

## ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL)

## Qualidade de vida das pessoas com cancro da próstata: Um modelo de cuidados de enfermagem

*Quality of life of prostate cancer patients: A nursing care model*

*Calidad de vida de los pacientes con patología oncológica prostática: Un modelo de cuidados de enfermería*

Joana Teixeira<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7430-1488>Ana Paula Prata<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7552-9716>Germano Couto<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5423-7375>

<sup>1</sup> Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa, Porto, Portugal

<sup>2</sup> Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal

### Resumo

**Enquadramento:** O cancro representa uma experiência dramática na vida de qualquer pessoa, perturbando a sua homeostasia. Dado o envelhecimento da população e a sobrevivência mais prolongada destes doentes, é essencial melhorar a sua qualidade de vida.

**Objetivo:** Desenvolver e implementar um modelo de acompanhamento em enfermagem centrado nas vulnerabilidades dos doentes com cancro da próstata, a fim de melhorar a sua qualidade de vida.

**Metodologia:** Estudo piloto realizado através da aplicação das escalas QLQ-INFO25 e HADS e de uma entrevista, na consulta de ambulatório de um hospital privado, a seis doentes com cancro da próstata.

**Resultados:** Alterações nas dimensões da qualidade de vida relacionada com a saúde. A implementação do modelo de acompanhamento permitiu concluir que "educação em saúde, autoconfiança e atitude" são aspetos essenciais no trabalho dos enfermeiros com estes doentes. O trabalho direcionado às vulnerabilidades dos doentes melhorou a sua qualidade de vida.

**Conclusão:** O modelo contribui para a promoção da saúde e do bem-estar, prevenção de complicações e aumento da satisfação. O trabalho individualizado da equipa melhora a qualidade de vida destes doentes.

**Palavras-chave:** qualidade de vida; neoplasias da próstata; enfermagem; promoção da saúde; satisfação do doente

### Abstract

**Background:** Cancer constitutes a dramatic life experience, disrupting homeostasis. With population aging and prolonged survival in cancer patients, it is essential to increase their quality of life.

**Objective:** To develop and implement a nursing follow-up model focused on the vulnerabilities of patients with prostate cancer in order to improve their quality of life.

**Methodology:** A pilot study was conducted on six patients with prostate cancer. Data were collected through the application of the QLQ-INFO25 and HADS and interviews in the outpatient consultation of a private hospital.

**Results:** Changes in the dimensions of health-related quality of life. Implementing the follow-up model revealed that "health education, self-confidence, and attitude" are essential aspects of the nurses' work with these patients. Working on patients' vulnerabilities improved their quality of life.

**Conclusion:** The model benefits health promotion, well-being, complication prevention, and increased satisfaction. The team's individualized work improves these patients' quality of life.

**Keywords:** quality of life; prostatic neoplasms; nursing; health promotion; patient satisfaction

### Resumen

**Marco contextual:** La enfermedad oncológica representa una experiencia dramática en la vida de cualquier persona, ya que altera la homeostasis. Dado el envejecimiento de la población y la supervivencia más prolongada de estos pacientes, es esencial aumentar su calidad de vida.

**Objetivo:** Desarrollar e implantar un modelo de seguimiento de enfermería centrado en las vulnerabilidades de los pacientes con enfermedad oncológica prostática para mejorar su calidad de vida.

**Metodología:** Se llevó a cabo un estudio piloto en el que se aplicaron las escalas QLQ-INFO25 y HADS, y una entrevista en la consulta externa de un hospital privado a seis pacientes con cáncer de próstata.

**Resultados:** Cambios en las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud. La implementación del modelo de seguimiento nos permitió concluir que "la educación sanitaria, la autoconfianza y la actitud" son aspectos esenciales del trabajo de los enfermeros con estos pacientes. Trabajar sobre las vulnerabilidades de los pacientes mejoró su calidad de vida.

**Conclusión:** El modelo beneficia la promoción de la salud, el bienestar, la prevención de complicaciones y el aumento de la satisfacción. El trabajo individualizado del equipo mejora la calidad de vida de estos pacientes.

