

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCar
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - DE_{nf}

LUCIANA REGINA FERREIRA DA MATA

**VALIDAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A
ALTA DE PACIENTES SUBMETIDOS À PROSTATECTOMIA**

SÃO CARLOS

2009

**VALIDAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A
ALTA DE PACIENTES SUBMETIDOS À PROSTATECTOMIA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCar
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - DEnf

LUCIANA REGINA FERREIRA DA MATA

**VALIDAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A
ALTA DE PACIENTES SUBMETIDOS À PROSTATECTOMIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Anamaria Alves Napoleão

SÃO CARLOS

2009

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

M425vi

Mata, Luciana Regina Ferreira da.

Validação de intervenções de enfermagem para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia / Luciana Regina Ferreira da Mata. -- São Carlos : UFSCar, 2010.
160 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2009.

1. Enfermagem cirúrgica. 2. Enfermagem - intervenções.
3. Prostatectomia. 4. Estudos de validação. I. Título.

CDD: 610.73677 (20^ª)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PPGenf – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Via Washington Luís, km 235 – Caixa Postal, 676.
Cep 13565-905 – São Carlos/SP - Brasil
Fone: (16) 3351-8338 E-mail: ppgenf@ufscar.br

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: LUCIANA REGINA FERREIRA DA MATA

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 17/12/09
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:**

Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão
(Orientadora - PPGenf/UFSCar)

Profa. Dra. Emilia Campos de Carvalho
(EERP/USP)

Profa. Dra. Maria Célia Barcellos Dalri
(EERP/USP)

Presidente da Coordenação de Pós-Graduação
Profa. Dra. Rosely Moralez de Figueiredo

DEDICATÓRIA

À Deus,

que nos concede graciosamente toda a sabedoria.

Aos meus maravilhosos pais João e Iêda,

por nunca medirem esforços para me proporcionar o melhor estudo; por sempre apoiarem as minhas escolhas e sonharem junto comigo.

Ao meu querido Allyson,

pelo grande incentivo, por compreender a minha ausência e acima de tudo os meus objetivos, e sempre me ajudar a alcançá-los.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão,

pela brilhante orientação deste estudo e mais que a orientação, foi amiga, “mãe”, acolheu-me com tanto carinho na cidade de São Carlos; nos meus momentos de dificuldades sempre esteve presente. O seu lado humano é indiscutível... Muito obrigada pelos grandes ensinamentos profissionais e pessoais, por transmitir tanto conhecimento durante esses dois anos e tornar o meu sonho realidade.

Ao prof. Dr. Paulo Celso Prado Telles Filho,

grande mentor da minha carreira acadêmica, ilustríssimo mestre que me ensinou os primeiros passos da investigação científica. Como sou grata à sua orientação inesquecível, ao incentivo à pesquisa e à nossa grande amizade. Sem dúvidas, um grande exemplo profissional. Faltam palavras para expressar a minha eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS

Aos peritos dessa pesquisa,

que tornaram possível a realização do estudo, o meu sincero agradecimento pelo compromisso e valiosa contribuição.

À profa. Dra. Emília Campos,

pelas riquíssimas contribuições ao longo deste trabalho e qualificação. Pela confiança e acolhida no grupo de pesquisa Enfermagem e Comunicação (EERP/USP) que tanto enriquece o meu conhecimento.

À profa. Dra. Tânia Chianca,

pela valiosa contribuição na qualificação.

Ao Prof. Fernando Petrilli (in memorian),

pelo seu imenso incentivo à carreira acadêmica e sugestões neste estudo.

À profa. Geovana Ferecini,

pelo seu comprometimento na análise inicial do estudo.

Às Profas, Dra. Rosely Moralez e Dra. Maria Silvia,

pelos ensinamentos durante as disciplinas do Programa e pelas palavras de apoio.

Aos membros do Grupo de Pesquisa Comunicação e Saúde da EERP USP,

pela valiosa troca de conhecimento, que enriqueceu muito o meu aprendizado.

Ao grande amigo – Juliano Caliri,

pelo grande companheirismo e atitudes de “amigo-irmão”. Tornou esses dois anos muito mais alegres, diante de tanta distância de casa. Você é sensacional!

Às amigas da UFSCar – Regina, Daniela e Juliana,

grandes companheiras, com quem pude desfrutar de bons momentos durante esses anos.

À querida Francine,

pela contribuição durante a organização de alguns resultados da pesquisa, pelos momentos de descontração, palavras e atitudes de apoio.

À Raquel,

pelo auxílio em algumas fases deste estudo.

Às demais colegas da Pós – Graduação em Enfermagem da UFSCar,

pelos momentos de descontração e troca de experiências.

Às secretárias da Pós – Ana e Nancy,

por sempre estarem aptas a solucionar os nossos problemas, com muita boa vontade.

À amiga e cunhada Estael,

pelo auxílio na revisão do estudo, pelos valiosos conselhos e estímulo à vida acadêmica.

Aos meus queridos padrinhos,

pela torcida constante e carinho.

À todos os meus amigos (as) de Minas Gerais,

de quem sinto tanta falta e apesar da distância se mostraram sempre presentes em minha vida...amo vocês!

À minha querida amiga-irmã Látza,

pela companhia virtual constante durante toda a minha permanência em São Carlos e palavras de incentivo.

À CAPES,

pelo subsídio financeiro.

É difícil encontrar palavras para encerrar esta página de agradecimentos, quando tento justificar minhas freqüentes ausências, pela dedicação a este trabalho, diante daqueles que tanto amo, pelos momentos que com eles não compartilhei, muitas vezes com muito pesar fiquei distante e só, mas jamais deixei de tê-los em pensamento e acima de tudo amá-los.

Existe um tempo certo para cada coisa, momento oportuno para cada propósito debaixo do

Sol: Tempo de nascer, tempo de morrer; tempo de plantar, tempo de colher.

(Eclesiastes 3:1-2)

RESUMO

MATA, L.R.F. **Validação de Intervenções de Enfermagem para a Alta de Pacientes Submetidos à Prostatectomia.** 2009. 160 f. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.

Entre os problemas que causam aumento da próstata mais frequentemente citados na literatura estão a hiperplasia prostática benigna e o câncer da próstata. Embora existam alternativas conservadoras para o tratamento dessas patologias, o procedimento cirúrgico ainda é uma opção freqüente de tratamento. Nesse contexto, a Enfermagem assume papel fundamental, com atividades em todo o período perioperatório, inclusive no preparo para a alta dos pacientes submetidos à prostatectomia. Este estudo descritivo, desenvolvido em 3 etapas, teve como objetivo identificar e validar intervenções de enfermagem para o preparo da alta de pacientes submetidos à prostatectomia. Na primeira etapa, foi realizada uma revisão integrativa da literatura a fim de identificar intervenções de enfermagem para o preparo da alta de pacientes submetidos à prostatectomia. Na segunda etapa, de maneira adaptada, utilizou-se o modelo proposto por Fehring (1987) para validação de conteúdo de diagnósticos de enfermagem, com vistas à obtenção da opinião de peritos sobre a adequação de intervenções para o preparo da alta desses pacientes. Na terceira etapa foram apresentadas as intervenções de enfermagem validadas, seguidas dos estudos em que foram identificadas e o nível de evidência desses. Foram incluídos 24 artigos na revisão, sendo 15 estudos selecionados na PubMed, 8 na CINAHL e 1 na *Cochrane Library*. Em relação ao delineamento de estudo, predominaram estudos de atualização e quantitativos não experimentais. Quanto ao nível de evidência, 45,83% foram classificados no nível IV, 29,17% no nível VI e apenas 8,33% no nível I e II. Foram identificadas 93 intervenções, as quais foram organizadas em 11 categorias temáticas: condutas gerais, cuidados com o cateter vesical, prevenção de infecção, cuidados com a nutrição e hidratação, retorno às atividades, cuidados de higiene, cuidados na administração de medicamentos, ensino sobre sinais e sintomas esperados no pós-operatório, sinais e sintomas de complicação e conduta, exercícios para musculatura pélvica e cuidados para o controle da dor. O fornecimento de informações aos pacientes pela enfermagem foi o principal foco de atenção dos autores dos estudos descritivos levantados. Trinta e oito peritos consideraram todas as intervenções "muito adequadas à situação", exceto uma intervenção relativa à orientação do paciente e familiares a ligarem para o cirurgião no caso de dor forte nas 24 horas subseqüentes à cirurgia, a qual foi considerada "relativamente adequada à situação". Observou-se entre os peritos brasileiros a freqüente preocupação com a inclusão de familiares no preparo para a alta dos pacientes prostatectomizados. Após a validação pelos peritos, que resultou também na reorganização das intervenções, obteve-se 84 intervenções distribuídas nas 11 categorias, sendo 43 com nível de evidência IV, 36 com nível de evidência VI, 2 com nível evidência I, 2 com nível de evidência III e 1 com nível de evidência II. A disponibilização de um conjunto de intervenções de enfermagem validadas para o preparo da alta dos pacientes prostatectomizados pode subsidiar a elaboração de protocolos e/ou de planos de cuidados específicos e individualizados, e, assim, favorecer a atuação da enfermagem e conseqüentemente a recuperação e qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: Intervenções de enfermagem; Prostatectomia; Estudos de validação; Alta hospitalar; Enfermagem.

ABSTRACT

MATA, L.R.F. **Validation of nursing interventions for the discharge of patients undergone prostatectomy** 2009. 160 f. Master Thesis – Federal University of São Carlos, São Carlos, 2009.

The problems that are most frequently mentioned in the literature as causes of increase of the prostate are the benign prostatic hyperplasia and prostate cancer. Although conservative alternatives exist for the treatment of these pathologies, the surgical procedure is still a frequent option of treatment. In this context, nursing team assumes fundamental role, with activities in the whole perioperative period, including the preparation for the discharge of the patients undergone prostatectomy. This descriptive study, developed in 3 stages, aimed to identify and to validate nursing interventions for the preparation for the discharge of the patients undergone prostatectomy. In the first stage, an integrative review of the literature was accomplished in order to identify nursing interventions for the preparation for the discharge of the patients undergone prostatectomy. In the second stage, the model proposed by Fehring (1987) for validation of content of nursing diagnoses was adapted, in order to obtain the opinion of experts about the adaptation of those interventions. In the third stage the validated nursing interventions were presented, following by the studies in that they were identified and the level of evidence of them. Twenty four studies were included in the revision and 15 of them were selected in PubMed, 8 in CINAHL and 1 in Cochrane Library. Regarding the studies types, update studies were prevalent as well as quantitative non experimental one. Regarding the evidence level, 45,83% were classified in the level IV, 29,17% in the level VI and only 8,33% in the level I and II. Ninety three interventions were identified and organized in 11 thematic categories: general conducts, urinary catheter care, prevention of infection, nutrition and hydration care, return to the activities, hygiene care, care in the administration of medicines, teaching on signs and expected symptoms in the postoperative period, signs and symptoms of complication and conduct, exercises for pelvic musculature and care for the control of the pain. The supply of information to the patients by nursing team was the main focus of the authors of the descriptive studies. Thirty eight experts considered all of the interventions "very appropriate to the situation", except an intervention related to the orientation of patients and family to phone the surgeon in case of strong pain inside the 24 hours after the surgery, which was considered "relatively appropriate to the situation". It was observed among the Brazilian experts the frequent concern with the relatives' inclusion in the preparation for the discharge of the patients undergone prostatectomy. After the validation by the experts, that resulted also in the reorganization of the interventions, it was obtained 84 interventions distributed in the 11 categories; 43 of those with evidence level IV, 36 with evidence level VI, 2 with evidence level I, 2 with evidence level III and 1 with evidence level II. To offer a group of validated nursing interventions for the discharge of the patients undergone prostatectomy can subsidize the elaboration of protocols and/or specific and individualized care plans, and thus, to favor nursing assistance and consequently the recovery and quality of life of these patients.

keywords: Nursing interventions; Prostatectomy; Validation studies; Patient discharge; Nursing.

RESUMEN

MATA, L.R.F. **Validação de Intervenções de Enfermagem para a Alta de Pacientes Submetidos à Prostatectomia.** 2009. 160 f. Disertación (Maestría) – Universidad Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.

Entre los problemas que causan aumento de la próstata más frecuentemente citados en la literatura están a hiperplasia prostática benigna y el cáncer de la próstata. Aunque existan alternativas conservadoras para el tratamiento de esas patologías, la cirugía aún es una opción frecuente de tratamiento. En ese contexto, la Enfermería asume papel fundamental, con actividades en todo el periodo perioperatorio, inclusive en el preparo para el alta de los pacientes sometidos a la prostatectomía. En la primera etapa, fue realizada una revisión integradora de la literatura a fin de identificar intervenciones de enfermería para el preparo del alta de los pacientes sometidos a la prostatectomía. En la segunda etapa, de manera adaptada, se utilizó el modelo propuesto por Fehring (1987) para validación de contenido de diagnósticos de enfermería, para obtener la opinión de peritos sobre la adecuación de intervenciones para el preparo del alta de esos pacientes. En la tercera etapa fueron presentadas las intervenciones de enfermería validadas, seguidas de los estudios en que fueron identificadas y el nivel de evidencia de esos. Fueron incluidos 24 artículos en la revisión, siendo 15 estudios seleccionados en la PubMed, 8 en la CINAHL y 1 en la *Cochrane Library*. En relación al delineamiento de estudio, predominaron estudios de actualización y cuantitativos no experimentais. Cuánto al nivel de evidencia, 45,83% fueron clasificados en el nivel IV, 29,17% en el nivel VI y sólo 8,33% en el nivel I e II. Fueron identificadas 93 intervenciones, las cuales fueron organizadas en 11 categorías temáticas: conductas generales, cuidados con el catéter urinario, prevención de infección, cuidados con la nutrición y hidratación, retorno a las actividades, cuidados de higiene, cuidados en la administración de medicamentos, la educación sobre los signos y síntomas esperados en el postoperatorio, signos y síntomas de complicación y conducta, ejercicios para musculatura pélvica y cuidados para el control del dolor. El suministro de informaciones a los pacientes por la enfermería fue el principal foco de atención de los autores de los estudios descriptivos levantados. Treinta y ocho peritos consideraron todas las intervenciones "muy adecuadas a la situación", excepto una intervención relativa a la orientación del paciente y familiares a conectar para el médico en el caso de dolor fuerte en las 24 horas subsecuentes a la cirugía, la cual fue considerada "relativamente adecuada a la situación". Se observó entre los peritos brasileños la frecuente preocupación con la inclusión de familiares en el preparo para el alta de los pacientes prostatectomizados. Después de la validación por los peritos, que resultó también en la reorganización de las intervenciones, se obtuvieron 84 intervenciones distribuidas en las 11 categorías, siendo 43 con nivel de evidencia IV, 36 con nivel de evidencia VI, 2 con nivel evidencia I, 2 con nivel de evidencia III y 1 con nivel de evidencia II. La disponibilidad de un conjunto de intervenciones de enfermería validadas para el preparo del alta de los pacientes prostatectomizados puede subsidiar la elaboración de protocolos y/o de planes de cuidados específicos e individualizados, y, así, favorecer la actuación de la enfermería y consecuentemente la recuperación y calidad de vida de los pacientes.

Palabras-clave: Intervenciones de enfermería; Prostatectomía; Estudios de validación; Alta del paciente; Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

QUADRO 1	Classificação das forças de evidência (STETLER et al., 1998).....	48
QUADRO 2	Número de artigos encontrados para cada descritor em cada base de dados.....	52
QUADRO 3	Descrição dos estudos incluídos na revisão da literatura, segundo ano, periódico, autor (es) e título.....	62
QUADRO 4	Intervenções de enfermagem da categoria 1 – Intervenções Gerais, número de peritos e escore final.....	68
QUADRO 5	Intervenções de enfermagem da categoria 2 – Prevenção contra infecção, número de peritos e escore final.....	72
QUADRO 6	Intervenções de enfermagem da categoria 3 – Cuidados com a nutrição e hidratação, número de peritos e escore final.	74
QUADRO 7	Intervenções de enfermagem da categoria 4 – Cuidados com o cateter vesical, número de peritos e escore final..	76
QUADRO 8	Intervenções de enfermagem da categoria 5 – Cuidados de higiene, número de peritos e escore final.....	79
QUADRO 9	Intervenções de enfermagem da categoria 6 – Retorno às atividades, número de peritos e escore final.....	80
QUADRO 10	Intervenções de enfermagem da categoria 7 – Ensino sobre sinais e sintomas de complicação e conduta, número de peritos e escore final... ..	81
QUADRO 11	Intervenções de enfermagem da categoria 8 – Cuidados na administração de medicamentos, número de peritos e escore final.....	83
QUADRO 12	Intervenções de enfermagem da categoria 9 – Orientação sobre exercícios pélvicos, número de peritos e escore final.....	84
QUADRO 13	Intervenções de enfermagem da categoria 10 – Ensino sobre sinais e sintomas esperados no pós-operatório, número de peritos e escore final	86
QUADRO 14	Intervenções de enfermagem da categoria 11 – Cuidados para o controle da dor e de outros sinais e sintomas, número de peritos e escore final.....	88

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Apresentação dos países de realização dos estudos selecionados, 2009.....	61
TABELA 2	Distribuição dos estudos selecionados conforme delineamento e nível de evidência, 2009.....	64
TABELA 3	Distribuição das intervenções de enfermagem identificadas de acordo com a categoria temática, 2009.....	65
TABELA 4	Distribuição dos participantes da pesquisa quanto ao ano de graduação em enfermagem e período de experiência profissional, 2009.....	65
TABELA 5	Distribuição dos peritos, segundo a produção bibliográfica e prática profissional, 2009.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BIREME -	Biblioteca Virtual em Saúde do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
CAPES -	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDV -	Validação Clínica de Diagnóstico
CINAHL -	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CIPE [®] -	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNPq -	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COMUT -	Serviço de Comutação Bibliográfica
CP -	Câncer de Próstata
DCV -	Validação de Conteúdo Diagnóstico
DDV -	Validação Diferencial de Diagnóstico
DE -	Disfunção Erétil
ECRC -	Ensaio Clínico Randomizado Controlado
HPB -	Hiperplasia Prostática Benigna
ICV -	Validação de Conteúdo Intervenção
ISC -	Infecção do Sítio Cirúrgico
ITU -	Infecção do Trato Urinário
ITUP -	Incisão Transuretral da Próstata
LILACS -	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE -	Medical Literature On-Line
NANDA -	North American Nursing Diagnosis Association
NIC -	Classificação de Intervenções Enfermagem
NOC -	Classificação dos Resultados de Enfermagem
RTUP -	Ressecção Transuretral da Próstata
SUNA -	Sociedade Norte Americana de Enfermeiros Urológicos
UFSCar -	Universidade Federal de São Carlos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVO	23
3 REVISÃO DA LITERATURA	25
3.1 Patologias Prostáticas.....	26
3.1.1 Hiperplasia Prostática Benigna.....	26
3.1.2 Câncer de próstata.....	27
3.2 Procedimentos cirúrgicos.....	28
3.3 Alta hospitalar do paciente cirúrgico.....	32
3.4 Processo de enfermagem.....	34
3.5 Validação de intervenções.....	40
4 METODOLOGIA	43
4.1 Tipo de estudo.....	44
4.2 Procedimentos metodológico.....	44
4.2.1 Identificação das intervenções de enfermagem.....	45
4.2.1.1 Revisão Integrativa da Literatura e Prática Baseada em Evidência.....	45
4.2.2 Validação das intervenções de enfermagem.....	53
4.2.2.1 Refinamento do instrumento de coleta de dados para validação de conteúdo.....	55
4.2.2.2 População e amostra.....	55
4.2.2.3 Coleta de dados.....	57
4.2.2.4 Aspectos éticos.....	58
4.2.2.5 Tratamento e análise dos dados.....	58
4.2.3 Apresentação das intervenções de enfermagem validadas.....	58
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
5.1 Primeira etapa: Identificação das intervenções.....	61
5.1.1 Identificação e caracterização dos estudos analisados.....	61
5.2 Segunda etapa: Validação por peritos.....	65
5.2.1 Caracterização dos enfermeiros peritos.....	65
5.2.2 Validação das intervenções de enfermagem para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia.....	67

5.3 Terceira etapa: Apresentação das intervenções validadas.....	89
6 CONCLUSÕES.....	99
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
8 REFERÊNCIAS DOS ESTUDOS SELECIONADOS NA REVISÃO INTEGRATIVA.....	106
9 REFERÊNCIAS.....	109
APÊNDICES.....	122
ANEXO.....	159

1 INTRODUÇÃO

Em âmbito internacional, autores afirmam que há um esforço global por parte de associações de enfermagem e médicas em urologia, direcionado ao avanço da prática da enfermagem urológica e que, atualmente, esta é uma área de atividade reconhecida como sendo fundamental para que sejam alcançados melhores resultados junto aos pacientes (THOMPSON et al., 2007).

Sabe-se que os homens constituem uma importante parcela da clientela atendida nesta especialidade, o que ocorre também em função das necessidades de cuidado relacionadas à próstata, uma glândula masculina que envolve a porção inicial da uretra e secreta fluidos que compõem parte do esperma e o transportam durante a ejaculação (NETTINA, 2001; SUNA, 2007). O aumento da próstata ocorre com uma incidência considerável entre os homens e pode acarretar a obstrução da uretra, com conseqüentes sinais e sintomas decorrentes desta obstrução, além dos problemas urinários de variados graus (HUNTER et al., 2007).

Dados apresentados pela Sociedade Norte Americana de Enfermeiros Urológicos (SUNA) mostram que cerca de 80% dos homens com 80 anos apresentam aumento da próstata e 40 a 50% destes apresentam sintomas decorrentes deste aumento (SUNA, 2007). Entre os problemas que causam aumento da próstata mais freqüentemente citados na literatura estão a hiperplasia prostática benigna (HPB) e o câncer de próstata (CP) (SMELTZER; BARE, 2005).

Embora existam alternativas conservadoras para o tratamento da HPB ou do CP, o procedimento cirúrgico ainda é uma opção freqüente de tratamento. É realizado de acordo com o estadiamento da doença e com a presença ou não de determinadas complicações advindas da patologia (PHILLIPS et al., 2000).

Existem diferentes tipos de cirurgias da próstata: ressecção transuretral da próstata (RTUP), prostatectomia suprapúbica, prostatectomia perineal, prostatectomia retropúbica e incisão transuretral da próstata (ITUP). Alguns são procedimentos fechados (RTUP, ITUP) e os demais necessitam de uma incisão cirúrgica, portanto, procedimento aberto (PORTES; BERNARDO; FACCIO JUNIOR, 2004). A escolha do tipo de cirurgia mais adequada é determinada pelo cirurgião conforme o estadiamento da doença, patologia, faixa etária, condições físicas e preferência do cliente (BICKERT; FRICKEL, 2002).

Disfunção erétil, estenose uretral e incontinência urinária são algumas das complicações decorrentes do procedimento cirúrgico (SROUGI, 1999; MCFADIN MUELLER; MUELLER, 2004).

A disfunção erétil (DE) é definida como a “incapacidade do homem de conseguir e manter a ereção do pênis de modo suficiente a permitir uma relação sexual satisfatória” (KAISER, 1998, p. 44).

Conforme Zerbib e Perez (2003), a DE pode ocorrer como uma disfunção sexual total, em que ocorre a ausência da ereção até um ano após o procedimento cirúrgico; como uma intumescência do pênis, no caso não há uma rigidez suficiente para permitir uma relação sexual com penetração; ou como uma ereção insuficiente para manter relações sexuais com penetração.

A estenose uretral consiste na retração da sutura entre a bexiga e a uretra, levando a uma redução da força do jato da micção, o que dificulta o esvaziamento da bexiga (ZERBIB; PEREZ, 2003). E, a incontinência urinária é a perda involuntária da urina, no caso do homem submetido à cirurgia de próstata, é causada devido à perda da compressão uretral que a próstata proporcionava antes da cirurgia, lesão do esfíncter uretral e possivelmente pela irritabilidade da parede vesical (SROUGI, 1999).

Tais complicações podem alterar o bem estar e a qualidade de vida desses homens, além de causar sintomas psicológicos, uma vez que gera constrangimento, perda da auto-estima e isolamento social (STEINECK et al., 2002).

Nesse contexto, a Enfermagem assume papel fundamental, com atividades assistenciais em todas as etapas do período perioperatório que envolve componentes essenciais da condição humana, quer seja no aspecto físico, psicológico, social, cultural ou espiritual, a fim de proporcionar qualidade de vida a esses pacientes. Estas atividades variam desde a avaliação pré-operatória do estado de saúde geral do paciente e auxílio no estabelecimento de uma função renal ótima, até o cuidado para que seu restabelecimento ocorra da melhor maneira possível no pós-operatório (SMELTZER; BARE, 2005). Sabe-se que, no sentido de favorecer o restabelecimento do paciente no período pós-operatório, período que se inicia no hospital e geralmente continua após a alta do paciente, a enfermagem possui papel fundamental e deve se valer de ações planejadas com vistas ao preparo para a alta do paciente.

A este respeito, autores afirmam ser conhecido o fato de que vários pacientes passam por diferentes problemas nas primeiras semanas após a alta do hospital para casa e que estes problemas podem incluir dificuldade com as atividades da vida diária, problemas emocionais, conhecimento deficiente, ajuda insuficiente, incerteza, ansiedade e necessidade de informações (MISTIAEN; POOT, 2006).

Atualmente, observa-se uma tendência ao encurtamento do tempo de internação (FRIEDLANDER; LAGE, 2003; FAGERMOEN; HAMILTON, 2006), com freqüente opção pela cirurgia ambulatorial e tratamento de pacientes em clínicas especializadas, o que possui efeito sobre o tempo disponível para o desenvolvimento de atividades educativas junto aos mesmos e pode interferir negativamente no preparo para a alta (FAGERMOEN; HAMILTON, 2006).

Ao longo dos anos, o preparo para a alta dos pacientes submetidos à cirurgia tem sido objeto de importantes estudos realizados em âmbito nacional e internacional, dada a relevância desta atividade (AGUILLAR; ANGERAMI, 1992; LEVASSEUR; FITZGERALD, 1998; FAGERMOEN; HAMILTON, 2006). Na atualidade, os planos para a alta com o objetivo de reduzir os problemas que podem ocorrer após a mesma são citados como foco de estudos (MISTIAEN; POOT, 2006).

