



Efetividade de um programa de ensino para cuidado domiciliar de pacientes prostatectomizados: ensaio clínico controlado randomizado*

Effectiveness of a home care teaching program for prostatectomized patients: a randomized controlled clinical trial

Efectividad de un programa de enseñanza para cuidado domiciliario de pacientes prostatectomizados: ensayo clínico controlado randomizado

Luciana Regina Ferreira da Mata¹, Cissa Azevedo¹, Mariana Ferreira Vaz Gontijo Bernardes¹, Tânia Couto Machado Chianca¹, Maria da Graça Pereira², Emilia Campos de Carvalho³

Como citar este artigo:

Mata LRF, Azevedo C, Bernardes MFVG, Chianca TCM, Pereira MG, Carvalho EC. Effectiveness of a home care teaching program for prostatectomized patients: a randomized controlled clinical trial. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03421. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018012503421>

* Extraído da tese: “Efetividade de um programa de ensino para o cuidado domiciliar de pacientes submetidos à prostatectomia radical: ensaio clínico randomizado”, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2013.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Universidade do Minho, Escola de Psicologia, Braga, Portugal.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness of a teaching program for hospital discharge of patients submitted to radical prostatectomy based on the self-efficacy construct of the Cognitive Social Theory. **Method:** A controlled clinical trial carried out on a 2-month follow-up of 68 prostatectomized men randomized into intervention group (n = 34) and control (n = 34). The intervention group received routine guidance from the service plus the teaching program. The control group only received routine guidance from the service. The data collection instruments were: sociodemographic and clinical questionnaire, self-efficacy scale, hospital depression and anxiety scale, household care knowledge questionnaire, and an item on satisfaction with a score of 1 to 5. **Results:** There was a significant difference between the intragroups for satisfaction (p<0.001) and knowledge (p<0.001) of the pre-test to the post-test. In the intervention group, there were significant changes between the times for anxiety (p=0.011) and knowledge (p<0.001). **Conclusion:** The teaching program with a combination of oral guidance, written instruction and telephone follow-up was effective in improving knowledge about home care and personal satisfaction. Brazilian Registry of Clinical Trials: RBR-5n95rm.

DESCRIPTORS

Oncology Nursing; Prostatic Neoplasms; Prostatectomy; Health Education; Patient Discharge; Clinical Trial.

Autor correspondente:

Luciana Regina Ferreira da Mata
Escola de Enfermagem, Universidade
Federal de Minas Gerais
Av. Prof. Alfredo Balena, 190
CEP 30130-100 – Belo Horizonte, MG, Brasil
lucianarfmeta@gmail.com

Recebido: 05/04/2018
Aprovado: 07/08/2018

INTRODUÇÃO

A prostatectomia radical (PR) é considerada a opção de primeira escolha para pacientes que apresentam câncer de próstata em estágio potencialmente curável e consiste na remoção da próstata e vesículas seminais por meio de cirurgia aberta, laparoscópica ou laparoscópica assistida por robôs⁽¹⁻²⁾. Depois da realização da PR, os pacientes podem apresentar mudanças físicas e psicológicas, que incluem espasmos dolorosos da bexiga, fadiga, diminuição da capacidade física, infecção do trato urinário e da incisão cirúrgica, constipação, impotência sexual, incontinência urinária, ansiedade e depressão^(1,3-4). Nesse contexto, indivíduos submetidos à PR nem sempre se encontram preparados para os desafios a serem enfrentados, o que reforça a necessidade da equipe de saúde ser sensível às peculiaridades deste cuidado, a fim de oferecer subsídios para a adaptação masculina⁽⁵⁾.

A enfermagem tem como responsabilidade o planejamento e a implementação de treinamentos sobre os cuidados pós-alta hospitalar, e a questão norteadora de tais treinamentos refere-se ao estímulo à capacidade de autocuidado e à especificidade dos desafios e necessidades psicológicas desses indivíduos^(1,5).

A tendência atual ao encurtamento do período de internação possui efeito sobre o tempo despendido para o desenvolvimento de atividades educativas junto aos pacientes e familiares, o que pode interferir negativamente em seu preparo para a alta^(1,6). Orientações no contexto das necessidades pós-operatórias da PR são importantes e devem se referir aos cuidados com a ferida operatória, manuseio da sonda vesical de demora (SVD) no domicílio, exercícios para o reestabelecimento da continência urinária, bem como permitir o diálogo referente a complicações, como a disfunção erétil e incontinência urinária, as quais geram sofrimento tanto para os homens quanto para suas companheiras^(1,7).

A capacidade de autocuidado tem como alicerce o construto de autoeficácia, a qual é definida como a “convicção pessoal de que se pode executar com sucesso uma ação para produzir resultados desejáveis em uma dada situação”⁽⁸⁻⁹⁾. Dessa forma, sugere-se que conhecer e estimular a autoeficácia do paciente em pós-operatório de PR sejam importantes, uma vez que esse construto influencia as escolhas do paciente quanto aos cursos de ação que poderão ser realizados, bem como o esforço despendido em alcançar seus objetivos⁽¹⁾. Além disso, influencia “por quanto tempo irão perseverar em face de obstáculos e fracassos, o quanto de estresse, ansiedade e depressão vivenciam com demandas do ambiente e, por fim, o nível de realização que alcançam”^(1,10).

Dessa forma, a Teoria Social Cognitiva foi o referencial teórico que sustentou a realização deste estudo, o qual se justifica ao propor a avaliação de um programa de ensino que prepara a alta dos pacientes prostatectomizados, estruturado a partir da crença de autoeficácia. Espera-se que a intervenção auxilie a atuação clínica da enfermagem nessa etapa do cuidado e aumente assim o conhecimento, a satisfação

e a autoeficácia desses indivíduos no cuidado domiciliar e, conseqüentemente, diminua as alterações psicológicas, como ansiedade e depressão, que quando associadas são denominadas morbidade psicológica. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a efetividade de um programa de ensino para alta hospitalar de pacientes submetidos à prostatectomia radical, pautado no construto da autoeficácia da Teoria Social Cognitiva.