**Palabras clave:** calidad de vida; neoplasias de la próstata; enfermeira; promoción de la salud; satisfacción del paciente

### Autor de correspondência

Germano Rodrigues Couto

E-mail: [gcouto@ufp.edu.pt](mailto:gcouto@ufp.edu.pt)

Recebido: 29.06.22

Aceite: 03.05.23



Como citar este artigo: Teixeira, J. M., Prata, A. P., & Couto, G. R. (2023). Qualidade de vida das pessoas com cancro da próstata: Um modelo de cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e22086. <https://doi.org/10.12707/RVI22086>



## Introdução

O cancro atinge uma percentagem significativa da população e a sua incidência tem aumentado nos últimos anos. As previsões para Portugal apontavam para uma incidência de 50.000 casos em 2020 (Direção-Geral da Saúde, 2016). Entre estes, estima-se que tenham surgido 6.759 novos casos de cancro da próstata em Portugal em 2020 (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2021). Apesar de o número de sobreviventes de cancro ter vindo a aumentar nos últimos anos devido a múltiplos fatores, como o diagnóstico mais precoce e intervenções terapêuticas mais eficazes, o cancro está associado a um desfecho fatal e a um intenso sofrimento psicológico para o doente e para a sua família (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009).

Com o envelhecimento da população, ao mesmo tempo que se tenta garantir uma sobrevida mais prolongada a estes doentes, o que importa é aumentar a sua qualidade de vida (QdV). De acordo com Rizzo e Spitz (2002), a QdV é um conceito amplo, com inúmeras definições e compreende hábitos de vida, estilos de vida e índices de saúde. É o produto de vários fatores psicológicos, relacionados com a saúde, sociais, ambientais, económicos e políticos.

Assim, é essencial desenvolver e implementar um modelo de cuidados de enfermagem centrado nas vulnerabilidades dos doentes com cancro da próstata para melhorar a sua QdV.

## Enquadramento

O cancro é uma experiência dramática na vida de qualquer pessoa que perturba a homeostasia e exige a mudança, redistribuição ou adição de papéis e a reorganização da dinâmica familiar para incorporar os cuidados e tratamentos do doente nas rotinas diárias (Cardoso et al., 2009). O impacto do diagnóstico, da confirmação da doença e do tratamento está associado a limitações físicas, funcionais e psicológicas que reduzem significativamente a QdV dos doentes (Machado & Sawada, 2008).

À medida que a vida muda de um estado de saúde para um estado de doença, o significado da vida, as relações com os outros e as atividades da vida diária mudam. Desde o momento do diagnóstico, o doente enfrenta um conjunto de mecanismos e tarefas para se adaptar à doença e às suas circunstâncias. A transição é um conceito central e um fenómeno de interesse para a enfermagem quando, segundo Meleis e Trangenstein (2010, p. 66 como citado em Meleis, 2010), "doentes, famílias, comunidades, enfermeiros e organizações [experenciam a transição], tendo a saúde e o bem-estar como objetivo e resultado". O processo de transição oncológica inicia-se no momento do diagnóstico, sendo o seu ponto de viragem a cirurgia ou o início dos tratamentos não cirúrgicos (Carvalho & Cristão, 2012). Para que a transição ocorra, a pessoa deve tomar consciência da necessidade de mudança. A consciencialização implica o conhecimento/reconhecimento de si em si mesmo e das alterações que perturbam a homeostasia (Mota, 2018). Para que este processo ocorra,

o doente tem de se envolver, consciencializar e aceitar a sua nova condição, tendo a equipa de enfermagem um papel fundamental neste processo. Cada doente e a sua experiência de transição é única, pelo que os cuidados transacionais prestados são também únicos. Os doentes que optaram pela vigilância ativa nesta transição apresentaram menor ansiedade e medo de progressão da doença, enquanto a QdV relacionada com a saúde (QVRS) se manteve (Kato & Sugimoto, 2020).

A enfermagem, enquanto disciplina, assegura a necessidade de compreender, estudar e investigar a pessoa como um todo, considerando as suas dimensões biológica, psicológica, social e cultural de forma integrada e interativa. Assim, cabe aos enfermeiros ajudar o indivíduo/família a lidar/adaptar-se à sua nova condição. Considerando que a enfermagem se centra nas respostas dos indivíduos à doença e aos processos de vida, Meleis (2007, p. 30) considera que "a transição é um conceito central para a Enfermagem" e, juntamente com os seus colegas, desenvolveu uma teoria de médio alcance. Este estudo avaliou a QVRS em doentes com cancro da próstata, seguindo a necessidade de desenvolver e implementar um modelo de acompanhamento em enfermagem centrado nas vulnerabilidades dos doentes para melhorar a sua QdV, que é a perceção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto cultural e sistemas de valores em que vive, relacionada com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Trata-se de um conceito amplo de classificação profundamente influenciado pela saúde física do indivíduo, pelo seu estado psicológico, pelas suas relações sociais, pelo seu nível de independência e pelas suas relações com as características mais relevantes do seu ambiente (WHOQOL Group, 1993). Melhorar a sua QdV, diminuindo a incerteza da doença e reduzindo as estratégias de *coping* de evitamento, é essencial para estes doentes (Guan et al., 2020).