Neste contexto encontram-se os pacientes submetidos à cirurgia de próstata. O papel do enfermeiro em relação ao preparo para a alta destes pacientes é destacado na literatura (McFADIN MUELLER; MUELLER, 2004). Estudos com pacientes submetidos à prostatectomia radical relatam que, problemas passíveis de ocorrer, ainda que temporariamente, como sintomas psicológicos, na função intestinal e urinária (PALMER, 2001, STEINEK et al 2002) e aqueles relacionados à sexualidade (BURT et al., 2005) devem constituir foco de atenção dos enfermeiros (PALMER, 2001). São também recomendados o preparo psicológico dos enfermeiros e o desenvolvimento de habilidades educativas para a observação de sinais não verbais e encaminhamento de preocupações que podem não ser verbalizadas pelos pacientes (BURT et al., 2005).

Deve ser considerado ainda que, muitas vezes, os pacientes submetidos à prostatectomia deixam o hospital portando o cateter vesical de demora e pontos cirúrgicos (SMELTZER; BARE, 2005), o que também precisa ser considerado no planejamento para a alta dos mesmos. Um estudo sobre a satisfação dos pacientes com um programa de ensino para a alta, realizado em uma unidade urológica revelou que as principais preocupações se referiram à retenção urinária, cuidados com a pele e com o cateter no pós-operatório imediato e mediato (DAVISON et al., 2004).

Certamente são muitas as dúvidas e expectativas dos pacientes submetidos à cirurgia de próstata em relação ao período pós-operatório e, sendo assim, as ações de enfermagem relativas ao preparo destes pacientes para a alta podem exercer influência na continuidade dos cuidados em domicílio, na recuperação e requerem conhecimento profissional relativo ao planejamento das atividades de cuidado e aos aspectos relacionados às

necessidades específicas dos mesmos.

Diante da complexidade que envolve o conhecimento das necessidades específicas que podem apresentar os homens submetidos à prostatectomia e a relevância das ações de enfermagem que podem contribuir fortemente para que os mesmos tenham o melhor restabelecimento possível (considerando-se os contextos e as características individuais), entende-se que, um estudo que contribua para a sistematização das ações no planejamento da assistência a estes pacientes possa oferecer uma importante contribuição nos âmbitos do ensino, pesquisa e assistência, levando-se em conta o contexto atual em que se observa uma tendência ao encurtamento da permanência dos pacientes nos serviços hospitalares.

Sendo assim, considera-se necessário o conhecimento das intervenções de enfermagem direcionadas especificamente às necessidades dos pacientes prostatectomizados em seu preparo para a alta, assim como a validação destas intervenções entre enfermeiros brasileiros, uma vez que tais intervenções poderão compor um plano de cuidados, adequadas à individualidade de cada paciente.

Para o presente estudo, considerou-se o conceito de intervenções de enfermagem apresentada por Alfaro-LeFevre (2005), que reúne importantes características de detalhamento e abrangência. Esta autora define “intervenções de enfermagem” como sendo ações executadas pelo enfermeiro com a finalidade de monitorar o estado de saúde, reduzir os riscos, resolver, prevenir ou controlar um problema, facilitar a independência ou auxiliar nas atividades da vida diária, promover uma otimização do sentimento de bem-estar físico, psicológico e espiritual.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Identificar e validar intervenções de enfermagem para o preparo para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as evidências disponíveis na literatura sobre intervenções de enfermagem para o preparo para a alta de pacientes prostatectomizados.
- Agrupar as intervenções de enfermagem levantadas de acordo com a aproximação temática.
- Realizar a Validação por Peritos das intervenções de enfermagem identificadas.
- Apresentar intervenções de enfermagem validadas, com os respectivos níveis de evidência, para guiar/subsidiar os profissionais no preparo da alta de pacientes submetidos à prostatectomia.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Patologias Prostáticas

Destacam-se aqui as duas importantes patologias prostáticas que apresentam como uma das formas de tratamento, o procedimento cirúrgico.

3.1.1 Hiperplasia Prostática Benigna

A hiperplasia prostática benigna (HPB) é a neoplasia benigna mais comum na população masculina. É responsável por sintomas nos homens com mais de 50 anos de idade e resulta na necessidade de realizar tratamento cirúrgico em 20 a 30% dos casos (GARRAWAY; COLLINS; LEE, 1991).

A hiperplasia prostática aumenta a resistência uretral, resultando em alterações compensatórias na função da bexiga. As alterações da função do músculo detrusor induzidas pela obstrução, adicionadas às alterações relacionadas com a idade, quer na bexiga, quer na função do sistema nervoso, levam à freqüência, urgência e noctúria, que são as queixas da HBP mais incômodas (OLIVEIRA; AMARAL; FERRAZ, 2005; WOJCIK; DENNISON, 2006).

A HPB é uma doença que afeta mais a qualidade de vida do que a quantidade de vida. Quando associada aos sintomas obstrutivos e irritativos do trato urinário inferior tem importante impacto na qualidade de vida, por interferir diretamente nas atividades diárias e no padrão do sono (SILVA, 1997). Atribuem - se os sintomas urinários obstrutivos à obstrução mecânica ao fluxo urinário decorrente do aumento da glândula, enquanto os sintomas urinários irritativos vêm sendo correlacionados com a obstrução funcional decorrente do aumento do tônus das fibras musculares presentes na próstata, especialmente em sua cápsula (BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA, 2004). Em um trabalho realizado nos Estados Unidos, que avaliou 707 homens com sintomas moderados a graves de HPB, o resultado mostrou que o sintoma mais fortemente associado à qualidade de vida é o sintoma irritativo – urgência, freqüência e noctúria (DEPARTAMENT, 1993).

A etiologia dos sintomas do trato urinário inferior é bastante complexa, estando relacionada a fatores diversos, como o aumento do volume prostático, tônus da musculatura lisa prostática/colo vesical e alterações na musculatura detrusora. Desta forma, a decisão

sobre o tratamento deve ser cuidadosamente refletida e aplicada individualmente. A participação do paciente na escolha do seu tratamento tem importância fundamental, uma vez que o impacto dos sintomas na qualidade de vida é considerado decisivo nesta escolha (BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA, 2004).

As opções para o manejo de pacientes com hiperplasia prostática benigna incluem a observação e acompanhamento criterioso, terapia medicamentosa, terapias minimamente invasivas e tratamento cirúrgico (BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA, 2004).

O procedimento cirúrgico é indicado para pacientes que apresentam sintomas mais graves ou complicações pela HPB. A escolha do tipo cirúrgico é baseada no volume prostático, na preferência individual do cirurgião e co-morbidades do paciente (CHURCHILL, 1997; BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA, 2004).

3.1.2 Câncer de próstata

Câncer é o nome dado a uma classe de doenças caracterizadas pelo crescimento descontrolado de células anormais do organismo (RIGDON, 2006). As estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2008), mostram que o câncer de próstata (CP) apresenta a segunda taxa mais elevada de novos casos da doença no Brasil- 49.230 casos, o que corresponde a um risco de 52 casos a cada 100 mil homens.

O aumento observado nas taxas de incidência pode ser parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos, pela melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e pelo aumento na expectativa de vida do brasileiro. Na maioria dos casos, o tumor apresenta um crescimento lento, de longo tempo de duplicação, levando cerca de 15 anos para atingir 1 cm³ (INCA, 2008).

O envelhecimento é um fator de risco para o CP. A sua incidência aumenta rapidamente após os 50 anos de idade, e mais de 70% dos casos acontecem em homens acima de 65 anos (RIGDON, 2006).

Em relação às manifestações clínicas, em sua fase inicial tem uma evolução silenciosa. Os sintomas se desenvolvem devido à obstrução urinária. Com o tempo, a neoplasia se desenvolve e torna-se suficientemente grande e avança sobre o colo vesical, e assim surgem os sinais e sintomas de obstrução urinária, como, dificuldade e frequência da

micção, retenção urinária, tamanho e forças diminuídos do jato urinário. Pode também ocorrer a presença de sangue na urina ou sêmen e ejaculação dolorosa (PHILLIPS et al., 2000).

O tratamento baseia-se no estágio da doença, na idade e sintomas do paciente. Quando o tumor está localizado, recomenda-se a cirurgia e a radioterapia, ou até mesmo uma observação clínica e acompanhamento médico criterioso. Quando a doença está localmente avançada, a radioterapia ou cirurgia em combinação com tratamento hormonal podem ser utilizados. E, quando a doença já se encontra a nível metastático, o tratamento de eleição é a hormonioterapia (INCA, 2008).

A prostatectomia radical, que consiste na remoção da próstata e vesículas seminais é a cirurgia padrão para pacientes que apresentam a doença em estágio que pode ser potencialmente curável (BICKERT; FRICKEL, 2002).

Contudo, é considerada uma cirurgia agressiva e reflete-se sobretudo na continência urinária e na função erétil, que afeta um elevado número de pacientes (NUNES; ROLO; MOTA, 2004).

Dessa forma, a reabilitação precoce da continência urinária e da atividade sexual implica em uma avaliação pré-operatória cuidadosa e uma seleção criteriosa da técnica cirúrgica, que devem estar aliadas a um eficiente plano de orientações quanto aos corretos cuidados domiciliares (NUNES; ROLO; MOTA, 2004).

3.2 Procedimentos cirúrgicos

Diversas condutas cirúrgicas podem ser empregadas para a remoção da porção hipertrofiada da próstata, ou de toda a glândula.

Ressalta-se que o método cirúrgico de escolha depende do tamanho da glândula, da gravidade da obstrução, da idade do paciente, da condição do paciente e da presença de doenças associadas (RIGDON, 2006).

A seguir, abordamos seis métodos cirúrgicos existentes, a fim de caracterizar cada procedimento, apontando suas vantagens e desvantagens.

- **Ressecção transuretral da próstata (RTUP)**

A RTUP é o procedimento mais comumente utilizado, considerado o “padrão ouro” (PARROTT; 2003). É realizada pela inserção de um tipo especial de endoscópio chamado ressectoscópio através da uretra, com o paciente sob anestesia geral ou raquianestesia. Um instrumento cortante ou uma alça metálica aquecida são usados para remover o máximo de tecido prostático possível. A porção externa próxima à cápsula prostática é preservada mantendo a comunicação entre a bexiga e a uretra. Raramente produz disfunção erétil, contudo pode provocar ejaculação retrógrada, pois a remoção do tecido prostático no colo vesical pode fazer com que o líquido seminal flua de maneira retrógrada para dentro da bexiga (PORTES; BERNARDO; FACCIO JUNIOR, 2004).

Anticoagulantes, inclusive aspirina, não devem ser utilizados no período que antecede ao procedimento, devido ao risco potencial de perda sanguínea (WOJCIK; DENNISON, 2006). Em relação ao cateter vesical, esse deve ser inserido após a cirurgia para uma contínua irrigação da bexiga, sendo removido apenas quando a urina não apresentar significativo sangramento ou coágulos (CHURCHILL, 1997; WOJCIK; DENNISON, 2006).

As vantagens do procedimento são: a não necessidade de uma incisão abdominal, sendo mais segura para o paciente com risco cirúrgico e o curto período de hospitalização e recuperação. Contudo, pode haver casos de obstrução recorrente, risco de trauma e estenoses uretrais, além da possibilidade de sangramento tardio. Dessa forma, cabe a enfermagem monitorar o sangramento e observar sinais de estenose, como a disúria, esforço e jato urinário fraco (CHANG et al., 1998).

- **Prostatectomia suprapúbica**

A prostatectomia suprapúbica é um método para remover a glândula por meio de uma incisão cirúrgica abdominal. É realizada uma pequena incisão no fundo da bexiga para que a próstata seja retirada do plano superior (TUBARO et al., 2001).

O sangramento e a necessidade de abertura da bexiga são fatores que podem limitar o uso dessa técnica, por determinar maior morbidade e aumento do custo hospitalar devido à necessidade de uma internação mais prolongada (TUBARO et al., 2001).

Contudo, é considerada uma técnica simples, que oferece uma ampla área de exploração dos linfonodos cancerosos, o que permite uma remoção mais completa da glândula obstrutora (SMELTZER; BARE, 2005). Outra vantagem da abordagem suprapúbica é que permite acesso para correção cirúrgica de qualquer condução vesical existente como cálculos vesicais ou divertículos vesicais (NEAGLE, 1997).

A prostatectomia suprapúbica implica em ações de enfermagem para o monitoramento dos riscos de hemorragia, reposição da perda sanguínea, além do cuidado asséptico meticuloso na região do tubo suprapúbico (NEAGLE, 1997).

- **Prostatectomia retropúbica**

Essa técnica consiste em uma incisão abdominal baixa em que o cirurgião aborda a próstata entre o arco púbico e a bexiga, sem adentrar na bexiga (RONK; KAVITZ, 1994).

A prostatectomia radical retropúbica é considerada uma das mais efetivas opções para o tratamento do câncer prostático localizado. No entanto, apesar dos refinamentos técnicos no decorrer dos anos, o procedimento ainda é associado à morbidade significativa incluindo sangramento, dor pós-operatória, tromboembolismo pulmonar, incontinência urinária, impotência e estenose da anastomose uretrovesical (LEPOR; NIEDER; FERRANDINO, 2001; RIOS et al., 2003).

É importante que a enfermagem monitore tanto os sinais de risco para hemorragia quanto o risco de extravasamento pós-urinário depois da remoção da sonda (BICKERT; FRICKEL, 2002).

- **Prostatectomia perineal**

A prostatectomia perineal consiste na remoção da glândula por meio de uma incisão cirúrgica no períneo, entre o escroto e o reto (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER-MUR, 2003).

Canjicas et al. (2007) afirmam que esse método pode acarretar em

complicações como perfuração retal, remoção inadvertida da sonda, fistula fecal e retenção urinária.

Contudo, a prostatectomia radical por via perineal reduz o sangramento transoperatório, permite uma curta hospitalização e rápida volta às atividades de rotina, o que diminui os gastos hospitalares (RIOS et al., 2003; CANJICAS et al., 2007). Outras vantagens incluem a preservação do colo vesical e melhora da anastomose uretrovesical (NEAGLE, 1997).

Esse método antigo, com apenas algumas modificações técnicas, desde a sua descrição original, oferece resultados similares a prostatectomia radical retropúbica, que é considerada abordagem padrão para o tratamento do câncer de próstata localizado. Além disso, é o método de escolha para pacientes obesos, pacientes com cirurgia pélvica prévia, ou pacientes com radiação pélvica prévia (RIOS et al., 2003).

A seleção adequada do paciente é fundamental para o sucesso do procedimento e minimização de complicações. Além disso, uma compreensão detalhada da anatomia perineal combinada com a experiência do cirurgião é necessário para o sucesso da técnica (RIOS et al., 2003).

- **Incisão transuretral da próstata**

A incisão transuretral da próstata (ITUP) é um procedimento utilizado no tratamento da HPB, e é indicado quando a próstata está pequena, cerca de trinta gramas ou menos. É inserido um instrumento através da uretra, e assim uma ou duas incisões são feitas na próstata e na glândula prostática, o que reduz a pressão da próstata sobre a uretra, diminuindo a constrição uretral (ALHASAN et al., 2008).

Os seus resultados são comparáveis ao da RTUP. Há menores chances de desenvolvimento de disfunção erétil e ejaculação retrógrada. Contudo, pode haver obstrução devido a um trauma uretral e sangramento tardio (SMELTZER; BARE, 2005). É uma técnica que requer cirurgião altamente habilitado (POPOOLA et al., 2008).

- **Prostatectomia radical laparoscópica**

A prostatectomia radical laparoscópica representa uma via de acesso minimamente invasiva alternativa à cirurgia aberta convencional. Ela permite um melhor acesso à anastomose vesicouretral, uma vez que a sutura é feita sob visão endoscópica (SCHUESSLER et al., 1997).

Esse procedimento apresenta vantagens significativas comparado à cirurgia aberta, por implicar em menor permanência hospitalar, menos dor pós-operatória e retorno precoce às atividades habituais e ao trabalho. É considerada uma técnica segura, rápida que oferece resultados comparáveis à cirurgia aberta, com menor perda sangüínea e menos desconforto pós-operatório (FABRIZIO; TUERK; SCHELLHAMMER, 2003; LEEWANSANGTONG; WIANGSAKUNNA; TAWEEMANKONGSAP, 2009). Contudo é um método recente, que requer uma longa curva de aprendizado e uma ampla experiência profissional (ANIBAL et al., 2006).

3.3 Alta hospitalar do paciente cirúrgico

O período de permanência hospitalar, entre a admissão e alta, de pacientes submetidos a cirurgias eletivas tem sido bastante reduzido, com admissão no mesmo dia e o mais próximo possível do horário marcado para a cirurgia e estímulo à alta precoce do hospital (SILVA, 2004).

É possível perceber que desde a internação, em algumas situações, o momento da alta hospitalar é o mais esperado pelo paciente e sua família. Muitas vezes, a preocupação com o dia de voltar para casa torna-se maior do que a expectativa da realização do próprio procedimento cirúrgico (CARVALHO, A. et al., 2008).

O processo de alta do paciente cirúrgico pode ser considerado potencialmente crítico, uma vez que o pós-operatório é o período de restabelecimento do indivíduo frente à agressão sofrida pela cirurgia (AGUILAR; ANGERAMI, 1992).

Ao receberem alta hospitalar, os pacientes submetidos à cirurgia, em sua grande maioria, necessitam continuar em seu domicílio os tratamentos e cuidados de

enfermagem iniciados no hospital. Esta realidade exige dos enfermeiros destas unidades a preocupação também com o preparo dos pacientes e/ou familiares para alta hospitalar.

Portanto, a orientação de enfermagem é uma das formas do enfermeiro comunicar-se com o paciente, de mantê-lo informado, de reconhecer suas necessidades nos diferentes períodos operatórios pelo qual está vivenciando (MCFADIN MUELLER; MUELLER, 2004; CARVALHO, A. et al., 2008).

Conhecendo os sentimentos de medo e ansiedade que envolvem o paciente e sua família no momento da alta hospitalar, relacionado à insegurança de não saberem como realizarão em casa, certos cuidados pós-operatórios, acredita-se que se as orientações oferecidas ao paciente enquanto ainda está hospitalizado forem de qualidade, com conteúdos básicos relativos a como agir em casa após a alta hospitalar, além de oferecer a eles tais orientações impressas, facilitaria o desenrolar do seu cotidiano em casa, catalisando sua recuperação após a cirurgia (CARVALHO, A. et al., 2008).

Em relação ao preparo do paciente submetido à prostatectomia para deixar o hospital após a cirurgia e continuar em seu período de recuperação obtendo os melhores resultados possíveis é fundamental que o enfermeiro conheça as necessidades específicas que estes pacientes podem apresentar em decorrência da cirurgia e dos problemas de saúde que levaram à sua realização (VIANNA; NAPOLEÃO, 2009).

O plano de alta é uma ferramenta utilizada para dar continuidade ao cuidado após a hospitalização. É considerado parte integrante do processo educativo, que inclui orientações ao paciente e à família sobre o que necessitam saber e aprender em relação às possíveis necessidades de cuidado, considerando-se os aspectos biopsicosocioespirituais (POMPEO et al., 2007).

É utilizado como forma de estreitar a comunicação entre o hospital e o cuidado provido em serviços de atenção primária, fortalecer a adesão ao tratamento proposto, aumentar a capacidade para o autocuidado e reduzir a frequência de hospitalizações não planejadas (NAYLOR et al., 1999).

Em uma revisão sistemática realizada a fim de avaliar o impacto do plano de alta hospitalar, os autores identificaram evidências de que esse modelo de intervenção reduziu o tempo médio de permanência durante a internação hospitalar (SHEPPERD et al., 2004). Não houve diferenças significativas na taxa de reinternação entre os 8 estudos analisados, ainda que 3 dos estudos selecionados reportaram redução das taxas de reinternação ou do tempo médio de internação por ocasião de readmissão. Indivíduos que receberam o plano de alta hospitalar relataram níveis maiores de satisfação com o cuidado recebido. Não houve

diferença entre os custos nos estudos que avaliaram a intervenção comparativamente ao cuidado provido usualmente. Nenhum dos estudos revisados descreveu a comunicação entre o hospital e os serviços de atenção primária. Os autores identificam a necessidade de uma revisão sistemática que aborde a efetividade de uma intervenção conjugando plano estruturado de alta com o seguimento domiciliar de pacientes (SHEPPERD et al., 2004).

Acredita-se que o planejamento da alta deva ser considerado mais uma etapa importante da sistematização da assistência de enfermagem que direciona o plano e a implementação das ações, no decorrer do período entre a admissão e a alta hospitalar, com a finalidade de prever a continuidade do cuidado ao cliente no domicílio (PEREIRA et al., 2007).

3.4 Processo de enfermagem

Como as intervenções de enfermagem compreendem o alvo de interesse desse estudo, julga-se importante apresentar a descrição do processo de enfermagem, uma vez que para uma maior organização e administração dos cuidados de enfermagem, o desenvolvimento das ações de enfermagem neste contexto torna-se fundamental.

O processo de enfermagem é definido como sendo um modelo metodológico sistemático, por meio do qual a estrutura teórica da enfermagem pode ser aplicada e as ações de enfermagem propostas de uma maneira deliberada (KENNEY, 1995; ALFARO-LEFREVE, 2005). Surgiu nos Estados Unidos, na década de 50, descrito inicialmente por Hall (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

Esse tem representado o principal modelo metodológico ou instrumento tecnológico para o desempenho sistemático da prática profissional, passível de organizar as condições necessárias à realização do cuidado e documentar a prática profissional. Dessa forma, o processo de enfermagem permite uma maior qualidade ao cuidado, melhora a visibilidade e o reconhecimento profissional e representa uma possibilidade concreta de avaliação da prática profissional (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

No Brasil, o processo foi introduzido por Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970, como estrutura operacional para a sua Teoria das Necessidades Humanas Básicas, desenvolvida com base na Teoria da Motivação Humana de Maslow. Horta (1979) propôs o processo em 6 fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial,

plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem.

Atualmente é apresentado em 5 etapas inter-relacionadas: Coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

A tendência em utilizar o processo de enfermagem na prática profissional levou a uma maior atenção direcionada a cada uma de suas etapas, com vistas a facilitar o seu emprego, além de permitir o conhecimento dos elementos que fazem parte do universo da enfermagem (NAPOLEÃO, 2005).

Na **primeira etapa**, denominada coleta de dados, o enfermeiro coleta e examina informações e respostas do indivíduo, família ou comunidade sobre a situação de saúde, buscando evidências de funcionamento anormal ou fatores de risco que possam contribuir para os problemas de saúde, além de evidências de pontos fortes do cliente (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

O diagnóstico é a **segunda etapa**, que está voltada para a identificação de problemas, em que o enfermeiro analisa os dados e identifica problemas reais e potenciais que são a base para o plano de cuidados (ALFARO-LEFEVRE, 2005). Envolve o raciocínio clínico, julgamento e tomada de decisão desse profissional (LIMA; PEREIRA; CHIANCA, 2006), e representa o elo entre a primeira e as demais etapas, ou seja, dá base para o estabelecimento das intervenções e avaliação dos resultados de enfermagem (MONTEIRO et al., 2007).

Em relação às taxonomias de enfermagem, Nóbrega (2000), afirma que as diferentes etapas do processo de enfermagem contribuíram para a criação de sistemas de classificação, os quais favoreceram o desenvolvimento de conceitos de enfermagem e constituem etapa inicial na denominação de fenômenos que são objetos das ações dos enfermeiros.

A criação da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), em 1973, impulsionou o desenvolvimento dos diagnósticos de enfermagem como uma taxonomia padrão para a descrição dos conhecimentos de enfermagem, bem como para identificar as necessidades reais ou potenciais dos pacientes, da família e da comunidade e nortear as intervenções dos enfermeiros (OPS, 2001; CARPENITO-MOYET, 2005). A NANDA consiste em uma associação norte-americana que organiza a padronização da linguagem de um sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem e atualiza a sua publicação a cada 2 anos (NANDA, 2008).

É uma classificação mundialmente utilizada na prática clínica de enfermagem,

apresenta uma linguagem padronizada, traduzida e adaptada para várias línguas e países (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

Segundo a NANDA (2008, p.377) o conceito de diagnóstico de enfermagem, aprovado na 9ª Conferência em 1990, consiste em:

juízo clínico sobre as respostas dos indivíduos, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável.

De uma maneira geral, para o contexto do presente estudo, foi possível identificar, na literatura, diagnósticos de enfermagem pós-operatórios que o paciente submetido à prostatectomia possa vir a apresentar. São eles:

- “Conhecimento Deficiente” (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER-MUR; 2003; SMELTZER; BARE, 2005; WOJCIK; DENNISON, 2006);
- “Eliminação Urinária Prejudicada” (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER-MUR; 2003);
- “Disfunção Sexual” (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER-MUR; 2003);
- “Controle Ineficaz do Regime Terapêutico” (BICKERT; FRICKEL, 2002; CARPENITO-MOYET, 2005; RIGDON, 2006);
- “Padrões de Sexualidade Ineficazes” (CARPENITO-MOYET, 2005);
- “Pesar” (CARPENITO-MOYET, 2005);
- “Dor Aguda” (SMELTZER; BARE, 2005; RIGDON, 2006; WOJCIK; DENNISON, 2006);
- “Ansiedade” (RIGDON, 2006; BICKERT; FRICKEL, 2002);
- “Risco de Infecção” (RIGDON, 2006);
- “Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquido” (WOJCIK; DENNISON, 2006).

Identificou-se ainda um estudo em que os autores buscaram identificar diagnósticos de enfermagem específicos para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia (NAPOLEÃO; CALDATO; PETRILLI FILHO, 2009). Os diagnósticos de enfermagem identificados segundo a NANDA-I foram:

- “Conhecimento deficiente”;

- “Risco de volume de líquidos deficiente”;
- “Risco de lesão”;
- “Risco de infecção”;
- “Integridade tissular prejudicada”;
- “Risco de baixa auto-estima situacional”;
- “Disposição para bem-estar espiritual aumentado”;
- “Ansiedade”;
- “Mobilidade física prejudicada”;
- “Recuperação cirúrgica retardada”;
- “Risco de sentimento de impotência”;
- “Risco de integridade da pele prejudicada”.

