso FF et al (2018), com o objetivo de conhecer a produção científica sobre o enfermeiro atuando na oncologia com a função de navegador de pacientes, *Nurse Navigator*, foram analisados 17 artigos que trouxeram em seus resultados benefícios como melhora na adesão ao tratamento, diminuição de espera para início de tratamento e melhora na qualidade de vida.⁷

4.5 Navegação de Pacientes no Cenário Brasileiro

O sistema brasileiro está organizado para o atendimento de doenças agudas, no hospital e médico centrado. O atual modelo de cuidado oncológico impacta diretamente nos resultados em saúde, tais como: baixa qualidade dos diagnósticos ou diagnósticos tardios; ausência de informação abrangente e integrada sobre o paciente; fragmentação das intervenções mais relevantes como quimioterapia, radioterapia e cirurgia, ausência de coordenação do cuidado prestado nos diferentes pontos de atenção e níveis de complexidade da rede.¹⁷ O câncer possui grande impacto dos custos de um sistema de saúde e sua representação deve aumentar, uma vez que a população está envelhecendo e há uma importante evolução tecnológica tanto em relação ao diagnóstico quanto em relação ao tratamento do câncer. Desse modo, para

obter melhores resultados em termos assistenciais, com sustentabilidade o setor suplementar de saúde entendeu que se faz necessário migrar de um modelo de cuidado fragmentado e desorganizado para um modelo integrado, organizado, longitudinal e com informação de qualidade disponível.¹⁷

Para combater as dificuldades estruturais na organização da rede de oncologia na saúde suplementar brasileira, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no ano de 2016, desenvolveu o Projeto OncoRede, com o objetivo de implementar um novo modelo de cuidado a pacientes oncológicos beneficiários de planos de saúde, articulado e com foco no cuidado integral.¹⁷

O modelo do OncoRede propõe um conjunto de ações integradas capazes de reorganizar, estimular a integração e aprimorar a prestação de serviços de atenção oncológica, buscando um sistema de saúde organizado e responsivo, com regras claras, com profissionais capacitados e com informação acessível. Dentre seus pilares o programa traz a figura do “Assistente de Cuidado”. Esse profissional é responsável por navegar os pacientes em todas as fases de sua jornada assistencial, apoiando a superar barreiras, monitoramento da adesão e ainda atuar de forma colaborativa com o oncologista.¹⁷

Com isso, apesar de estarmos distantes do contexto internacional quanto a navegação de pacientes, a saúde suplementar brasileira vem avançando na implementação e estruturação do enfermeiro navegador. Dentre elas destacamos o Hospital Moinhos de Ventos, localizado em Porto Alegre no Rio Grande do Sul, que possui um programa destinado a pacientes com câncer de mama. Contudo, apesar de reconhecer os inúmeros benefícios da

navegação em oncologia, às instituições públicas brasileiras ainda encontram dificuldades na estruturação de sólidos programas.

Considera-se um diferencial importante a existência do enfermeiro navegador nos serviços de oncologia do Brasil, pois, além de ajudar o paciente a superar o impacto do diagnóstico e a dificuldade de entendimento da evolução da doença, auxilia a transpor barreiras que dificultam o acesso ao sistema de saúde e que, portanto, atrasam o tratamento.⁷

5. DESENHO DO ESTUDO E METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de coorte, onde efeitos das intervenções do programa enfermeiro navegador (PEN) serão medidos através da comparação do desfecho nos grupos navegação e controle. O grupo considerado nesse estudo como controle são os pacientes com carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço submetidos à quimioterapia (cisplatina) e radioterapia concomitantes no ano de 2019. O grupo designado como navegação são os pacientes com esse mesmo diagnóstico e regime terapêutico, porém foram acompanhados e receberam as intervenções do programa do enfermeiro navegador. A escolha desses pacientes se deu de forma consecutiva, não probabilística, de acordo com sua entrada na instituição de estudo. Este estudo compreendeu duas fases. A primeira fase foi retrospectiva de caráter quantitativo e a segunda fase prospectiva quanti-qualitativo.

Primeira fase: nessa fase foi realizada uma busca em prontuário eletrônico dos pacientes submetidos à quimioterapia (cisplatina) concomitante com radioterapia no ano de 2019. Tal busca teve como objetivo realizar o levantamento do número de hospitalizações (passagens e dia de pronto-socorro e internação) decorrentes de eventos adversos relacionados ao tratamento, bem como o número de falta nas consultas, exames e tratamentos e ainda número de ciclos e sessões de quimioterapia e radioterapia realizados. Esses dados foram comparados posteriormente por meio de análises estatísticas com o grupo navegação.

Segunda fase: nessa fase os pacientes do grupo navegação foram inseridos no programa enfermeiro navegador. O recrutamento ocorreu de

Março à Setembro de 2021.

Os pontos principais navegados e que receberam as intervenções pertinentes do enfermeiro navegador foram:

- Toxicidades da quimioterapia;
- Adesão às consultas, tratamentos e exames (exame laboratorial, imagem);
- Possíveis internações decorrentes de complicações associadas ao tratamento ou doença.

5.1 Seleção do paciente

Após a consulta ambulatorial com a oncologia clínica, se indicação de quimioterapia com cisplatina concomitante com radioterapia, os pacientes foram encaminhados para consulta de enfermagem conforme rotina da instituição.

Nessa ocasião, o enfermeiro navegador realizou as seguintes ações:

- Aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido.
- Consulta de enfermagem conforme rotina institucional. O histórico de saúde deverá contemplar: sexo, idade, profissão, grau de escolaridade, renda familiar, região de domicílio, vícios (etilismo, tabagismo, consumo de drogas ilícitas) que subsidiou a identificação de fatores de risco para má adesão como, déficit de rede de apoio domiciliar de cuidados, dificuldade de transporte. O enfermeiro realizou todas as orientações quanto ao plano terapêutico, medidas de prevenções e manejos de toxicidades relacionadas ao tratamento.
- Realizou o encaminhamento para atendimento da nutrição, psicologia e serviço social caso o paciente não tivesse em acompanhamento com essas especialidades.

- Após a consulta, se certificou se o paciente realizou os agendamentos pertinentes (consultas, exames e tratamento) avaliando se tais datas estão condizentes com o estabelecido pelo médico e, se necessário, realizou a intervenção pertinente.

5.2 Monitoramento

Adesão ao tratamento: na data oportuna de cada agendamento o enfermeiro navegador consultou o sistema para identificar se o paciente compareceu. Se identificado falha de adesão, o enfermeiro contactou o paciente para esclarecimento do motivo da falta, aplicou a intervenção quando necessário e realizou o reagendamento.

Toxicidades: com o objetivo de avaliar as toxicidades e implementar intervenções pertinentes, os pacientes foram periodicamente avaliados pelo enfermeiro navegador conforme quadro abaixo:

Quadro 3. Calendário de avaliações do enfermeiro navegador durante o tratamento

| | | | | | | |
|------------------------------------------|------------------------|---------------------------|--------|--------------------------------------|-----|-----|
| D1 – RT + QT – C1¹ | D2 RT | D3 RT¹ | D4 RT | D5 RT | D6 | D7 |
| D8 RT¹ | D9 RT | D10 RT¹ | D11 RT | D12 RT | D13 | D14 |
| D15 RT¹ | D16 RT | D17 RT | D18 RT | D19 RT | D20 | D21 |
| D22 RT + QT – C2¹ | D23 RT | D24 RT¹ | D25 RT | D26 RT | D27 | D28 |
| D29 RT¹ | D39 RT | D31 RT¹ | D32 RT | D33 RT | D34 | D35 |
| D36 RT¹ | D37 RT | D38 RT | D39 RT | D40 RT | D41 | D42 |
| D43 RT + QT – C3¹ | D44 RT | D45 RT¹ | D46 RT | D47 RT - ALTA¹ | D48 | D49 |
| D50² | D79² | D94² | | | | |

1. Dias de avaliações presenciais do enfermeiro navegador.

2. Dias de avaliações não-presenciais do enfermeiro navegador.

As datas de avaliações foram planejadas para compreender os

principais dias de reações do tratamento, bem como o período do nadir das citopenias sanguíneas. Apesar de ter dias fixos de avaliações os pacientes receberam avaliações extras de acordo com a demanda apresentada. Além disso, outro ponto importante foi em coincidir as avaliações em datas em que o paciente já deveria comparecer à instituição para o tratamento e/ou consulta, não acarretando assim em seu deslocamento somente para avaliação referente a esse estudo. As avaliações subsequentes ao tratamento foram realizadas de forma remota, por meio de contato telefônico. Os pacientes receberam alta do monitoramento somente se estavam com sintomas compensados.