Este estudo torna-se fundamental e inovador, uma vez que não existem, até à data, modelos de acompanhamento de enfermagem para estes doentes.

## Questão de Investigação

Um modelo de acompanhamento em enfermagem responde às necessidades dos doentes com cancro da próstata em termos de qualidade de vida relacionada com a saúde?

## Metodologia

O modelo de acompanhamento em enfermagem foi desenvolvido com base nos resultados da avaliação prévia, em estudo anterior, da QVRS através das escalas EORTC QLQ-C30, QLQ-PR25 que englobam várias dimensões (dor, fadiga, náuseas e vômitos, insónia, diminuição do apetite, obstipação e diarreia, atividade sexual, sintomas urinários, função emocional e função social). Estas dimensões, quando afetadas, alteram a QdV e interferem no processo de transição. Uma das vulnerabilidades detetadas no primeiro estudo foi a função emocional. Assim, a escala

HADS foi utilizada neste estudo para avaliar o nível de ansiedade e depressão dos participantes, uma vez que a literatura indica que a ansiedade e a depressão estão presentes na doença oncológica (Carvalho & Cristão, 2012). O modelo de acompanhamento priorizou os problemas previamente identificados e incluiu os cuidados de enfermagem centrados no doente cirúrgico. As intervenções de enfermagem foram definidas com base nos focos identificados, considerando os diferentes momentos de contacto com o doente e a família. Os doentes foram monitorados ao longo das consultas de acompanhamento e as intervenções recomendadas foram realizadas.

Uma vez conhecidas as vulnerabilidades dos doentes com cancro da próstata, o enfermeiro gestor de caso inicia o trabalho com os doentes, aplicando o modelo proposto. A implementação do modelo de acompanhamento em enfermagem visa a sua constante reavaliação e a definição de indicadores de resultados. Esta avaliação foi efetuada através de entrevistas.

Foi realizado um estudo piloto para avaliar a eficácia do modelo. Avaliou-se a adequação dos métodos e procedimentos planeados e identificaram-se potenciais variáveis de confusão que não eram previamente conhecidas, tal como defendem Polit e Beck (2017). Aplicaram-se as versões portuguesas dos seguintes instrumentos: Quality-of-Life Questionnaire-Information Module 25 (QLQ INFO25) (Marques, 2010) e Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Pais-Ribeiro et al., 2007), e realizou-se uma entrevista não estruturada. Posteriormente, procedeu-se à análise de conteúdo. Com o objetivo de identificar alterações na QdV, e de acordo com os tempos preconizados pela instituição hospitalar para o acompanhamento do doente médico, o modelo de acompanhamento de enfermagem foi dividido em quatro momentos: imediatamente após a implementação (M0), 1 (M1), 3 (M3) e 6 meses (M4) após o diagnóstico, que correspondem às consultas de acompanhamento preconizadas pela instituição. Os doentes foram acompanhados durante todo o seu processo de transição saúde/doença. Utilizou-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) para tornar a linguagem universal e transversal a qualquer instituição. Na consulta prévia, foi efetuada uma entrevista aos utentes.

Os dados das entrevistas foram analisados com base nos pressupostos metodológicos da análise de conteúdo.

O modelo de acompanhamento em enfermagem foi implementado na consulta externa de urologia de um hospital privado do norte de Portugal, que recebeu seis doentes com cancro da próstata de janeiro a julho de 2019. De forma a cumprir todas as orientações éticas para trabalhos de investigação, foi solicitada autorização para a realização deste estudo ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética de um hospital privado, que emitiu um parecer favorável (número 42/A de 2018).