MÉTODO

DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo experimental, do tipo ensaio clínico controlado randomizado, paralelo, unicego, que foi realizado em unidades cirúrgicas de três instituições hospitalares do interior de Minas Gerais, Brasil, no período entre janeiro de 2012 e fevereiro de 2013.

POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram considerados elegíveis pacientes submetidos à PR, maiores de 18 anos, com capacidade cognitiva (miniexame do estado mental)⁽¹¹⁾, locomotora, visual, auditiva e de realização de autocuidado, e que possuísem telefone (fixo ou celular) para dar seguimento ao programa de ensino. Foram excluídos aqueles que apresentaram dificuldade para receber ligações telefônicas.

O cálculo amostral baseou-se na diferença esperada entre o grupo-controle (GC) e o grupo-intervenção (GI) com relação à autoeficácia após o tratamento e em uma população anual estimada de 155 homens submetidos à PR. Considerando uma diferença entre os grupos de aproximadamente 30 pontos, com desvio-padrão em torno de 42⁽¹²⁾, para um nível de significância de 5%, e poder de 80%, foi estimada uma amostra de 33 indivíduos em cada grupo.

A identificação dos participantes ocorreu por meio da agenda do bloco cirúrgico das três instituições hospitalares, randomizados em dois grupos: intervenção e controle. Foi realizado contato semanal com as secretárias dos blocos cirúrgicos para levantamento dos pacientes que seriam submetidos à PR na semana seguinte. Com o nome do paciente, no segundo dia de pós-operatório, fazia-se a identificação do leito em que se encontrava, e, então, era feito o convite de participação no estudo.

Para a randomização, realizada por meio de sorteio, foram adotados blocos de 20 indivíduos. Assim, em um envelope opaco foram colocados 10 minienvolopes opacos, contendo um cartão escrito “grupo-intervenção”, e outros 10 minienvolopes idênticos, contendo um cartão com a palavra “grupo-controle”. Depois da aplicação dos instrumentos de coleta de dados, o pesquisador principal solicitou ao participante que sorteasse um minienvolope, o que definiu aleatoriamente em qual grupo ele seria alocado.

PROTOCOLO DO ESTUDO

A intervenção ocorreu em um seguimento de 30 dias. Os indivíduos do GI receberam apoio individualizado no

período de reabilitação da PR, subdividido em três momentos: Momento 0 (segundo dia de pós-operatório): entrega do livreto “Manual de orientações para o cuidado domiciliar: cirurgia radical da próstata”, e realizada a leitura de todas as informações contidas no material junto ao participante, reforçando a capacidade de realização do autocuidado. Também foram apresentados dispositivos utilizados para incontinência urinária, como bolsa de perna, coletor urinário e absorvente masculino. Momento 1 (terceiro ao quinto dia após a alta hospitalar): contato telefônico com o objetivo de esclarecer as dúvidas e reforçar as orientações contidas no livreto, bem como reforçar a capacidade do indivíduo para realizar o cuidado (duração média da ligação – 15 minutos). Momento 2 (30 dias após a alta hospitalar): novo contato telefônico com o objetivo de esclarecer as dúvidas, revisar as orientações contidas no livreto e reforçar a capacidade do indivíduo para realizar o cuidado (duração média da ligação – 12 minutos).

O livreto elaborado pelos autores apresenta uma linguagem de fácil compreensão, com ilustrações para facilitar o entendimento, e contém informações relacionadas a cuidados domiciliares com a SVD, incisão cirúrgica, banho e alimentação, medicamentos para dor, identificação de complicações, orientações sobre a prática de exercícios físicos, disfunção erétil e fortalecimento da musculatura pélvica⁽¹³⁻¹⁴⁾. O livreto impresso foi submetido à avaliação em relação à pertinência e à adequação da escrita, do conteúdo e da aparência visual. Participaram da etapa de avaliação duas enfermeiras doutoras em enfermagem e pesquisadoras na área de enfermagem cirúrgica e de urologia; um médico urologista, doutor em cirurgia e membro do corpo clínico de cirurgias urológicas de um dos hospitais em estudo; uma jornalista, mestre em sociologia da comunicação; e um paciente submetido à prostatectomia radical havia 6 meses.

Para a realização do contato telefônico, foi elaborado um roteiro baseado no construto da autoeficácia da Teoria Social Cognitiva, a partir da fonte persuasão, com a finalidade de promover incentivos e reforços positivos para que a aprendizagem fosse prontamente traduzida em ação. O roteiro foi avaliado por cinco pesquisadores enfermeiros que desenvolvem estudos na área de educação de pacientes a partir do referencial teórico adotado⁽⁹⁾.

Homens alocados no GC receberam orientações usuais dos profissionais de saúde dos respectivos serviços. Normalmente, os profissionais de enfermagem explicavam sobre os cuidados com a SVD, e o médico sobre o retorno para retirada da SVD e o acompanhamento ambulatorial. Nenhum serviço de saúde participante disponibilizava livreto, nem acompanhamento telefônico.

COLETA DE DADOS

Primeiramente, a partir de uma amostra de conveniência de nove pacientes submetidos à prostatectomia

radical nos três hospitais, foi realizado um pré-teste para padronização da forma de implementação da intervenção e aplicação dos instrumentos de coleta de dados, a fim de melhorar as habilidades de entrevista dos dois pesquisadores envolvidos.

A coleta de dados foi realizada em dois momentos distintos. O primeiro momento ocorreu antes de iniciar as intervenções do estudo, no segundo dia de pós-operatório hospitalar, e o segundo momento ocorreu no segundo retorno médico antes da consulta médica (60 dias após a alta). No primeiro e segundo momentos da coleta de dados, os dois entrevistadores não souberam, *a priori*, a alocação dos participantes nos respectivos grupos (GC e GI), o que caracterizou o cegamento para essas etapas da coleta de dados.