A avaliação das toxicidades foi baseada pelas escalas *Radiation Therapy Oncology Group* (RTOG) para a mucosite, radiodermite e xerostomia e pelo Critério Comum de Toxicidades (versão 5.0) para avaliação das demais toxicidades.^{18,19} O médico ou odontologista (se mucosite) foram acionados para manejo clínico a partir da toxicidade GII.

5.3 Local do estudo

O estudo foi realizado no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), um hospital do Sistema Único de Saúde (SUS), de alta complexidade, destinado ao atendimento de pacientes com diagnóstico oncológico. O ICESP integra o complexo hospitalar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), maior complexo hospitalar da América Latina. Desde sua inauguração em 2008, suas premissas são fundamentadas nos pilares da assistência, ensino e pesquisa o que o tornou reconhecido nacionalmente e internacionalmente como centro de excelência em oncologia e pesquisa.

Dada essa fundamentação, o instituto possui protocolos/processos assistências fortemente estabelecidos visando favorecer ao paciente segurança assistencial em todas as fases de sua jornada, incluindo assim os pacientes elegíveis desse estudo. Nesse sentido destacamos a seguir os principais processos e protocolos institucionais que vão realizar interface com o programa de navegação de pacientes no qual é o objeto deste estudo.

5.3.1 Processos e protocolos institucionais

5.3.1.2 Protocolo Interdisciplinar de Quimioterapia

Este protocolo estabelece diretrizes quanto à atuação de diferentes especialidades, como enfermeiro, farmacêuticos, oncologistas e assistentes administrativos no processo de administração de agentes antineoplásicos. Têm como principal objeto garantir a segurança assistencial e boas práticas em todas as fases do processo da terapia antineoplásica, desde a etapa da confecção da prescrição médica até a administração propriamente dita. É importante ressaltar que todo o processo de prescrição de agentes antineoplásicos é fundamentado nas diretrizes do Manual de Oncologia Clínica do ICESP.²⁰ Está contemplada nesse protocolo a etapa do tratamento concomitante com a radioterapia, onde através de diretrizes pré-estabelecidas favorecem que o paciente realize seu tratamento na data correta de acordo com o protocolo. Nesse protocolo ainda está contemplada a adesão ao tratamento, onde a equipe administrativa diariamente contata todos os pacientes que tiveram faltas, sinaliza a enfermagem da quimioterapia que avalia o motivo da ausência e realiza a intervenção pertinente. Da mesma forma, vale destacar que esse monitoramento também acontece no setor de

radioterapia.

5.3.1.3 Processo de enfermagem ambulatorial

Trata-se de um processo sistematizado, fundamentado nas teorias do autocuidado de Orem e das necessidades humanas básicas de Wanda Horta.²¹ A teoria de Orem tem a premissa apoiar e capacitar o indivíduo na realização de seu autocuidado para manutenção da vida, saúde e bem estar.²¹ A teoria da Wanda de Aguiar Horta, a assistência de enfermagem é voltada a identificar e atender o indivíduo nas suas necessidades humanas básicas nas esferas biopsicossociais, torná-lo independente desta assistência por meio da educação e assim recuperar, manter e promover a saúde.²¹ Fundamentado nessas duas teorias a equipe de enfermagem dos ambulatórios, quimioterapia e radioterapia apoiam o paciente/família no manejo de eventos adversos, encaminhamentos para equipe multidisciplinar (serviço social, psicologia e nutrição) se identificado alguma demanda. Cada enfermeiro dentro de sua área de atuação (ambulatórios, quimioterapia e radioterapia) realizam as consultas de enfermagem e por meio de processos bem estabelecidos favorecem que o paciente realize seu tratamento de acordo com o protocolo institucional.

5.3.1.4 Alô Enfermeiro

Trata-se de canal de atendimento telefônico que promove comunicação direta do paciente com o enfermeiro, capacitado para este serviço, que disponibiliza orientações assistenciais 24 horas/dia. É um programa pioneiro que nasceu no ano de 2006, a partir de um cenário onde os pacientes oncológicos em quimioterapia ambulatorial sofriam as toxicidades do tratamento em seu domicílio e, devido ao manejo inadequado dos sintomas, acabavam procurando um serviço de pronto atendimento decorrendo em

internações, adiamento e/ou suspensão de tratamento, comprometendo seu prognóstico e ainda levando ao declínio da qualidade de vida. O Alô Enfermeiro então veio com propósito de mudar esse cenário e está disponível para todos os pacientes matriculados na instituição do estudo.

5.3.1.5 Alô Nutrição

É um serviço telefônico voltado para resolução de dúvidas de pacientes em relação a alimentação fora do ambiente hospitalar. O principal objetivo desse atendimento é promover a continuidade do cuidado, quando não for possível esperar o retorno ambulatorial e promover o manejo nutricional de sintomas relacionados ao tratamento como, por exemplo, náusea, vômito, diarreia e disfagia.

5.3.1.6 Alô Farmacêutico

É outro canal de atendimento telefônico da instituição, onde o paciente tem a oportunidade de esclarecer dúvidas relacionadas à sua terapia medicamentosa diretamente com o farmacêutico clínico.

Todos esses processos contribuem positivamente para a jornada do paciente, contudo acreditamos ser importante ter uma horizontalidade no cuidado, ou seja, uma pessoa de referência para o paciente que o conduza, monitore e avalie o processo como um todo. Favorecendo assim que este profissional tenha a oportunidade de identificar o mais precoce possível, potenciais problemas e realizar a intervenção pertinente. Além disso, nos ambulatórios não há um calendário de avaliações periódicas específicas para determinados tipos de tratamentos. Dessa forma, acreditamos que o programa enfermeiro navegador acrescentar valor aos processos e protocolos já

existentes, garantindo o cuidado holístico.

5.4 População de estudo

Os pacientes elegíveis para o estudo apresentaram todas as características abaixo:

- 1 - Idade igual ou maior a 18 anos de ambos os sexos
- 2 - Capacidade cognitiva preservada
- 3 - Diagnóstico histológico de carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço
- 4 - A doença localmente avançada com sítio primário em cavidade orallaringe, orofaringe e hipofaringe (correspondente aos CID10: C14, C32, C10 e C13)
- 5 - Planejamento de quimioterapia concomitante com radioterapia de acordo com o protocolo institucional
- 6 - Termo de consentimento livre e esclarecido devidamente assinado.

5.5 Considerações éticas

O estudo foi submetido e aprovado junto à Comissão Científica de Ensino e Pesquisa (CCEP), Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CAPPpesq-FMUSP) e Plataforma Brasil, número do parecer 4.570.289.

5.6 Considerações estatísticas

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado para permitir a comparação entre hospitalizações, considerando um tamanho de efeito médio de 0,50, com erro tipo I de 0,05 (5%) e poder estatístico de 80%, sendo então calculados 64 pacientes para cada grupo.

Foi calculada a porcentagem de adesão através do número de comparecimentos aos agendamentos divididos pelo número total de agendamentos multiplicados por 100.

Para analisarmos se haveria diferenças de frequência de hospitalizações, assim como no número de faltas de agendamentos entre os grupos foi realizado o teste t de Student ou teste de Mann-Whitney de acordo com a distribuição dos dados.

O nível de significância adotado foi 5% para todas as hipóteses. A análise estatística foi realizada no software estatístico SPSS for Windows v.25.

5.7 Financiamento

Para a realização desse estudo não houve financiamento.

5.8 Gerenciamento dos dados

As variáveis do estudo foram extraídas do prontuário eletrônico, tabuladas em planilha Excel pela pesquisadora, onde os dados de identificação dos participantes foram anonimizados, garantindo a segurança da informação conforme Lei Geral de Proteção de Dados nº 13.709/2018.

6. RESULTADOS

Após análise de prontuários dos pacientes com diagnóstico de CEC de cabeça e pescoço que realizaram quimioterapia concomitante com radioterapia no ano de 2019, conforme os critérios de inclusão do estudo, 130 pacientes contemplaram o grupo controle. No que diz respeito ao grupo navegação, 26 pacientes foram inseridos no estudo.