Dado que a participação era voluntária, os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e poderiam desistir do estudo a qualquer momento, o que nunca ocorreu. Foi-lhes explicado o objetivo do estudo e fornecida uma ficha de informação. Os doentes foram também informados de que o investigador abandonaria

o acompanhamento no final dos três meses de acompanhamento. Nesta fase do estudo, não foi possível garantir o anonimato devido à necessidade de articulação com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, de forma a garantir a qualidade dos cuidados. Por isso, invocamos o princípio do duplo efeito, que determina que são permitidas ações que resultem num efeito bom (pretendido), a qualidade dos cuidados, e num efeito mau (tolerado), a não garantia do anonimato (Brueck & Sulmasy, 2020). É de salientar que o investigador principal atuou como enfermeiro no contexto do estudo. Assim, o dever de confidencialidade é inerente à prática profissional dos enfermeiros. No entanto, a partilha de informação com os profissionais envolvidos na prestação de cuidados à pessoa e família é também crucial para a melhoria da qualidade e continuidade dos cuidados. A amostra foi composta por seis doentes que frequentaram a consulta médica de um hospital privado do norte de Portugal, no período de janeiro a julho de 2019. Foi obtida a saturação dos dados, tendo a recolha sido interrompida neste momento.

Os critérios de inclusão dos participantes neste estudo foram: doentes com mais de 18 anos com cancro da próstata que aceitaram participar no estudo. Foram excluídos os doentes que não sabiam ler ou escrever e apresentavam alterações neurológicas e cognitivas que os impediam de preencher os questionários.

Para a análise quantitativa foi utilizado o software IBM SPSS Statistics, versão 25.0 para Windows. A análise estatística envolveu estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. O nível de significância adotado foi o alfa de Cronbach  $\leq 0,05$ . O teste ANOVA de medidas repetidas foi utilizado para testar a evolução dos valores nos quatro momentos de avaliação. Foram ainda utilizados o coeficiente de correlação de Pearson, o coeficiente alfa de Cronbach e a análise fatorial exploratória. O coeficiente de correlação de Pearson, o teste One-Way ANOVA e o teste *t* de Student para amostras independentes foram utilizados para testar as diferenças de evolução de acordo com a idade, escolaridade e tipo de tratamento. A distribuição normal foi analisada com o teste de Shapiro-Wilk e a homogeneidade da variância com o teste de Levene. Para a avaliação do modelo de acompanhamento em enfermagem, foi utilizada a entrevista não estruturada, com a pergunta de partida: "Entre o momento do diagnóstico da sua doença e três meses após o tratamento inicial, que aspetos considerou essenciais para o enfermeiro trabalhar consigo?" As entrevistas foram realizadas durante a consulta de enfermagem, três meses após a cirurgia (M4). A entrevista foi realizada neste momento por ser a última consulta de enfermagem de seguimento pós-cirúrgico e por já terem sido abordadas as vulnerabilidades identificadas anteriormente. Esperava-se que os participantes fossem capazes de responder à questão. As entrevistas foram realizadas pelo investigador, cada uma durando aproximadamente 20 minutos. As informações das seis entrevistas foram gravadas, transcritas e organizadas numa tabela, segundo a metodologia de Bardin (2008), para facilitar a leitura. Para o controlo de viés, foram incluídos todos os doentes com cancro de próstata que foram acompanhados naquele

período no hospital, não havendo, portanto, seleção. No que diz respeito ao preenchimento dos instrumentos, os investigadores sempre forneceram aos doentes esclarecimentos sobre os conceitos, diminuindo assim o risco de subjetividade na interpretação dos mesmos.

Este estudo é fundamental para a prática de enfermagem, pois visa identificar as vulnerabilidades dos doentes com cancro da próstata e monitorizá-los no seu processo de doença, proporcionando melhores cuidados transacionais e, consequentemente, uma melhor QdV, permitindo às equipas de enfermagem prestar cuidados centrados no doente, e às instituições de saúde reduzir custos, evitando visitas recorrentes dos doentes aos seus serviços.

## Resultados

Foi elaborado um guião para facilitar o acompanhamento de cada doente. Cada momento do guião corresponde às consultas de enfermagem e é acompanhado por uma tabela onde estão identificadas as atividades de diagnóstico/vigilância e as intervenções de enfermagem.

No M0, foram avaliados os níveis de ansiedade dos doentes e os conhecimentos sobre a doença. Relativamente aos resultados obtidos através da escala HADS, obtiveram-se valores de depressão que variaram entre 9-13, com uma média de 1,2 ( $DP = 1,6$ ). Na escala de ansiedade, os valores variaram de 15-19, com uma média de 16,8 ( $DP = 1,2$ ). Relativamente ao instrumento QLQ-INFO25, verificamos que os doentes consideram que recebem bastante informação sobre o diagnóstico ( $M = 3,66$ ). Relativamente à duração da doença ( $M = 2,66$ ), a informação obtida varia entre um pouco e bastante, sendo, em média, bastante. Situação semelhante é verificada relativamente à informação sobre as possíveis causas da doença ( $M = 2,83$ ). Relativamente ao controlo da doença ( $M = 1,16$ ), os participantes referem que não é dada nenhuma ou apenas pouca informação, sendo que em média não há qualquer informação. Relativamente aos exames médicos ( $M = 2,50$ ), a informação sobre a sua finalidade é pouca ou bastante, sendo a média bastante. Quanto aos procedimentos dos exames médicos ( $M = 2,50$ ), as opiniões divergem entre pouca, bastante ou muita informação. No entanto, verificámos que, em média, a informação fornecida é bastante.