Foram considerados os seguintes instrumentos para a coleta dos dados: questionário sociodemográfico e clínico, escala de autoeficácia geral e percebida (desfecho primário)⁽¹⁵⁾, escala de ansiedade e depressão hospitalar (*Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS*) (desfecho secundário)⁽¹⁶⁾, questionário para avaliar o conhecimento (desfecho secundário) dos participantes sobre os cuidados domiciliares após a PR, e um item para avaliar a satisfação (desfecho secundário) quanto aos cuidados domiciliares.

A escala de autoeficácia geral e percebida adaptada e validada para aplicação no Brasil⁽¹⁴⁾ é composta de 10 itens com respostas do tipo likert, que varia de um a cinco, quanto maior a pontuação, maior a percepção da autoeficácia. O alfa de Cronbach na presente amostra foi de 0,74⁽¹⁷⁾.

A escala HADS avalia a morbidade psicológica do indivíduo, foi validada no Brasil⁽¹⁶⁾ e possui 14 questões com respostas do tipo likert, que varia de zero a três, divididas em duas subescalas, cada uma com sete itens. A pontuação global em cada subescala vai de zero a 21: não casos (pontuação de zero a sete), caso duvidoso ou incerto (pontuação de oito a 10) e caso (pontuação de 11 a 21). A interpretação desse instrumento também pode ser feita a partir da pontuação total, com ausência de ansiedade e de depressão quando os valores são inferiores a oito⁽¹⁸⁾. O alfa de Cronbach na presente amostra foi de 0,85⁽¹⁷⁾.

A satisfação com as orientações para cuidados domiciliares foi verificada por meio de um item com variação de um a cinco, sendo: um – extremamente insatisfeito e cinco – totalmente satisfeito. Já para a avaliação do conhecimento, foi elaborado um questionário de 23 itens com opções de resposta “certo”, “errado” e “não sabe”. As frases desse questionário foram extraídas do livreto utilizado para a intervenção, para cada resposta correta, foi atribuído um ponto, e para as respostas erradas ou não sabe, não houve pontuação. A Figura 1 apresenta o esquema referente aos momentos de realização da intervenção e da coleta de dados.

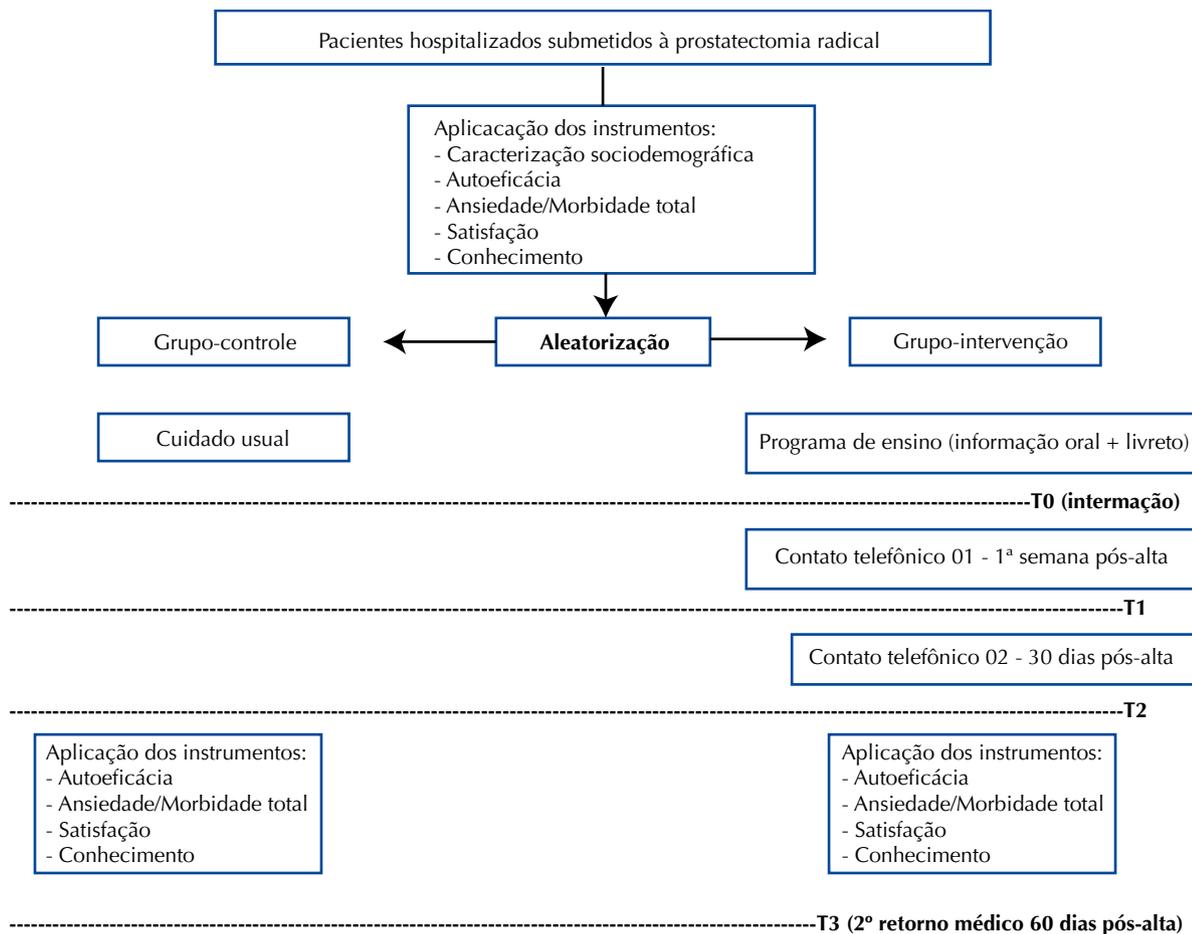


Figura 1 – Esquemática do estudo.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram processados em banco de dados empregando-se o programa Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 20.0 para Windows. A verificação da equivalência entre os grupos quanto às características sociodemográficas e clínicas e às variáveis-desfecho no pré-teste foi realizada por meio de análise descritiva e pelos testes Qui-quadrado, T-Student e Mann-Whitney.