As características dos participantes do estudo, sexo, idade, *Performance Status de Karnofsky (KPS)*, comorbidades, sítio primário, estadiamento e presença da proteína p16 para o CEC de orofaringe estão representadas na tabela 1. Os resultados retratam que em todas essas variáveis não houve diferença estatística entre os grupos, exceto pela comorbidade diabetes mellitus ($p=0,014$), no qual foi mais incidente no grupo navegação, representando 23,1% contra 6,2% no grupo controle. Em ambos os grupos a predominância dos participantes foi do sexo masculino, sendo 87,7% no grupo controle e 76,9% no navegação. A mediana de idade foi 58 anos para o grupo controle e 57 anos para o grupo navegação. No que diz respeito ao *Performance Status*, a maior parcela dos participantes, apresentavam KPS inicial de 80 a 90%, No grupo controle 86,9% estão dentro dessas categorias e no grupo navegação corresponde a 96,2%. Referente ao sítio primário a predominância foi o CEC de orofaringe 50,8% no grupo controle e 46,2% no grupo navegação. No grupo controle os estadiamentos clínicos mais incidentes foram os IVA (51,6%) e IVB (34,4%). No grupo navegação os estadiamentos clínicos mais incidentes foram os III (30,8%), IVA (38,5%) e IVB (26,9%), evidenciando doença avançada no diagnóstico em ambos os grupos. Nos

participantes com CEC de orofaringe, em uma pequena parcela, 7,7% do grupo controle e 15,4% do grupo navegação, apresentavam a presença da proteína p16.

Tabela 1. Características da população de estudo – ICESP 2019 e 2021

| Características da população de estudo | Grupo | | Valor de p |
|----------------------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| | Controle n = 130 (%) | Navegação n = 26 (%) | |
| Sexo | | | |
| Masculino | 114 (87,7) | 20 (76,9) | 0,550 ¹ |
| Feminino | 46 (12,3) | 6 (23,1) | |
| Idade | | | |
| Média (desvio padrão) | 58 (8) | 57 (7) | 0,766 ² |
| Mediana (mínimo-máximo) | 57 (27-78) | 59 (40-71) | |
| Performance Status Karnofsky | | | |
| 70% | 4 (3,1) | 1 (3,8) | |
| 80% | 36 (27,7) | 6 (23,1) | 0,275 ³ |
| 90% | 77 (59,2) | 19 (73,1) | |
| 100% | 13 (10,0) | 0 (0) | |
| Comorbidades | | | |
| Pacientes com comorbidades | 56 (43,) | 12 (46) | 0,830 ³ |
| Pacientes sem comorbidades | 74 (56,9) | 14 (54) | |
| Osteoartrose | 2 (1,5) | 0 (0) | 0,999 ³ |
| Síndrome da imunodeficiência adquirida | 1 (0,8) | 0 (0) | 0,999 ³ |
| Epilepsia | 1 (0,8) | 0 (0) | 0,999 ³ |
| Doença pulmonar obstrutiva crônica | 5 (3,8) | 0 (0) | 0,591 ³ |
| Diabetes mellitus | 8 (6,2) | 6 (23,1) | 0,014³ |
| Cardiopatia | 8 (6,2) | 2 (7,7) | 0,673 ³ |
| Dislipidemia | 6 (4,6%) | 2 (7,7) | 0,621 ³ |
| Hepatopatia | 5 (3,8%) | 0 (0) | 0,591 ³ |
| Anemia | 2 (1,5%) | 0 (0) | 0,999 ³ |
| Hipertensão arterial sistêmica | 34 (26,2%) | 10 (38,5) | 0,235 ³ |

continuação

Tabela 1. Características da população de estudo – ICESP 2019 e 2021

| Características da população de estudo | | Grupo | | Valor de p |
|------------------------------------------------------|---------------|----------------------------|----------------------------|--------------------|
| | | Controle n = 130 (%) | Navegação n = 26 (%) | |
| Sítio primário | | | | |
| | Orofaringe | 66 (50,8%) | 12 (46,2) | 0,128 ³ |
| | Cavidade oral | 35 (26,9%) | 6 (23,1) | |
| | Laringe | 13 (10%) | 7 (26,9) | |
| | Hipofaringe | 16 (12,3%) | 1 (3,8) | |
| Estadiamento da doença segundo AJCC 8ª edição | | | | |
| | I | 1 (0,8) | 0 (0,0) | 0,065 ³ |
| | II | 5 (4,1) | 1 (3,8) | |
| | III | 11 (9) | 8 (30,8) | |
| | IVA | 63(51,6) | 10 (38,5) | |
| | IVB | 42 (34,4%) | 7 (26,9) | |
| Presença da proteína p16 | | | | |
| | Sim | 10 (7,7%) | 4 (15,4) | 0,254 ³ |
| | Não | 120 (92,3%) | 22 (84,6) | |

1. Teste qui-quadrado de Pearson.

2. Teste t de Student.

3. Teste exato de Fisher.

No que diz respeito à quimioterapia, segundo dados apresentados na tabela 2, 61,5% dos participantes do grupo navegação concluíram os três ciclos de tratamento conforme protocolo institucional. No grupo controle esse dado foi 33,1% (p 0,008). O principal motivo que levou a suspensão de quimioterapia, em ambos os grupos foi a toxicidade limitante. As toxicidades mais incidentes foram a nefrotoxicidade, sendo 49,4% no grupo controle e 40% no grupo navegação e a neutropenia representando 26,4% e 20%, respectivamente.

Além dessas, no grupo controle, a mucosite também foi uma importante toxicidade limitante ao tratamento representando 16,1%, ao passo que no grupo navegação nenhuma quimioterapia foi suspensa por esse motivo. As toxicidades também foram as principais causas de atrasos no ciclo de quimioterapia no grupo controle, sendo elas a neutropenia (26,3%), nefrotoxicidade (26,3%), mucosite (15,8%), náusea e vômito (15,8%).

Contudo, no grupo navegação não houve atraso referente à toxicidade, houve uma ocorrência por motivo de falta. Ao analisarmos a necessidade de redução de dose do quimioterápico, evidenciamos que, em ambos os grupos, essa medida se faz necessária, representando 11,5% no grupo controle e 15,4% no grupo navegação, com $p = 0,526$.

No que se refere à radioterapia ao analisarmos as variáveis, tempo de tratamento e número de suspensões de sessões, os resultados evidenciados na tabela 3, mostram um valor de $p = 0,483$. A média de dias corridos de duração da radioterapia em ambos os grupos foi 50 dias (desvio padrão de 14 dias no grupo controle e 9,9 no grupo navegação) próximo ao protocolo institucional (49 dias). A principal causa de suspensão de sessão de tratamento foi toxicidade (37%) no grupo controle e replanejamento (83,3%) no grupo navegação. Mais uma vez a mucosite (11,1%) se destaca como a principal toxicidade e causa de suspensão de sessão no grupo controle. Além dela, a náusea e o vômito (11,1%) também foram motivos de suspensão de sessão nesse grupo. Já no grupo navegação, somente um participante teve sessão suspensa por toxicidade, sendo esta a radiodermite.

Tabela 2. Apresentação das variáveis referentes à quimioterapia de ambos os grupos – ICESP 2019 e 2020