A informação fornecida é bastante sobre os resultados dos exames médicos já efetuados ( $M = 2,50$ ), embora alguns mencionem apenas um pouco. Relativamente aos tratamentos ( $M = 2,83$ ), a informação sobre o seu benefício esperado é, em média, pouca; alguns doentes referiram que este tipo de informação não existe. Relativamente aos possíveis efeitos secundários do tratamento ( $M = 1,66$ ), os doentes referiram apenas um pouco, embora alguns indivíduos tenham dito que receberam muita informação. Quanto aos efeitos esperados do tratamento sobre os sintomas da doença ( $M = 2,33$ ), os participantes consideraram que receberam pouca informação. A informação sobre os efeitos do tratamento na vida social e familiar ( $M = 2,83$ ) é bastante, dado o valor médio, e as opiniões são divergentes neste ponto. No entanto, a informação sobre

os efeitos dos tratamentos na atividade sexual é pouca. No âmbito dos outros serviços, concluímos que a informação sobre ajuda adicional fora do hospital ( $M = 3,50$ ) é bastante, embora alguns indivíduos refiram que é muita. Quanto aos serviços de reabilitação ( $M = 2,00$ ), a informação é pouca, tendo em conta a média obtida, com todos os indivíduos a responderem o mesmo. O mesmo acontece com a informação sobre a gestão da doença no domicílio ( $M = 1,66$ ), embora alguns indivíduos refiram que não existe essa informação. A informação sobre a possibilidade de apoio psicológico ( $M = 3,16$ ) é muita, e em alguns casos, os indivíduos referem que é bastante. Por outro lado, a informação sobre os diferentes locais de atendimento ( $M = 3,00$ ) é muita em média, embora haja divergência de opiniões.

A informação sobre a autoajuda ( $M = 2,33$ ) é, em média, pouca. Os doentes estão, em média, muito satisfeitos com a quantidade de informação recebida ( $M = 2,33$ ), embora alguns estejam pouco satisfeitos. Globalmente, a informação recebida foi, em média, muito útil ( $M = 3,33$ ). A quantidade mais significativa de informação fornecida diz respeito ao diagnóstico da doença. Para além disso, existe também um elevado nível de informação sobre ajuda adicional fora do hospital. Por outro lado, é fornecida pouca informação sobre se a doença está controlada e os aspetos relacionados com os cuidados domiciliários apresentam os valores médios mais baixos.

O cálculo da pontuação final considerou apenas as respostas dadas pelos indivíduos nas diferentes dimensões da escala de Likert. Tendo em conta a natureza das questões qualitativas do EORTC QLQ - INFO25, estas não foram incluídas. A pontuação final variou entre 42 e 49 ( $M = 44,67$ ;  $DP = 2,80$ ), revelando que o doente percecionou que a informação recebida foi pouca.

Na primeira consulta, e após identificarmos a ansiedade e o desconhecimento da doença como vulnerabilidades, fornecemos informações essenciais aos doentes sobre o autocontrolo da ansiedade e estratégias de gestão em casa. Ao longo das consultas, o enfermeiro trabalhou com os doentes as vulnerabilidades identificadas e outras áreas características do doente cirúrgico.

Na última consulta de seguimento (três meses após a cirurgia), e de forma a avaliar a aplicabilidade do modelo de seguimento na perspetiva do doente, foi realizada uma entrevista não estruturada aos participantes do estudo para avaliar se as intervenções desenvolvidas desde o primeiro contacto tiveram impacto na melhoria da QdV.

A questão da entrevista solicitava aos doentes que enumerassem os aspetos que consideravam relevantes para os enfermeiros perceberem se o modelo de acompanhamento estava adaptado à realidade, reduzindo assim as vulnerabilidades identificadas no primeiro estudo.

A análise da informação sobre os aspetos essenciais do trabalho do enfermeiro é apresentada em seguida. A Tabela 1 sintetiza a análise das respostas dadas pelos utentes. A tabela está dividida em categorias e unidades de registo. Estas categorias visaram compreender o conceito entendido pelos doentes com cancro da próstata. Para cada categoria foram identificadas unidades de registo.