Ainda, em relação a alta de pacientes prostatectomizados, Vianna e Napoleão (2009) discorrem sobre os cuidados para a alta desses pacientes e consideram que, além dos diagnósticos de enfermagem citados acima, também podem estar presentes “risco de disfunção neurovascular periférica” e “incontinência urinária total e de esforço”.

É importante ressaltar que cada paciente é uma pessoa e não um conjunto de diagnósticos vinculados escolhidos em um livro, e o cuidado individualizado é fundamental para o estabelecimento de um plano de cuidados que atenda às situações particulares dos pacientes (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Portanto, devem-se levar em conta, as características individuais dos pacientes que poderão resultar na identificação de outros diagnósticos de enfermagem que devem ser considerados no planejamento da alta de pacientes prostatectomizados.

A **terceira etapa**, planejamento, consiste na determinação de prioridades imediatas, estabelecimento de resultados esperados, determinação das intervenções e registro ou individualização do plano de cuidados (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993; ALFARO-LEFEVRE, 2005).

De acordo com Christensen e Kenney (1995), planejar ou determinar como auxiliar o paciente a resolver problemas relacionados à saúde, se faz através de pensamento crítico deliberado, tomada de decisão e solução de problemas com cada paciente.

Para o estabelecimento de resultados esperados para o paciente tem sido proposto o uso da *Nursing Outcomes Classification* (NOC), traduzida como classificação dos resultados de enfermagem.

Na NOC o resultado significa um estado, comportamento ou percepção mensurável do paciente ou da família. O resultado é conceituado como uma variável

influenciada pelas intervenções de enfermagem e possui indicadores que são variáveis específicas que reagem a uma intervenção de enfermagem. Sendo assim, o indicador é um estado, comportamento ou percepções observáveis ou avaliações relatadas do paciente e caracteriza o estado de um paciente em nível concreto, permitindo a mensuração do resultado de enfermagem (JOHNSON; MAAS & MOORHEAD, 2008).

As intervenções a serem estabelecidas nesta etapa constituem elemento fundamental para auxiliar no alcance de resultados junto ao mesmo (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Em relação aos aspectos conceituais acerca do termo “intervenção de enfermagem”, Gutierrez e Souza (2000) discutiram sobre os diferentes conceitos atribuídos por vários autores e identificaram que está sempre implícita a existência de um ato, uma ação executada pelo enfermeiro ou equipe de enfermagem com a finalidade de alcançar um determinado resultado para o paciente.

De acordo com Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993), intervenções de enfermagem são estratégias específicas, criadas para auxiliar o cliente a chegar aos resultados esperados. As intervenções são baseadas nos fatores relacionados, identificados no enunciado do diagnóstico de enfermagem. E, as intervenções de enfermagem definem as atividades necessárias para a eliminação dos fatores que contribuem para a resposta humana.

Fayram e Christensen (1995) consideram intervenções de enfermagem como ações relacionadas à situação única do paciente, baseadas em princípios práticos e científicos, que incorporem a sua autonomia e individualidade e indicam comportamentos intencionais específicos, dando direção à enfermagem, pacientes e outros.

Para Doenges e Moorhouse (2003), as intervenções são consideradas prescrições de enfermagem, que determinam comportamentos esperados em relação ao paciente e ações a serem realizadas pelo enfermeiro. Essas devem ser selecionadas com o objetivo de ajudar o paciente a alcançar os resultados esperados estabelecidos para ele, além das metas para a alta, de maneira individualizada e com incorporação dos seus potenciais identificados quando possível.

Segundo Carpenito-Moyet (2009), as intervenções de enfermagem formuladas pelos enfermeiros são estabelecidas para eles mesmo ou para serem implementadas por outros indivíduos da equipe de enfermagem, visando a melhora da condição do paciente ou a prevenção de um problema. Além disso, enfatiza que todas as intervenções de enfermagem estão vinculadas a diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos que compreendem o âmbito das condições tratadas pela enfermagem.

Para Ackley e Ladwig (2008) intervenções de enfermagem são como mapas que indicam a melhor forma de prover o cuidado de enfermagem. Quanto mais clara for a redação de uma intervenção, mais fácil será o alcance dos resultados com sucesso junto aos pacientes.

No presente estudo, intervenções de enfermagem são definidas como ações executadas pelo enfermeiro com a finalidade de monitorar o estado de saúde, reduzir os riscos, resolver, prevenir ou controlar um problema, facilitar a independência ou auxiliar nas atividades da vida diária e promover uma otimização do sentimento de bem-estar físico, psicológico e espiritual (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Em relação à padronização de linguagem de intervenções de enfermagem, a Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC, taxonomia desenvolvida por um grupo de pesquisadores liderado por Dochterman e Bulechek com início na Universidade de Iowa em 1987 consiste em “uma linguagem padronizada e abrangente que descreve os tratamentos realizados pela enfermagem”. A NIC apresenta intervenções de enfermagem em todas as áreas da prática que abordam os aspectos fisiológicos e psicossocial, tratamento e prevenção de doenças, promoção da saúde e cuidados indiretos, incluindo o indivíduo, família e comunidade (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Na NIC, uma intervenção de enfermagem é definida como “qualquer tratamento baseado no julgamento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente”. As autoras definem atividades como “comportamentos ou ações específicos realizados por enfermeiros para implementar uma intervenção e que auxiliam pacientes/clientes a obterem o resultado desejado”. Uma intervenção de enfermagem é composta por várias atividades (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Tal taxonomia tem como propósito (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008):

- auxiliar na demonstração do impacto que os enfermeiros causam sobre o sistema de prestação de cuidados de saúde;
- padronizar e definir a base de conhecimentos para os currículos e a prática da enfermagem;
- facilitar a seleção adequada de uma intervenção de enfermagem;
- facilitar a comunicação dos tratamentos de enfermagem a outros enfermeiros provedores de cuidados;
- possibilitar aos pesquisadores a verificação da eficácia e do custo dos cuidados de enfermagem;
- auxiliar os educadores a elaborarem currículos que melhor se articulem à prática clínica;

- auxiliar os administradores no planejamento mais eficaz de necessidades de equipamento e de pessoal;
- promover o desenvolvimento de um serviço de reembolso pelos serviços de enfermagem;
- facilitar o desenvolvimento e o uso de sistemas de informação de enfermagem;
- tornar pública a natureza da enfermagem.

No presente estudo, apesar de não ter sido utilizada a estrutura taxonômica da NIC, entende-se que os resultados obtidos poderão subsidiar novos estudos de identificação, nesta taxonomia, de intervenções e atividades passíveis de aplicação para a alta do paciente submetido à prostatectomia.

Em relação à **quarta etapa** do processo de enfermagem, implementação, Alfaro-LeFevre (2005) define como sendo o momento da colocação do plano em ação, que abrange o pensar sobre o plano e a reflexão sobre o que está sendo feito.

E, a **última etapa**, a avaliação, consiste em analisar se o cliente atingiu os resultados esperados. Esta etapa constitui a avaliação criteriosa, deliberada e detalhada dos aspectos relacionados ao cuidado do paciente após a conclusão das etapas descritas anteriormente. Portanto, é fundamental para a excelência no oferecimento de cuidados de saúde, uma vez que permite ao enfermeiro decidir se continua, modifica ou finaliza o plano de cuidados (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Entende-se que o processo de Enfermagem seja uma ferramenta que permite um atendimento sistematizado, o que melhora a assistência e garante uma atuação mais ativa e humanizada do enfermeiro. Incorporar o plano de alta hospitalar no planejamento da assistência é essencial para um cuidado de enfermagem efetivo, assim como, o comprometimento do enfermeiro com esta atividade (POMPEO et al., 2007).

3.5 Validação de intervenções

Inicialmente é importante destacar o significado da palavra “validação”. Validar significa tornar válido, e válido é aquilo que tem valor ou serventia (FERREIRA, 1999). Em pesquisas de enfermagem que envolvem a medição de fenômenos é fundamental a validade das ferramentas de medição, ou seja, mostrar que a ferramenta mede o que realmente deveria medir, e conseqüentemente torna os resultados obtidos mais verdadeiros (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Estudos sobre validação de diagnósticos representam uma grande parcela das pesquisas em enfermagem (GARCIA, 1998). Há descrito na literatura diversos modelos metodológicos que podem ser utilizados para a validação de diagnósticos de enfermagem, entre eles os modelos propostos por Fehring (1986, 1987).

Fehring (1986) propôs 2 modelos práticos para validação de diagnósticos em enfermagem com base no estudo de Gordon e Sweeney (1979), um denominado Validação de Conteúdo Diagnóstico (*Diagnostic Content Validation – DCV*) e o outro, Validação Clínica de Diagnóstico (*Clinical Diagnostic Validation – CDV*). Mais tarde, Fehring (1987), a partir de sua própria experiência com a aplicação dos modelos DCV e CDV, recomendações e relatos de outros pesquisadores e do próprio estágio de desenvolvimento alcançado pelo movimento de diagnósticos de enfermagem, além de alterações significativas nos modelos DVC e CDV, propôs um novo modelo, o de Validação Diferencial de Diagnósticos (*Differential Diagnostic Validation – DDV*) (GARCIA, 1998).

Observa-se que os métodos para validação de diagnósticos de enfermagem propostos por Fehring (1987) têm sido também utilizados com adaptações em pesquisas sobre intervenções de enfermagem (FARO, 1995; MONTEIRO et al., 2007; ANDRADE, 2007; DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Durante o desenvolvimento da NIC, em uma das fases da construção da classificação que ocorreu entre os anos de 1987 a 1992, os pesquisadores utilizaram a metodologia de Fehring para validar intervenções de enfermagem, realizando duas rodadas com a técnica “Delphi”, a qual envolve o envio repetido de um formulário ou questionário para o mesmo painel de peritos e a busca pelo consenso do grupo (GRANT; KINNEY; GUZZETTA, 1990).

Após elaborarem as intervenções da NIC e organizá-las, as pesquisadoras buscaram certificar-se do quanto cada intervenção era útil ao enfermeiro na sua prática. Para isso foram realizados 4 levantamentos para validação dos títulos, atividades e taxonomia junto aos enfermeiros especialistas (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008)

Faro (1995) realizou um estudo sobre identificação de diagnósticos de enfermagem e validação das intervenções de enfermagem aos lesados medulares em reabilitação. Na análise dos resultados foi utilizado o modelo de validação proposto por Fehring (1987). Para operacionalização do estudo, a autora também utilizou a técnica “Delphi”, por acreditar que esta técnica possibilita obter consenso de grupo a respeito de um determinado fenômeno (FARO, 1997).

Monteiro et al. (2007) validaram o conteúdo de um guia de condutas de enfermagem específico para crianças com infecção respiratória aguda que apresentam o diagnóstico de enfermagem de “Desobstrução ineficaz de vias aéreas”. O estudo foi realizado em um hospital pediátrico, junto a 16 enfermeiras que realizavam o cuidado às crianças e 5 especialistas previamente selecionados. Para a validação do conteúdo foi utilizado o Modelo de Fehring (1987). As enfermeiras listaram 48 atividades, que foram revisadas e comparadas com as intervenções de enfermagem NIC: Controle de vias aéreas e Monitorização respiratória. Do total, foram selecionadas 26 atividades que foram apresentadas aos especialistas. Estes consideraram 16 atividades válidas para compor o guia de conduta.

Andrade (2007) também validou intervenções de enfermagem propostas na NIC para o diagnóstico de enfermagem de mobilidade física prejudicada em lesados medulares. Utilizou-se do modelo de validação de intervenções (ICV), modificado do modelo de validação de conteúdo de diagnóstico (DCV), e baseou-se na opinião de especialistas para analisar se determinadas intervenções de enfermagem eram indicativas ou não para o diagnóstico de enfermagem mobilidade física prejudicada para aquela população em especial.

Uma dificuldade apontada por pesquisadores em relação a estudos de validação de diagnósticos está na seleção de peritos (GALDEANO; ROSSI, 2006; CARVALHO, E. et al., 2008), o que provavelmente pode ser encontrado em pesquisas de validação de intervenções. O critério de seleção proposto por Fehring (1987) parece ser o mais indicado para os estudos de validação de conteúdo diagnóstico. Contudo, independentemente do critério adotado, é imprescindível que o pesquisador tenha conhecimento da definição de enfermeiro perito, ou seja, indivíduo com amplo conhecimento e habilidade baseada em teoria e experiência clínica. Além disso, é fundamental a descrição do critério utilizado para seleção, de forma detalhada, o que assegura a possibilidade de utilização desse critério por outros pesquisadores (GALDEANO; ROSSI, 2006).

Em relação à validação de intervenções, concorda-se com autores quando afirmam ser imprescindível à prática, pois a partir do consenso sobre a sua validade pode-se uniformizar e padronizar ações em enfermagem (MONTEIRO et al., 2007). Ademais, oferecer elementos relativos às ações dos enfermeiros de forma validada constitui uma importante contribuição que certamente resulta em acréscimos à qualidade do cuidado de enfermagem prestado.

Assim, o presente estudo propõe identificar e realizar a validação de intervenções de enfermagem quanto a adequação para o preparo para alta de pacientes submetidos à prostatectomia.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo não-experimental, do tipo descritivo, uma vez que possui como características descrever e explorar aspectos de uma situação (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Como ponto de partida para a realização do mesmo foi elaborada uma revisão integrativa da literatura, a partir da seguinte questão norteadora: “Quais são as intervenções de enfermagem apontadas na literatura para o preparo para alta de pacientes submetidos à prostatectomia?” E, a partir dessa revisão foram obtidas as intervenções de enfermagem, as quais foram organizadas em um instrumento.

Em seguida, utilizou-se de maneira adaptada, o modelo proposto por Fehring (1987) para a validação de conteúdo de diagnósticos de enfermagem. Trata-se de um modelo baseado na obtenção de opinião de enfermeiros peritos sobre o grau em que cada característica definidora é indicativa de um determinado diagnóstico.

A adaptação deste modelo para o presente estudo consistiu na obtenção da opinião de enfermeiros peritos sobre a adequação de intervenções para fins de implementação quando do preparo para a alta de pacientes que se submeteram à cirurgia de prostatectomia.

E por fim, foram apresentadas as intervenções de enfermagem validadas, seguidas dos estudos em que foram identificadas e o nível de evidência desses, para que essas possam guiar/subsidiar os profissionais no preparo da alta de pacientes prostatectomizados.

4.2 Procedimentos metodológicos

Os procedimentos realizados no estudo contemplaram aspectos referentes à seleção e identificação de intervenções na literatura e validação por peritos.

4.2.1 Identificação das intervenções de enfermagem

O referencial metodológico utilizado no presente estudo para a identificação das intervenções de enfermagem foi a revisão integrativa da literatura, por ser o tipo mais amplo dos métodos de revisão de pesquisa, ao permitir a inclusão simultânea de pesquisas experimentais e não experimentais, a fim de uma plena compreensão do fenômeno em estudo, como também a combinação de dados teóricos e de literatura empírica (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

4.2.1.1 Revisão Integrativa da Literatura e Prática Baseada em Evidência

A revisão integrativa da literatura pode ser definida como um método de revisão específico que sumariza a literatura teórica e empírica a fim de promover uma melhor compreensão de um fenômeno particular ou um problema de saúde. Permite a elaboração de revisões com diferentes finalidades, podendo ser direcionada para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise de estudos incluídos de um tópico particular (BROOME, 2000).

Os resultados de uma revisão integrativa bem elaborada sobre um tema de relevância clínica podem ter um impacto direto na qualidade de cuidados (BEYA; NICOLL, 1998), além de ter uma grande contribuição para o desenvolvimento da prática baseada em evidências na área de enfermagem (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Muitas pessoas, erroneamente, usam os termos revisão de literatura de pesquisa, metanálise e revisão integrativa como sinônimos. Embora haja semelhança entre eles, os termos não possuem o mesmo significado (BEYA; NICOLL, 1998).

A revisão de literatura de pesquisa tem como propósito reunir conhecimentos sobre um tópico. Ela permite que o leitor compreenda os antecedentes do conhecimento atual sobre um assunto e clarifica a importância de um novo estudo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A metanálise é um método que integra estatisticamente os resultados de múltiplos estudos quantitativos sobre um mesmo tópico (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A revisão integrativa é capaz de sintetizar as pesquisas desenvolvidas sobre um determinado assunto, construindo uma conclusão a partir de muitos estudos realizados

separadamente, mas que possuem o mesmo enfoque temático, o que permite ao leitor analisar o conhecimento pré-existente sobre o tema (BROOME, 2000).

Uma revisão integrativa bem elaborada apresenta o estado da ciência, contribui para o desenvolvimento da teoria e tem uma aplicabilidade direta para práticas e políticas (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A variada amostragem de revisões integrativas em conjunto com a multiplicidade de suas finalidades tem potencial para resultar em uma representação compreensível de conceitos complexos, teorias e problemas de cuidados de saúde de importância para a enfermagem (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

O estágio inicial de qualquer método de revisão é uma clara identificação do tema que a revisão abordará e o propósito da revisão. Além disso, é necessária uma determinação das variáveis de interesse, tais como população alvo, o problema de cuidado de saúde e da amostragem apropriada (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A escolha interessante, bem definida e uma apropriada delimitação do assunto diminuem os desgastes relacionados ao esforço intelectual (BEYA; NICOLL, 1998). Qualquer revisão integrativa pode abarcar um infinito número de variáveis, questões ou populações. Portanto, clarificar o propósito é importante. Uma proposta de pesquisa bem específica em uma revisão integrativa facilitará a operacionalização das variáveis e assim uma apropriada extração de dados das fontes primárias (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

O processo de busca de uma revisão integrativa da literatura deve ser claramente documentado na metodologia, incluindo os termos de busca, os bancos de dados utilizados, estratégias de pesquisa adicionais e o critério de inclusão e exclusão para determinar a relevância das buscas primárias (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Além de busca de artigos, a investigação também pode incluir escritas clínicas, revisões e outros documentos tais como, editoriais e cartas para editores. Portanto, o elemento chave para a elaboração de uma revisão integrativa completa é uma exaustiva busca da literatura (BEYA; NICOLL, 1998).

Categorizar os artigos e organizá-los em pastas pode facilitar o acesso às informações (BEYA; NICOLL, 1998). Uma organização das informações em bancos de dados permite juntar os dados e palavras-chave para cada referência que podem ser recuperadas a qualquer momento e de maneira simples (GANONG, 1987).

Segundo Beya e Nicoll (1998), a avaliação dos estudos é uma fase crucial para a integridade científica da revisão. Esses autores apresentam 10 questões como estratégias de ajuda para a avaliação crítica dos estudos: 1) Qual a questão da pesquisa? 2) Qual é a base

para a questão da pesquisa? 3) Por que a questão da pesquisa é importante? 4) Como a questão da pesquisa foi estudada? 5) A metodologia do estudo faz sentido? 6) A seleção dos sujeitos para o estudo foi correta? 7) A questão da pesquisa foi respondida? 8) As respostas estão corretas? 9) Qual a necessidade de próximas pesquisas? 10) Quais seriam essas pesquisas?

E, para finalizar uma revisão integrativa, devem ser apresentados detalhes pertinentes das pesquisas analisadas para que o leitor possa avaliar a adequação dos resultados da revisão, bem como as limitações para a validade das conclusões da revisão (GANONG, 1987).

Assim, a partir da utilização do método de revisão integrativa para a delimitação das intervenções de enfermagem para o preparo da alta de pacientes prostatectomizados, torna-se possível avaliar o nível de evidência disponível na literatura sobre o tema investigado.

A prática baseada em evidências foi inicialmente utilizada pela medicina baseada em evidência, cujas origens filosóficas datam de antes do século 19, em Paris e ainda permanecem em destaque para clínicos, profissionais da saúde e público em geral (SACKETT, 1996).

Para Sackett 1996, a medicina baseada em evidências significa integrar conhecimentos clínicos individuais com a melhor evidência clínica externa disponível a partir da pesquisa sistemática.

Evidências clínicas externas podem informar, mas nunca substituir a experiência clínica individual e é esta experiência que decide qual evidência clínica externa se aplica à individualidade daquele paciente e, se for aplicável, como deverá ser integrada a uma decisão clínica. (SACKETT, 1996).

Segundo Ingersoll 2000, a prática de enfermagem baseada em evidência é derivada da medicina baseada em evidência e consiste no consciencioso, explícito e judicioso uso de informações fundamentadas em pesquisas para decidir sobre a prestação de cuidados ao indivíduo ou grupo de pacientes, ao considerar as necessidades e preferências individuais.

O uso da prática baseada em evidência pela enfermagem deve se dar com base no que ela pode acrescentar para a pesquisa em enfermagem e aos enfermeiros na prestação de cuidados, ao expandir e contribuir com o pensamento destes (INGERSOLL, 2000). É considerada uma abordagem que incentiva o enfermeiro a buscar conhecimento científico por meio do desenvolvimento de pesquisas ou aplicação na sua prática profissional dos resultados encontrados na literatura (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002).

Para considerar um estudo dentro da hierarquia de evidência, o primeiro passo necessário é determinar o tipo de estudo que está sendo analisado em relação ao desenho de estudo (PETRISOR, 2006).

Os estudos randomizados são sempre identificados como os mais importantes e apropriados para o uso na prática clínica (INGERSOLL, 2000).

Outro fator importante a se analisar em um estudo é a sua qualidade, ou seja, o rigor metodológico. Portanto, desenho de estudo e trabalho de qualidade desempenham um papel significativo na determinação do nível de evidência de um estudo particular (PETRISOR, 2006).

Stetler et al. (1998) propõem níveis para classificação de forças de evidência das pesquisas em estudo:

Nível de evidência	Tipo de evidência
Nível I	Evidência obtida do resultado de meta análise de múltiplos estudos controlados.
Nível II	Evidência obtida em um estudo de desenho experimental.
Nível III	Evidência obtida através de estudos quase-experimental.
Nível IV	Evidência obtida através de estudo não experimental, descritivo ou com abordagem metodológica qualitativa ou estudo de caso.
Nível V	Evidência obtida através de relato de caso ou dado sistematicamente obtido, de qualidade verificável ou de dado de avaliação de programa.
Nível VI	Evidência obtida a partir da opinião de autoridades com base em sua experiência clínica ou da opinião de um comitê de especialistas incluindo sua interpretação de informações não baseadas em pesquisas. Também inclui opiniões de base normativa ou legal.

Quadro 1: Classificação das forças de evidência (STETLER et al., 1998).

Uma vez que esses autores priorizam a determinação hierárquica de evidência para estudos primários e somente apresentam o nível de evidência para estudos de meta análise, é importante destacar um sistema de hierarquia de evidência disponível na literatura que englobe também outros tipos de estudos secundários, como por exemplo, as revisões sistemáticas qualitativas e os *guidelines* para a prática clínica.

Neste contexto, Melnyk e Fineout-Overholt (2005) classificam as evidências em um sistema hierárquico de 7 níveis modificado de Guyatt; Rennie (2002) e Harris et al. (2001). Os níveis apresentados são: nível 1 – evidências oriundas de uma revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos randomizados controlados (ECRC) relevantes ou originadas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ECRC; nível 2 –

evidências obtidas de pelo menos um ECRC bem delineado; nível 3 – evidências originadas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4 – evidências provenientes de estudos de caso-controle e de coorte bem delineados; nível 5 – evidências obtidas de revisões sistemáticas de estudos descritivos ou qualitativos; nível 6 – evidências oriundas de um único estudo descritivo ou qualitativo; e nível 7 – evidências originárias de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

No presente estudo, foi utilizada a classificação proposta por Stetler et. Al (1998) e, a partir dos preceitos propostos por Melnyk e Fineout-Overholt (2005), revisão sistemática da literatura foi considerada como nível 1 de evidência.

Procedeu-se ao levantamento de intervenções conforme orientações para o desenvolvimento de uma revisão integrativa da literatura (WHITTEMORE; KNAFL, 2005; GANONG, 1987; BEYA; NICOLL, 1998; SILVEIRA; GALVÃO, 2005), quais sejam: identificação do tema; formulação de uma questão norteadora; busca e seleção da literatura; categorização e avaliação dos estudos e apresentação da revisão.

a) Questão norteadora da revisão de literatura

A questão norteadora elaborada para direcionar a revisão integrativa da literatura do presente estudo foi: “Quais são as intervenções de enfermagem apontadas na literatura para o preparo para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia?”.

b) Procedimento para busca e seleção da literatura

O levantamento bibliográfico foi realizado em bases eletrônicas de dados. Autores apontam que a maioria das bases de dados eletrônicas de interesse para os enfermeiros pode ser acessada através da busca *on-line* (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Neste estudo foi utilizada a *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), por meio do sítio de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), no endereço <http://web.ebscohost.com/ehost/search?Vid=1&hid=22&sid=cf551bba-55a9-48c4-9138-bbf31b1219cc%40sessionmgr3> e a base de

dados PubMed, que é um serviço oferecido pela *US National Library of Medicine* que permite o acesso a várias bases de dados, inclusive a *Medical Literature On-Line* (MEDLINE), acessada pelo endereço www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed. Esta última base é apontada como a maior base de dados sobre literatura de pesquisa geral biomédica do mundo (COUTINHO; MIN, 2002) e a primeira, como uma das mais importantes para a enfermagem (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Foram utilizadas ainda as bases de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) da BIREME – Biblioteca Virtual em Saúde do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, no endereço <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p> e *The Cochrane Library* no endereço <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lang=pt&lib=COC>. Esta é apontada como uma base de dados secundária, uma vez que seleciona estudos com evidências científicas segundo critérios estritos (COUTINHO; MIN, 2002). A LILACS é citada, em nota de revisão técnica de obra tradicional sobre pesquisa em enfermagem traduzida para o português, como uma base de dados que contém referências sobre a pesquisa em enfermagem sendo também utilizada no Brasil (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O levantamento dos artigos na base de dados CINAHL foi realizado através do modo CINAHL *with full text*, no modo de pesquisa “*Find all my search terms*”. No levantamento na base de dados *Cochrane Library* foram considerados os resumos de revisões sistemáticas Cochrane, as revisões sistemáticas com qualidade avaliada e os registros Cochrane de ensaios.