| Quimioterapia | Grupo | | Valor de p ¹ |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|-------------------------|
| | Controle n = 130 | Navegação n = 26 | |
| Ciclos de quimioterapia | | | |
| Um ciclo de QT realizado | 38 (29,2) | 2 (7,7) | |
| Dois ciclos de QT realizados | 49 (37,7) | 8 (30,8) | |
| Três ciclos de QT realizados | 43 (33,1) | 16 (61,5) | |
| Pacientes que tiveram pelo menos um ciclo de quimioterapia suspensa | 87 (66,9) | 10 (38,5) | 0,008 |
| Pacientes que tiveram atraso no ciclo | 27 (20,8) | 2 (7,7) | 0,168 |
| Classificação do motivo pelo qual o ciclo de QT foi suspensa | | | |
| Toxicidade limitante | 76 (87,4) | 7 (70,0) | |
| Perda de seguimento | 2 (2,3) | 1 (10,0) | |
| Progressão de doença | 1 (1,1) | 0 (0,0) | |
| Término de radioterapia | 2 (2,3) | 1 (10,0) | 0,052 |
| Alteração de conduta | 6 (6,9) | 0 (0,0) | |
| Recusa | 0 (0,0) | 1 (10,0) | |
| Toxicidades que levaram a suspensão do ciclo de QT | | | |
| Nefrotoxicidade | 43 (49,4) | 4 (40,0) | 0,324 |
| Ototoxicidade | 7 (8,0) | 0 (0,0) | 0,999 |
| Mucosite | 14 (16,1) | 0 (0,0) | 0,349 |
| Neutropenia | 23 (26,4) | 2 (20,0) | 0,999 |
| Anemia | 2 (2,3) | 0 (0,0) | 0,999 |
| Plaquetopenia | 0 (0,0) | 1 (10,0) | 0,103 |
| Náusea e vômito | 30 (34,5) | 0 (0,0) | 0,029 |
| Classificação do motivo pelo qual houve atraso no ciclo de QT² | | | |
| Toxicidade | 13 (68,4) | 0 (0,0) | |
| Falta | 4 (21,1) | 2 (100) | 0,168 |
| Atraso na data do retorno | 1 (5,3) | 0 (0,0) | |
| Internação para cirurgia | 1 (5,3) | 0 (0,0) | |
| Toxicidade pelo qual houve atraso da QT | | | |
| Neutropenia | 5 (26,3) | 0 (0,0) | 0,999 |
| Nefrotoxicidade | 5 (26,3) | 0 (0,0) | 0,999 |
| Mucosite | 3 (15,8) | 0 (0,0) | 0,999 |
| Náusea e vômito | 3 (15,8) | 0 (0,0) | 0,999 |
| Redução de dose de quimioterapia | | | |
| Pacientes que tiveram redução de dose do quimioterápico | 15 (11,5) | 4 (15,4) | 0,526 |
| Motivos de redução de dose de QT | | | |
| Neutropenia | 7 (46,7) | 1 (25,0) | 0,603 |
| Nefrotoxicidade | 3 (20,0) | 2 (50,0) | 0,272 |
| Mucosite | 1 (6,7) | 1 (25,0) | 0,386 |
| Náusea e vômito | 6 (40,0) | 0 (0,0) | 0,255 |

1. Teste Exato de Fisher.

2. 08 casos do grupo controle não especificados e 19 dados válidos.

Tabela 3. Apresentação das variáveis referentes à radioterapia de ambos os grupos – ICESP 2019 e 2020

| Radioterapia | | Grupo | | Valor de p |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------|
| | | Controle n = 130 (%) | Navegação n = 26 (%) | |
| Duração da radioterapia em dias corridos | Média (desvio padrão) | 50,4 (14) | 50,2 (9,9) | 0,483 ¹ |
| | Mediana (mínimo-máximo) | 49 (12-138) | 48 (33-93) | |
| Pacientes que tiveram alguma sessão de radioterapia suspensa | Sim | 76 (24,6) | 4(15,4) | 0,868 ² |
| | não | 2 (75,4) | 22 (84,6) | |
| Sessões suspensas na radioterapia | Média (desvio padrão) | 0,9 (2,2) | 0,5 (1,1) | 0,779 ² |
| | Mediana (mínimo-máximo) | 0 (0-12) | 0 (0-4) | |
| Classificação do motivo pelo qual a sessão de radioterapia foi suspensa | Toxicidade | 10 (37,0) | 1(16,7) | 0,286 ² |
| | Replanejamento | 6 (22,2) | 5 (83,3) | |
| | Falha no equipamento | 1 (3,7) | 0 (0,0) | |
| | Internado | 4 (14,8) | 0 (0,0) | |
| | Mudança de técnica de tratamento | 3 (11,1) | 0 (0,0) | |
| | Progressão da doença | 1 (3,7) | 0 (0,0) | |
| | Crise de ansiedade | 1 (3,7) | 0 (0,0) | |
| | Abandono | 1 (3,7) | 0 (0,0) | |
| Toxicidade pelo qual a radioterapia foi suspensa | Neutropenia associada à infecção | 2 (7,4) | 0 (0,0) | 0,999 ³ |
| | Riodermite | 2 (7,4) | 1 (16,7) | 0,464 ³ |
| | Náusea e vômito | 3 (11,1) | 0 (0,0) | 0,999 ³ |
| | Anemia | 2 (7,4) | 0 (0,0) | 0,999 ³ |
| | Mucosite | 3 (11,1) | 0 (0,0) | 0,999 ³ |

1. Teste U de Mann Whitney.

2. Teste Qui-quadrado de Pearson.

3 Teste Exato de Fisher.

A fim de analisar a adesão ao tratamento que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) significa a medida com que o comportamento de uma

pessoa corresponde às recomendações de um profissional da saúde.²² Nesse sentido, avaliamos o número de faltas na quimioterapia, radioterapia e consultas multidisciplinares. A média de falta do grupo controle foi 4,8 e de 1,0 do grupo navegação com valor de $p < 0,001$.

Tabela 4. Avaliação das faltas no tratamento e em consultas multidisciplinares de ambos os grupos – ICESP 2019 e 2020

| Avaliação da Faltas | Grupo | | Valor de p^1 |
|-----------------------------------------------|-------------|------------|------------------|
| | Controle | Navegação | |
| | n = 130 (%) | n = 26 (%) | |
| Faltas na Quimioterapia | | | |
| Média (desvio padrão) | 0 (0) | 0 (0) | n/a ² |
| Mediana (mínimo-máximo) | 0 (0-1) | 0 (0-1) | |
| Faltas na Radioterapia | | | |
| Média (desvio padrão) | 2 (4,2) | 0,7 (1,7) | 0,047 |
| Mediana (mínimo-máximo) | 1 (0-26) | 0 (0-8) | |
| Faltas em Consultas Multidisciplinares | | | |
| Média (desvio padrão) | 10,2 (6,8) | 2,3 (2,1) | <0,001 |
| Mediana (mínimo-máximo) | 9 (0-32) | 2 (0-8) | |
| Todas as Faltas | | | |
| Média (desvio padrão) | 4,8 (6,3) | 1 (1,8) | <0,001 |
| Mediana (mínimo-máximo) | 1 (0-32) | 0 (0-8) | |

1. Teste de Mann-Whitney.

2. n/a: não se aplica.

Com objetivo de avaliar se houve diferença entre os grupos quanto a hospitalizações, as variáveis número de admissões no pronto atendimento e internações foram coletadas e estão representadas na tabela 5. Os dados mostram que no grupo controle 76,9% dos participantes tiveram pelo menos uma admissão no Centro de Intercorrências Oncológicas (CAIO), serviço de pronto atendimento da instituição de estudo. Ao passo que, no grupo

navegação, esse número correspondeu a 23,1% ($p < 0,001$). A média do tempo de permanência em dias no CAIO no grupo controle foi 3,3 (DP 3,1), já no grupo navegação esse tempo médio foi 0,6 (DP 1,4) ($p < 0,001$). No que se diz respeito à internação, 38,5% dos participantes do grupo controle foram internados durante o tratamento contra 3,8% do grupo navegação ($p < 0,001$). A média de permanência (em dias) de internação do grupo intervenção foi 4,9 (DP 9,67) e no grupo navegação 1,0 (DP 0,39) ($p = 0,001$). Identificamos que o principal motivo de hospitalização foi a toxicidade do tratamento. Náusea e vômitos (30%) e a nefrotoxicidade (17%) foram os principais motivos de admissões no CAIO no grupo controle, enquanto no grupo navegação a disfagia representou 83% dos casos. Referente aos motivos de internações a infecção associada ou não a neutropenia febril foi a principal causa em ambos os grupos, representando 68% no grupo controle e 100% no grupo navegação.