**Tabela 1***Aspetos valorizados pelos doentes como essenciais para o trabalho dos enfermeiros*

| <b>Categorias</b>        | <b>Unidade de registo (UR)</b> |
|--------------------------|--------------------------------|
| <b>Educação em saúde</b> | Ensino/formação                |
|                          | Incentivo/Encorajamento        |
|                          | Informação                     |
|                          | Consciencialização             |
|                          | Aconselhamento                 |
| <b>Autoconfiança</b>     | Reconhecimento                 |
|                          | Presença                       |
| <b>Atitude</b>           | <i>Coping</i>                  |
|                          | Adaptação                      |
|                          | Aceitação do estado de saúde   |
|                          | Autogestão da doença           |

## Discussão

A doença é uma experiência dolorosa e desconfortável, pois pode afetar todas as dimensões da vida pessoal, desde os aspetos individuais aos sociais (Silva, 2015).

A forma como cada doente passa pelo processo de transição pode ditar o sucesso da sua recuperação, pelo que desenvolver um modelo de acompanhamento dos doentes com cancro da próstata é essencial para um processo de transição saudável. As respostas revelaram que a intervenção do enfermeiro contribuiu para um processo de transição saudável. O enfermeiro gestor de caso deve analisar as vulnerabilidades dos doentes com cancro da próstata que afetam a sua QdV e definir intervenções que minimizem essas vulnerabilidades para melhorar a QdV. Ao longo do processo de acompanhamento, é necessário avaliar a evolução do doente e a eficácia da intervenção, de forma a reformular o plano de cuidados, se necessário. Para o efeito, foram criados indicadores que permitem um acompanhamento mais eficaz. Os indicadores são medidas que podem ser utilizadas para monitorizar, avaliar e promover a qualidade dos cuidados (Pereira, 2009). Foram utilizados os seguintes indicadores de resultado: percepção de melhoria da QdV, melhor conhecimento da doença, melhor conhecimento sobre a cirurgia e pós-operatório, autocontrolo da ansiedade, melhor gestão do regime terapêutico, autocuidado eficaz, regime eficaz de cuidados com o cateter urinário, adaptação eficaz, padrão de sono não comprometido; conforto atual, autoestima atual; satisfação do doente.

De acordo com Pereira (2009), os indicadores de resultado traduzem os ganhos sensíveis à enfermagem e "procuram medir demonstrações dos efeitos da combinação de fatores envolventes, da estrutura e processos nas condições dos indivíduos" (p. 75). É de salientar que a implementação do modelo de acompanhamento de enfermagem requer a disponibilidade total das equipas, podendo o tempo despendido tornar-se um aliado na fração de implementação

dos modelos de gestão de caso. Como refere Mota (2018, p. 232), "A atitude do enfermeiro deve visar a antecipação das dificuldades vivenciadas pelo cliente, demonstrando disponibilidade na condução do modelo". Ainda, segundo o mesmo autor, o tempo é significativo na realização do estudo, mas "o tempo para o acompanhamento depende da disponibilidade do cliente e da disponibilidade que o sistema de saúde permite ao enfermeiro ter". A disponibilidade de acompanhamento dos doentes tem de ser total, e o tempo necessário para aplicar este modelo pode tornar-se um entrave. O tempo tornou-se um fator vital para o sucesso deste modelo de acompanhamento. No entanto, é de salientar que todo o plano de rastreio, intervenção e avaliação contínua terá um impacto significativo nos resultados a longo prazo, nomeadamente ao nível da melhoria da QdV, do estreitamento da relação entre o doente/família e o profissional responsável (gestor de cuidados), da promoção de ações humanizadas e da garantia da unidade dos serviços prestados (Kato & Sugimoto, 2020).

Diversos estudos demonstram a importância da gestão de caso. Freire (2013) afirma que a gestão de casos é uma mais-valia em pessoas vulneráveis, proporciona ganhos em saúde e promove a qualidade dos cuidados de saúde. Mota (2018) defende que o modelo de acompanhamento terá impacto nas taxas de mortalidade e morbidade e nos custos dos cuidados de saúde. Asencio et al. (2008) referem que a gestão de caso evita potenciais problemas através da adoção de medidas preventivas, evita a utilização desnecessária dos serviços de urgência e de outros serviços de saúde, reduz os efeitos adversos, aumenta a autonomia do doente e da família e aumenta o contacto com os doentes e famílias. Ainda assim, a autora refere que o enfermeiro gestor de caso é a melhor resposta às necessidades das pessoas que recorrem a esse serviço. A literatura reforça os resultados deste estudo na medida em que a sua implementação teve impacto na QdV dos doentes a quem este modelo foi aplicado, como facilmente se pode constatar pelas entrevistas.