Para o levantamento dos artigos foram utilizados os descritores “prostatectomy”, “nursing”, “perioperative care”, “perioperative period”, “transurethral resection of prostate” e “postoperative period”, além da palavra “discharge”, uma vez que o descritor “patient discharge” limitava consideravelmente o número de referências. Na base de dados LILACS, os termos foram traduzidos para o português. O operador booleano utilizado para relacionar esses termos foi “AND”.

Os critérios de inclusão das publicações selecionadas para a presente revisão integrativa foram:

- publicadas em inglês, espanhol ou português ;
- artigos com resumos disponíveis por via *on line*;
- artigos que abordaram intervenções de enfermagem relacionadas ao preparo para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia.

-
- Artigos obtidos na íntegra.

A busca na literatura foi realizada em agosto de 2008. Os dados foram guardados em um arquivo e posteriormente impressos. A primeira seleção foi realizada através da leitura criteriosa do título e do resumo *on line*. Os estudos encontrados em mais de uma base de dados foram considerados somente uma vez.

A busca dos artigos na íntegra foi realizada nas seguintes fontes:

- Endereço eletrônico da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES (www.periodicocapes.com.br), acessado em um computador interno da Universidade Federal de São Carlos;
- Serviço de Comutação Bibliográfica – COMUT, na Biblioteca da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar);
- Biblioteca Central da Universidade de São Paulo no *Campus* de Ribeirão Preto.

O Quadro 2 apresenta o número de referências bibliográficas obtidas de acordo com o cruzamento das palavras-chave, e quantas dessas foram encontradas na íntegra.

Base de dados	Cruzamento Palavras-chave	Total de referências obtidas (n)	Referências elegíveis (n)	Referências obtidas na íntegra (n)
PubMed	Prostatectomy, discharge, nursing	26	14	12
	Prostatectomy, nursing, perioperative period	3	2	2
	Prostatectomy, nursing, postoperative period	10	3	3
	Prostatectomy, nursing, perioperative care	91	14	8
	Transurethral resection of prostate, discharge, nursing	4	-	-
	Sub total	134	33	25
CINAHL	Prostatectomy, discharge, nursing	19	6	5
	Prostatectomy, nursing, perioperative period	2	1	-
	Prostatectomy, nursing, postoperative period	8	1	-
	Prostatectomy, nursing, perioperative care	29	5	4
	Transurethral resection of prostate, discharge, nursing	4	2	1
	Sub total	62	15	10
COCHRANE LIBRARY	Prostatectomy, discharge, nursing	12	1	1
	Prostatectomy, nursing, perioperative period	5	-	-
	Prostatectomy, nursing, postoperative period	17	-	-
	Prostatectomy, nursing, perioperative care	12	-	-
	Transurethral resection of prostate, discharge, nursing	7	-	-
	Sub total	53	1	1
LILACS	Prostatectomia, alta do paciente, enfermagem	3	-	-
	Prostatectomia, enfermagem, assistência perioperatória	-	-	-
	Prostatectomia, enfermagem, período pós-operatório	-	-	-
	Prostatectomia, enfermagem, cuidado perioperatório	-	-	-
	Ressecção Transuretral da Próstata, alta do paciente, enfermagem	-	-	-
	Sub total	3	0	0
	TOTAL	252	49	36

Quadro 2 – Número de artigos encontrados para cada descritor em cada base de dados.

Das 252 referências obtidas inicialmente, foram excluídos todos os artigos que não apresentaram resumo *on line*; aqueles que possuíam o idioma diferente do português, inglês ou espanhol; todos que já haviam sido citados em outra base de dados; e os que não poderiam apresentar alguma relação com a questão norteadora a partir da leitura do título e resumo. A partir dessa seleção, restaram 49 artigos no total, sendo 33, 15 e 1 nas bases PubMed, CINAHL e *Cochrane Library*, respectivamente. Realizou-se, então, a busca pelos 49 (100,00%) artigos elegíveis na íntegra e, como resultado, foram obtidos 36 artigos completos. Em seguida, foram analisados os 36 (73,47%) artigos a partir de sua leitura na

íntegra. Destes, 24 apresentaram intervenções de enfermagem para a alta de pacientes prostatectomizados.

c) Categorização e avaliação das referências levantadas

Um formulário para a análise dos artigos levantados (APÊNDICE A) foi desenvolvido com base em um estudo de revisão integrativa da literatura realizado por Silveira e Zago (2006), a fim de facilitar a análise dos artigos da amostra. O formulário permitiu a obtenção de informações necessárias para o desenvolvimento do presente estudo, as quais são: título do artigo e autores; fonte de localização; caracterização do estudo; objetivos e delineamento do estudo; força de evidência; intervenções de enfermagem.

O processo de categorização e avaliação dos estudos consistiu em leitura destes na íntegra e preenchimento do formulário desenvolvido para este fim.

d) Organização das intervenções de enfermagem encontradas

As intervenções de enfermagem relacionadas ao preparo para alta de pacientes prostatectomizados foram transcritas para o instrumento de coleta de dados. A fim de uma melhor organização das intervenções no instrumento, optou-se por apresentar as intervenções em categorias, de acordo com a semelhança temática entre elas. Dessa forma, a pesquisadora e a orientadora analisaram e agruparam as intervenções em 11 categorias.

4.2.2 Validação das intervenções de enfermagem

Fehring (1986, 1987) propõe duas fontes principais de evidências para se obter a validação dos diagnósticos de enfermagem, quais sejam, a clínica e a por peritos.

O presente estudo propõe realizar uma validação das intervenções de enfermagem para o preparo para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia, a partir de

uma adaptação no modelo proposto por Fehring (1987) para a validação de conteúdos de diagnóstico de enfermagem.

O modelo adaptado de validação de diagnóstico (DCV) proposto por Fehring (1987) consistiu das seguintes etapas:

1. Os peritos taxaram cada intervenção apresentada em uma escala do tipo Likert com variação de 5 pontos. Os valores atribuídos pelos peritos indicam a adequação da intervenção para implementação no preparo para a alta dos pacientes submetidos à prostatectomia.

Na escala:

1= não é adequada à situação; 2= muito pouco adequada à situação; 3= pouco adequada à situação; 4= consideravelmente adequada à situação; 5= muito adequada à situação.

2. Calcular relações de peso para cada intervenção.

Os pesos atribuídos são: 1= 0; 2= 0,25; 3= 0,50; 4= 0,75; 5= 1.

Os pesos são dados de forma que a contagem total pode alcançar apenas 1.0 ao dividir a soma dos escores atribuídos a uma intervenção pelo número de respostas obtidas, de forma que um valor não será dado a uma intervenção que os peritos julguem não ser adequada à situação.

3. Descartar as intervenções com relações de peso menor que 0,5.

Segundo Fehring (1987) este passo é experimental e só é utilizado quando é possível obter no estudo uma amostra grande de peritos clínicos de todo o país ou quando vários estudos menores são repetidos para a confirmação de resultados.

No presente estudo optou-se por manter desconsideradas as intervenções que apresentarem relação de peso menor ou igual a 0,5, uma vez que foi possível a participação de peritos de diversos estados brasileiros. Contudo, isto não descarta a possibilidade de estudos posteriores sobre a adequação destas intervenções.

4. As intervenções com relação de peso maior ou igual a 0,8 foram consideradas “muito adequadas”. Aquelas com relação de peso menor que 0,8, mas maior que 0,5 foram chamadas de “relativamente adequadas à situação”.

De acordo com este modelo, foram consideradas “muito adequadas” intervenções que alcançaram um escore de 0,8 ou mais. A razão é que este escore significa que os peritos concordam que as intervenções são muito adequadas à situação.

4.2.2.1 Refinamento do instrumento de coleta de dados para validação de conteúdo

O instrumento foi submetido ao refinamento por dois enfermeiros mestres em enfermagem que atuam na área de ensino. O objetivo dessa etapa foi avaliar os itens do instrumento quanto à clareza, representatividade e abrangência quanto àquilo que se deseja analisar.

O instrumento foi entregue aos profissionais por meio do endereço eletrônico, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e uma carta (APÊNDICE C), contendo esclarecimentos sobre essa fase do estudo e perguntas para nortear o refinamento do material.

Os dois enfermeiros afirmaram que o instrumento de coleta de dados foi construído de forma organizada e clara para o alcance dos objetivos do estudo, e que o instrumento não deixa dúvida em relação ao seu preenchimento.

Um dos enfermeiros sugeriu alterações no conteúdo do instrumento, como mudança de ordem de algumas intervenções dentro de uma mesma categoria, a fim de dar uma seqüência cronológica à execução das atividades; eliminação e aglutinação de intervenções muito semelhantes; reelaboração da escrita de algumas intervenções a fim de maior clareza na compreensão e mudança de uma intervenção para uma categoria diferente.

Foi realizada uma reunião entre os pesquisadores para avaliar as mudanças sugeridas. Todas as alterações citadas anteriormente foram consideradas pertinentes, portanto, realizaram-se tais modificações.

4.2.2.2 População e amostra

Terminada a fase de construção e refinamento do instrumento, iniciou-se o processo de recrutamento e seleção dos profissionais peritos para a validação das intervenções de enfermagem em estudo.

Fehring (1987) afirma que uma das dificuldades em implementar este modelo é obter enfermeiros peritos no diagnóstico que está sendo testado e que os enfermeiros peritos devem, no mínimo, ter grau de mestre na prática clínica de enfermagem. Além da educação, um número de outras áreas poderia ser levado em consideração para determinar perícia: anos

de experiência na prática de enfermagem; pesquisa conduzida com o diagnóstico de interesse; artigos publicados sobre diagnósticos; eventos assistidos e cursos completos que são relevantes para os diagnósticos de enfermagem.

A expertise do enfermeiro avaliador e a evidência dessa expertise são críticas para a validação no modelo de Validação de Conteúdo de Diagnóstico (FEHRING, 1987).

Assim, foi estabelecido que a população deste estudo seria constituída de profissionais de enfermagem que possuem no mínimo o grau de mestre e que trabalham com pesquisa, ensino ou assistência a pacientes cirúrgicos, o que inclui também mestres que atuam no ensino e assistência a pacientes prostatectomizados.

Em estudo realizado sobre validação de diagnóstico de enfermagem, a autora utilizou critérios estabelecidos por Fehring (1987) e considerou como peritos nos diagnósticos de enfermagem estudados aqueles que tiveram, no mínimo, 5 pontos em uma lista de pontuação apresentada (MELO, 2004).

No presente estudo, estes critérios foram ajustados ao objetivo do estudo, de forma que foram considerados peritos pesquisadores em enfermagem que somassem no mínimo 5 pontos, de acordo com a lista de pontuação:

- Enfermeiro com titulação de mestre ou doutor em enfermagem ou áreas afins – 4 pontos;
- Dissertação ou tese direcionada à assistência de enfermagem a clientes urológicos – 2 pontos;
- Dissertação ou tese direcionada à área de enfermagem médico-cirúrgica. – 1 ponto;
- Prática clínica de pelo menos 2 anos de duração na área de enfermagem médico-cirúrgica – 3 pontos;
- Especialização relevante ao cuidado a pacientes cirúrgicos – 2 pontos;
- Ensino de pelo menos 2 anos de duração na área de cuidados a pacientes cirúrgicos – 2 pontos;
- Publicação de pesquisa em periódicos sobre cuidados de enfermagem a pacientes cirúrgicos e/ou urológicos, nos últimos 5 anos – 2 pontos.

Foram incluídos peritos que possuíam minimamente grau de Mestre, que alcançaram no mínimo 5 pontos nos critérios acima estabelecidos, que aceitaram participar do estudo.

A seleção inicial dos peritos foi realizada por meio de lista de contatos de pesquisadores dos Grupos de pesquisa a que a orientadora do presente estudo faz parte; busca pela *Plataforma Lattes do Currículo Lattes* de pesquisadores, disponível no portal Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (www.cnpq.br); e por meio

de amostragem do tipo “Bola de Neve” que, consiste na seleção de sujeitos por meio de indicação ou recomendação de sujeitos anteriores (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Em relação ao número de peritos ideal, Fehring aponta entre 25 e 50 (FEHRING, 1986). Neste estudo, foram contactados 102 enfermeiros, e 39 aceitaram participar e a eles foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, formulário de caracterização profissional, instrumento de coleta de dados e envelope selado e endereçado.

Após 6 meses da data de envio (dezembro de 2008 a junho de 2009) todos os enfermeiros devolveram o material preenchido. A análise da caracterização profissional dos peritos foi realizada através das pontuações obtidas segundo a adaptação à metodologia de Fehring (1987). Um dos formulários respondidos foi desconsiderado para o presente estudo pelo fato do perito não atender ao critério de inclusão de possuir um grau mínimo de mestre. Assim, a amostra de enfermeiros peritos foi composta por 38 profissionais.

4.2.2.3 Coleta de dados

Assim como o estudo de validação de diagnóstico de enfermagem realizado por Melo (2004) inicialmente os contatos foram diretos por meio do envio de um e-mail (APÊNDICE D).

Neste contato a pesquisadora do estudo foi identificada e foram explicitados os objetivos da pesquisa. Caso o pesquisador indicasse o interesse em participar do mesmo, foram solicitados, quando necessário, dados para o envio, via correios, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E), com envelope de postagem de retorno devidamente selado.

O perito indicava o e-mail de preferência para receber a ficha de caracterização profissional dos peritos (APÊNDICE F) e o material contendo as intervenções a serem validadas com as orientações para preenchimento (APÊNDICE G). Ao pesquisador contactado que não aceitou participar da pesquisa foi solicitada a indicação de um nome de outro pesquisador que supostamente atendesse aos critérios de elegibilidade do estudo. Caso o endereço eletrônico do pesquisador indicado não fosse informado, buscava-se o endereço em estudos publicados pelo mesmo em periódicos ou anais de eventos. A pesquisadora fez um contato inicial via e-mail, convidando-o a participar do estudo. Ao final do estudo os peritos receberam uma declaração de sua participação como perito em pesquisa de validação realizada no Grupo de Pesquisa em Sistematização da Assistência de Enfermagem e Sistemas

de Classificação, assinada pela líder deste grupo e orientadora desta pesquisa, para certificar sua participação.

4.2.2.4 Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos sob Protocolo nº 249/2008 (ANEXO A). Foram observadas todas as recomendações contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde no desenvolvimento do estudo e na confecção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos sujeitos que concordaram em participar do mesmo, antes do início da coleta de dados.

4.2.2.5 Tratamento e análise dos dados

Os dados referentes aos escores atribuídos pelos peritos às intervenções apresentadas no quadro de intervenções foram obtidos por meio da utilização do modelo de escala proposto por Fehring (1987) e, portanto, foi utilizada a média ponderada dos escores obtidos, conforme descrito anteriormente. Os dados foram apresentados em tabelas e quadros construídos a partir dos programas *Microsoft excell* e *word*.

4.2.3 Apresentação das intervenções de enfermagem validadas

Esta fase foi desenvolvida a fim de enunciar as intervenções validadas por peritos consideradas “muito adequadas à situação” e “relativamente adequadas à situação”, reorganizadas segundo as alterações sugeridas por eles, seguidas dos estudos de onde foram extraídas e acompanhadas do respectivo nível de evidência (STETLER et al. 2008) desses estudos.

Para as intervenções identificadas em estudos com delineamento de pesquisa

não definido, foi atribuído o nível de evidência VI, uma vez que essas intervenções foram validadas por peritos, ou seja, a evidência foi obtida a partir da opinião de especialistas incluindo sua interpretação com base em sua experiência clínica (STETLER et al., 1998).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5. 1 Primeira etapa: Identificação das intervenções

5.1.1 Identificação e caracterização dos estudos analisados

Após a leitura e compreensão dos artigos realizou-se o preenchimento do instrumento de caracterização de todos os artigos analisados. Foram incluídos 24 artigos na revisão da literatura, sendo 15 estudos selecionados na PubMed, 8 na CINAHL e 1 na *Cochrane Library*.

Tabela 1 – Apresentação dos países de realização dos estudos selecionados, 2009.

País	n	%
Estados Unidos	17	70,83
Canadá	4	16,66
China	1	4,17
Inglaterra	1	4,17
Noruega	1	4,17
TOTAL	24	100

Observa-se que a realização da maior parte dos estudos ocorreu nos países norte-americanos, com destaque para os Estados Unidos (70,83%), seguido pelo Canadá (16,66%). Todos os artigos foram escritos em língua inglesa.

Dos estudos analisados, 19 (79,17%) têm como pesquisador principal o enfermeiro, 4 (16,66%) o médico e 1 (4,17%) o psicólogo.

Em relação à instituição sede do autor principal, 16 (66,67%) são universidades e 8 (33,33%) são hospitais.

Código do Estudo	Ano	Periódico	Autor (es)	Título
01	1994	AORN Journal	Ronk LL, Kavitz JM	Perioperative nursing implication of radical perineal prostatectomy.
02	1997	Geriatric Nursing	Churchill JA	Transurethral prostatectomy- new trends.
03	1997	Nursing	Angelucci PA	Caring for patients with benign prostatic hyperplasia.
04	1998	Journal of Urology	Chang PL, Tsai LH, Huang ST, Wang TM et al.	The early effect of pelvic floor muscle exercises after transurethral prostatectomy.
05	1998	Urology	Leibman BD, Dilliogluligil O, Abbas F, Tanli S et al.	Impact of a clinical pathway for radical retropubic prostatectomy.
06	1999	Journal of Advanced Nursing	Moore K, Estey A	The early post-operative concerns of men after radical prostatectomy.
07	1999	Research in Nursing & Health	Robinson L, Hughes LC, Adler DC, Strumpf N et al.	Describing the work of nursing: the case of postsurgical nursing interventions for men with prostate cancer.
08	1999	Urologic Nursing	Gray M, Allensworth D	Electrovaporization of the prostate: initial experiences and nursing management.
09	2000	Cancer Practice	Phillips C, Gray RE, Fitch MI, Labrecque M et al.	Early postsurgery experience of prostate cancer patients and spouses.
10	2002	AORN Journal	Bickert D, Frickel D	Laparoscopic radical prostatectomy.
11	2003	International Journal of Nursing	Fagermoen MS, Hamilton G	Preparing patients for urological surgery.
12	2003	Urologic Nursing	Parrott EK	TUNA of prostate in an office setting: nursing implications.
13	2004	Urologic Nursing	Davison BJ, Moore KN, MacMillan H, Bisailon A et al.	Patient evolution of a discharge program following a radical prostatectomy.
14	2004	Urologic Nursing	McFadin Mueller N, Mueller EJ	KTP photoselective laser vaporization of the prostate: indications, procedure and nursing implications.
15	2005	Cancer Nursing	Burt J, Caelli K, Moore K, Anderson M	Radical prostatectomy: men's experience and postoperative needs.

Continua...

Código do Estudo	Ano	Periódico	Autor (es)	Título
16	2006	Patient Education and Counseling	Fagermoen MS, Hamilton G	Patient information at discharge – a study of a combined approach.
17	2006	Urologic Nursing	Starnes DN, Sims TW	Robotic prostatectomy surgery.
18	2006	Urologic Nursing	Starnes DN, Sims TW	Care of the patient undergoing robotic- assisted prostatectomy.
19	2006	Urologic Nursing	Overstreet DL, Sims TW	Care of the patient undergoing radical cystectomy with a robotic approach.
20	2006	AORN Journal	Wojcik M, Dennison D	Photoselective vaporization of the prostate in ambulatory surgery.
21	2006	AORN Journal	Rigdon JL	Robotic-assisted laparoscopic radical prostatectomy.
22	2007	RN	Shiller J, Gonzalez R	Green light laser: BPH treatment shows promise.
23	2007	The Cochrane Library	Hunter KF, Moore KN, Cody DJ, Glazener CMA	Conservative management for postprostatectomy urinary incontinence.
24	2007	Urologic Nursing	Borch M, Hattala P, Baron B, Rust K, et al.	Laparoscopic radical robotic prostatectomy: a case study.

...Conclusão

Quadro 3 - Descrição dos estudos incluídos na revisão da literatura, segundo ano, periódico, autor (es) e título.

Em relação ao ano de publicação, os estudos analisados foram publicados entre 1994 e 2007. Não foram identificadas publicações no ano de 2001 nessa temática e nos demais anos pode-se observar 1 ou 2 artigos publicados por ano, exceto os anos de 1999 e 2006 com 3 e 5 artigos publicados, respectivamente. Nenhuma publicação foi identificada no ano de 2008 a partir do levantamento realizado.

Quanto ao tipo de revista nas quais os artigos da revisão foram publicados, 5 foram publicados em revistas de enfermagem geral, 8 em revistas de enfermagem urológica, 4 em revistas de enfermagem perioperatória, 3 em revistas médicas, 1 em revista de enfermagem oncológica, 1 em revista de enfermagem geriátrica, 2 em revistas interdisciplinares na área da saúde. Portanto, o tipo de revista predominante foi em enfermagem urológica (Quadro 3).

Para definir o nível de evidência dos estudos, foi utilizada a classificação apresentada por Stetler et al. (1998). Uma vez que esses autores não classificam o nível de evidência para estudos de revisão sistemática e *guidelines* para a prática clínica baseados em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados, tais estudos foram classificados, de maneira adaptada segundo o sistema hierárquico proposto por Melnyk e Fineout-Overholt

(2005), como nível de evidência I.

Na Tabela 2 são descritos os delineamentos dos estudos e o nível de evidência.

Tabela 2 – Distribuição dos estudos selecionados conforme delineamento e nível de evidência, 2009.

Código do Estudo (s)	Delineamento	Nível de evidência	n	%
23	Revisão sistemática	I	1	4,17
04	Quantitativo - Experimental	II	1	4,17
11	Quase - experimental	III	1	4,17
14, 17, 24	Qualitativo - Estudo de caso	IV	3	12,50
09,15	Qualitativo - fenomenológico	IV	2	8,33
05, 06, 07, 08, 13, 16	Quantitativo - não experimental	IV	6	25,00
03, 10, 12, 19, 20, 21, 22	Atualização	VI	7	29,16
1, 2, 18	Não menciona	-	3	12,50
TOTAL	-	-	24	100

Observa-se que a maioria dos estudos é de atualização (29,16%), seguidos dos estudos descritivos não experimentais (25,00%) e qualitativos do tipo estudo de caso (12,50%). Quanto à força de evidência observa-se 1 estudo com nível de evidência I (evidência resultante de estudo de revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados controlados), 1 estudo com nível de evidência II (evidência resultante de estudo de desenho experimental), 1 com nível de evidência III (evidência de estudo quase-experimental), 11 com nível de evidência IV (evidências de estudos não experimentais) e 7 com nível de evidência VI (evidência oriunda de opiniões de especialistas). Em 3 estudos não foi possível identificar o delineamento de estudo, por não ter sido descrito pelos autores.

Para fins de análise e organização, as intervenções de enfermagem identificadas nos estudos foram agrupadas em categorias temáticas, conforme a Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição das intervenções de enfermagem identificadas de acordo com a categoria temática, 2009.

Categorias	Intervenções de Enfermagem (n)
Condutas gerais	24
Cuidados com o cateter vesical	15
Ensino sobre sinais e sintomas esperados no pós-operatório	11
Retorno às atividades	8
Ensino sobre sinais e sintomas de complicação e conduta	8
Cuidados com a nutrição e hidratação	6
Prevenção de infecção	5
Cuidados na administração de medicamentos	5
Cuidados de higiene	4
Cuidados para o controle da dor e de outros sinais e sintomas	4
Orientação sobre exercícios pélvicos	3
Total	93

5.2 Segunda etapa: Validação por peritos

5.2.1 Caracterização dos enfermeiros peritos

Na Tabela 4 é apresentado o tempo de formação e de experiência profissional dos enfermeiros peritos.

Tabela 4 - Distribuição dos participantes da pesquisa quanto ao ano de graduação em enfermagem e período de experiência profissional, 2009.

Características	Participantes	
	n	%
Tempo de formação (anos)		
2-5	0	0
6-15	10	28,12
16 –25	11	28,12
≥ 26	17	43,75
TOTAL	38	100
Tempo de experiência profissional (anos)		
2 - 5	2	6,25
6-15	8	21,88
16 –25	11	28,12
≥ 26	17	43,75
TOTAL	38	100

Observa-se que a maioria dos peritos possui 15 anos ou mais de formação e experiência profissional em enfermagem.

Em relação ao estado brasileiro em que atuam, 24 (63,16%) peritos são de São Paulo, 5 (13,16%) de Minas Gerais, 2 (5,26%) do Rio de Janeiro, 2 (5,26%) de Goiás, 2 (5,26%) do Ceará, 2 (5,26%) da Paraíba e 1 (2,63%) do Rio Grande do Sul.

Quanto à titulação acadêmica, 31 (81,58%) possuem titulação máxima de doutor, 7 (18,42%) a titulação máxima de mestre, e 5 (13,15%) possuem ainda especialização relevante ao cuidado de pacientes cirúrgicos.

Na Tabela 5 são apresentadas as informações referentes à produção bibliográfica e prática profissional dos peritos.

Tabela 5 - Distribuição dos peritos, segundo a produção bibliográfica e prática profissional, 2009.

ITENS	PARTICIPANTES	
	n	%
Dissertação/Tese direcionada à assistência de enfermagem a pacientes urológicos.	0	0
Dissertação/Tese direcionada à área de enfermagem médico-cirúrgica.	20	43,7
Publicação de pesquisa em periódicos sobre cuidados de enfermagem a pacientes cirúrgicos e/ou urológicos, nos últimos 5 anos.	21	56,2
Prática clínica em enfermagem médico-cirúrgica (> 2anos)	26	65,6
Ensino em enfermagem relacionado ao cuidado com pacientes cirúrgicos (> 2 anos)	33	87,5

A partir da Tabela 5, observa-se um considerável número de peritos com prática clínica em enfermagem médico cirúrgica e experiência no ensino de enfermagem relacionado ao cuidado a pacientes cirúrgicos. Não houve participação de peritos que desenvolveram dissertações ou teses específicas sobre cuidados a pacientes prostatectomizados, apesar de terem sido contatados.