Tabela 5. Avaliação das variáveis referentes as admissões no CAIO, internação e período em dias de permanência de ambos os grupos – ICESP 2019 e 2020

| Hospitalização | | Grupo | | Valor de p |
|-------------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------|
| | | Controle n = 130 (%) | Navegação n = 26 (%) | |
| Admissão no CAIO ³ | sim | 100 (76,9) | 6 (23,1) | <0,001 ¹ |
| | não | 30 (23,1) | 20 (76,9) | |
| N. de passagens no CAIO | Média (desvio padrão) | 1,66 (1,5) | 0,30 (0,67) | <0,001 ² |
| | Mediana (mínimo-máximo) | 1 (0-6) | 0 (0-3) | |
| Dias de permanência no CAIO | Média (desvio padrão) | 3,3 (3,1) | 0,60 (1,4) | <0,001 ² |
| | Mediana (mínimo-máximo) | 3 (0-16) | 0 (0-5) | |

Tabela 5. Avaliação das variáveis referentes as admissões no CAIO, internação e período em dias de permanência de ambos os grupos – ICESP 2019 e 2020

| Hospitalização | | Grupo | | Valor de p |
|-----------------------------|----------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|
| | | Controle n = 130 (%) | Navegação n = 26 (%) | |
| Motivos de admissão no CAIO | Constipação | 6(6,0) | 1(16,7) | 0,343 ¹ |
| | Nefrotoxicidade | 17 (17,0) | 2 (33,3) | 0,292 ¹ |
| | Traqueostomia de emergência | 2 (2) | 0 (0,0) | 0,999 ¹ |
| | Ototoxicidade | 4 (4) | 0 (0,0) | 0,999 ¹ |
| | Sangramento tumoral | 5 (5) | 0 (0,0) | 0,999 ¹ |
| | Disfagia | 11 (11) | 5 (83,3) | <0,001¹ |
| | Odinofagia | 8 (8) | 3 (50,0) | 0,014¹ |
| | Mucosite | 19 (19) | 4 (66,7) | 0,019¹ |
| | Dor | 20 (20) | 4 (66,7) | 0,023¹ |
| | Neutropenia associada à infecção | 18 (18) | 2 (33,3) | 0,316 ¹ |
| | Infecção (sem neutropenia) | 37 (37) | 1 (16,7) | 0,417 ¹ |
| | Passagem de CNE ⁴ via endoscópica | 16 (16) | 1 (16,7) | 0,999 ¹ |
| | Náusea vômito | 30 (30) | 1 (16,7) | 0,669 ¹ |
| | Astenia | 5 (5) | 2 (33,3) | 0,050¹ |
| | Internação | sim | 50 (38,5) | 1 (3,8) |
| não | | 80 (61,5) | 25 (96,2) | |
| N. de dias de internação | Média (desvio padrão) | 4,9 (9,67) | 0,1 (0,39) | 0,001² |
| | Mediana (mínimo-máximo) | 0,38 (0-64) | 0 (0-2) | |

continuação

Tabela 5. Avaliação das variáveis referentes as admissões no CAIO, internação e período em dias de permanência de ambos os grupos – ICESP 2019 e 2020

| Hospitalização | | Grupo | | Valor de p |
|-----------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------|
| | | Controle n = 130 (%) | Navegação n = 26 (%) | |
| Motivos de internação | Neutropenia febril | 8 (16,0) | 1 (100,0) | 0,176 ¹ |
| | Sangramento tumoral | 5 (10,0) | 0 (0,0) | 0,999 ¹ |
| | Passagem de GTT ⁵ | 3 (6,0) | 0 (0,0) | 0,999 ¹ |
| | Dor não paliada | 3 (6,0) | 1 (100) | 0,078 ¹ |
| | Traqueostomia de emergência | 3 (6,0) | 0 (0,0) | 0,999 ¹ |
| | Náusea vômito | 6 (12,0) | 0 (0,0) | 0,999 ¹ |
| | Mucosite | 3 (6,0) | 0 (0,0) | 0,999 ¹ |
| | Infecção | 26 (52,0) | 1 (100,) | 0,999 ¹ |
| | Nefrotoxicidade | 13 (26,0) | 0 (0,0) | 0,999 ¹ |

1. Teste Exato de Fisher.

2. Teste de Mann-Whitney.

3. CAIO: Centro de Atendimento de Intercorrências Oncológicas.

4. CNE: cateter nasoentreal.

5. GTT: gastrostomia.

Referente à avaliação das toxicidades no grupo navegação, náuseas e vômitos, mucosite, xerostomia, disfagia, odinofagia e radiodermite ocorreram em 100% dos participantes. Contudo, nenhuma dessas toxicidades chegaram ao grau (G) IV e, ainda, em sua maioria foram graduadas como GI e GII. Não foi possível realizar a comparação entre os grupos, pois não havia dados consistentes em prontuário dos participantes do grupo controle.

Quadro 4. Caracterização das toxicidades apresentadas pelo grupo navegação
– ICESP 2021

| Toxicidade grupo navegação n.26 | | Grau 1 | Grau 2 | Grau 3 | N | % |
|---------------------------------------|---|--------|--------|--------|----|-------|
| Náusea | n | 11 | 13 | 2 | 26 | 100 |
| | % | 42,3 | 50,0 | 7,7 | | |
| Vômito | n | 13 | 11 | 0 | 24 | 92,00 |
| | % | 54,2 | 45,8 | 0,0 | | |
| Mucosite | n | 6 | 19 | 1 | 26 | 100 |
| | % | 23,1 | 73,1 | 3,8 | | |
| Radiodermite | n | 9 | 17 | 0 | 26 | 100 |
| | % | 34,6 | 65,4 | 0,0 | | |
| Neutropenia | n | 1 | 0 | 2 | 3 | 11,53 |
| | % | 33,3 | 0,0 | 66,7 | | |
| Anemia | n | 1 | 0 | 0 | 1 | 3,84 |
| | % | 100,0 | 0,0 | 0,0 | | |
| Plaquetopenia | n | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | % | 0,0 | 0,0 | 0,0 | | |
| Xerostomia | n | 10 | 16 | 0 | 26 | 100 |
| | % | 38,5 | 61,5 | 0,0 | | |
| Disfagia | n | 1 | 23 | 2 | 26 | 100 |
| | % | 3,8 | 88,5 | 7,7 | | |
| Odinofagia | n | 1 | 23 | 2 | 26 | 100 |
| | % | 3,8 | 88,5 | 7,7 | | |
| Ototoxicidade | n | 17 | 0 | 0 | 17 | 65,38 |
| | % | 100,0 | 0,0 | 0,0 | | |
| Nefrotoxicidade | n | 0 | 4 | 0 | 4 | 15,38 |
| | % | 0,0 | 100,0 | 0,0 | | |

Foi possível avaliar ainda se os participantes do estudo utilizaram o recuso do Alô Enfermeiro. Os dados da tabela 7 mostram que 70% dos participantes do grupo controle utilizaram o Alô Enfermeiro durante o tratamento. No grupo navegação esse número foi 23,1% (p 0,005). O principal motivo de contato ao Alô Enfermeiro em ambos os grupos foi referente ao manejo de sintomas, representando 81,4% no grupo controle e 50% no grupo navegação.

Tabela 6. Avaliação da utilização dos serviços do alô enfermeiro em ambos os grupos – ICESP 2019 e 2021.

| Alô Enfermeiro | | Grupo | | Valor de p ¹ |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------|
| | | Controle n = 130 (%) | Navegação n = 26 (%) | |
| Pacientes que contataram o alô enfermeiro | sim | 70 (53,8) | 6 (23,1) | 0,005 |
| | não | 60 (46,2) | 20 (76,9) | |
| Motivos de contato com o alô enfermeiro | Manejo de sintomas | 57 (81,4) | 3 (50,0) | 0,004 |
| | Orientações enquanto a dieta | 9 (12,9) | 1 (16,7) | |
| | Intercorrências com dispositivos | 4 (5,7) | 1 (16,7) | |
| | Orientações administrativas | 0 (0,0) | 1 (16,7) | |

1. Teste exato de Fisher

Outro dado que, apesar de não contemplar o objetivo desse estudo, que contudo acreditamos ser importante destacar, foi a avaliação da perda de peso durante o tratamento. Os dados demonstrados na tabela 8 mostram que os participantes do grupo controle tiveram uma média de perda de peso 12,22 kg (DP 2,67) em relação ao peso inicial. No grupo navegação a média de perda de peso foi 6,78 kg (DP 2,67) ($p < 0,001$). Foi possível identificar ainda que no grupo navegação houve uma maior incidência de passagem de dispositivo de via de alimentação (gastrostomia ou cateter nasoenteral), representando 26,25% no grupo controle e 61,53% no grupo navegação ($p < 0,001$).