A comparação entre o GI e o GC, quanto aos ganhos obtidos no pós-teste, foi realizada por meio da análise de variância ANCOVA, tendo como variáveis dependentes a autoeficácia, a ansiedade e a morbidade psicológica, no momento pós-teste, e como covariantes o valor dessas variáveis no pré-teste. Em relação ao conhecimento e satisfação, utilizou-se do teste de Mann-Whitney. Para verificar se houve diferenças significativas em relação à autoeficácia, ansiedade e morbidade psicológica no GI do pré-teste para o pós-teste quando comparado ao GC, utilizou-se da análise *General linear model* para medidas repetidas, considerando como fator intrassujeitos o momento (pré-teste e pós-teste) e como fator intersujeitos o grupo (GC versus GI). O conhecimento e a satisfação foram avaliados pelo teste Wilcoxon para medidas repetidas em dois momentos (pré e pós-teste). A fim de verificar o impacto das variáveis que não apresentaram equivalência entre os grupos nas variáveis dependentes estudadas no pré-teste e no pós-teste utilizou-se dos testes

ANOVA e Kruskal-Wallis. Em todas as análises foi adotado o nível de significância de 0,05.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma das instituições envolvidas (Parecer n. 042/2011) e registrado no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos, número RBR-5n95rm. Ressalta-se que o atendimento oferecido nos três campos de pesquisa não difere quanto ao tratamento e orientações fornecidas aos usuários.

RESULTADOS

Dos 96 pacientes elegíveis para participar do estudo, 75 atenderam aos critérios de inclusão. Destes, 35 foram alocados no GI e 40 no GC. A diferença do número de participantes alocados inicialmente em cada grupo justifica-se pelas perdas no seguimento e manutenção da homogeneidade do tamanho da amostra entre GI e GC. Dessa forma, no arrolamento do estudo, o GI teve uma perda devido ao agendamento do retorno médico superior a 6 meses, ficando a amostra constituída por 34 indivíduos. No GC, houve perda de seis indivíduos, um por ocasião de acidente vascular encefálico (AVE), três não agendaram o segundo retorno médico, um devido ao uso prolongando da SVD e um participante sofreu contaminação da intervenção. Portanto, a amostra do GC também foi de 34 indivíduos (Figura 2).

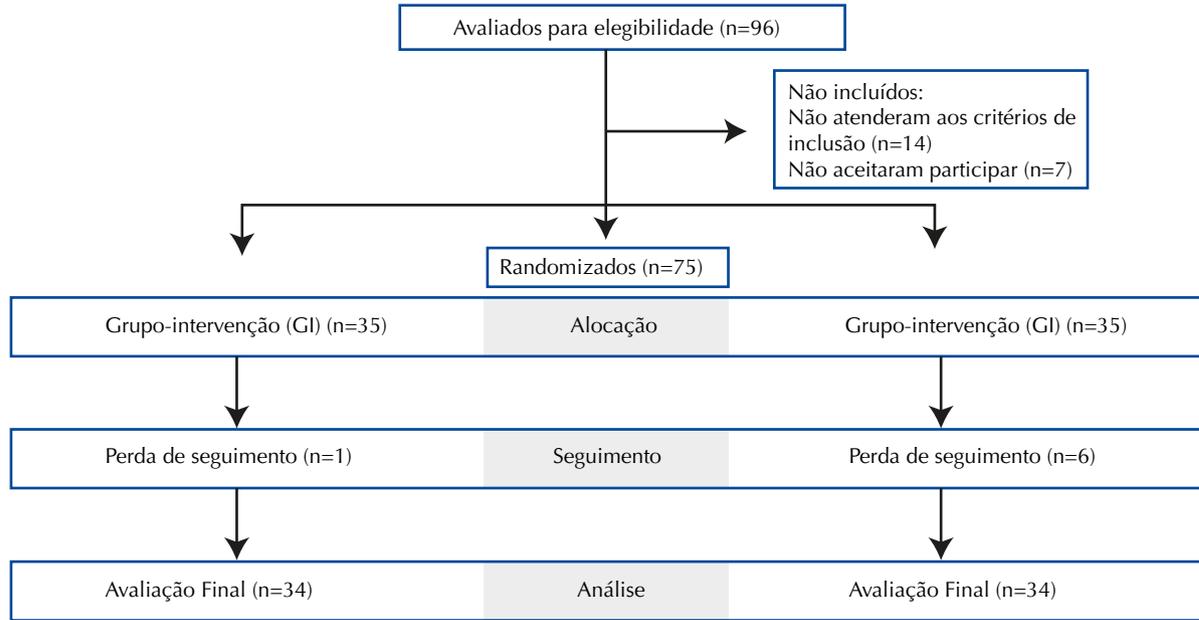


Figura 2 – Fluxograma de participantes do estudo: procedimento de amostragem.

De acordo com os dados de caracterização dos 68 participantes, não houve diferenças significativas entre GC e GI quanto à idade, escolaridade, renda, procedência, situação profissional, número de pessoas com quem reside, conhecimento do diagnóstico de câncer de próstata, tempo de espera para realização da cirurgia, tipo de cirurgia e presença de comorbidades, o que demonstra homogeneidade entre os

grupos, exceto em relação à situação conjugal e tipo de atendimento ($p < 0,05$), conforme dados apresentados na Tabela 1.