Assim, quanto à pontuação obtida pelos peritos a partir de sua caracterização, encontrou-se que 9 (23,68%) apresentaram entre 5 a 7 pontos; 13 (34,22%) entre 8 a 10 pontos; 15 (39,47%) entre 11 a 13 pontos e 1 (2,63%) entre 14 e 16 pontos.

5.2.2 Validação das intervenções de enfermagem para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia

A partir da adaptação do modelo proposto por Fehring (1987) para a validação de conteúdo de diagnósticos de enfermagem, os peritos atribuíram valores para indicar a adequação da intervenção para implementação no preparo para a alta dos pacientes submetidos a prostatectomia.

As observações apontadas pelos peritos foram analisadas pela pesquisadora e pela orientadora e foram acatadas aquelas que não alterariam o sentido da intervenção, por exemplo, substituição de um verbo por outro de conceito semelhante; organização da estrutura da frase; inclusão dos familiares e cuidadores em algumas intervenções; início da escrita das intervenções com um verbo no infinitivo, entre outras.

Quanto às intervenções da primeira categoria e os escores a elas atribuídos (Quadro 4) observa-se que, das 24 (100,00%) intervenções apresentadas, 19 (79,20%) foram respondidas por todos os peritos e a intervenção 1.4 não foi respondida por 3 peritos. Todas as intervenções obtiveram um escore maior que 0,8, portanto, todas foram consideradas “muito adequadas à situação”. A intervenção 1.9 obteve o menor escore final (0,81). E, as intervenções 1.4 e 1.17 foram as que obtiveram o maior escore final (0,96).

Categoria 1: Condutas Gerais	Peritos (n)	Escore final
1.1 Determinar o nível de conhecimento do paciente.	38	0,94
1.2 Determinar a disponibilidade do paciente para aprender.	38	0,92
1.3 Identificar barreiras de comunicação que o paciente possa apresentar.	38	0,94
1.4 Fornecer informações para a alta ao paciente e, quando adequado, aos familiares.	35	0,96
1.5 Combinar orientações impressas ou em programas de computadores com a comunicação oral para melhor ensinar os pacientes sobre os cuidados após a alta.	38	0,92
1.6 Organizar orientações impressas específicas para o cuidado em casa baseadas na idade do paciente e necessidades identificadas, com linguagem cotidiana sobre o que comumente pode ocorrer, mudanças das atividades da vida diária, complicações, efeitos colaterais e o que se deve fazer quando surgirem problemas.	38	0,95
1.7 Fornecer ao paciente as orientações impressas sobre os cuidados pós-alta durante o período pré-operatório e orientá-lo a trazer este impresso ao hospital para revisão na alta.	37	0,89
1.8 Na visita pré-admissional dedicar parte do tempo à educação do paciente sobre o procedimento, expectativas para o pós-operatório e alta.	37	0,86
1.9 Oferecer ao paciente orientações impressas específicas sobre o procedimento cirúrgico realizado.	38	0,81
1.10 Oferecer ao paciente um impresso sobre os serviços de saúde disponíveis na comunidade.	38	0,86
1.11 Considerar a capacidade de receptividade do paciente à informação escrita e o quanto esta informação é passível de leitura pelo paciente.	37	0,92
1.12 Avaliar as reações do paciente e dos familiares às orientações fornecidas.	38	0,95
1.13 Fornecer ao paciente informações específicas relacionadas às suas condições clínicas.	38	0,91
1.14 Acompanhar a realização do auto cuidado pelo paciente durante a hospitalização.	38	0,93
1.15 Fornecer ao paciente números de telefones de serviços aos quais o paciente possa recorrer se necessário.	37	0,94
1.16 Informar o paciente sobre a quem contatar quando tiver alguma preocupação, informando quem e quando chamar.	38	0,95
1.17 Consultar o paciente sobre suas expectativas acerca do que poderá acontecer no pós-operatório.	38	0,96
1.18 Escutar as preocupações do paciente sobre a hospitalização, tratamento, disfunção urinária e responder com informações exatas que auxiliem para sua compreensão e reduzam sua ansiedade.	38	0,95
1.19 Atentar-se para a não comunicação do paciente sobre preocupações, tais como sobre mudanças na sexualidade.	38	0,88
1.20 Observar pistas não-verbais do paciente e abordar questões e preocupações raramente manifestadas por ele.	38	0,94
1.21 Identificar as expectativas do paciente e familiares para o cuidado domiciliar.	38	0,94
1.22 Levantar dados sobre a família e o ambiente para o cuidado domiciliar.	38	0,93
1.23 Nos casos em que a alta do paciente ocorre dentro de 24 horas após a cirurgia, iniciar a orientação para a alta no pós-operatório, quando ele estiver completamente alerta.	36	0,91
1.24 Se o paciente receber alta antes de 24 horas após a cirurgia, orientá-lo a permanecer com outra pessoa até 24 horas após a cirurgia.	38	0,91

Quadro 4 - Intervenções de enfermagem da categoria 1 – Intervenções Gerais, número de peritos e escore final.

Conforme as observações dos peritos, na intervenção 1.4 alguns deles questionaram o uso do termo “quando adequado” para referir a participação dos familiares durante as orientações. Um deles argumentou que “*o cuidador familiar deve estar presente nas orientações para ajudar o paciente na retenção das informações e entendimento e nos questionamentos das dúvidas*”. Assim, essa intervenção foi reescrita posteriormente sem a expressão “quando adequado”.

O cuidador ou acompanhante do paciente adulto cirúrgico não tem sido alvo de grandes investigações na área da enfermagem. Há uma maior preocupação com esse indivíduo no cenário do cuidado à criança e a pacientes graves, como por exemplo, em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. No entanto, sabe-se que a presença do cuidador durante o período de internação hospitalar é de fundamental importância, principalmente no cenário atual, em que o paciente recebe alta hospitalar precocemente e retorna ao domicílio com necessidade de cuidados complexos (LAUTERT; ECHER; UNICOVSKY, 1998).

Portanto, o cuidador deve ser compreendido como um aliado da equipe de saúde, atuando como um recurso na promoção de conforto e humanização do paciente, ajudando-o a recuperar confiança e, assim, investir na sua recuperação, através de uma maior participação no plano de cuidados (WRIGHT; LEAHEY, 2002; CARVALHO, 2003).

Na intervenção 1.5 foi sugerida a inclusão da família no ensino dos cuidados pós-alta. Dois peritos afirmaram também que as orientações impressas favorecem na consolidação das informações orais após a alta. Mas o acesso a computadores pelos pacientes é uma realidade mais distante para a maioria dos pacientes.

Em um estudo realizado na Noruega, como objetivo de descrever a percepção de pacientes sobre um novo procedimento de informação relacionado à alta após a cirurgia urológica, os autores afirmam que prover informações escritas resultou em uma significativa contribuição em relação às habilidades dos pacientes para o cuidado em casa e que a informação bem planejada para a alta favoreceu um autocuidado satisfatório no domicílio (FAGERMOEN; HAMILTON, 2006).

Afirmam ainda ser importante combinar informações orais e escritas para o paciente no preparo para a alta, sendo que as informações dadas precisam ser específicas, contemplar as condições do domicílio e escritas em uma linguagem cotidiana sobre o que esperar em relação a mudanças na vida diária, complicações, efeitos colaterais e ações a serem realizadas dentro do que é esperado ou caso surja algum problema (FAGERMOEN; HAMILTON, 2006).

Contudo, a forma de ensino oral tem sido a mais comumente empregada na Enfermagem. Essa forma requer a presença do profissional para transmitir as informações, o que envolve alguns aspectos, como adequado conhecimento do profissional quanto ao conteúdo a ser abordado, habilidade de ensino pelo profissional e disponibilidade de horário que permita ao profissional utilizar seu tempo no atendimento de tal atividade (PAULA; CARVALHO, 1997).

Na intervenção 1.6 um dos peritos argumenta que, para que uma orientação impressa seja um instrumento eficiente para o cuidado domiciliar, o enfermeiro deve estar atento para possíveis dificuldades apresentadas pelos pacientes, familiares ou cuidadores quanto à leitura, à interpretação de textos, ou até mesmo por não saberem ler.

Em âmbito hospitalar, o enfermeiro é o elemento da equipe que mais tempo permanece ao lado do paciente, portanto ele deve ser capaz de compreender os problemas do paciente e da família, além de buscar soluções para tais problemas (SASSO et al., 2005).

Dessa forma, supõe-se que dispor de informações acerca dos cuidados que devem ser assegurados seja de grande valia no sentido de minimizar a ansiedade e promover uma maior segurança para o paciente e seus familiares. Autores brasileiros identificaram que, ainda que não possuam familiaridade com a leitura, os pacientes e familiares preferem receber o material escrito com informações sobre a alta, uma vez que este pode ser lido por outras pessoas de seu convívio (VIANNA; NAPOLEÃO, 2009).

Na intervenção 1.8 alguns peritos sugeriram que a frase iniciasse com um verbo, e que fosse incluído o familiar na participação das orientações educacionais. Um perito afirmou que *“a visita pré-admissional é essencial para estreitar elos com a equipe e diminuir a ansiedade do paciente quanto ao desconhecido”*.

O contato do enfermeiro com o paciente antes do procedimento cirúrgico é indispensável para o preparo físico e emocional, uma vez que possibilita uma interação efetiva, que permite a esse profissional detectar, solucionar e, quando necessário, encaminhar os problemas enfrentados pelo paciente (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002).

Um dos peritos faz uma observação sobre a intervenção 1.9 de que, ao oferecer ao paciente orientações impressas específicas sobre o procedimento cirúrgico realizado, deve-se considerar as orientações multiprofissionais.

Na intervenção 1.10, em relação ao oferecimento de um impresso sobre os serviços de saúde da comunidade, um dos peritos argumentou que *“o impresso deve ser oferecido também ao familiar, pois este pode ser seu cuidador e pode necessitar de auxílio de algum serviço de saúde”*. Portanto, ao considerar a argumentação pertinente, o termo “ao

familiar” foi acrescido à intervenção. Outro perito justificou a importância dessa intervenção conforme a seguinte afirmação: *“disponibilizar contato telefônico com a equipe cirúrgica, para eventualidades, pode aumentar a sensação de segurança do paciente; assegura a ele assistência no caso de alguma complicação pós-cirúrgica”*.

A intervenção 1.11 foi considerada repetitiva e já contemplada no item 1.3. Concordou-se com a observação e essa intervenção foi retirada.

Na intervenção 1.13, relacionada ao fornecimento de informações específicas à situação clínica do paciente, também houve a solicitação de inclusão do familiar para o recebimento dessas informações. Outra observação relevante de um perito foi que a adequação dessa intervenção depende dos protocolos institucionais. Portanto, os termos “familiares” e “conforme o protocolo da instituição” foram acrescentados.

A intervenção 1.14, relativa ao acompanhamento da realização do autocuidado durante a hospitalização, foi considerada por um dos peritos como essencial na garantia da qualidade da assistência prestada em domicílio. Outro perito afirmou que é uma intervenção muito adequada por favorecer a independência do paciente.

O autocuidado consiste nas atividades que o paciente é capaz de aprender e desenvolver em seu próprio benefício, na busca de autonomia, independência e de qualidade de vida (HONÓRIO, 2006).

Dessa forma, o enfermeiro na busca do alcance de metas para o autocuidado deve utilizar o seu conhecimento profissional e associá-lo ao conhecimento do paciente, para que juntos cheguem a um melhor resultado. É fundamental a utilização de estratégias de educação participativa, em que o paciente deve tomar decisões para satisfazer suas exigências de autocuidado (HONÓRIO, 2006).

Nas intervenções 1.15, 1.16 e 1.17 foram feitas observações relacionadas à importância da participação dos familiares, e em todas essas foi acrescentada a palavra “familiares”.

Na intervenção 1.20 um perito sugeriu que substituísse a palavra “pistas” por “expressões”, que, portanto, foi modificado sem alteração do contexto.

Nas intervenções 1.23 e 1.24 um perito orientou que a escrita da orientação iniciasse com um verbo. E, particularmente no item 1.24, que orienta o paciente a permanecer com um acompanhante até 24 horas após a cirurgia caso ele receba alta antes desse período, foi discutido que a intervenção é adequada conforme a dependência de cada paciente.

A presença do acompanhante, em caso de alguma dependência ou limitação física do paciente, é importante por ele conhecer os seus hábitos e costumes, e por ajudar o

paciente naquilo que ele não consegue fazer sozinho. Com a identificação de hábitos e costumes, esses dados podem fornecer subsídios ao enfermeiro no planejamento da assistência de enfermagem (SHIOTSU; TAKAHASHI, 2000).

No Quadro 5 são apresentadas as intervenções da segunda categoria e os dados referentes à validação.

Categoria 2: Prevenção contra infecção	Peritos (n)	Escore final
2.1 Informar o paciente sobre sinais e sintomas de infecção do trato urinário.	38	0,99
2.2 Informar o paciente sobre medidas de redução do risco de infecção urinária.	38	1,00
2.3 Solicitar ao paciente que descreva sinais e sintomas de infecção.	37	0,91
2.4 Orientar o paciente sobre cuidados com a incisão cirúrgica: o curativo, a remoção dos pontos, sinais de infecção e apoio da incisão quando necessário.	38	0,99
2.5 Orientar o paciente a remover o curativo da incisão cirúrgica após 24h do recebimento da alta.	38	0,86

Quadro 5 - Intervenções de enfermagem da categoria 2 – Prevenção contra infecção, número de peritos e escore final.

A categoria **prevenção contra infecção** apresentou 4 (80,00%) intervenções que foram avaliadas por todos os peritos. Todas as intervenções obtiveram um escore maior que 0,8, portanto, todas foram consideradas “muito adequadas à situação”. A intervenção 2.2 obteve escore 1, ou seja, todos os peritos atribuíram a ela o valor 5 (“muito adequada à situação”) da escala do tipo Likert. A intervenção “Orientar o paciente a remover o curativo da incisão cirúrgica após 24h do recebimento da alta” obteve o menor escore (0,86).

Quanto às observações dos peritos, na intervenção 2.1 foi argumentado que o paciente quando bem orientado sobre os riscos de infecção pode auxiliar o enfermeiro na detecção de possíveis infecções do trato urinário e da incisão cirúrgica.

Já na intervenção 2.3, que diz que o enfermeiro deve solicitar ao paciente que descreva sinais e sintomas de infecção, um perito afirma que considera “*difícil para um leigo aprender ou decorar as situações que indicam infecção, considerando que o mesmo pode estar sob ansiedade, o que dificulta o aprendizado*”. Entretanto, 3 peritos dizem que essa é uma estratégia necessária para avaliar a compreensão do indivíduo em relação às orientações fornecidas.

Nesse contexto, Rabelo et al. (2004) afirmam que a ênfase no reconhecimento pelo paciente de sinais de piora é uma abordagem que deve ser utilizada com sucesso no planejamento da alta hospitalar.

As intervenções identificadas na literatura para prevenção de infecção entre os

pacientes prostatectomizados abordam cuidados relacionados a infecções hospitalares apontadas como sendo muito prevalentes, a infecção do trato urinário (ITU) seguida da infecção do sítio cirúrgico - ISC (MANGRAN et al., 1999).

A ITU pode ser definida como sendo a invasão e multiplicação de microrganismos nos tecidos do trato urinário, desde a uretra até os rins (HASENACK et al., 2004).

A ITU é uma possível complicação após a prostatectomia e, uma vez que o risco de infecção continua após a alta, o paciente e familiares devem ser instruídos para monitorar sinais e sintomas de infecção, como: febre, calafrios, sudorese, mialgias, disúria, frequência e urgência urinária (SMELTZER; BARE, 2005).

Em relação a ISC, esta pode ocorrer uma vez que o rompimento da barreira epitelial desencadeia uma série de reações sistêmicas no organismo e facilita a ocorrência do processo infeccioso pelo ato em si, em que ocorre a alteração do pH, a hipóxia e a deposição de fibrina, que afetam os mecanismos locais de defesa (RABHAE; RIBEIRO FILHO; FERNANDES, 2000).

Autores consideram fundamental a adoção de um programa de orientação sistematizada sobre os cuidados com a incisão cirúrgica no domicílio, elaborado e implementado de forma articulada entre as equipes de enfermagem e médica da unidade de internação, o que representa um avanço na prática educativa com pacientes no pós-operatório (ZAGO, 1993; FRIEDLANDER; LAGE, 2003).

No Quadro 6 são apresentadas as intervenções da categoria 3 e os dados referentes à validação.

Categoria 3: Cuidados com a nutrição e hidratação	Peritos (n)	Escore final
3.1 Orientar o paciente sobre o volume de líquidos que deve ser ingerido.	38	0,95
3.2 Orientar o paciente a aumentar sua ingestão de líquidos (no mínimo 8 copos), particularmente água, especialmente no primeiro mês após a cirurgia e enquanto a urina estiver sanguinolenta.	37	0,95
3.3 Orientar o paciente quanto à redução ou não ingestão de líquidos que podem causar irritação vesical, como álcool, cafeína, chás, refrigerantes, sucos cítricos, alimentos picantes e chocolate.	37	0,99
3.4 Orientar o paciente a manter uma regularidade na frequência urinária.	38	0,88
3.5 Orientar o paciente a evitar cafeína e álcool especialmente nos primeiros três dias pós-alta.	38	0,93
3.6 Orientar o paciente a aumentar a ingestão de fibras e líquidos para controle da constipação secundária à anestesia geral e uso de narcóticos.	37	0,94

Quadro 6 - Intervenções de enfermagem da categoria 3 – Cuidados com a nutrição e hidratação, número de peritos e escore final.

Nessa categoria, das 6 (100,00%) intervenções apresentadas, 3 (50,00%) não foram respondidas por um dos peritos. Todas as intervenções obtiveram um escore maior que 0,8, portanto, todas foram consideradas “muito adequadas à situação”. A intervenção 3.3 obteve o maior escore (0,99) e a 3.4 o menor escore (0,88).

Na intervenção 3.4, que orienta quanto a regularidade na frequência urinária, um dos peritos complementa que quando for identificada a insuficiência esfíncteriana, o enfermeiro deverá estabelecer para o paciente uma micção programada.

Para que o paciente mantenha uma regularidade na frequência urinária, caso apresente insuficiência esfíncteriana, é preciso que ele passe por um treinamento vesical, em que são incluídas técnicas de micção imediata e micção programada. A micção imediata se aplica a portadores de déficit cognitivo e em casos de cuidadores que dêem suporte ao desejo miccional do paciente quando ele manifestá-lo. Para a micção programada, a utilização de um "diário miccional" para o treinamento vesical permite o prolongamento gradual do intervalo entre as micções com o objetivo de aumentar a capacidade vesical e suprimir a instabilidade e a urgência miccional. Dessa forma, o paciente deve ser treinado a resistir à sensação de urgência e controlar as micções pelo maior tempo possível, o que fará com que a capacidade vesical seja aumentada com o tempo (DAMIÃO et al., 2006).

Em relação à intervenção 3.5, que aponta a orientação sobre restrição de ingestão de álcool e cafeína, optou-se por retirá-la, conforme sugestão de alguns peritos, uma vez que já está contemplada no item 3.3.

Quanto à ingestão de substâncias que podem causar irritação vesical, pode-se citar a cafeína, que também possui uma ação diurética nos rins aumentando o volume urinário. A ingestão da cafeína em alta concentração pode causar instabilidade do músculo detrusor da bexiga e, conseqüentemente, perda involuntária de urina (CREIGTON; STANTON, 1990; ARYA; MYERS; JACKSON, 2000). Essa substância pode determinar hiperatividade vesical devido ao fato de ter efeito excitante sobre a musculatura lisa do músculo detrusor (CREIGTON; STANTON, 1990).

Em um estudo brasileiro (HONORIO; SANTOS, 2009) que buscou compreender em que proporção a incontinência urinária atinge a qualidade de vida de indivíduos adultos e inclusive idosos, dentre os alimentos considerados irritantes vesicais, o café apareceu como um dos líquidos mais ingeridos. Outro importante dado foi em relação ao consumo hídrico diário. Os pacientes demonstraram uma baixa ingestão de água, o que geralmente se percebe por grande parte das pessoas que sofrem de incontinência urinária, pelo receio de interferir no aumento das perdas de urina. Os autores concluíram que houve associação entre o consumo excessivo de cafeinados e a baixa ingestão hídrica.

É importante ressaltar que sendo a incontinência urinária um problema que pode acometer pacientes submetidos à prostatectomia (VIANNA; NAPOLEÃO, 2009), a orientação ao paciente sobre a importância da ingestão hídrica após a cirurgia, associada a outras intervenções relativas à incontinência urinária torna-se imprescindível, uma vez que a baixa ingestão de água nesse período pode acarretar problemas e retardar a recuperação dos pacientes prostatectomizados.

A esse respeito, conforme apresentado no item 3.2 e de acordo com Angelucci (1997), a manutenção adequada da diurese a partir da ingestão hídrica abundante é fundamental para evitar a formação de sedimentos e coágulos que obstruem a uretra.

No Quadro 7 são apresentadas as intervenções da categoria 4 e os dados referentes à validação.

Categoria 4: Cuidados com o cateter vesical	Peritos (n)	Escore Final
4.1 Orientar o paciente sobre a necessidade do uso do cateter vesical no pós-operatório e explicar seu funcionamento.	38	0,93
4.2 Ensinar ao paciente, ainda no pré-operatório, os cuidados com o cateter urinário e com a bolsa de drenagem e informar que o uso do cateter cerca de 1 a 3 semanas após a cirurgia é fundamental para a descompressão da bexiga e conseqüentemente a preservação da anastomose uretral.	38	0,89
4.3 No pós-operatório, orientar o paciente sobre os cuidados com o cateter e fornecer informações escritas que descrevam os cuidados básicos com o mesmo.	38	0,95
4.4 Informar o paciente no período pré-operatório que o mesmo receberá alta usando o cateter urinário, quando for o caso.	38	0,92
4.5 Ensinar ao paciente os cuidados com o cateter relativos ao esvaziamento da bolsa de drenagem e à limpeza externa da bolsa e tubos.	38	0,99
4.6 Informar o paciente que os cuidados com o cateter são simples e que o uso da bolsa de perna facilita a mobilidade.	38	0,86
4.7 Informar o paciente que o posicionamento da bolsa coletora na lateral da cama propicia mais conforto para uma noite de sono.	38	0,88
4.8 No momento da alta fixar o cateter com fita adesiva à prova d'água no abdome ou na face ântero-superior da coxa para prevenir a tração ou o deslocamento deste.	37	0,95
4.9 Orientar o paciente sobre as evidências de obstrução do cateter ou infecção.	38	0,99
4.10 Rever as instruções de cuidados de manutenção do cateter com o paciente.	37	0,97
4.11 Solicitar ao paciente que verbalize e demonstre os passos dos cuidados com o cateter e a aplicação da bolsa de perna.	38	0,97
4.12 Solicitar ao paciente que descreva alterações na drenagem do cateter urinário.	38	0,93
4.13 Informar o paciente sobre a retirada do cateter: quando, onde e por quem.	37	0,97
4.14 Informar o paciente sobre a possibilidade de drenagem ao redor do cateter.	38	0,93
4.15 Orientar o paciente a tomar banho de chuveiro e não de banheira enquanto estiver com o cateter urinário.	38	0,96

Quadro 7- Intervenções de enfermagem da categoria 4 – Cuidados com o cateter vesical, número de peritos e escore final.

Conforme o Quadro 7, das 15 (100,00%) intervenções apresentadas, 12 (80,00%) foram respondidas por todos os peritos. Todas as intervenções apresentaram um escore maior que 0,8, portanto, todas foram consideradas “muito adequadas à situação”. As intervenções 4.6 e 4.7 foram as que obtiveram os menores escores, 0,86 e 0,88, respectivamente. Destaca-se a intervenção 4.5 com maior escore (0,99).

Em relação à opinião dos peritos, na intervenção 4.1, dois peritos sugeriram a troca do verbo “orientar” por “informar”, além da inclusão da família como receptora da informação sobre a necessidade do uso do cateter vesical no pós-operatório e o seu funcionamento. As sugestões foram consideradas pertinentes e acatadas. Vale ressaltar que

“informar” segundo Ferreira (1999), é o mesmo que “comunicar”, o que foi considerado mais apropriado ao objetivo da intervenção.

O mesmo ocorreu no item 4.2 em que quatro peritos solicitaram a inclusão da palavra “familiares”. Além dessa modificação, a intervenção 4.2 foi reformulada, uma vez que foi considerada muito extensa e em parte redundante por já ter sido contemplada na intervenção 4.1.

Para a intervenção 4.3 foi sugerido reescrevê-la iniciando com um verbo. Sendo assim, após a alteração obteve-se: “Orientar o paciente e familiares sobre os cuidados com o cateter e fornecer informações escritas que descrevam os cuidados básicos com o mesmo, no pós-operatório”. Um perito sugeriu que a escolha da forma como essa orientação deverá ser repassada (escrita e/ou oral), seja determinada pelo enfermeiro de acordo com o nível de compreensão e instrução do paciente e dos familiares que a receberão.

A intervenção 4.4 foi excluída da categoria, pois seis peritos identificaram que o item 4.1 a contempla.

Nas intervenções 4.5, 4.6 e 4.7, oito peritos solicitaram a inclusão do termo “familiares”, o que foi considerado pertinente. E ainda no item 4.6, que afirma que os cuidados com o cateter são simples, 6 peritos sugeriram que fosse acrescentado o termo “mas importantes”, a fim de evidenciar que embora os cuidados com o cateter urinário sejam considerados simples, eles são indispensáveis para uma favorável recuperação pós-operatória e eliminação de riscos potenciais de infecção urinária.

Na intervenção 4.8 foi solicitado que a frase iniciasse com um verbo. No item 4.9 optou-se por alterar o verbo “orientar” para “informar” conforme sugestão de três peritos. Nas intervenções 4.9 a 4.14 o termo “familiares” foi acrescentado com a intenção de que esses indivíduos também sejam alvos dessas ações.

No item 4.11, dois peritos sugeriram a substituição do termo “bolsa de perna” por “bolsa de drenagem”. A bolsa de perna é um tipo de bolsa de drenagem menor que pode ser presa e utilizada sob as roupas, o que permite ao paciente realizar suas atividades diárias normais sem precisar transportar uma grande bolsa de drenagem urinária. Pode armazenar um menor volume de urina, precisando ser esvaziada com frequência e substituída durante a noite por uma unidade de drenagem (CRAVEN; HINRLE, 2006).