Tabela 7. Avaliação da perda de peso no decorrer do tratamento em ambos os grupos – ICESP 2019 e 2021

| Perda de Peso Durante o Tratamento | | Grupo | | Valor de p ¹ |
|------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------|
| | | Controle n = 130 (%) | Navegação n = 26 (%) | |
| Perda de peso (kg)² | Média (desvio padrão) | 12,22 (2,67) | 6,78 (2,67) | <0,001 |
| | Mediana (mínimo-máximo) | 12 (5-18) | 6,38 (2,5-13) | |
| Passagem de CNE/GTT³ no tratamento | sim | 34(26,15) | 16 (61,53) | <0,001 |
| | não | 96 (73,07) | 10 (38,46) | |

1. Teste U de Mann-Whitney.

2. Kg: quilogramas.

3. CNE: cateter nasoenteral; GTT: gastrostomia.

7. DISCUSSÃO

Apesar do foco principal desse estudo ser a avaliação do programa de navegação por meio da comparação dos desfechos com o grupo controle, é importante ressaltar que a estruturação do programa, realizada previamente a esse estudo, foi de grande relevância para o alcance dos resultados apresentados. Ressalto que sua estruturação foi conduzida visando entregar um produto sólido, consolidado à instituição, garantindo em sua essência as premissas do ICESP, como humanização, qualidade assistencial e interdisciplinaridade. Todo o passo-a-passo desse processo foi construído com o apoio de toda equipe multidisciplinar que estão diretamente envolvidas no cuidado do paciente com câncer de cabeça e pescoço, bem como as diretorias responsáveis.

A partir do mapeamento da jornada do paciente, levantamento de dados relacionados ao processo, profissionais envolvidos, foi possível identificar os pontos fortes e principais pontos de melhorias. Baseado nisso e pautado nas diretrizes da publicação de 2017 da *Oncology Nursing Society*, que traz as principais competências do enfermeiro navegador em oncologia, o programa foi então desenhado.

Podemos destacar que um dos principais desafios foi a dinâmica das avaliações presenciais do enfermeiro navegador aos pacientes durante o período da radioterapia. Esse desafio se deu pelo fato do enfermeiro navegador estar localizado no ambulatório do quarto andar e as avaliações serem realizadas no setor de radioterapia localizado no 4º subsolo. Esse desenho foi construído para evitar o deslocamento do paciente da radioterapia

no 4º subsolo ao ambulatório do 4º andar. Favorecendo assim, a adesão as avaliações do seu enfermeiro navegador. Apesar de ter uma agenda específica para tais avaliações os horários de agendamentos foram feitos de forma a conciliar com horário da radioterapia. Com isso, a agenda ficou muito fragmentada e os deslocamentos dos enfermeiros navegadores à radioterapia foram cada vez mais constantes, impactando nas demais atividades do enfermeiro no ambulatório que também estavam sob suas responsabilidades, pois os navegadores não eram exclusivos para a navegação.

Visando diminuir esse impacto nas demandas do ambulatório, ao término do estudo a dinâmica das avaliações sofreu alteração. Concentramos os horários dos agendamentos de radioterapia e avaliações dos pacientes em navegação para um único período, evitando assim vários deslocamentos diários do enfermeiro navegador ao setor. É importante ressaltar que as reuniões multidisciplinares de discussões dos casos trouxeram oportunidades de melhorias em alguns processos institucionais que foram devidamente trabalhados. Como resultados, podemos destacar a busca ativa da equipe da nutrição aos pacientes faltosos na consulta, apoio da equipe administrativa para apoiar os pacientes com dificuldades em se cadastrar no site dos órgãos competentes para solicitação de gratuidade no transporte público e ainda adequações de agendas multidisciplinares.

Aos avaliarmos os resultados do estudo, foi possível identificar que os participantes do grupo navegação tiveram melhores desfechos quando comparado ao grupo controle no que diz respeito ao número total de ciclos de quimioterapia realizados, adesão ao tratamento, hospitalizações, procura ao alô enfermeiro e perda de peso durante o tratamento.

Referente à quimioterapia, os participantes do grupo navegação tiveram maior porcentagem de pacientes (61,5%) na conclusão dos três ciclos de quimioterapia quando comparado ao grupo controle (33,1%). Acreditemos que esse fato se deve há um manejo adequado da náusea e do vômito, visto que, no grupo controle, tais toxicidades estão dentro dos principais motivos de suspensão da quimioterapia, o que não aconteceu no grupo navegação. Tal afirmação se deve ao fato que, conforme descrito no *BC Cancer Drug Manual* (2019), o antineoplásico cisplatina é altamente emetogênico, podendo causar náuseas e vômitos severos em mais de 90% dos casos se não adequadamente manejados.²³

Em relação às hospitalizações, houve diferença estatística na comparação entre os grupos no que diz respeito ao número de admissões no CAIO e dias de permanência nesse serviço bem como na internação. Os dados evidenciaram que o grupo controle teve uma maior incidência em admissões e tempo de permanência no CAIO, bem como os dias de permanência na internação. Esse resultado vai de encontro com o estudo conduzido por Lee e col. (2011), que avaliou a eficácia das intervenções do enfermeiro navegador, sistematicamente desenvolvidas para pacientes oncológicos recém-diagnosticados.²⁴ Tal estudo trouxe como resultado que os pacientes assistidos pelo enfermeiro navegador apresentaram menor tempo de internação hospitalar quando comparado ao grupo controle.²⁴ Esse resultado pode estar relacionado à identificação precoce das toxicidades nas avaliações periódicas do enfermeiro navegador e a realização da intervenção correspondente. Dentre elas, podemos destacar o acionamento do oncologista e/ou radio-oncologista para adequação da prescrição de sintomáticos (náusea, vômito, dor, mucosite,

radiodermite), administração de medicamentos via parenteral em regime ambulatorial, apoio da equipe multidisciplinar (fonoaudióloga, nutrição, dentista) para manejo em conjunto de toxicidades como mucosite, disfagia, náusea e vômito. Nesse sentido, foi possível ainda evidenciar que todos os eventos adversos apresentados pelo grupo navegação, não evoluíram para GIV e a maior parte deles foram graus I e II.

Quanto às internações, o grupo navegação teve apenas um paciente que foi internado por neutropenia febril, identificamos que esse paciente procurou o CAIO num final de semana, onde no desenho desse estudo, nesses dias em específico não há intervenção do enfermeiro navegador. Houve contato com o Alô Enfermeiro que mediante aos sintomas relatados pelo paciente, mediante aos recursos disponíveis naquele momento, assertivamente, o orientou a comparecer no CAIO onde posteriormente foi internado. A partir desse cenário, identificamos que das seis admissões no CAIO dos pacientes do grupo navegação, 4 delas foram aos finais de semana. Esse fato denota a importância da estruturação de serviços de suportes que possam realizar intervenção medicamentosa em casos selecionáveis não advindo então na necessidade de admissão em um serviço de pronto atendimento para esse fim.

Com a evidente redução de admissões no CAIO e tempos de permanência na internação, acreditamos que o programa de navegação apresentado nesse estudo pode contribuir para redução de custos institucionais. Tal afirmação vai de encontro com dados do estudo conduzido por Kline e col. (2019) nos Estados Unidos com o objetivo de avaliar a navegação de pacientes com câncer como negócios para apoiar as

necessidades clínicas. Os resultados mostraram que o programa contribuiu para redução de custos associados a hospitalizações e internações em dois centros de câncer. Em um desses centros o uso reduzido de serviços de pronto atendimento dos pacientes no programa de navegação trouxe uma redução de custos de \$ 781,29 por trimestre. Em outro centro os pacientes do programa da navegação receberam 18% de seus cuidados em um serviço de atendimento de pronto atendimento, enquanto os pacientes que não estavam no programa esse número foi 30%.²⁵

No decorrer do estudo identificamos que 100% dos pacientes do grupo navegação apresentaram dor durante o tratamento caracterizada pela odinofagia. Em muitos casos a dor foi relatada como intensa, interferindo na alimentação por via oral, contribuindo para perda de peso, fato esse que contribuiu a um maior número de passagens de cateter nasoenteral ou gastrostomia quando comparamos como grupo controle. Mediante a esse cenário, nas discussões multidisciplinares, ficou notória a necessidade inserir a prescrição da analgesia junto aos demais medicamentos sintomáticos logo no início de tratamento e o fentanil transdérmico foi o principal medicamento utilizado.