Inicialmente, verificou-se a equivalência dos grupos em relação à autoeficácia, ansiedade, morbidade psicológica, satisfação e conhecimento, e observaram-se diferenças significativas entre o GI e GC no pós-teste de satisfação ($p < 0,001$) e conhecimento ($p < 0,001$) (Tabela 2).

Tabela 1 – Caracterização da amostra, distribuída em GC (grupo-controle) e GI (grupo-intervenção), quanto ao perfil sociodemográfico e clínico – Divinópolis, MG, Brasil, 2013.

Variáveis		GC (n=34)	GI (n=34)	Valor p
Idade*		63,9 (6,4)	64,2 (5,8)	0,843 ¹
Escolaridade (anos)*		5,5 (4,8)	6,9 (4,8)	0,232 ¹
Renda mensal individual*		1572,2 (1784,1)	2647,3 (3041,0)	0,075 ¹
Número de pessoas com quem reside*		1,8 (1,1)	2,0 (1,2)	0,536 ¹
Procedência**	Urbana	26 (76,5)	28 (82,4)	0,383 ²
	Rural	8 (23,5)	6 (17,6)	
Profissão**	Ativo	10 (29,4)	8 (23,5)	0,321 ²
	Aposentado e trabalho	10 (29,4)	16 (47,1)	
	Aposentado	14 (41,2)	10 (29,4)	
Situação conjugal**	Solteiro	5 (14,7)	1 (2,9)	0,028 ²
	Casado/união estável	24 (70,6)	33 (97,1)	
	Viúvo	2 (5,9)	-	
	Divorciado/separados	3 (8,8)	-	
Atendimento**	Particular	10 (29,4)	6 (17,6)	0,027 ²
	Convênio	10 (29,4)	21 (61,8)	
	SUS	14 (41,2)	7 (20,6)	
Conhecimento do diagnóstico**	Sabe	29 (85,3)	26 (76,5)	0,269 ²
	Não sabe	5 (14,7)	8 (23,5)	
Tempo de espera para realização da cirurgia**	Menos que 1 mês	6 (17,6)	8 (23,5)	0,382 ²
	1 a 3 meses	12 (38,2)	15 (44,1)	
	4 a 12 meses	14 (41,2)	8 (23,5)	
	> 12 meses	1 (2,9)	3 (8,8)	
Tipo de cirurgia**	Aberta	25 (73,5)	26 (76,5)	0,500 ²
	Videolaparoscópica	9 (26,5)	8 (23,5)	
Comorbidades**	Sim	23 (67,6)	25 (73,5)	0,395 ²
	Não	11 (32,4)	9 (26,5)	

¹Teste T-Student; ²Teste Qui-quadrado; *Média (DP); ** n (%).

Tabela 2 – Resultados das diferenças entre os níveis de autoeficácia, ansiedade, morbidade psicológica, satisfação e conhecimento no pós-teste tendo como fator o GI (grupo-intervenção) em relação ao GC (grupo-controle) – Divinópolis, MG, Brasil, 2013.

Variáveis	G.C (n= 34)	G.I (n= 34)	Valor p
Autoeficácia*	39,7 (5,9)	40,9 (4,5)	0,090 ¹
Ansiedade*	6,9 (4,6)	5,9 (3,6)	0,181 ¹
Morbidade psicológica*	10,2 (6,4)	9,3 (5,1)	0,376 ¹
Satisfação**	4 (2,75-5,0)	5 (4,75-5,0)	<0,001 ²
Conhecimento**	13 (12-15)	22 (21-23)	<0,001 ²

¹ Teste ANCOVA; ² Teste Mann-Whitney; *Média (DP); **Mediana (p25-p75).

No GI, em relação às variáveis satisfação ($p < 0,001$) e conhecimento ($p < 0,001$), as mudanças do pré-teste para o pós-teste foram estatisticamente significativas. Já no GC, houve mudança estatisticamente significativa entre os tempos, apenas na variável conhecimento ($p = 0,005$).

No que se refere aos níveis de autoeficácia, ansiedade e morbidade psicológica, no GI e GC do pré para o pós-teste, não se constatou diferenças significativas, intrassujeitos nos dois grupos. Entretanto, ao considerar a análise da ansiedade a partir do ponto de corte (valores inferiores a oito referem-se à ausência de ansiedade), identificou-se que a ansiedade apresentou diferença estatisticamente significativa do pré-teste para o pós-teste no GI ($p = 0,011$).

Como resultado das análises exploratórias, a fim de analisar o impacto das variáveis situação conjugal e tipo de atendimento, que não apresentaram equivalência entre os grupos, verificou-se associação dessas com as variáveis dependentes e com a resposta à intervenção. Portanto, a variável tipo de atendimento produziu um efeito significativo ($p = 0,018$) na satisfação com as orientações recebidas pelo GI no pré-teste, verificando-se que os indivíduos em atendimento particular apresentaram um nível de satisfação superior aos atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e por convênio. E, no GI, a variável situação conjugal produziu um efeito significativo ($p = 0,023$) na satisfação com as orientações recebidas no pós-teste, verificando-se que os indivíduos casados ou em união consensual apresentaram satisfação superior em comparação aos solteiros após a intervenção.

Em relação às diferenças entre os grupos quanto ao número de acertos das 23 questões do instrumento de avaliação do conhecimento, em 14 itens os indivíduos do GI apresentaram ganho de conhecimento estatisticamente significativo pós-teste ($p < 0,001$) (cuidados com a incisão cirúrgica e manuseio da sonda vesical; incontinência urinária e exercícios para músculos da pelve; cuidados durante as evacuações; orientações sobre medicamentos para dor e alimentação adequada; reconhecimento de sinais de complicação; e esclarecimento quanto aos problemas de ereção). Ressalta-se que no momento pré-teste não houve diferenças significativas quanto aos números de acertos entre os grupos nas 23 questões.