Com a implementação do modelo de acompanhamento que tem em conta as vulnerabilidades dos doentes com cancro da próstata (padrão evidenciado no estudo de validação da QVRS), é possível acompanhar, envolver, educar e intervir eficazmente nestes doentes, em conjunto com todos os elementos da equipa multidisciplinar, de forma a proporcionar uma melhor QdV. Sendo o cancro da próstata e a sua incidência um problema atual, acreditamos que a aplicação deste modelo nas instituições será benéfica para os doentes, pois proporciona melhores cuidados de transição aos profissionais de saúde. Afinal, estes direcionam as suas intervenções para os problemas reais dos doentes para uma melhor prática de cuidados e para as instituições que, para além de terem doentes mais satisfeitos com os cuidados prestados e com uma melhor QdV, verão os seus custos reduzidos.

A verificação das suas vulnerabilidades, com a posterior aplicação do modelo de acompanhamento, pode permitir a obtenção de resultados cujo valor em saúde, paradigma atualmente em ascensão, pode ser uma realidade. Segundo Porter (2014), o valor em saúde é definido como a relação entre os resultados que importam aos doentes (desfechos clínicos) e o custo de alcançar esses resultados. A melhoria da QdV dos doentes com cancro da próstata através da implementação do modelo de acompanhamento de enfermagem contribui para a criação de valor em saúde. Um modelo de acompanhamento permite criar um padrão de atuação e orientar os profissionais de enfermagem para uma prática mais sustentada, trabalhando com os doentes com cancro da próstata, as vulnerabilidades já conhecidas e antecipando os possíveis efeitos desta doença.

Este modelo dará maior visibilidade à profissão de enfermagem, na medida em que evidencia o trabalho diário das equipas de enfermagem para a transição saudável dos doentes, bem como permite aos enfermeiros melhorar a comunicação, a autonomia, o trabalho em equipa e a gestão partilhada, reforçando a obrigação para com a organização e a profissão. Com o trabalho individualizado da equipa de enfermagem, é possível proporcionar uma melhor QdV a estes doentes. A melhoria da QdV dos doentes faz com que estes se tornem socialmente ativos mais rapidamente.

Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente a dimensão da amostra. De facto, uma amostra maior permitiria obter respostas mais marcadas em alguns domínios da QdV. Por outro lado, a recolha de dados revelou-se complexa devido à extensão dos questionários e à dinâmica das instituições, o que levou à perda de alguns doentes que poderiam participar.

Os resultados deste estudo fornecem novas evidências sobre a QVRS dos doentes com cancro da próstata. Sugerem a importância de implementar a avaliação da QVRS como rotina para identificar as vulnerabilidades desses doentes para uma prática clínica centrada no doente.

## Conclusão

Os resultados deste estudo fornecem novos dados sobre a QVRS dos doentes com cancro da próstata. Sugerem a

importância de implementar a avaliação da QVRS como rotina para identificar as vulnerabilidades destes doentes e orientar a prática clínica centrada no doente. Uma intervenção direcionada para os domínios mais afetados pode contribuir para melhorar continuamente a QdV dos doentes. Este estudo teve como objetivo desenvolver um modelo de acompanhamento de doentes com cancro da próstata. A metodologia permitiu identificar fatores que dificilmente seriam alcançados através de outras estratégias de recolha de dados longitudinais que monitorizam a QVRS destes doentes. O modelo de acompanhamento de enfermagem baseou-se nas vulnerabilidades dos doentes com cancro da próstata identificadas no primeiro estudo. As vulnerabilidades identificadas foram a dor, a função emocional, a função social, a fadiga, as náuseas e vômitos, as perturbações do sono, a diminuição do apetite, a obstipação e diarreia, o impacto financeiro, a atividade sexual e os sintomas urinários.

Uma vez demonstrada a aplicabilidade deste modelo de acompanhamento de enfermagem a estes doentes, propomos dar continuidade a este estudo, testando a sua aplicabilidade noutras instituições de saúde. Por outro lado, a reprodutibilidade deste modelo noutros contextos poderá ser uma ferramenta educativa para outros enfermeiros, reforçando a investigação como dinâmica da disciplina de enfermagem e os fundamentos da própria profissão.