A respeito da avaliação da adesão, os resultados mostram que o grupo controle teve um maior número de faltas, principalmente nas consultas multidisciplinares como nutrição, psicologia e fonoaudiologia. Ao realizar o monitoramento da adesão pelo enfermeiro navegador, no início do estudo, esse cenário estava presente. Mediante a isso, após apresentação dessa situação em reunião multidisciplinar foi identificada a necessidade de criar estratégias para uma melhor adesão. Nesse sentido, a equipe da nutrição

passou a fazer busca ativa dos pacientes do grupo navegação e, se necessário, converter algumas consultas presenciais à distância. Os horários das consultas e a disponibilidade das vagas da fonoaudiologia também eram fatores contribuintes de falhas na adesão e a equipe fez ajustes na agenda.

Quanto ao atendimento da psicologia, identificamos que muitos pacientes recusavam a passar com o psicólogo por acreditarem não ser necessário. Com isso, para esses pacientes a abordagem da psicologia foi realizada pela ativamente pela abordagem da profissional do setor da radioterapia que, junto com o psicólogo do ambulatório discutiram os casos. Nos demais casos, no que diz respeito a adesão, o acompanhamento ambulatorial pelo psicólogo ocorreu sem demais pontos de atenção. No que se refere às consultas de enfermagem do navegador, a fim de favorecer a adesão, a equipe de enfermagem da radioterapia, assim que o paciente dava entrada para o tratamento reforçava a importância de aguardar o atendimento de seu navegador e, somado a isso, contatava o profissional para viabilizar a consulta. Somado a isso, foi criada uma agenda de enfermagem específica e o paciente recebeu previamente os agendamentos de todo o tratamento. Em relação às demais consultas multidisciplinares como odontologia, equipe médica e serviço social não houve readequações, pois não foi identificada a necessidade. Referente à quimioterapia e radioterapia em ambos os grupos não houve diferença e os pacientes tiveram uma boa adesão. Os dados de melhor adesão do grupo navegação corroboram o estudo de Kline e col (2019) onde a adesão dos pacientes acompanhados pelo programa de navegação eram 10% mais propensos em comparecer ao tratamento quando comparado aos pacientes que não estavam no programa.²⁵ Em outro estudo conduzido por Percac-Lima

(2014), teve como objetivo avaliar se uma navegadora de pacientes, por telefone, poderia melhorar a adesão ambulatorial às consultas de pacientes com câncer com alto risco de faltar a uma consulta agendada. A taxa de não comparecimento no grupo controle foi 17,5% em comparação com 10,2% no grupo intervenção ($p < 0,001$).²⁶

Destacamos ainda, que com o decorrer do estudo, por meio das discussões clínicas, somadas à busca da melhoria contínua da assistência, os enfermeiros navegadores, bem como os demais membros da equipe multidisciplinar tornaram-se cada vez mais especialistas nas conduções dos casos. Esse cenário pôde ter contribuído para um melhor planejamento do plano de cuidados dos participantes na medida em que foram sendo incluídos no estudo, contribuindo para melhores desfechos quando comparamos com o grupo controle. Além disso, podemos ressaltar que as reuniões multidisciplinares trouxeram grandes benefícios no engajamento profissional e estreitamento do vínculo entre os membros da equipe.

Dados de estudos nos faz acreditar que a navegação de pacientes contribui para melhorar o tempo sobrevida de pacientes. Em uma análise de sobrevida apresentada no estudo de Kline e col. (2019) em cânceres de mau prognóstico, os pesquisadores encontraram uma tendência de maior sobrevida para os pacientes do programa de navegação (n. 5408) quando comparado aos pacientes que receberam o tratamento padrão (n. 5408), com sobrevida mediana em 12 meses de 355 dias versus 329 dias respectivamente.²⁶

7.1 Limitações do estudo

Acreditamos que o tempo foi um limitador do estudo, pois devido ao

prazo, não foi possível inserir mais pacientes no grupo navegação. Dessa maneira, não atingimos o número de 64 pacientes nesse grupo. Em decorrência disso, a comparação entre as médias de passagens no pronto atendimento e tempo de internação, considerando um tamanho de efeito médio de 0,50, com erro tipo I de 0,05 (5%) o poder estatístico foi 77% e não de 80% como proposto inicialmente.

Outro fator que, de certo modo, pode ter interferido na comparação dos resultados entre os grupos, foi a pandemia do SARS-Cov-2: o grupo controle se deu no ano de 2019, ano sem pandemia, enquanto o grupo navegação aconteceu em cenário pandêmico.

7.2 Passos futuros

Realizar novos estudos a fim de avaliar:

- Custo-efetividade do programa;
- Sobrevida global.
- Qualidade de vida.
- Avaliar a carga de trabalho dos enfermeiros navegadores para subsidiar o dimensionamento adequado para o programa.

8. CONCLUSÕES

Os resultados desse estudo nos fazem concluir que o programa de navegação proporcionou melhores desfechos assistenciais quando comparado ao grupo controle, como a diminuição de admissões no CAIO, diminuição da média de permanência nesse serviço e de internação. Além disso, foi possível caracterizar e graduar as toxicidades do grupo navegação onde, por meio das intervenções do enfermeiro navegador, em suma maiorias, ficaram dentro das graduações I e II.

Assim, o programa contribuiu para promoção do manejo das toxicidades, uma vez que tal terapia tem o potencial de causar eventos adversos graves se não manejados adequadamente.

É importante destacar que as reuniões multidisciplinares promoveram aos membros da equipe trocas de experiências e saberes que contribuíram significativamente em torna-los profissionais cada vez mais especializados, engajados refletindo na qualidade assistencial.

Esse estudo permitiu entregar ao ICESP um programa de navegação de pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço em quimioterapia e radioterapia concomitante consolidado e pautado evidências científicas, permitindo à instituição ampliar e adequar o programa para outros diagnósticos nos quais julgar serem pertinentes.

9. ANEXOS

Termo de consentimento livre e esclarecido

Dados de identificação do Participante

Nome: _____

Documento de identidade nº : _____ sexo : .M F

Data nascimento:/...../.....

Endereço: _____ nº.: _____ Apto: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Cep: _____ Telefone: DDD() _____

Responsável legal _____

Natureza (grau de parentesco, tutor, curador etc.) _____

Documento de identidade : _____ sexo: m f

Data nascimento.: .____/____/____

Endereço: _____ nº.: _____ Apto: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Cep: _____ Telefone: DDD() _____

Título do protocolo de pesquisa: Navegação de Pacientes: avaliação de um programa para pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço em quimioterapia e radioterapia concomitante.

Pesquisador responsável: Gilberto de Castro Júnior. Cargo/função: Médico oncologista. Inscrição conselho regional nº: CRM/SP 84448

Pesquisador executante: Priscila Rangel de Souza. Cargo/função: Gerente de Enfermagem. Inscrição conselho regional nº: COREN/SP 180503

Avaliação do risco da pesquisa:

Risco mínimo (x) Risco baixo () Risco médio () Risco maior ()

Duração da pesquisa : 12 meses

Convite ao Participante:

O (A) Senhor teve diagnóstico oncológico de câncer de cabeça e pescoço de células escamosas e será submetido à quimioterapia e radioterapia concomitante (juntos) e está sendo convidado (a) a participar como voluntário de um estudo intitulado como “Navegação de Pacientes: avaliação de um programa para pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço em quimioterapia e radioterapia concomitante”. Esse estudo tem como objetivo avaliar se o programa de navegação de pacientes contribui para evitar internações associadas aos eventos adversos da terapia e ainda favorecer a adesão ao tratamento. Acreditamos que o senhor (a) se beneficiará desse programa onde um profissional enfermeiro será responsável por lhe assistir/conduzir em todas as etapas de seu tratamento. Esse profissional será responsável por lhe oferecer todas as orientações relacionadas ao seu tratamento, realizar avaliações periódicas de seu estado de saúde, visando assim identificar possíveis sintomas que necessitem de intervenção assistencial ou administrativa e tomar as providências pertinentes. Além disso, tal profissional o auxiliará no planejamento de suas consultas, exames e terapias.

Procedimentos que serão realizados e métodos que serão empregados:

O senhor (a) será avaliado (a) periodicamente em consulta de enfermagem. Essas consultas ocorrerão no mesmo dia de sua consulta médica e uma vez por semana durante sua radioterapia. O senhor (a) não precisará se deslocar ao hospital somente para essas consultas.

Possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa:

A participação nesse estudo não implica em desconforto ou risco biológico, porém o senhor (a) poderá se sentir constrangido na consulta de enfermagem ao fornecer informações pessoais como hábitos e vícios.