DISCUSSÃO

Este estudo avaliou o efeito de um programa de ensino para o cuidado domiciliar de pacientes submetidos à PR,

a partir da autoeficácia, ansiedade, morbidade psicológica, satisfação e conhecimento. Constatou-se que o programa de ensino realizado por meio da combinação de orientação oral, escrita e acompanhamento telefônico mostrou-se efetivo na melhoria do conhecimento dos cuidados em domicílio e da satisfação dos prostatectomizados.

Em relação à autoeficácia e à morbidade psicológica, não foram identificadas diferenças entre os grupos no pós-teste. Contudo, estudiosos apontam que proporcionar ensino, explorar e confrontar questões e preocupações específicas da doença/tratamento leva ao aumento significativo da autoeficácia, do bem-estar emocional e do conhecimento específico da doença/tratamento⁽¹⁹⁾.

Em um ensaio clínico realizado com 72 homens idosos após a PR identificou-se o aumento da autoeficácia e a diminuição dos níveis de depressão desses indivíduos a partir de uma intervenção de apoio por pares. A intervenção foi baseada na teoria da autoeficácia de Bandura, na perspectiva da aprendizagem vicária e do apoio social. Foram realizados oito encontros ao longo de oito semanas, a fim de discutir preocupações e estratégias de enfrentamento dos efeitos do tratamento. Na oitava semana, o GI apresentou maior autoeficácia em relação ao GC ($p = 0,005$) e menos depressão ($p = 0,02$), o que permitiu que os autores concluíssem que intervenções de apoio pautadas na experiência vicária são capazes de aumentar a autoeficácia⁽¹²⁾.

Os resultados apontaram o aumento da satisfação do paciente e mais conhecimento dos indivíduos quanto aos cuidados pós-operatórios a partir do programa de ensino. Pesquisadores de outros países também identificaram que os maiores benefícios de intervenções educativas estão relacionados ao ganho de conhecimento e ao aumento da satisfação com o cuidado⁽²⁰⁻²¹⁾.

Estudo realizado nos EUA⁽²⁰⁾, com o objetivo de determinar se o acompanhamento educacional por telefone após a PR aumentaria a satisfação geral do paciente e a compreensão do manejo de seus cuidados em domicílio, bem como se diminuiria a procura por recursos de saúde, identificou que a compreensão do gerenciamento de sua saúde foi semelhante nos dois grupos, porém, todos os participantes do GI descreveram a chamada telefônica como um sucesso, com aumento significativo da satisfação. Embora os materiais escritos abordassem informações significativas sobre cuidados pós-operatórios, outras preocupações foram identificadas por meio da experiência vivenciada por cada participante, o que evidencia a importância da chamada telefônica pós-alta hospitalar. Além disso, ligações telefônicas não planejadas foram realizadas mais vezes para participantes do GC, que também possuíam um número maior de dúvidas sobre seus cuidados⁽²⁰⁾.

Em contrapartida, estudo semelhante investigou a eficácia de consultas telefônicas realizadas por enfermeiras no pós-operatório imediato de PR, para otimizar a reabilitação e a satisfação do paciente, e não foi identificada diferença na eficácia geral da intervenção quanto à satisfação do paciente e à sensação de segurança e de desconforto no pós-operatório. Contudo, participantes relataram que a intervenção proporcionou melhor reabilitação em relação ao manejo da dor, da SVD, da função intestinal e do cuidado com a ferida operatória⁽²¹⁾.

O fornecimento de informações aos pacientes tem sido considerado essencial para a promoção de cuidado de saúde adequado, de forma a aumentar a capacidade para o autocuidado e assim possibilitar a continuidade do tratamento fora do ambiente hospitalar. Fornecer orientações com qualidade ao paciente cirúrgico implica aumento de conhecimento, satisfação e bem-estar psicológico no período pós-operatório, diminuindo a morbidade psicológica decorrente da experiência cirúrgica e das mudanças físicas após o procedimento⁽²²⁻²³⁾.

Quanto aos resultados de diferença do GI no pré e pós teste, a partir do ponto de corte estabelecido para os níveis de ansiedade, é sabido que menores níveis de ansiedade do paciente prostatectomizado refletem-se positivamente na sua saúde mental, e uma saúde mental não comprometida pode se associar ao desenvolvimento adequado de mecanismos de enfrentamento dos fatores estressores, o que facilita o gerenciamento das alterações fisiológicas pós-operatórias^(1,24).

A maior satisfação com as orientações de alta entre homens casados/união consensual no presente estudo pode ser justificada pela dependência que eles têm de suas mulheres para a compreensão das informações de saúde e para a tomada de decisão quanto aos cuidados. A família, em geral, apresenta-se como peça fundamental nas diferentes fases da doença. É esperado que a intervenção dos profissionais de saúde não fique limitada apenas ao paciente, mas também à família, inclusive à esposa⁽²⁵⁾. A inclusão da parceira nas orientações para o cuidado permite torná-la mais habilitada para auxiliar no cuidado do paciente após a alta hospitalar, situação por si só geradora de estresse.

No que se refere aos resultados que apontaram nível de satisfação superior dos pacientes em atendimento particular, não foram encontrados estudos que confrontassem ou corroborassem diretamente tal achado. Uma possível justificativa para a maior satisfação dos indivíduos em atendimento particular quanto às orientações no pré-teste pode estar relacionada ao maior número de contatos médico-paciente nos consultórios particulares e, conseqüentemente, maior tempo disponível para questionamentos acerca do procedimento cirúrgico e esclarecimento de suas incertezas.

Os homens envolvidos neste estudo expressaram maiores níveis de conhecimento de acordo com o grau de satisfação. Estudos de intervenção educativa também identificaram aumento do conhecimento simultaneamente à satisfação com as orientações, serviço e/ou cuidados recebidos^(19,26-28).