Como no Brasil observa-se que os pacientes submetidos à prostatectomia frequentemente recebem alta com a bolsa de drenagem que não a de perna, optou-se por utilizar os dois termos nessa intervenção.

Embora não tenha sido identificado nos artigos da revisão integrativa, o ensino

ao paciente sobre como trocar um sistema de drenagem para outro é fundamental. Portanto, o paciente deve ser orientado sobre lavagem das mãos; limpeza da área de conexão com um algodão com álcool, usando fricção, antes de desconectar o equipo do sistema de coleta; colocação da tampa no antigo sistema de drenagem; conexão da bolsa coletora, mantendo todas as extremidades estéreis e fixação dessa (CRAVEN; HINRLE, 2006).

Para finalizar as alterações dessa categoria, a intervenção 4.15 foi transferida para a categoria “cuidados de higiene”, uma vez que quatro peritos afirmaram que o seu contexto está relacionado com orientações sobre higiene.

Em relação ao cateterismo vesical, esse é um dos procedimentos invasivos mais freqüentes no meio hospitalar, e entre as suas principais indicações encontra-se: drenagem urinária, mensuração de débito urinário em pacientes críticos, irrigação vesical em pacientes que apresentam obstrução como coágulos e em pós-operatório de cirurgias urológicas (HOMENKO; LELIS; CURY, 2003).

Apesar dos benefícios, este procedimento pode trazer problemas e riscos potenciais associados à manipulação do trato urinário como, por exemplo, a infecção urinária (HOMENKO; LELIS; CURY, 2003). Portanto, a orientação dos pacientes quanto aos cuidados com o cateter são indispensáveis para evitar esse problema.

Dentre esses cuidados encontram-se a lavagem das mãos imediatamente antes e após a manipulação do cateter e sistema coletor de urina; higienização da área perineal, em especial do meato uretral com água e sabão neutro, uma vez ao dia ou a cada evacuação; observação da cor, volume e aspecto da urina drenada; prevenção de dobra ou tração no tubo extensor e posicionamento da bolsa coletora sempre abaixo do nível de inserção do cateter urinário (BOYCE; PITTET, 2002; HOMENKO; LELIS; CURY, 2003; TAYLOR; LILLIS; LEMONE, 2007).

É importante também a orientação ao paciente quanto a drenagem da sonda, assim como consta nas intervenções 4.9 e 4.12, pois uma sonda obstruída produz a distensão da cápsula prostática, podendo, conseqüentemente, ocasionar hemorragia (SMELTZER; BARE, 2005).

No Quadro 8 são apresentadas as intervenções da categoria 5 e os dados referentes à validação.

Categoria 5: Cuidados de higiene	Peritos (n)	Escore final
5.1 Orientar o paciente sobre a necessidade de tomar banho no mínimo 1 vez ao dia.	38	0,93
5.2 Orientar o paciente a tomar banho de aspersão após 48hrs da cirurgia.	38	0,80
5.3 Orientar o paciente a realizar higiene perineal uma vez ao dia ou a cada evacuação, no caso de prostatectomia por via perineal.	36	0,98
5.4 Ensinar ao paciente os cuidados de higiene e da pele, caso haja drenagem ao redor do cateter.	38	0,97

Quadro 8 - Intervenções de enfermagem da categoria 5 – Cuidados de higiene, número de peritos e escore final.

Observa-se no Quadro 8 que, das quatro intervenções apresentadas na categoria cuidados de higiene, apenas a intervenção 5.3 não foi respondida por todos os peritos e sim por 36 peritos. Todas as intervenções obtiveram um escore maior que 0,8, portanto, todas foram consideradas “muito adequadas à situação”.

Na intervenção 5.1 foi sugerida a inclusão dos familiares na orientação quanto à necessidade de tomar banho. E, a intervenção 5.2, identificada em um estudo de evidência VI, realizado nos Estados Unidos, apesar de ter obtido um escore (0,80) que a classifique como “muito adequada” para o preparo da alta dos pacientes prostatectomizados, foi questionada por 12 peritos quanto ao tempo de espera de 48 horas para o banho de aspersão, os quais afirmaram que o banho deve ser feito nas primeiras 24 horas após a cirurgia, conforme a necessidade de cada paciente.

Não foram encontrados outros estudos que discutam o tempo mínimo em que deve ser realizado o primeiro banho de aspersão após uma cirurgia urológica. Contudo, autores descrevem orientações ao paciente sobre cuidados com o banho de aspersão e de banheira, quando permitido. Em ambas ocasiões, foi orientado que caso o recipiente de coleta esteja em um nível mais alto que a bexiga, a extensão do cateter deve ser oclusa temporariamente. Na banheira, se a extensão estiver oclusa, o recipiente pode ser pendurado na lateral. No chuveiro, pode ser conectada a bolsa de perna, que possui mecanismo de fixação na perna, o que torna desnecessário ocluir a extensão (TAYLOR; LILLIS; LEMONE, 2007).

Diante da categoria “cuidados de higiene”, ressalta-se que o ensino ao paciente sobre a importância da higiene pessoal, principalmente de uma limpeza cuidadosa após evacuações e uma higiene das mãos frequente e com água e sabão é fundamental para a diminuição do risco de desenvolvimento de infecções (CRAVEN; HIRNLE, 2006; TAYLOR; LILLIS; LEMONE, 2007).

No Quadro 9 são apresentadas as intervenções da categoria 6 e os dados referentes à validação.

Categoria 6: Retorno às atividades	Peritos (n)	Escore final
6.1 Orientar o paciente a caminhar tanto quanto tolerar em terreno plano.	38	0,90
6.2 Orientar o paciente sobre restrições à atividade sexual com retorno a partir de instruções do médico.	38	0,91
6.3 Orientar o paciente a não realizar exercícios vigorosos e nem atividade sexual por 6 semanas após a alta.	37	0,87
6.4 Orientar o paciente a não dirigir ou operar equipamentos pesados enquanto estiver usando narcóticos para controle da dor.	37	0,93
6.5 Orientar o paciente a evitar, até que ocorra a primeira consulta de retorno: dirigir veículos, subir degraus, levantar peso, fazer força e ter atividade sexual.	38	0,91
6.6 Informar ao paciente que ele poderá retomar atividades não extenuantes após 48 horas da realização da cirurgia.	38	0,86
6.7 Informar ao paciente que a média de retorno ao trabalho é de 3 a 6 semanas após a cirurgia, sendo que o tipo de trabalho é o fator determinante.	37	0,91
6.8 Orientar o paciente a não fazer força para evacuar.	37	0,91

Quadro 9 - Intervenções de enfermagem da categoria 6 – Retorno às atividades, número de peritos e escore final.

De acordo com o Quadro 9, das 8 (100,00%) intervenções apresentadas na categoria 6, 4 (50,00%) foram respondidas por todos os peritos, e as demais não obtiveram uma resposta. Todas as intervenções apresentaram um escore maior que 0,8, portanto, todas foram consideradas “muito adequadas à situação”. Destacam-se as intervenções 6.3 e 6.6 que obtiveram o menor escore e a intervenção 6.4, que apresentou o maior escore (0,93) na categoria.

A partir das observações dos peritos, optou-se por modificar a intervenção 6.2, em que é afirmado que o paciente deve retornar a atividade sexual a partir de instruções do médico, alterando para instruções multiprofissionais, que inclui o enfermeiro.

A importância da orientação pela equipe multiprofissional foi enfatizada em um estudo nacional que teve como objetivo investigar as orientações oferecidas na alta hospitalar aos indivíduos que se submeteram à cirurgia de revascularização miocárdica. Os autores afirmam que é fundamental a atuação multiprofissional para que haja uma efetiva comunicação com o paciente a fim de proporcionar um pós-operatório de qualidade, haja vista a complexidade do procedimento, a necessidade de cuidados e as associações com as crenças que envolvem a cirurgia (CARVALHO, A. et al., 2008).

Outra modificação foi relacionada às intervenções 6.3 e 6.5, em que cinco

peritos sugeriram retirar o termo “atividade sexual”, uma vez que já foi contemplado no item 6.2.

Na intervenção 6.6, três peritos consideraram que o paciente poderá interpretar de diversas maneiras o que seria uma atividade extenuante. Para evitar diferentes interpretações, foi sugerido que após a palavra “extenuante” fosse acrescentado o termo “descrever atividades”, a fim de torná-la mais específica para a realidade de cada paciente.

No Quadro 10 são apresentadas as intervenções da categoria 7 e os dados referentes à validação.

Categoria 7: Ensino sobre sinais e sintomas de complicação e conduta	Peritos (n)	Escore final
7.1 Discutir com o paciente possíveis complicações da cirurgia, como obstrução vesical, contratura do colo vesical, estreitamento uretral, incontinência urinária.	37	0,88
7.2 Orientar o paciente a contatar imediatamente o urologista ou enfermeiro(a) especializado(a) caso ocorra alguma complicação inesperada.	38	0,93
7.3 Ensinar o paciente a notificar o médico se apresentar: urina com sangramento excessivo ou coágulos, dor aumentada que não seja aliviada com medicações, edema nos testículos, febre, não drenagem de urina pelo cateter, incapacidade para urinar por mais de 4 horas, queimação aumentada para urinar, frequência urinária aumentada por uma semana, sensação de bexiga cheia mesmo depois de urinar.	38	0,95
7.4 Orientar o paciente a ligar no serviço para discutir medicações que podem aliviar a sensação de urgência e frequência urinária.	36	0,76
7.5 Orientar o paciente a ligar para o cirurgião se estiver sentindo fortes dores nas 24 horas subsequentes à cirurgia.	38	0,82
7.6 Orientar o paciente a notificar imediatamente o seu médico caso desenvolva sinais e sintomas de infecção, tais como febre, calafrios, vermelhidão, edema ou drenagem no local da incisão.	38	0,87
7.7 Informar o paciente de que se o cateter parar de drenar livremente, deve-se procurar o urologista ou um serviço de emergência imediatamente para uma avaliação adicional.	38	0,93
7.8 Ensinar o paciente sobre o retorno ao urologista, usualmente em 1 semana.	37	0,89

Quadro 10 - Intervenções de enfermagem da categoria 7 – Ensino sobre sinais e sintomas de complicação e conduta, número de peritos e escore final.

Na categoria 7, das 8 intervenções (100,00%), 5 (62,50)% foram respondidas por todos os peritos; a intervenção 7.1 e 7.8 não foram respondidas por 1 perito e a 7.4 por 2 peritos. Todas as intervenções obtiveram um escore maior que 0,8, exceto a intervenção 7.4 que apresentou o escore 0,76. Apenas a intervenção 7.4 não foi considerada “muito adequada à situação”, e sim “relativamente adequada”. Já a intervenção 7.3 obteve o maior escore (0,95) na categoria.

Conforme orientação de quatro peritos, a intervenção 7.1 teve a substituição do verbo “discutir” por “orientar”. O verbo discutir significa “examinar, investigar, questionar,

atendendo às provas e razões pró e contra sobre um determinado assunto”; enquanto o verbo orientar está relacionado “a guiar, encaminhar, aconselhar um indivíduo” (FERREIRA, 1999). Assim, no contexto dessa intervenção o objetivo não é esperar que o paciente argumente ou expresse suas opiniões quanto aos sinais de complicações cirúrgicas, mas sim, conscientizar o paciente sobre as complicações passíveis de ocorrer e contribuir, desta forma, com o aumento do seu conhecimento em relação ao procedimento realizado e suas conseqüências, assim como sobre a importância do tratamento.

Optou-se também por retirar a intervenção 7.2, uma vez que três peritos identificaram que essa já havia sido contemplada no item 1.16 da categoria orientações gerais.

A intervenção 7.3 foi questionada quanto a maneira como foi redigida, sugerindo que o verbo “ensinar” fosse substituído por “orientar”. Concorda-se com tal alteração, uma vez que o termo “ensinar” está voltado para ações de educação no âmbito de treinamento, instrução (FERREIRA, 1999) e tal intervenção está voltada para um ato de aconselhamento do paciente. Nessa intervenção também foi incluído o familiar como receptor dessas ações, assim como nos itens 7.4, 7.5, 7.6 e 7.8.

Na intervenção 7.4, considerada “relativamente adequada”, foi questionado o emprego inadequado do verbo “discutir”, como ocorreu no item 7.1. Foi sugerida a substituição desse verbo por “informar” uma vez que a idéia dessa ação é que o paciente ligue no serviço para ser comunicado, instruído (FERREIRA, 1999) sobre medicações que possam aliviar a sensação de urgência e frequência urinária. Outro questionamento dos peritos foi relacionado ao fato de que informações sobre medicamentos para alívio de urgência urinária devem ser dadas antes da alta e que não condiz à realidade brasileira ligar no serviço para obter tais informações.

O item 7.7 foi excluído, uma vez que apresenta o mesmo contexto da intervenção 7.3, de acordo com quatro peritos.

Na intervenção 7.8 foi considerado que o melhor verbo para a ação seria “informar” e não “ensinar”, ou seja, o paciente deve tomar conhecimento, ser comunicado (FERREIRA, 1999) sobre o retorno ao urologista. Sugeriram também que o tempo de retorno ao urologista é muito específico para cada serviço, e que seria conveniente substituir a expressão “usualmente em uma semana” por “conforme o serviço”.

No Quadro 11 são apresentadas as intervenções da categoria 8 e os dados referentes à validação.

Categoria 8: Cuidados na administração de medicamentos	Peritos (n)	Escore final
8.1 Discutir com o paciente o uso de analgésicos orais, antibióticos, e emolientes fecais.	37	0,91
8.2 Informar ao paciente que ele pode precisar de um emoliente fecal ou um laxativo durante as primeiras duas semanas da sua recuperação.	38	0,88
8.3 Caso tenham sido prescritos antibióticos ainda no pré-operatório, orientar o paciente sobre a importância da continuidade do uso pelo tempo prescrito.	37	0,92
8.4 Informar o paciente sobre as medicações prescritas, caso tenha dor.	38	0,91
8.5 Orientar o paciente sobre o uso e os efeitos colaterais das medicações prescritas.	37	0,96

Quadro 11 - Intervenções de enfermagem da categoria 8 – Cuidados na administração de medicamentos, número de peritos e escore final.

Observa-se no Quadro 11 que, das cinco intervenções apresentadas na categoria 8, duas foram respondidas por todos os peritos e três não foram pontuadas por 1 perito. Todas as intervenções apresentaram um escore maior que 0,8, portanto, todas foram consideradas “muito adequadas à situação”. A intervenção 8.2 obteve o menor escore (0,88) e a intervenção 8.5 o maior escore (0,96).

Quanto às opiniões dos peritos, na intervenção 8.1 foi sugerido por quator deles que o verbo “discutir” fosse substituído por “orientar”, uma vez que não deve ser esperado que o paciente argumente sobre a medicação prescrita, mas sim que ele seja aconselhado (FERREIRA, 1999) sobre elas. Também foi sugerida a inclusão dos familiares para receber essas orientações, assim como ocorreu também na intervenção 8.5.

As intervenções 8.3 e 8.4 foram consideradas desnecessárias por cinco peritos, pois eles afirmaram que essas estão contempladas no item 8.1.

Em relação aos cuidados concernentes aos medicamentos prescritos, orientar o paciente sobre o uso e os efeitos colaterais das medicações, segundo a intervenção 8.5 é indispensável, uma vez que em muitos casos o paciente recebe alta hospitalar com a prescrição de um grande número de medicamentos necessários à continuidade do seu tratamento e em decorrência de vários fatores, erros podem ocorrer. A ocorrência de erros de medicação no domicílio tem relação com o trabalho do enfermeiro, visto que é de competência desse profissional educar o paciente para o uso correto dos medicamentos após a alta hospitalar (MIASSO; CASSIANI, 2005).

Para uma eficiente orientação medicamentosa é importante que o enfermeiro tenha conhecimento sobre a ação do medicamento no organismo, métodos e vias de administração, eliminação, reações colaterais, dose máxima e terapêutica, pois falhas no

conhecimento do profissional refletem diretamente na orientação que é fornecida ao paciente (MIASSO; CASSIANI, 2005).

Ceccato et al. (2004) afirmam que orientar o paciente sobre os medicamentos prescritos e o modo correto de usá-los, deveria envolver a participação de todos os profissionais de saúde que o assistem, por oferecer assim uma maior oportunidade de esclarecimento de eventuais dúvidas.

Em relação à constipação e à necessidade do uso de um emoliente fecal conforme a intervenção 8.2, autores afirmam que esse problema pode ocorrer após a cirurgia devido ao uso de anestesia geral e medicações para dor, especificamente os narcóticos, que retardam a função intestinal. Assim, é prescrito o emoliente fecal para normalizar os movimentos intestinais até quando os medicamentos para dor não forem mais necessários (STARNES; SIMS, 2006).

No Quadro 12 são apresentadas as intervenções da categoria 9 e os dados referentes à validação.

Categoria 9: Orientação sobre exercícios pélvicos	Peritos (n)	Escore Final
9.1 Informar o paciente sobre a necessidade de exercícios para a musculatura pélvica.	38	0,92
9.2 Iniciar o ensino de exercícios para a musculatura pélvica durante o período pré-operatório ou durante o pós-operatório, imediatamente após a remoção do cateter, para ajudar no controle da incontinência urinária.	37	0,95
9.3 Orientar o paciente a realizar exercícios para a musculatura pélvica diariamente, 3 a 4 sessões de 30 exercícios cada.	37	0,91

Quadro 12- Intervenções de enfermagem da categoria 9 – Orientação sobre exercícios pélvicos, número de peritos e escore final.

Nesta categoria, há três intervenções, das quais apenas uma foi pontuada por todos os peritos, e as demais por 37 peritos. Todas as intervenções obtiveram um escore maior que 0,9, portanto, todas foram consideradas “muito adequadas à situação”. As intervenções apresentaram escores com valores muito próximos, tendo como destaque a intervenção 9.2 com o escore 0,95.

A partir das sugestões dos peritos, na intervenção 9.1 os familiares foram incluídos para receber junto ao paciente, informações sobre a necessidade de exercícios para a musculatura pélvica.

A intervenção 9.2 foi considerada muito extensa, portanto foi dividida em duas intervenções: “Iniciar o ensino de exercícios para a musculatura pélvica durante o período pré-operatório, para ajudar no controle da incontinência urinária”, e, “Continuar o ensino de

exercícios para a musculatura pélvica durante o pós-operatório, imediatamente após a remoção do cateter, para ajudar no controle da incontinência urinária”.

Essa categoria destaca-se por apresentar as intervenções identificadas nos estudos de maior força de evidência que fizeram parte da revisão integrativa.

Um desses estudos refere-se a possíveis tratamentos para a incontinência urinária. Consiste em revisão sistemática, realizada no Canadá, que teve como objetivo avaliar os efeitos de tratamentos conservadores para incontinência urinária após prostatectomia. Os autores afirmam que o treinamento da musculatura do assoalho pélvico sozinho ou com *biofeedback*, realizado no período pré ou pós-operatório, imediatamente após a remoção do cateter pode auxiliar na incontinência de curto prazo após a prostatectomia radical (HUNTER et al., 2007).

O *biofeedback* é um aparelho utilizado como auxílio na avaliação das condições musculares do paciente e, também, para motivar a realização correta dos exercícios e consequentemente fortalecer e aumentar a resistência e coordenação das contrações dos músculos do assoalho pélvico. Enfermeiro e paciente conseguem perceber a eficácia da contração muscular que está sendo exercitada, por meio de sinais visuais e sonoros que são emitidos pelo aparelho (GROSSE; SENGLER, 2002; HUNTER et al., 2007).

Contudo, críticos do *biofeedback* em pacientes prostatectomizados têm discutido a eficácia desse método e os altos custos associados. Em um estudo experimental realizado nos Estados Unidos com o objetivo de determinar se o treinamento dos músculos do assoalho pélvico com o *biofeedback* no período pré-operatório melhora a incontinência urinária em homens submetidos à prostatectomia radical, os autores concluíram que esse aparelho não intensifica os efeitos dos exercícios para a musculatura pélvica quanto à melhora da incontinência e nem quanto ao tempo de recuperação da continência e que os custos associados são altos (BALES et al., 2000).

O outro estudo da revisão integrativa consiste em um ensaio clínico, realizado na China que teve como objetivo avaliar o efeito de exercícios para a musculatura do assoalho pélvico na frequência urinária, gotejamento, incontinência urinária e satisfação com a vida em pacientes após prostatectomia transuretral. Os pacientes foram orientados a realizar estes exercícios diariamente, após a remoção do cateter Foley, de 3 a 4 sessões de 30 repetições de exercícios. E, de acordo com os resultados obtidos, os exercícios para a musculatura do assoalho pélvico parecem auxiliar na redução da frequência urinária e melhorar os sintomas de gotejamento e incontinência urinária em homens nas primeiras 4 semanas após prostatectomia transuretral (CHANG et al., 1998).

A incontinência urinária pós-prostatectomia (IUPP) é uma complicação de difícil tratamento e que causa um profundo impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2006). Idade avançada, perda de sangue trans-operatório, volume prostático, ressecção endoscópica prostática prévia, radioterapia prévia e a não preservação dos feixes nervosos e do colo vesical têm sido responsabilizados por contribuírem para a IUPP (EASTHAM, 1996).

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

No Quadro 13 são apresentadas as intervenções da categoria 10 e os dados referentes à validação.

Categoria 10: Ensino sobre sinais e sintomas esperados no pós-operatório	Peritos (n)	Escore final
10.1 Informar ao paciente que retenção urinária ou sangramento podem ocorrer depois da remoção do cateter.	38	0,95
10.2 Informar ao paciente que o sintoma de irritação no ato da micção é comum após a remoção do cateter.	38	0,96
10.3 Informar ao paciente que a presença de pequena quantidade de sangue em sua urina é normal nas duas primeiras semanas após a cirurgia.	38	0,95
10.4 Informar ao paciente que a irregularidade no hábito intestinal é comum nos primeiros dias após a cirurgia.	37	0,93
10.5 Informar ao paciente que ele pode apresentar pequenos coágulos na urina.	38	0,94
10.6 Informar ao paciente que ele pode apresentar queimação, urgência urinária e/ou frequência no primeiro mês após a cirurgia.	38	0,94
10.7 Informar ao paciente que após a remoção do cateter vesical ele poderá apresentar incontinência urinária, mas enfatizar que esse problema pode ser temporário.	36	0,94
10.8 Informar ao paciente que poderá ocorrer presença de sangue no sêmen.	38	0,92
10.9 Informar ao paciente que poderá haver frequência urinária à noite.	38	0,91
10.10 Discutir com o paciente problemas sexuais que ele possa ter, tais como disfunção erétil ou ejaculação retrógrada.	37	0,89
10.11 Relembrar o paciente de que a melhora dos sintomas esperados ocorre gradualmente ao longo de várias semanas e meses.	36	0,93

Quadro 13 - Intervenções de enfermagem da categoria 10 – Ensino sobre sinais e sintomas esperados no pós-operatório, número de peritos e escore final.

De acordo com o Quadro 13, das 11 (100,00%) intervenções apresentadas na categoria 10, 7 (63,60%) foram respondidas por todos os peritos; as intervenções 10.4 e 10.10 não foram respondidas por 1 perito e a 10.7 e 10.11 por 2. Todas as intervenções obtiveram um escore maior que 0,9, portanto, todas foram consideradas “muito adequadas à situação”. Destaca-se a intervenção 10.2 com o maior escore (0,96) na categoria.

Diante das sugestões dos peritos, foi acrescentado o termo “familiares” para as intervenções 10.1, 10.2, 10.3, 10.4, 10.7, 10.9 e 10.11.

Na intervenção 10.10 optou-se por substituir o verbo “discutir” por “informar”, pois não é esperado que o paciente conteste (FERREIRA, 1999) possíveis problemas sexuais que ele possa ter, mas sim, que seja comunicado e tenha conhecimento (FERREIRA, 1999) sobre esses possíveis problemas.

O mesmo ocorreu no item 10.11 em que os peritos sugeriram que o verbo “relembrar” que significa “tornar a lembrar, recordar” (FERREIRA, 1999) fosse alterado para “informar”.

Em relação aos sinais e sintomas esperados, a incontinência urinária continua sendo um sintoma esperado mais frequente a curto e médio prazo após a prostatectomia radical, seguida da impotência sexual, sendo que ambos os fatores diminuem consideravelmente a qualidade de vida dos pacientes (JUAN ESCUDERO et al., 2006; GOYAL et al., 2007; MICHAELSON et al., 2008).

Uma maneira de conter o gotejamento de urina é o uso de fraldas ou absorventes íntimos (STARNES; SIMS, 2006). Outra alternativa são os dispositivos de oclusão da uretra peniana (*clamps*) que, uma vez atraumáticos podem, eventualmente, ser utilizados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2006). No entanto, Hunter et al. (2007), no estudo de revisão sistemática realizado, referem que este dispositivo pode apresentar problemas de segurança em relação à perda de urina.

Em relação ao desenvolvimento de problemas sexuais, a ejaculação, a libido, o orgasmo e a função erétil podem ficar comprometidas após uma prostatectomia radical (NUNES; ROLO; MOTA, 2004).

No caso da função erétil, a causa da disfunção é devido à lesão intraoperatória do sistema neurovascular responsável pela ereção. Pacientes que apresentam outros fatores que contribuem com o desenvolvimento da disfunção erétil apresentam menor chance de preservação da função erétil após a cirurgia de próstata (TELOKEN, 2001).

A idade do indivíduo, a função erétil prévia e a preservação nervosa durante a cirurgia são aspectos muito importantes na capacidade de recuperação, na resposta a um programa de reabilitação e eficácia de tratamentos para a disfunção erétil (NUNES; ROLO; MOTA, 2004).

No Quadro 14 são apresentadas as intervenções da categoria 11 e os dados referentes à validação.