## Contribuições dos autores

Conceptualização: Teixeira, J. M., Prata, A. P., Couto, G. R.

Tratamento de dados: Teixeira, J. M., Couto, G. R.

Análise Formal: Teixeira, J. M., Prata, A. P., Couto, G. R.

Investigação: Teixeira, J. M., Prata, A. P., Couto, G. R.

Metodologia: Teixeira, J. M., Prata, A. P., Couto, G. R.

Administração do projeto: Teixeira, J. M.,

Recursos: Teixeira, J. M., Prata, A. P., Couto, G. R.

Supervisão: Prata, A. P., Couto, G. R.

Software: Teixeira, J. M.,

Validação: Teixeira, J. M., Prata, A. P., Couto, G. R.

Visualização: Teixeira, J. M., Prata, A. P., Couto, G. R.

Redação - rascunho original: Teixeira, J. M., Prata, A. P., Couto, G. R.

## Referências bibliográficas

- Asencio, J., Jiménez, G., Santos, F., Herrera, J., Mañas, M., Carrasco, A., et al. (2008). Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care: a quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *BMC Health Serv Res*, 8:1-13.
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Brueck, M., & Sulmasy, D. (2020). *The rule of double effect: a tool for moral deliberation in practice and policy*. Health Policy & Law, Center for Bioethics Harvard Medical School. <https://bioethics.hms.harvard.edu/journal/rule-double-effect>
- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C., & Reis, D. (2009). Aspetos Psicológicos do Doente Oncológico. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*, 7(1&2):9-18. <https://doi.org/10.25752/psi.4007>



- Carvalho, J., & Cristão, A. (2012). O valor dos cuidados de enfermagem: a consulta de enfermagem no homem submetido a prostatectomia radical. *Revista de Enfermagem Referência*, 7, III Série:103-112.
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *A Saúde dos Portugueses 2016*, 96–107. [http://pns.dgs.pt/files/2016/09/AnexoIIIId\\_A-Saúde-dos-Portugueses-2016.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2016/09/AnexoIIIId_A-Saúde-dos-Portugueses-2016.pdf)
- Freire, C. (2013). *A prática da gestão de caso na unidade de cuidados na comunidade*. Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para a obtenção do Grau de Mestre na Especialidade de Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Saúde de Santarém, pp. 67.
- Guan, T., Santacroce, S., Chen, D-G., Song, L. (2020). Illness uncertainty, coping, and quality of life among patients with prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 29:1019–1025. <https://doi.org/10.1002/pon.5372>
- Kato, T. & Sugimoto, M. (2020). Quality of life in active surveillance for early prostate cancer. *International Journal of Urology*, 27(4):298-306. <https://doi.org/10.1111/iju.14202>
- Liga Portuguesa Contra o Cancro (2021). *Novembro azul: mês de prevenção do cancro da próstata*. <https://www.ligacontracancro.pt/novembroazul/>
- Machado, S., & Sawada, N. (2008). Evaluation Quality of Life in Oncology Patients Submitted To Adjuvant. *Texto e Contexto Enfermagem*, 17(4):750-757.
- Marques, M. A. (2010). *Informação ao doente oncológico. Validação da versão Portuguesa do questionário EORTC QLQ-INFO26*. (Master's Dissertation). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Lisboa. Portugal.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing development & progress*. 5a ed. Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory*. Springer Publishing Company.
- Mota, L. (2018). *A Pessoa submetida a transplante hepático: um modelo de acompanhamento de enfermagem*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, pp. 335.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). *Validation study of a Portuguese version of the hospital anxiety and depression scale*. *Psychology, Health and Medicine*, 12(2):225–237.
- Pereira, F. (2009). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. Doctoral thesis in Nursing Sciences, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, pp. 430.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Porter, M. (2014). *Value-based health care delivery creating. Institute for Strategy & Competitiveness*. <https://www.isc.hbs.edu/health-care/value-based-health-care/Pages/default.aspx>
- Rizzo, L., & Spitz, E. (2002). *Qualité de vie, santé et maladie*. In Gustave-Nicolas Fischer, *Traité de psychologie de la santé*. pp. 283–299. Paris: DUNOD.
- Silva, J., Valente, R., & Sousa, P. (2015). Estratégias de autocuidado das pessoas com doença oncológica submetidas a quimioterapia/ radioterapia e a sua relação com o conforto. *Enfermeria Global*, 37:384-400.
- WHOQOL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2(2):153–159. <https://doi.org/10.1007/BF00435734>