RESUMO

Objetivo: Avaliar a efetividade de um programa de ensino para alta hospitalar de pacientes submetidos à prostatectomia radical, pautado no construto da autoeficácia da Teoria Social Cognitiva. **Método:** Ensaio clínico controlado, realizado em seguimento de 2 meses, com 68 homens prostatectomizados, randomizados em grupo-intervenção (n=34) e controle (n=34). O grupo-intervenção recebeu orientações de rotina do serviço mais o programa de ensino. O grupo-controle recebeu apenas orientações de rotina do serviço. Os instrumentos de coleta de dados foram: questionário sociodemográfico e clínico, escala de autoeficácia, escala de ansiedade e depressão hospitalar, questionário de conhecimento sobre cuidados domiciliares e um item sobre satisfação com pontuação de 1 a 5. **Resultados:** Houve diferença significativa entre e intragrupos para satisfação ($p<0,001$) e conhecimento ($p<0,001$) do pré-teste para o pós-teste. No grupo-intervenção, houve mudanças significativas entre os tempos para ansiedade ($p=0,011$) e conhecimento ($p<0,001$). **Conclusão:** O programa de ensino com combinação de orientação oral, escrita e acompanhamento telefônico mostrou-se efetivo na melhoria do conhecimento quanto aos cuidados em domicílio e satisfação dos indivíduos. Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos: RBR-5n95rm.

DESCRITORES

Enfermagem Oncológica; Neoplasias da Próstata; Prostatectomia; Educação em Saúde; Alta do Paciente; Ensaio Clínico.

Um programa escocês de ensino e apoio a pacientes com câncer de próstata e suas parceiras, realizado por meio de consultas individuais, seminários e orientações escritas, resultou em aumento do conhecimento relacionado à doença, da percepção positiva sobre a vida e da satisfação com o tratamento⁽²⁹⁾.

Assim, reforça-se a idéia de que a satisfação do paciente é um conceito multidimensional, que inclui a interação entre paciente e cuidador, a presença e a competência do cuidador, o oferecimento e a continuidade de cuidados e as características de comunicação⁽³⁰⁾. Além disso, é importante ressaltar que a autoeficácia do paciente é influenciada também pela relação com o profissional de saúde, a partir da troca de informações e aumento do conhecimento sobre o tratamento, estabelecimento de confiança e aumento da satisfação⁽³¹⁾.

Quanto às limitações deste estudo, pode-se citar a restrição da generalização de seus resultados para outros contextos. Esta investigação foi desenvolvida com homens atendidos em um município do interior de Minas Gerais e, dessa forma, pode apresentar características inerentes à região. Portanto, é importante implementar a intervenção em diferentes contextos brasileiros.

CONCLUSÃO

O programa de ensino realizado por meio da combinação de orientação oral e escrita com acompanhamento telefônico mostrou-se efetivo no âmbito da melhoria do conhecimento dos cuidados em domicílio e da satisfação dos indivíduos.

A partir do programa de ensino proposto no presente estudo, com a maior aproximação e vínculo estabelecido a partir dos contatos telefônicos, é possível inferir que os aspectos comportamentais, o aumento do conhecimento e do vínculo entre profissional e paciente contribuíram para o aumento da satisfação. Portanto, estabelecer comunicação efetiva entre paciente e equipe é de vital importância para que melhores resultados no pós-operatório sejam obtidos, haja vista a complexidade do procedimento, os cuidados requeridos e a associação da PR com as crenças que envolvem a cirurgia.

Este estudo contribui para a ciência da enfermagem pelo reduzido número de ensaios clínicos com propostas de intervenções educativas após a alta-hospitalar de PR, no cenário nacional e internacional. Espera-se que os achados estimulem a implementação da intervenção na prática clínica de enfermeiros.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la efectividad de un programa de enseñanza para alta hospitalaria de pacientes sometidos a la prostatectomía radical, pautado en el constructo de la autoeficacia de la Teoría Social Cognitiva. **Método:** Ensayo clínico controlado, realizado en seguimiento de dos meses, con 68 hombres prostatectomizados, aleatorizados en grupo de intervención (n=34) y de control (n=34). El grupo de intervención recibió orientaciones de rutina del servicio más el programa de enseñanza. El grupo de control recibió solo orientaciones de rutina del servicio. Los instrumentos de recolección de datos fueron: cuestionario sociodemográfico y clínico, escala de autoeficacia, escala de ansiedad y depresión hospitalaria, cuestionario de conocimiento sobre cuidados domiciliarios y un ítem sobre satisfacción con puntaje de 1 a 5. **Resultados:** Hubo diferencia significativa entre e intra grupos para satisfacción ($p<0,001$) y conocimiento ($p<0,001$) de la pre prueba a la post prueba. En el grupo intervención, hubo cambios significativos entre los tiempos para ansiedad ($p=0,011$) y conocimiento ($p<0,001$). **Conclusión:** El programa de enseñanza con combinación de orientación oral, escrita y seguimiento telefónico se mostró efectivo en la mejoría del conocimiento en cuanto a los cuidados domiciliarios y satisfacción de los individuos. Registro Brasileño de Ensayos Clínicos: RBR-5n95rm.

DESCRIPTORES

Enfermería Oncológica; Neoplasias de la Próstata; Prostatectomía; Educación en Salud; Alta del Paciente; Ensayo Clínico.