Categoria 11: Cuidados para o controle da dor e de outros sinais e sintomas	Peritos (n)	Escore final
11.1 Orientar o paciente sobre o manejo dos sintomas de dor, espasmos vesicais, constipação, fadiga, distúrbios do sono, edema ou náusea.	37	0,94
11.2 Orientar o paciente sobre o manejo farmacológico e não farmacológico da dor.	37	0,92
11.3 Para a prevenção da dor, orientar o paciente sobre a monitoração do cateter para a não oclusão deste, o que evita a distensão da bexiga.	38	0,93
11.4 Orientar o paciente a fazer banho de assento morno ou a aplicar uma compressa morna na região suprapúbica para aliviar a dor após remoção cateter.	38	0,91

Quadro 14- Intervenções de enfermagem da categoria 11 – Cuidados para o controle da dor e de outros sinais e sintomas, número de peritos e escore final.

Observa-se no Quadro 14 que, das quatro intervenções apresentadas na categoria 11, duas foram respondidas por todos os peritos, e as intervenções 11.1 e 11.2 não foram respondidas por 1 perito. Todas as intervenções obtiveram um escore maior que 0,9, portanto, todas foram consideradas “muito adequadas à situação”, destacando com maior escore (0,94) a intervenção 11.1.

A única alteração sugerida pelos peritos nessa categoria foi em relação à intervenção 11.3, para que a frase seja iniciada com o verbo no infinitivo.

Em relação à intervenção 11.1, que aborda a orientação do paciente para o controle da dor, autores afirmam que o enfermeiro deve orientar o paciente a tentar diminuir a sua ansiedade da próxima vez que ele tiver a mesma sensação dolorosa, e, como consequência, alcance mais rapidamente o alívio da dor (SMELTZER; BARE, 2005).

Segundo Gray e Allensworth (1999) a dor pode aparecer com um desconforto contínuo e ardente na região suprapúbica e uretral. Caso o paciente apresente dor no flanco, isso pode representar sintoma inesperado e indicar a obstrução do orifício uretral causado por edema ou por coágulos sanguíneos.

Os mesmos autores também discorrem sobre os manejos farmacológico e não farmacológico da dor, de acordo com a intervenção 11.2. Eles afirmam que medicamentos anticolinérgicos ou uma combinação de narcóticos com agentes anticolinérgicos podem ser usados no manejo da dor pós-procedimento causada por espasmo vesical. Quanto ao manejo não farmacológico consideram que, além de orientações para a não obstrução do cateter e aplicação de compressa morna na região suprapúbica após a sua remoção, orientações quanto a ingestão adequada de líquidos que não sejam irritantes da bexiga são importantes para o controle da dor pós prostatectomia (GRAY; ALLENSWORTH, 1999).

5.3 Terceira etapa: Apresentação das intervenções de enfermagem validadas

São enunciadas as intervenções validadas pelos peritos consideradas “muito adequadas à situação” e “relativamente adequadas à situação”, reorganizadas segundo as alterações sugeridas por eles. Também são apontados os estudos de onde foram extraídas, com o seu respectivo nível de evidência .

Ressalta-se que as intervenções identificadas somente nos estudos em que os autores não definiram claramente o delineamento de pesquisa (RONK; KAVITZ, 1994;

CHURCHILL, 1997; STARNES; SIMS et al. 2006b) foi atribuído o nível de evidência VI, uma vez que a evidência foi obtida a partir da opinião de especialistas incluindo sua interpretação com base em sua experiência clínica (STETLER et al., 1998). Aquelas que apresentaram alguma alteração conforme sugestão dos peritos foram destacadas.

O propósito é contribuir para o aprofundamento do entendimento sobre o problema estudado, proporcionando ao enfermeiro condições de implementar um guia norteador ou elaborar diretrizes do cuidado para a prática clínica, com base em evidências oriundas de pesquisas e de opinião de peritos e, assim, contribuir para melhorar a assistência prestada ao paciente.

Das 93 intervenções iniciais, 10 foram suprimidas por redundância e 1 foi dividida em 2 intervenções. Portanto, são apresentadas 84 intervenções organizadas em 11 categorias.

Categoria 1: Intervenções gerais

1.1 Determinar o nível de conhecimento do paciente [WOJCIK et al., 2006 (NE: VI); RIGDON, 2006 (NE: VI)]

1.2 Determinar a disponibilidade do paciente para aprender [WOJCIK et al., 2006 (NE: VI)]

1.3 Identificar barreiras de comunicação que o paciente possa apresentar [WOJCIK et al., 2006 (NE: VI); RIGDON, 2006 (NE: VI)]

1.4 Combinar orientações impressas ou em programas de computadores com a comunicação oral para melhor ensinar os pacientes e familiares sobre os cuidados após a alta [FAGERMOEN et al., 2003 (NE: III)]♣

1.5 Organizar orientações impressas específicas para o cuidado em casa baseadas na idade do paciente e necessidades identificadas, com linguagem cotidiana sobre o que comumente pode ocorrer, sobre mudanças das atividades da vida diária, complicações, efeitos colaterais e o que se deve fazer quando surgirem problemas [BURT et al., 2005 (NE: IV)]

1.6 Fornecer ao paciente as orientações impressas sobre os cuidados pós-alta durante o período pré-operatório e orientá-lo a trazer este impresso ao hospital para revisão na alta [DAVISON et al., 2004 (NE: IV); STARNES et al., 2006b]

-
- 1.7** Dedicar parte do tempo à educação do paciente e dos familiares sobre o procedimento, expectativas para o pós-operatório e alta, durante a visita pré-admissional [STARNES et al., 2006a (NE: IV); RIGDON, 2006 (NE: VI)] ♣
- 1.8** Oferecer ao paciente orientações impressas específicas sobre o procedimento cirúrgico realizado [BORCH et al., 2007 (NE: IV)]
- 1.9** Oferecer ao paciente e aos familiares um impresso sobre os serviços de saúde disponíveis na comunidade [DAVISON et al., 2004 (NE: IV)] ♣
- 1.10** Avaliar as reações do paciente e dos familiares às orientações fornecidas [RIGDON, 2006 (NE: VI)]
- 1.11** Fornecer ao paciente e aos familiares informações específicas relacionadas a suas condições clínicas, conforme o protocolo da instituição [FAGERMOEN et al., 2003 (NE: III)] ♣
- 1.12** Acompanhar a realização do auto cuidado pelo paciente durante a hospitalização [FAGERMOEN et al., 2006 (NE: IV)]
- 1.13** Informar o paciente e familiares sobre a quem contatar quando tiver alguma preocupação, informando quem e quando chamar [DAVISON et al., 2004 (NE: IV)]
- 1.14** Consultar o paciente e familiares sobre suas expectativas acerca do que poderá acontecer no pós-operatório [DAVISON et al., 2004 (NE: IV)] ♣
- 1.15** Escutar as preocupações do paciente sobre a hospitalização, tratamento, disfunção urinária e responder com informações exatas que auxiliem para sua compreensão e reduzam sua ansiedade [ANGELUCCI, 1997 (NE: VI)]
- 1.16** Atentar-se para a não comunicação do paciente sobre possíveis preocupações, inclusive preocupações relacionadas à sexualidade [DAVISON et al., 2004 (NE: IV); FAGERMOEN et al., 2006 (NE: IV)]
- 1.17** Observar expressões/pistas não-verbais do paciente e abordar questões e preocupações raramente manifestadas por ele [FAGERMOEN et al., 2006 (NE: IV)] ♣
- 1.18** Levantar dados sobre a família e o ambiente para o cuidado domiciliar [RIGDON, 2006 (NE: VI)]
- 1.19** Iniciar a orientação para a alta no pós-operatório assim que o paciente estiver completamente alerta, nos casos em que a alta ocorrer dentro de 24 horas após a cirurgia [GRAY et al., 1999 (NE: IV)] ♣

1.20 Orientar o paciente a permanecer com outra pessoa até 24 horas após a cirurgia, caso ele receba alta antes de 24 horas do procedimento cirúrgico [WOJCIK et al., 2006 (NE: VI)]♣

Categoria 2: Prevenção contra infecção

2.1 Informar ao paciente sinais e sintomas de infecção do trato urinário [GRAY et al., 1999 (NE: IV); OVERSTREET et al., 2006 (NE: VI)]

2.2 Informar ao paciente medidas de redução do risco de infecção urinária [DAVISON et al., 2004 (NE: IV)]

2.3 Solicitar ao paciente que descreva sinais e sintomas de infecção [BICKERT et al., 2002 (NE: VI)]

2.4 Orientar o paciente e familiares sobre cuidados com a incisão cirúrgica: o curativo, a remoção dos pontos, sinais de infecção e apoio da incisão quando necessário [DAVISON et al., 2004 (NE: IV); RIGDON, 2006 (NE: IV)]♣

2.5 Orientar o paciente a remover o curativo da incisão cirúrgica após 24h do recebimento da alta [BORCH et al., 2007 (NE: IV)]

Categoria 3: Cuidados com a nutrição e hidratação

3.1 Orientar o paciente sobre o volume de líquidos que deve ser ingerido [DAVISON et al., 2004 (NE: IV)]

3.2 Orientar o paciente a aumentar sua ingestão de líquidos (no mínimo 8 copos), particularmente água, especialmente no primeiro mês após a cirurgia e enquanto a urina estiver sanguinolenta [CHURCHILL, 1997; MCFADIN MUELLER et al., 2004 (NE: IV); WOJCIK et al., 2006 (NE: VI)]

3.3 Orientar o paciente quanto à redução ou não ingestão de líquidos que podem causar irritação vesical, como álcool, cafeína, chás, refrigerantes, sucos cítricos, alimentos picantes e chocolate [CHURCHILL, 1997; GRAY et al., 1999 (NE: IV); WOJCIK et al., 2006 (NE: VI); PARROTT, 2003 (NE: VI)]

3.4 Orientar o paciente a manter uma regularidade na frequência urinária [GRAY et al., 1999 (NE: IV); STARNES et al., 2006b]

3.5 Orientar o paciente a aumentar a ingestão de fibras e líquidos para controle da constipação secundária à anestesia geral e uso de narcóticos [STARNES et al., 2006b] **NEi: VI**

Categoria 4: Cuidados com o cateter vesical

4.1 Informar o paciente e familiares sobre a necessidade do uso do cateter vesical no pós-operatório e explicar seu funcionamento [ANGELUCCI, 1997 (NE: VI); WOJCIK et al., 2006 (NE: VI); BORCH et al., 2007 (NE: IV)]♣

4.2 Ensinar ao paciente e familiares, ainda no pré-operatório, os cuidados com o cateter urinário e com a bolsa de drenagem [CHURCHILL, 1997; LEIBMAN et al., 1998 (NE: IV)]♣

4.3 Orientar o paciente e familiares sobre os cuidados com o cateter e fornecer informações escritas que descrevam os cuidados básicos com o mesmo, no pós-operatório [MOORE et al., 1999 (NE: IV)]♣

4.4 Ensinar ao paciente e aos familiares os cuidados com o cateter relativos ao esvaziamento da bolsa de drenagem e à limpeza externa da bolsa e tubos [DAVISON et al., 2004 (NE: IV)]♣

4.5 Informar ao paciente e aos familiares que os cuidados com o cateter são simples, mas importantes e que o uso da bolsa de perna facilita a mobilidade [STARNES et al., 2006b]♣ **NEi: VI**

4.6 Informar ao paciente e aos familiares que o posicionamento da bolsa coletora na lateral da cama propicia mais conforto para uma noite de sono [STARNES et al., 2006b]♣ **NEi: VI**

4.7 Fixar o cateter com fita adesiva à prova d'água no abdome ou na face ântero-superior da coxa para prevenir a tração ou o deslocamento deste, no momento da alta [STARNES et al., 2006b]♣ **NEi: VI**

4.8 Informar ao paciente e aos familiares as evidências de obstrução do cateter ou infecção [GRAY et al., 1999 (NE: IV)]♣

- 4.9 Rever as instruções de cuidados de manutenção do cateter com o paciente e familiares [BICKERT et al., 2002 (NE: VI)]♣
- 4.10 Solicitar ao paciente e aos familiares que verbalizem e demonstrem os passos dos cuidados com o cateter e a aplicação da bolsa de drenagem/ bolsa de perna [BICKERT et al., 2002 (NE: VI)]♣
- 4.11 Solicitar ao paciente e aos familiares que descrevam alterações na drenagem do cateter urinário [BICKERT et al., 2002 (NE: VI)]♣
- 4.12 Informar o paciente e familiares sobre a retirada do cateter: quando, onde e por quem [DAVISON et al., 2004 (NE: IV)]♣
- 4.13 Informar o paciente e familiares sobre a possibilidade de drenagem ao redor do cateter [DAVISON et al., 2004 (NE: IV); STARNES et al., 2006b]♣
- 4.14 Orientar o paciente a tomar banho de chuveiro e não de banheira enquanto estiver com o cateter urinário [BORCH et al., 2007 (NE: IV)]

Categoria 5: Cuidados de higiene

- 5.1 Orientar o paciente sobre a necessidade de tomar banho no mínimo 1 vez ao dia [PARROT, 2003 (NE: VI); DAVISON et al., 2004 (NE: IV)]
- 5.2 Orientar o paciente a tomar banho de aspersão após 48h da cirurgia [STARNES et al., 2006b] NEi: VI
- 5.3 Orientar o paciente a realizar higiene perineal uma vez ao dia ou a cada evacuação, no caso de prostatectomia por via perineal [RONK et al., 1994] NEi: VI
- 5.4 Ensinar ao paciente os cuidados de higiene e da pele, caso haja drenagem ao redor do cateter [STARNES et al., 2006b] NEi: VI

Categoria 6: Retorno às atividades

- 6.1 Orientar o paciente a caminhar tanto quanto tolerar em terreno plano [CHURCHILL, 1997] NEi: VI

♣ Intervenções complementadas pelos peritos NE: Nível de Evidência NEi: Nível de Evidência atribuído à intervenção a partir da opinião de peritos

- 6.2** Orientar o paciente sobre restrições à atividade sexual com retorno a partir de instruções da equipe multiprofissional [PARROT, 2003 (NE: VI)]♣
- 6.3** Orientar o paciente a não realizar exercícios vigorosos por 6 semanas após a alta [STARNES et al., 2006b]♣ NEi: VI
- 6.4** Orientar o paciente a não dirigir ou operar equipamentos pesados enquanto estiver usando narcóticos para controle da dor [STARNES et al., 2006b] NEi: VI
- 6.5** Orientar o paciente a evitar, até que ocorra a primeira consulta de retorno: dirigir veículos, subir degraus, levantar peso e fazer força [CHURCHILL, 1997; STARNES et al., 2006a (NE: IV); WOJCIK et al., 2006 (NE: VI)]♣
- 6.6** Informar ao paciente que ele poderá retomar atividades não extenuantes (descrever atividades) após 48 horas da realização da cirurgia [MCFADIN MUELLER et al., 2004 (NE: IV); WOJCIK et al., 2006 (NE: VI); SHILLER et al., 2007 (NE: VI)]♣
- 6.7** Informar ao paciente que a média de retorno ao trabalho é de 3 a 6 semanas após a cirurgia, sendo que o tipo de trabalho é o fator determinante [WOJCIK et al., 2006 (NE: VI)]♣
- 6.8** Orientar o paciente a não fazer força para evacuar [WOJCIK et al., 2006 (NE: VI)]

Categoria 7: Ensino sobre sinais e sintomas de complicação e conduta

- 7.1** Orientar o paciente e familiares possíveis complicações da cirurgia, como obstrução vesical, contratura do colo vesical, estreitamento uretral, incontinência urinária [ROBINSON et al., 1999 (NE: IV); PHILLIPS et al., 2000 (NE: IV); DAVISON et al., 2004 (NE: IV)]♣
- 7.2** Orientar o paciente e familiares a comunicar ao médico sinais e sintomas de possíveis complicações: urina com sangramento excessivo ou coágulos, dor aumentada que não seja aliviada com medicações, edema nos testículos, febre, não drenagem de urina pelo cateter, incapacidade para urinar por mais de 4 horas, queimação aumentada para urinar, frequência urinária aumentada por uma semana, sensação de bexiga cheia mesmo depois de urinar [RONK et al., 1994; CHURCHILL, 1997; WOJCIK et al., 2006 (NE: VI)]

♣ Intervenções complementadas pelos peritos NE: Nível de Evidência NEi: Nível de Evidência atribuído à intervenção a partir da opinião de peritos

7.3 Orientar o paciente e familiares a ligar no serviço para informarem sobre medicações que podem aliviar a sensação de urgência e frequência urinária [(MCFADIN MUELLER et al., 2004 (NE: IV)]▲

7.4 Orientar o paciente e familiares a ligar para o cirurgião se estiver sentindo fortes dores nas 24 horas subsequentes à cirurgia [WOJCIK et al., 2006 (NE: VI)]

7.5 Orientar o paciente e familiares a notificar imediatamente o seu médico caso desenvolva sinais e sintomas de infecção, tais como febre, calafrios, vermelhidão, edema ou drenagem no local da incisão [ANGELUCCI, 1997 (NE: VI)]♣

7.6 Informar o paciente e familiares sobre o retorno ao urologista, conforme o serviço [CHURCHILL, 1997]♣ NEi: VI

Categoria 8: Cuidados na administração de medicamentos

8.1 Orientar o paciente e familiares sobre o uso de analgésicos orais, antibióticos, e emolientes fecais [BORCH et al., 2007 (NE: IV)]♣

8.2 Informar ao paciente que ele pode precisar de um emoliente fecal ou um laxativo durante as primeiras duas semanas da sua recuperação [MCFADIN MUELLER et al., 2004 (NE: IV)]

8.3 Orientar o paciente e familiares sobre o uso e os efeitos colaterais das medicações prescritas [RIGDON, 2006 (NE: VI)]

Categoria 9 :Orientação sobre exercícios pélvicos

9.1 Informar o paciente e familiares sobre a necessidade de exercícios para a musculatura pélvica [DAVISON et al., 2004 (NE: IV)] ♣

9.2 Iniciar o ensino de exercícios para a musculatura pélvica durante o período pré-operatório, para ajudar no controle da incontinência urinária [HUNTER et al., 2007 (NE: I)]

9.3 Continuar o ensino de exercícios para a musculatura pélvica durante o pós-operatório, imediatamente após a remoção do cateter, para ajudar no controle da incontinência urinária [HUNTER et al., 2007 (NE: I)]

♣ Intervenções complementadas pelos peritos NE: Nível de Evidência NEi: Nível de Evidência atribuído à intervenção a partir da opinião de peritos ▲ Intervenção considerada “relativamente adequada à situação” pelos peritos

9.4 Orientar o paciente a realizar exercícios para a musculatura pélvica diariamente, 3 a 4 sessões de 30 exercícios cada [CHANG et al.; 1998 (NE: II)]

Categoria 10: Ensino sobre sinais e sintomas esperados no pós-operatório

10.1 Informar ao paciente e aos familiares que retenção urinária ou sangramento podem ocorrer depois da remoção do cateter [GRAY et al., 1999 (NE: IV)]♣

10.2 Informar ao paciente e aos familiares que o sintoma de irritação no ato da micção é comum após a remoção do cateter [GRAY et al., 1999 (NE: IV)]♣

10.3 Informar ao paciente e aos familiares que a presença de pequena quantidade de sangue em sua urina é normal nas duas primeiras semanas após a cirurgia [RONK et al., 1994; PARROT, 2003 (NE: VI)]♣

10.4 Informar ao paciente e aos familiares que a irregularidade no hábito intestinal é comum nos primeiros dias após a cirurgia [MCFADIN MUELLER et al., 2004 (NE: IV)]♣

10.5 Informar ao paciente que ele pode apresentar pequenos coágulos na urina [MCFADIN MUELLER et al., 2004 (NE: IV)]♣

10.6 Informar ao paciente que ele pode apresentar queimação, urgência urinária e/ou freqüência no primeiro mês após a cirurgia [PARROT, 2003 (NE: VI); MCFADIN MUELLER et al., 2004 (NE: IV)]

10.7 Informar ao paciente e familiares que após a remoção do cateter vesical ele poderá apresentar incontinência urinária, mas enfatizar que esse problema pode ser temporário [ANGELUCCI, 1997 (NE: VI); STARNES et al., 2006b]♣

10.8 Informar ao paciente que poderá ocorrer presença de sangue no sêmen [PARROT, 2003 (NE: VI)]

10.9 Informar ao paciente e aos familiares que poderá haver freqüência urinária à noite [PARROT, 2003 (NE: VI)]

10.10 Informar o paciente sobre problemas sexuais que ele possa ter, tais como disfunção erétil ou ejaculação retrógrada [ANGELUCCI, 1997 (NE:VI)]♣

10.11 Informar ao paciente e aos familiares que a melhora dos sintomas esperados ocorre gradualmente ao longo de várias semanas e meses [PARROT, 2003 (NE: VI)]♣

Categoria 11: Cuidados para o controle da dor e de outros sinais e sintomas

11.1 Orientar o paciente sobre o manejo dos sintomas de dor, espasmos vesicais, constipação, fadiga, distúrbios do sono, edema ou náusea [ROBINSON et al., 1999 (NE: IV)]

11.2 Orientar o paciente sobre o manejo farmacológico e não farmacológico da dor [RIGDON; 2006 (NE: VI)]

11.3 Orientar o paciente sobre a monitoração do cateter para a não oclusão deste, o que evita a distensão da bexiga e previne a dor [GRAY et al., 1999 (NE: IV)]♣

11.4 Orientar o paciente a fazer banho de assento morno ou a aplicar uma compressa morna na região suprapúbica para aliviar a dor após remoção cateter [GRAY et al., 1999 (NE: IV)]

6 CONCLUSÕES

As conclusões são apresentadas de acordo com as etapas do estudo e conforme os resultados obtidos.

Identificação das intervenções de enfermagem: revisão integrativa

A busca de estudos a respeito de intervenções de enfermagem para o preparo da alta de pacientes submetidos à prostatectomia foi realizada em quatro bases de dados. Das 252 referências obtidas inicialmente, após uma seleção prévia através da leitura dos títulos e resumos foram selecionados 49 artigos e desses obteve-se 36 artigos completos. Após análise dos artigos, através da leitura na íntegra, 24 apresentaram todos os critérios de inclusão.

Quanto ao delineamento de pesquisa identificou-se 1 revisão sistemática, 1 estudo experimental, 1 quase-experimental, 3 estudos de caso, 6 estudos com abordagem quantitativa e delineamento não experimental, 2 estudos qualitativos de delineamento fenomenológico e 7 estudos de atualização, sendo que em 3 estudos não foi possível identificar o delineamento. E, em relação ao nível de evidência, 45,83% tinham nível IV, 29,17% nível VI e apenas 8,33% tinham nível I e II.

Foram identificadas 93 intervenções inicialmente, as quais foram organizadas em 11 categorias temáticas: condutas gerais, cuidados com o cateter urinário, prevenção de infecção, cuidados com a nutrição e hidratação, retorno às atividades, cuidados de higiene, cuidados na administração de medicamentos, ensino sobre sinais e sintomas esperados no pós-operatório, sinais e sintomas de complicação e conduta, exercícios para musculatura pélvica e cuidados para o controle da dor.

As intervenções extraídas de estudos com níveis de evidência I e II são relacionadas a exercícios para musculatura pélvica.

Pode-se inferir que o fornecimento de informações aos pacientes pela enfermagem foi o principal foco de atenção dos autores dos estudos descritivos levantados. Informar aparece como intervenção passível de auxiliar os homens, uma vez que pode minimizar sua ansiedade, especialmente acerca da incontinência urinária e da disfunção sexual que podem ser vivenciadas após a prostatectomia.

A estruturação das informações a serem transmitidas aos pacientes e o uso da informação oral combinada com a escrita são apontados nos estudos como estratégias importantes a serem consideradas pela equipe de enfermagem para favorecer a realização do autocuidado em domicílio.

Validação das intervenções de enfermagem

Para a validação das intervenções de enfermagem foram convidados, por meio eletrônico, 102 enfermeiros, sendo que 39 aceitaram participar. Como um dos possíveis peritos não possuía o grau de mestre e, portanto, não pode participar, a amostra foi composta por 38 profissionais.

A maioria deles (71,87%) possui 16 anos ou mais de experiência profissional como enfermeiro, sendo 81,25% portadores do título de doutor e os demais, do título de mestre. Quanto à prática clínica na área médico-cirúrgica, 65,60% dos peritos afirmaram possuir mais de 2 anos de experiência. E, no ensino em enfermagem relacionado ao cuidado com pacientes cirúrgicos, 87,50% afirmaram ter mais que 2 anos de experiência.

Para validar as intervenções, os peritos atribuíram valores para indicar a adequação de cada intervenção levantada no preparo para a alta dos pacientes submetidos à prostatectomia.

Todas as intervenções foram consideradas “muito adequadas à situação”, uma vez que obtiveram um escore igual ou maior a 0,8, exceto uma que foi considerada “relativamente adequada” por apresentar escore 0,76. Essa intervenção, identificada em um estudo de nível IV, está relacionada à categoria “sinais e sintomas de complicação e conduta”, e propõe que o enfermeiro oriente o paciente a ligar no serviço para discutir medicações que possam aliviar a sensação de urgência e frequência urinária. Alguns peritos questionaram que ligar no serviço para obter informações sobre medicamentos não condiz à realidade brasileira.

Entre as intervenções consideradas “muito adequadas à situação”, as que obtiveram os menores escores foram a intervenção 1.9 - *oferecer ao paciente orientações impressas específicas sobre o procedimento cirúrgico realizado* – da categoria 1 “intervenções gerais” com escore 0,81 e a intervenção 5.2 - *orientar o paciente a tomar banho de aspersão após 48hrs da cirurgia* – da categoria 5 “cuidados de higiene”, com escore 0,80.

Já as intervenções que apresentaram os maiores escores, destacam-se uma com escore 1, ou seja, todos os peritos a consideraram “muito adequada” e cinco intervenções com escore 0,99. A intervenção considerada “muito adequada” por todos os peritos foi a intervenção 2.2 - *informar o paciente sobre medidas de redução do risco de infecção urinária*, da categoria 2 “prevenção de infecção”. As demais que apresentaram escore 0,99 são duas da categoria 2 “prevenção de infecção” (2.1 - *informar o paciente sobre sinais e*

sintomas de infecção do trato urinário; 2.4 - orientar o paciente sobre cuidados com a incisão cirúrgica: o curativo, a remoção dos pontos, sinais de infecção e apoio da incisão quando necessário); uma da categoria 3 “cuidados com a nutrição e hidratação” (3.3 - orientar o paciente quanto à redução ou não ingestão de líquidos que podem causar irritação vesical, como álcool, cafeína, chás, refrigerantes, sucos cítricos, alimentos picantes e chocolate); e duas da categoria 4 “cuidados com o cateter vesical” (4.5 - ensinar ao paciente os cuidados com o cateter relativos ao esvaziamento da bolsa de drenagem e à limpeza externa da bolsa e tubos; 4.9 - orientar o paciente sobre as evidências de obstrução do cateter ou infecção).