Benefícios esperados para os participantes:

Acreditamos que a participação nesse estudo permitirá favorecer ao senhor (a) assistência individualizada onde teremos a oportunidade de implementar medidas de prevenção e manejo dos sintomas relacionados ao tratamento oncológico, bem como conduzi-lo (a) a realizar o planejamento de todas suas consultas, exames e terapias.

Forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa:

O senhor (a) será avaliado (a) pelo enfermeiro no primeiro dia da indicação do tratamento, semanalmente durante a quimioterapia e radioterapia e entre o 30º e 45º dias após o término. As avaliações poderão se estender se após o 45º do término do tratamento se o senhor (a) estiver com algum sintoma descompensado. As avaliações serão presenciais durante o tratamento e telefônico após o término (se necessário).

A escolha de entrar ou não nesse estudo é inteiramente sua. Caso o (a) senhor (a) se recuse a participar deste estudo, receberá o tratamento habitual, sem qualquer tipo de prejuízo ou represália. O (A) senhor (a) também tem o direito de retirar-se deste estudo a qualquer momento e, se isso acontecer, sem qualquer prejuízo ao tratamento ou represália.

Os seus dados (informações de prontuário) serão analisados em conjunto com o de outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente sob qualquer circunstância.

Solicitamos sua autorização para que os dados obtidos nesta pesquisa sejam utilizados em uma publicação científica, meio como os resultados de uma pesquisa são divulgados e compartilhados com a comunidade científica.

O participante receberá uma via do termo de consentimento

Garantias de ressarcimento por despesas decorrentes da pesquisa bem como de indenização por eventuais danos decorrentes da pesquisa:

O (A) senhor (a) não terá quaisquer custos na participação desse estudo. O hospital se compromete a prestar toda a assistência clínica pertinente a esse estudo.

Forma de acompanhamento e assistência

Em qualquer etapa do estudo, o (a) senhor (a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa. O investigador principal é Gilberto de Castro Júnior que pode ser encontrado no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, telefone (11) 3893-4974, horário de atendimento 7h às 16h. O investigador executante é Priscila Rangel de Souza.

O senhor (a) está livre para realizar perguntas antes, durante e após o estudo. O pesquisador responsável se compromete a acompanhar o andamento de sua participação e prestar eventuais informações a qualquer momento do estudo. Também se compromete, caso houver uma nova informação que altere o que foi previsto durante a obtenção deste consentimento informado, a avisar imediatamente aos participantes do estudo e o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), providenciando uma nova versão deste termo de consentimento.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo Navegação de Pacientes: avaliação de um programa para pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço em quimioterapia e radioterapia concomitante.

Eu discuti com o _____ sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar, quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço

_____ Data ____/____/____

Assinatura do participante /representante legal

_____ Data ____/____/____

Nome do participante/representante legal

_____ Data ____/____/____

Assinatura do responsável pelo estudo

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2020 : incidência de câncer no Brasil [on-line] – Rio de Janeiro : 2019 [citado 14 fev. 2022]. Disponível em : <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
2. *International Agency for Research on Cancer. The Global Cancer Observatory World Source: Globocan 2020* [on-line]; March, 2021. [citado 14 fev. 2022]. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>
3. Alvarenga MA, Ruiz MT, Pavarino-Bertelli E, Ruback MJC. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. *Rev Bras Otorrinolaringol.* Fev. 2008;74(1):68-78.
4. Niederhuber Jhon E. Armitage James O, Doroshow Jame H, Kastan Michael B, Tepper Joel E. *Abeloff's, Clinical Oncology.* 6th ed. Philadelphia: Copyright © by Elsevier; 2020. Cap.65, p.999-1000.
5. Vieira Sabas C, Lustosa Adriana Maria Lima, Barbosa Caroline Naiane Brito, Teixeira Joseanne Maria Rodrigues, Brito Liatrícia Ximendes Ecórcio, Soares Luanne Fortes Monte, Ferreira Miguel Antonio Teixeira . *Oncologia Básica Para Profissionais da Saúde.* 1ª ed. Teresina: Fundação Quixote; 2012. Cap.1, p. 9.
6. DeVita Vincent T Jr, Lawrence Theodore S; Rosenberg Steven A. *Principles & Practice of Oncology.* 11th ed. Copyright © Wolters Kluwer. Philadelphia: 2019. Cap.44, p.987-996.
7. Pautasso FF, Zelmanowicz AM, Flores CD, Caregnato RCA. Atuação do Nurse Navigator: revisão integrativa. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2018;39:2017-0102.
8. Brown CG, Cantril CA, McMullen L, Barkley DL, Dietz, Murphy CM, FABrey LJ. Oncology nurse navigation role delineation study: an oncology nursing society report. *Clinical Journal of Oncology Nursing.* 2012;16(6)581-85.
9. Freeman HP, Rodriguez RL. History and principles of patient navigation. *Rev. HHS Public.* 2015;117(150):3539-3542.

10. Freeman HP. The Origin, Evolution, and Principles of Patient Navigation. *Rev. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2012;21:1614-1617.
11. Oncology Nurse Navigator Core Competencies [on-line]. 2017 [citado em 03 Ago.2020]. Disponível em: https://www.ons.org/sites/default/files/2017-05/2017_Oncology_Nurse_Navigator_Competerencies.pdf
12. Smith JoAnn. Patient navigator's role definition. Boiling Springs; Faculty of Gardner-Webb School of Nursing; 2014.
13. Baileys K, McMullen L, Lubejko B, Christensen D, Haylock PJ, Rose T, Sellers J, Srdanovic D. Nurse Navigator Core Competencies: An Update to Reflect the Evolution of the Role. *Clin J Oncol Nurs.* 2018;22(3):272-281.
14. Ell K, Vourlekis B, Lee P, Xie B. Patient navigation and case management following an abnormal mammogram: a randomized clinical trial. *Journal Preventive Medicine.* 2007;44(1):26-33.
15. Smith R, Mannle SE, Livsey KR, Tait E, Rossitch JC. Where fear begins: the effect of a nurse navigator home visit to decrease distress in newly diagnosed breast cancer patients. *Journal of Oncology Navigation & Survivorship.* 2017;8(12):584-592.
16. Psooy BJ, Schreuer D, Borgaonkar J, Caines JS. Patient navigation: improving timeliness in the diagnosis of breast abnormalities. *Can Assoc Radiol.* 2004;55(3):145-50.
17. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Projeto OncoRede análise dos dados do projeto piloto de Abril de 2017 a Abril de 2018. Rio de Janeiro; 2019. p.12 -14.
18. Cox JD, Stetz J, Pajak TF. Toxicity criteria of the Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1995 Mar 30;31(5):1341-6.
19. U.S. Department Of Health And Human Services. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 5.0 [on-line] - Nov 2017 [citado em 15 Fev. 2022]. Disponível em: https://ctep.cancer.gov/protocoldevelopment/electronic_applications/docs/ctcae_v5_quick_reference_5x7.pdf
20. Hoff PM, Diz MDPE, Testa L. Manual de condutas em oncologia. 3ª ed.

São Paulo; 2019. Cap.5, p.47-55.

21. Santos ECGG, Almeida YS, Hipólito RL, Oliviera PVN, Conceição E. Processo de Enfermagem de Wanda Horta - Retrato da obra e reflexões. *Revista Internacional de Historia y Pensamiento Enfermero*. 2019;15:1-12.
22. Gusmão JL, Júnior DM. Adesão ao tratamento – conceitos. *Rev. Bras. Hipertensão*. 2006;13(1): 23-25.
23. *BC Cancer Drug Manual* [on-line]. Jul 2019 [citado em 14 Fev. 2022]. Disponível em: http://www.bccancer.bc.ca/drug-database-site/Drug%20Index/Cisplatin_monograph.pdf
24. Lee, Ko I, Lee I, Kim E, Shin M, Roh S, Yoon D, Choi S, Chan H. Effects of navigating nurses on the health outcomes of cancer patients. *Cancer Nursing*. 2011;34(5):376-84.
25. Kline RM, Rocque GB, Rohan EA, Blackley KA, Cantril CA, Pratt-Chapman ML, Burris HA, Shulman LN. Patient navigation in cancer: the business case to support clinical needs. *J Oncol Pract*. 2019;15(11):585-590.
26. Percac-Lima S, Cronin PR, Ryan DP, Chabner BA, Daly EA, Kimball AB. Patient navigation based on predictive modeling decreases no-show rates in cancer care. *Cancer*. 2015;15;121(10):1662-70.