REFERÊNCIAS

- Mata LRF, Carvalho EC, Gomes CRG, Silva AC, Pereira MG. Postoperative self-efficacy and psychological morbidity in radical prostatectomy. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 13];23(5):806-13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4660401/>
- Ilic D, Evans SM, Allan CA, Jung JH, Murphy D, Frydenberg M. Laparoscopic and robotic-assisted versus open radical prostatectomy for the treatment of localised prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(9):CD009625.
- Kong EH, Deatrick JA, Bradway CK. Men's experiences after prostatectomy: a meta-synthesis. *Int J Nurs Stud*. 2017;74:162-71.
- Wang W, Huang QM, Liu FP, Mao QQ. Effectiveness of preoperative pelvic floor muscle training for urinary incontinence after radical prostatectomy: a meta-analysis. *BMC Urol* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 13];14:99. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4274700/>
- Wang C, Song Z, Li S, Tai S. Extended nursing for the recovery of urinary functions and quality of life after robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: a randomized controlled trial. *Support Care Cancer* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 13];26(5):1553-60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5876261/>
- Delatorre PG, Sá SPC, Valente GSC, Silvino, ZR. Planning for hospital discharge as a strategy for nursing care: integrative review. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2013 [cited 2018 Mar 13];7(n.spe)(12):7151-9. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12387/15148>
- Brito-Brito PR, Oter-Quintana C, Martín-García A, Alcolea-Cosín MT, Martín-Iglesias S, Fernández-Gutiérrez DA. Case study: community nursing care plan for an elderly patient with urinary incontinence and social interaction problems after prostatectomy. *Int J Nurs Knowl*. 2014;25(1):62-5.
- Salveti MG, Pimenta CAM. Dor crônica e a crença de auto-eficácia. *Rev Esc Enferm USP*. 2007 [citado 2018 jul. 27];41(1):135-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a17.pdf>
- Bandura A. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1986.
- Nunes MFO, Noronha APP. Escala de Auto-eficácia para atividades ocupacionais: construção e estudos exploratórios. *Paidéia*. 2008 [citado 2018 jul. 27];18(39):111-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n39/v18n39a11.pdf>
- Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuro Psiquiatr* [Internet]. 1994 [citado 2018 mar. 13];52(1):1-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/amp/v52n1/01.pdf>
- Weber BA, Roberts BL, Yarandi H, Mills TL, Chumbler NR, Wajzman Z. The impact of dyadic social support on self-efficacy and depression after radical prostatectomy. *J Aging Health*. 2007;19(4):630-45.
- Mata LRF, Napoleão AA. Nursing interventions for patients discharged from prostatectomy: an integrative review. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2018 Mar 13];23(4):574-79. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/en_21.pdf
- Mata LRF, Carvalho EC, Napoleão AA. Validação por peritos de intervenções de enfermagem para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2011 [citado 2018 mar. 13];20(n.esp):36-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea04.pdf>
- Souza I, Souza MA. Validação da Escala de Auto-eficácia Geral Percebida. *Rev Univ Rural Ser Ciênc Human*. 2004;26(1):12-7.
- Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia JRC, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HADS) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 1995 [citado 2018 mar. 13];29(5):355-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v29n5/04.pdf>
- Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ* [Internet]. 2011 [cited 2018 Mar 15];2:53-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4205511/>
- Zigmond A, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70.
- Song L, Dunlap KL, Tan X, Chen RC, Nielsen ME, Rabenberg RL, et al. Enhancing survivorship care planning for patients with localized prostate cancer using a couple-focused mHealth symptom self-management program: protocol for a feasibility study. *JMIR Res Protoc* [Internet]. 2018 [cited 2018 Mar 13];7(2):1-11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5847815/>
- Inman DM, Maxson PM, Johnson KM, Myers RP, Holland DE. The impact of follow-up educational telephone calls on patients after radical prostatectomy: finding value in low-margin activities. *Urol Nurs*. 2011;31(2):83-91.
- Jensen BT, Kristensen SA, Christensen SV, Borre M. Efficacy of tele-nursing consultations in rehabilitation after radical prostatectomy: a randomized controlled trial study. *Int J Urol Nurs*. 2011;5(3):123-30.

22. Mata LRF, Silva AC, Pereira MG, Carvalho EC. Telephone follow-up of patients after radical prostatectomy: a systematic review. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 30];22(2):337-45. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/0104-1169-rlae-22-02-00337.pdf>
23. Hedden L, Wassersug R, Mahovlich S, Pollock P, Sundar M, Bell RH, et al. Evaluating an educational intervention to alleviate distress amongst men with newly diagnosed prostate cancer and their partners. *BJU Int*. 2017;120(5B):E21-E29.
24. Perry LM, Hoerger M, Silberstein J, Sartor O, Duberstein P. Understanding the distressed prostate cancer patient: role of personality. *Psychooncology*. 2018;27(3):810-6.
25. Rossen S, Hansen-Nord NS, Kayser L, Borre M, Borre M, Larsen RG, et al. The impact of husbands' prostate cancer diagnosis and participation in a behavioral lifestyle intervention on spouses' lives and relationships with their partners. *Cancer Nurs*. 2016;39(2):E1-9.
26. Watson E, Shinkins B, Frith E, Neal D, Hamdy F, Walter F, et al. Symptoms, unmet needs, psychological well-being and health status in survivors of prostate cancer: implications for redesigning follow-up. *BJU Int*. 2016;117(6B):E10-9.
27. Hyde MK, Newton RU, Galvão DA, Gardiner RA, Occhipinti S, Lowe A, et al. Men's help-seeking in the first year after diagnosis of localised prostate cancer. *Eur J Cancer Care*. 2017;26(2):e12497.
28. Ferguson J, Aninj J. Prostate cancer survivorship: a nurse-led service model. *Br J Nurs*. 2015;24(18):S14-21.
29. Primeau C, Peterson C, Nabi G. A qualitative study exploring models of supportive care in men and their partners/caregivers affected by metastatic prostate cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2017;44(6):E241-9.
30. Kane P, Jasperse H, Boland P, Herst P. A pathway to empowerment: evaluating a cancer education and support programme in New Zealand. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2014;23(5):668-74.
31. Watson EK, Shinkins B, Matheson L, Burns RM, Frith E, Neal D, et al. Supporting prostate cancer survivors in primary care: findings from a pilot trial of a nurse-led psycho-education intervention (PROSPECTIV). *Eur J Oncol Nurs*. 2018;32:73-81.

Apoio financeiro

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Bolsa de doutorado.



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.