Em várias intervenções algumas alterações foram solicitadas pelos peritos, as quais em sua maioria foram acatadas pela pesquisadora e orientadora, tais como: substituição de um verbo por outro de conceito semelhante; organização da estrutura da frase; inclusão dos familiares e cuidadores em algumas intervenções; início da escrita das intervenções com um verbo no infinitivo, entre outras.

Observou-se entre os peritos a frequente preocupação com a inclusão de familiares no preparo para a alta dos pacientes prostatectomizados.

Assim, após a validação pelos peritos e reorganização das intervenções a partir das sugestões, o conjunto de intervenções finais constitui-se de 84 itens distribuídos em 11 categorias.

Das 84 intervenções de enfermagem finais, 43 foram obtidas de estudos com nível de evidência IV, 25 de estudos com nível de evidência VI, duas de estudos com nível de evidência I, duas de estudos com nível de evidência III, uma de estudo com nível de evidência II e as 11 intervenções extraídas somente de estudos em que não foi possível classificar o nível de evidência por não apresentarem o delineamento de estudo foram classificadas como nível VI de evidência, uma vez que foram validadas por peritos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em função das necessidades específicas identificadas nos pacientes submetidos à prostatectomia e da importância do planejamento da assistência de enfermagem em relação ao preparo para a alta destes pacientes, julga-se que possuam relevância estudos que considerem as necessidades específicas desta clientela e identifiquem as possibilidades de ações da enfermagem voltadas ao atendimento destas necessidades.

No presente estudo, a utilização do método de revisão integrativa para buscar evidências disponíveis na literatura sobre intervenções de enfermagem para o preparo da alta de pacientes prostatectomizados possibilitou a ampliação do conhecimento atualizado sobre o tema investigado. Contudo, muitos dos estudos que compuseram a revisão não são experimentais, o que implica em classificar a maioria dos resultados apresentados como evidência fraca.

Ressalta-se também que todos esses estudos são publicações internacionais, o que reforça a importância da validação das intervenções identificadas por peritos brasileiros, visando contribuir para a utilização do conhecimento produzido na prática do cuidado de enfermagem ao paciente prostatectomizado, levando-se em consideração o contexto brasileiro.

Foi possível perceber durante a elaboração deste estudo, que a assistência de enfermagem ao paciente prostatectomizado é parte de um processo que vem sendo desenvolvido ao longo do tempo pelos enfermeiros comprometidos em melhorar cada vez mais a assistência prestada aos seus pacientes, embora ainda seja pequena a produção de estudos em enfermagem direcionados especificamente para o indivíduo prostatectomizado, bem como para suas complicações e que direcione a assistência segundo uma visão holística do paciente.

Portanto, a enfermagem brasileira precisa posicionar-se frente às atuais tendências do conhecimento científico acerca do evento da prostatectomia, realizando novos estudos, inclusive de delineamentos experimentais e quase-experimentais, replicando seus resultados e sugerindo novos caminhos, uma vez que proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente é o que norteia a sistematização da assistência de enfermagem que, por conseguinte, pressupõe um cuidado baseado em conhecimentos científicos para obtenção de resultados esperados junto aos pacientes.

Assim, sugere-se a realização de novos estudos nacionais sobre intervenções de enfermagem mais específicas para o preparo da alta de homens submetidos à prostatectomia, assim como de diagnósticos de enfermagem e resultados esperados para o planejamento da alta dessa clientela.

A partir dos resultados alcançados no estudo, em que todas as intervenções de enfermagem foram consideradas “muito adequadas à situação”, exceto uma, classificada como “relativamente adequada”, buscou-se disponibilizar um conjunto de intervenções de enfermagem para o preparo da alta dos pacientes prostatectomizados que pode subsidiar a elaboração de protocolos e/ou de planos de cuidados específicos e individualizados e, assim, favorecer a atuação da enfermagem e conseqüentemente a recuperação e a qualidade de vida dos pacientes.

Além disso, os resultados obtidos poderão subsidiar novos estudos de identificação, em sistemas de classificação como a NIC ou terminologias como a CIPE[®] (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), de intervenções e atividades passíveis de aplicação para a alta do paciente submetido à prostatectomia.

Em relação às limitações do estudo, destaca-se a dificuldade de recrutamento de maior número de participantes.

Apesar da grande extensão do instrumento e possibilidade de cansaço dos peritos durante as respostas, o que implica em possibilidades de viés, é importante ressaltar o grande número de observações e sugestões apresentadas por esses profissionais, o que enriqueceu consideravelmente os resultados do presente estudo.

Evidencia-se que os resultados identificados oferecem subsídios para a realização de pesquisas sobre intervenções de enfermagem em taxonomias como a NIC, de verificação da aplicabilidade na prática clínica e também de validação junto a indivíduos submetidos à prostatectomia, de forma a conferir maior visibilidade ao cuidado de enfermagem junto a essa clientela.

*8 REFERÊNCIAS DOS ESTUDOS
SELECIONADOS NA REVISÃO
INTEGRATIVA*

ANGELUCCI, P.A. Caring for patients with benign prostatic hyperplasia. **Nursing**, v. 27, n. 11, p. 54-5, Nov. 2007.

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

BORCH, M. et al. Laparoscopic radical robotic prostatectomy: a case study. **Urol. Nurs.**, v. 27, n. 2, p. 141-3, Apr. 2007.

BURT, J.; CAELLI, K.; MOORE, K.; ANDERSON, M. Radical prostatectomy: men's experiences and postoperative needs. **J. Clin. Nurs.**, v. 14, n. 7, p. 883-90, Aug. 2005.

CHANG, P.L. et al. The early effect of pelvic floor muscle exercise after transurethral prostatectomy. **J. Urol.**, v. 160, n. 2, p. 402-5, Aug. 1998.

CHURCHILL, J.A. Transurethral prostatectomy--new trends. **Geriatr. Nurs.**, v. 18, n. 2, p.78-80, Mar./Apr. 1997.

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

FAGERMOEN, M.S.; HAMILTON, G. Patient information at discharge – a study of a combined approach. **Pat. Educ. Couns.**, v. 63, n. 1-2, p. 169-76, Jan. 2006.

FAGERMOEN, M.S.; HAMILTON, G. Preparing patients for urological surgery. **Int. J. Nurs. Stud.**, v. 40, n. 3, p.281-90, Mar. 2003.

GRAY, M.; ALLENSWORTH, D. Electrovaporization of the prostate: initial experiences and nursing management. **Urol. Nurs.**, v. 19, n.1, p. 25-31, Mar. 1999.

HUNTER, K.F.; MOORE, K.N.; GLAZENER, C.M.A. Conservative management for postprostatectomy urinary incontinence. **Cochrane Database Syst. Rev.**, n. 2, Apr. 2007. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews&mf=938&id=&lang=pt&dblang=&lib=COC&print=yes>. Acessado em: 17 Jul. 2008.

LEIBMAN, B.D. et al. Impact of a clinical pathway for radical retropubic prostatectomy. **Urology**, v. 52, n. 1, 94-9, jul. 1998.

MCFADIN MUELLER, N.M.; MUELLER, E.J. KTP photoselective laser vaporization of the prostate: indications, procedure, and nursing implications. **Urol. Nurs.**, v. 24, n. 5, p. 373-9,

Oct. 2004.

OVERSTREET, D.L.; SIMS, T.W. Care of the patient undergoing radical cystectomy with a robotic approach. **Urol. Nurs.**, v. 26, n. 2, p. 117-22, Apr. 2006.

PARROTT, E.K. TUNA of the prostate in an office setting: nursing implications. **Urol. Nurs.**, v. 23, n. 1, p. 33-9, Feb. 2003.

PHILLIPS, C. et al. Early postsurgery experience of prostate cancer patients and spouses. **Cancer Pract.**, v. 8, n. 4, p. 165-71, July/Ago. 2000.

RIGDON J.L. Robotic-assisted laparoscopic radical prostatectomy. **AORN J.**, v. 84, n. 5, p.760-74, Nov. 2006.

ROBINSON, L. et al. Describing the work of nursing: the case of postsurgical nursing interventions for men with prostate cancer. **Res. Nurs. Health**, v. 22, n. 4, p. 321-8, ago 1999.

RONK, L.L.; KAVITZ, J.M. Perioperative nursing implications of radical perineal prostatectomy. **AORN J.**, v. 60, n. 3, p. 438-46, Sept. 1994.

SHILLER J.; GONZALEZ R. GreenLight laser: BPH treatment shows promise. **RN**, v.70, n. 11, p. 28-32, Nov. 2007. STARNES, D.N.; SIMS, T.W. Robotic Prostatectomy Surgery. **Urol. Nurs.**, v. 26, n. 2, p. 138-40, Apr. 2006a.

STARNES, D.N.; SIMS, T.W. Care of the patient undergoing robotic-assisted prostatectomy. **Urol. Nurs.**, v. 26, n. 2, p. 129-36, Apr. 2006b.

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

9 REFERÊNCIAS

ACKLEY, B.J.; LADWIG, G.B. **Nursing diagnosis handbook: an evidence-based guide to planning care**. 8. ed. Philadelphia: Mosby, 2008.

AGUILLAR, O.M.; ANGERAMI, E.L.S. A alta do paciente cirúrgico no contexto do sistema de saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 26, n. 3, p. 325-344, 1992.

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.

ALHASAN, S.U.; AJI, S.A.; MOHAMMED, A.Z.; MALAMI, S. Transurethral resection of the prostate in Northern Nigeria, problems and prospects. **BMC Urol.**, v.8, n. 18, p. 2008. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=19061519>>. Acesso em: 28 set. 2009.

ANDRADE, L.T. **Validação das intervenções de enfermagem para o diagnóstico de mobilidade física prejudicada nos lesados medulares**. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

ANIBAL, W.B. et al. Prostatectomia Radical Laparoscópica - Experiência Inicial. **Rev. Bras. Videocir.**, v. 4, n. 2, p. 54-64, Abr./Jun. 2006.

ARYA, L.A.; MYERS, D.L.; JACKSON, N.D. Dietary caffeine intake and the risk detrusor instability: a case-control study. **Obstet. Gynecol.**, v. 96, n. 1, p. 85-88, 2000.

BALES, G.T. et al. Effect of preoperative biofeedback/pelvic floor training on continence in men undergoing radical prostatectomy. **Urology**, v. 56, n. 4, p. 627-30, 2000.

BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA. Updated Guidelines and New Perspectives. **Am. Urol. Review**, v. 2, n. 4, 2004. Supplement 3

BEYA, S.C.; NICOLL, L.H. Writing an integrative review. **AORN J.**, v. 67, n. 4, p. 877-880, 1998.

BICKERT, D.; FRICKEL, D. Laparoscopic radical prostatectomy. **AORN J.**, v. 75, n. 4, p. 760-90, 2002.

BOYCE, J.M.; PITTET, D. **Guideline for hand hygiene in health settings**. Centers for disease control and prevention, Atlanta, v. 51, n. RR-16, 2002.

BROOME, M.E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B.L.; KNAFL, K.A. (Ed.). **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**. Philadelphia (USA): W.B Saunders Company; 2000. p.231-50.

BURT, J.; CAELLI, K.; MOORE, K.; ANDERSON, M. Radical prostatectomy: men's experiences and postoperative needs. **J. Clin. Nurs.**, v. 14, n. 7, p. 883-90, Aug. 2005.

CAJIGAS, J.P. et al. Prostatectomia radical perineal (PRP): Experiencia preliminar en la Clínica San Pedro Claver (ISS). **Urol. Colomb.**, v. 8, n. 3, p. 63-6, 1999. Disponível em: <http://www.encolombia.com/medicina/urologia/urologia8399-prostatectomiaiss.htm>. Acesso em: 18 Ago. 2009.

CARPENITO-MOYET, L.J. **Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica**. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

CARPENITO-MOYET, L.J. **Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CARVALHO, A.R.S. et al. Investigando as orientações oferecidas ao paciente em pós-operatório de revascularização miocárdica. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 2, p. 504-12, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a21.htm>>. Acessado em: 21 out. 2009.

CARVALHO, E.C. et al. Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 1, p. 235-240, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a22.htm>>. Acesso em: 22 out. 2009.

CARVALHO, V.A. Cuidados com o cuidador. **Rev. O Mundo da Saúde**, v. 27, n. 1, p. 138-46, jan./mar. 2003.

CECCATO, M.G.B. Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1388-97, set./out. 2004.

CHANG, P.L. et al. The early effect of pelvic floor muscle exercise after transurethral prostatectomy. **J. Urol.**, v. 160, n. 2, p. 402-5, Aug. 1998.

CHRISTENSEN, P.J.; KENNEY, J.M. **Nursing process: application of conceptual models**. St. Louis: Mosby, 1995.

CHURCHILL, J.A. Transurethral prostatectomy--new trends. **Geriatr. Nurs.**, v. 18, n. 2, p.78-80, Mar./Apr. 1997.

COUTINHO, M.; MIN, L.S. Como ter acesso à literatura médica. In: DRUMMOND J. P.; SILVA, E.; COUTINHO, M. **Medicina baseada em evidências**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 25-36.

CRAVEN, R.F.; HIRNLE, C.J. Eliminação urinária. In: _____. **Fundamentos de Enfermagem Saúde e Função Humanas**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1051-1084.

CREIGTON, S.M.; STANTON, S.L. Caffeine: does it affect your bladder? **Br. J. Urol.**, v. 66, n. 6, p. 613-4, 1990.

DAMIÃO, R. et al. **Bexiga hiperativa**: terapia comportamental e reabilitação do assoalho pélvico. Sociedade Brasileira de Urologia. Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Jun. 2006. Disponível em: http://projetodiretrizes.org.br/6_volume/02-BexigaHip_rComp.pdf. Acessado em: 11 out. 2009.

DAVISON, B.J. et al. Patient evaluation of a discharge program following a radical prostatectomy. **Urol. Nurs.**, v. 4, n. 6, p. 483-9, 2004.

DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS COOPERATIVE STUDY OF TRANSURETHRAL RESECTION FOR BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA. A comparison of quality of life with patient reported symptoms and objective findings in men with benign prostatic hyperplasia. **J. Urol.**, v. 150, n. 5, pt 2, p. 1696 – 700, 1993.

DOCHTERMAN, J.M.; BULECHEK, G.M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DOENGES, M.; MOORHOUSE, M.F.; GEISSLER-MUR, A.C. **Planos de cuidado de enfermagem**: orientações para o cuidado individualizado do paciente. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

EASTHAM, J.A, et al.. Risk factors for urinary incontinence after radical prostatectomy. **J. Urol.** 156: 1707–13, 1996.

FABRIZIO, M.D.; TUERK, I.; SCHELLHAMMER, P.F. Laparoscopic radical prostatectomy: decreasing the learning curve using a mentor initiated approach. **J. Urol.**, v. 169, n. 6, p. 2063-2065, 2003.

FAGERMOEN, M.S.; HAMILTON, G. Patient information at discharge – a study of a combined approach. **Pat. Educ. Couns.**, v. 63, n. 1-2, p. 169-76, Jan. 2006.

FARO, A.C.M. e. **Do diagnóstico à conduta de enfermagem**: a trajetória do cuidar na reabilitação do lesado medular. 2005. 207f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

FARO, A.C.M. e. The Delphi Technique to validate the nursing interventions. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.31. n.1, p. 259-73, Aug. 1997.

FAYRAM, E.S.; CHRISTENSEN, P.J. Planning: Strategies and nursing orders. In:CHRISTENSEN, P.J.; KENNEY, J.W. **Nursing process**: application of conceptual models. 2 ed. St. Louis, C.V. Mosby CO, 1995. p. 164-185.

FEHRING, R. J. Validating diagnostic labels: standardized methodology. In: HURLEY, M. E. **Classification of nursing diagnosis**: proceedings of the sixth conference. St. Louis: Mosby, 1986. p. 183-190.

FEHRING, R.J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart Lung**, v. 16, n.6, p.625-629, 1987.

FERREIRA, A.B.H. **Aurélio século XXI**: o dicionário da Língua Portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

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

GALDEANO, L.E.; ROSSI, L.A. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 5, n. 1, abr. 2006. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612006000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 29 set. 2009.

GALVAO, C.M.; SAWADA, N.O.; ROSSI, L.A. La práctica basada en evidencias: consideraciones teóricas para su implementación en la enfermería perioperatoria. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 10, n. 5, 2002. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000500010&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 11 out. 2009.

GANONG, L. Integrative Reviews of Nursing Research. **Res. Nurs. Health**, v. 10, p. 1-11, Feb. 1987.

GARCIA, T.R. Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. **Acta Paul. Enf.**, v.11, n. 3, p. 24-31, 1998.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Processo de Enfermagem: da teoria à prática

assistencial e de pesquisa. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 3, n. 1, p. 188-93, Jan./Mar. 2009.

GARRAWAY, W.M.; COLLINS, G.N.; LEE, R.J. High prevalence of benign prostatic hypertrophy in the community. **Lancet**, v. 338, n. 8765, p. 469-71, Aug. 1991.

GORDON, M.; SWEENEY, M.A. Methodological problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnoses. **Adv. Nurs. Sci.**, v. 2, n. 1, p. 1-15, Oct. 1979.

GOYAL, N.K. et al. Surgical complications of radical retropubic prostatectomy: a single institutional experience of seven years. **Indian J. Urol.**, v. 23, n. 4, p.369-71, Oct./Dec. 2007.

GRANT, J.S.; KINNEY, M.R.; GUZZETTA, C. A methodology for validating nursing diagnosis. **Adv. Nurs. Sci.**, v.12, n. 3, p.65-74, 1990.

GRAY, M.; ALLENSWORTH, D. Electrovaporization of the prostate: initial experiences and nursing management. **Urol. Nurs.**, v. 19, n.1, p. 25-31, Mar. 1999.

GROSSE, D.; SENGLER, J. **Reeducação Perineal**. São Paulo: Manole, 2002.

GUTIÉRREZ, M. G. R.; SOUZA, M. F. Intervenções de enfermagem: desatando nós conceituais. In: GARCIA, T.R.; NOBREGA, M.M.L. (Org.). **Sistemas de Classificação da Prática de enfermagem: um trabalho coletivo**: Idéia, 2000. p. 37-41.

GUYATT, G.; RENNIE, D. **Users' guides to the medical literature**. A manual for evidence-based clinical practice. American Medical Association: AMA Press, 2002. 706p.

HARRIS, R.P. et al. Current methods of the U.S preventive services task force: a review of the process. **Am. J. Prev. Med.**, v.20, n. 3, p. 21-35, 2001.

HASENACK, B.S. et al. Disúria e polaciúria: sintomas realmente sugestivos de infecção do trato urinário? **RBAC**, v. 36, n. 3, p. 163-166, 2004.

HOMENKO, A.S.; LELIS, M.A.S.; CURY, J. Verdades e mitos no seguimento de pacientes com cateteres vesicais de demora. **Sinopse de Urologia**. v. 7, n. 2, p.35-40, 2003.

HONÓRIO, M.O. **Educação para o autocuidado: uma alternativa de assistência de enfermagem ao adulto e idoso com incontinência urinária**. ano. nº f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

HONORIO, M.O.; SANTOS, S.M.A.dos. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n. 1, fev. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100008&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 12 out. 2009.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979. 99p.

HUNTER, K.F.; MOORE, K.N.; GLAZENER, C.M.A. Conservative management for postprostatectomy urinary incontinence. **Cochrane Database Syst. Rev.**, n. 2, Apr. 2007. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews&mf=938&id=&lang=pt&dblang=&lib=COC&print=yes> Acessado em: 17 Jul. 2008.

INGERSOLL, G.L. Evidence-based nursing: what it is and that it isn't. **Nurs. Outlook**, v. 48, n. 4, p. 151-152, 2000.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativas 2008**: incidência de Câncer no Brasil. 2008. Disponível em :<www.inca.gov.br>. Acessado em: 18 ago. 2009.

IYER, P.W.; TAPTICH B.J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

JOHNSON, M.J.; MAAS, M.L.; MOORHEAD, S.A. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2008.

JUAN ESCUDERO, J. U. et al. Complications of radical prostatectomy: course and conservative management of urinary incontinence. **Actas Urol. Esp.**, v. 30, n. 10, p. 991-97,2006.

KAISER, F.E. Função sexual. In: FORCIEA, M.A.; LAVIZZO-MOUREY, R. **Segredos em geriatria**. Porto Alegre: ARTMED, 1998. p. 41.44.

KENNEY, J.W. Relevance of theory-based in nursing practice. In: CHIRSTENSEN, P.J.; KENNEY, J.W. **Nursing Process: application of conceptual models**. 2 ed. St. Louis, C.V. Mosby CO, 1995. p. 3-19.

LAUTERT, L.; ECHER, I.C.; UNICOVSKY, M.A.R. O acompanhante do paciente adulto hospitalizado. **R. Gaúcha Enferm.**, v.19, n.2, p.118-131, July 1998.

LEEWANSANGTONG, S.; WIANGSAKUNNA, W.; TAWEEMANKONGSAP, T. Perioperative outcomes of open radical prostatectomy versus laparoscopic radical prostatectomy in Asian men: comparison of two initial series by the same surgeon. **Int. Braz.**

J. Urol., v. 35, n. 2, p. 151-7, Mar./Abr. 2009.

LEPOR, H.; NIEDER, A.M.; FERRANDINO, M.N. Intraoperative and postoperative complications of radical retropubic prostatectomy in a consecutive series of 1,000 cases. **J. Urol.**, v. 166, n. 5, p. 1729-33, 2001.

LEVASSEUR, S.A.; FITZGERALD, R.; BELL, F.A. descriptive study examining postdischarge patient needs after laser ablation and transurethral resection of the prostate. **Int. J. Nurs. Practice**, v. 4, n. 1, p. 33-39, Mar. 1998.

LIMA, L.R. de; PEREIRA, S.V.M.; CHIANCA, T.C.M. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco: contribuição de Orem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 59, n. 3, June, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300007&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 29 set. 2009.

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

MANGRAN, A.J. et al. Guideline for prevention of surgical site infection, University of Minnesota, Minneapolis. **Infect. Control Hosp. Epidemiol.**, v. 20, n. 4, p. 247-278, Apr. 1999.

MCFADIN MUELLER, N.M.; MUELLER, E.J. KTP photoselective laser vaporization of the prostate: indications, procedure, and nursing implications. **Urol. Nurs.**, v. 24, n. 5, p. 373-9, Oct. 2004.

MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: _____ **Evidence-based practice in nursing & healthcare**. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins, 2005. Cap 1, p. 3-24.

MELO, A.S. **Validação dos diagnósticos de enfermagem *disfunção sexual e padrões de sexualidade ineficazes***. 2004. 251f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MIASSO, A.I.; CASSIANI, S.H.B. Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para a alta hospitalar. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 39, n. 2, June 2005.

MICHAELSON, M. D. Management of complications of prostate cancer treatment. **CA Cancer J. Clin.**, v. 58, n. 4, p. 196-213, May 2008. Disponível em: <http://intlcaonline.amcancersoc.org/cgi/reprint/58/4/196>. Acessado em: 20 out. 2009.

MISTIAEN, P.; POOT, E. Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. **Cochrane Database Syst. Rev.**, 4, Oct. 2006. Disponível em: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD004510/frame.html> Acessado em: 05 Jun. 2008.

MONTEIRO, F.P.M et al. Conduas de enfermagem para o cuidado à criança com infecção respiratória: validação de um guia. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n. 4, p. 458-63, 2007.

NAPOLEÃO, A.A. **Estudo da aplicabilidade de intervenções da NIC no atendimento a crianças com o diagnóstico de enfermagem desobstrução ineficaz de vias aéreas relacionada à presença de via aérea artificial' em um centro de terapia intensiva pediátrico**. 2005. 306f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

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

NAYLOR, M.D. et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. **JAMA**, v. 281, n. 7, p. 613-620, 1999.

NEAGLE, G.M. Cirurgia Genitourinária. In: MEEKER, M.H.; ROTHOCK, J.C. **Alexander Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p. 413-510.

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. v. 3.

NÓBREGA, M.M.L. **Equivalência semântica e análise da utilização na prática dos fenômenos de enfermagem da CIPE - versão alfa**. 2000. 263f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2000.

NÓBREGA, M.M.L.; GUTIÉRREZ, M.G.R. Sistemas de Classificação na Enfermagem: avanços e perspectivas. In: Garcia, T.R.; Nóbrega, M.M.L. (org.). **Sistemas de Classificação em Enfermagem: um trabalho coletivo**. João Pessoa, Idéias, 2000. Série Didática: Enfermagem no SUS.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

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

OLIVEIRA, V.; AMARAL, J.; FERRAZ, L. HBP e prostatite. **Rev. Port. Clin. Geral**, v.21, p. 201-7, 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Desarrollo de sistemas normalizados de información de enfermería**. Washington, D.C.: OPS, 2001.

PALMER, M.H. Using epidemiology in patient education for post-prostatectomy urinary incontinence. **Ostomy Wound Manage**, v. 47, n. 12, p. 20-25, 2001.

PAREKH, A.R. et al. The role of pelvic floor exercises on postprostatectomy incontinence. **J. Urol.**, v. 170, n. 1, p. 1030-33, 2003.

PARROTT, E.K. TUNA of the prostate in an office setting: nursing implications. **Urol. Nurs.**, v. 23, n. 1, p. 33-9, Feb. 2003.

PAULA, A.A.D.; CARVALHO, E. C. Ensino sobre perioperatório a pacientes: estudo comparativo de recursos audiovisual (vídeo) e oral. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 5, n. 3, 1997. Disponível em:
<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691997000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 11 out. 2009.

PEREIRA, A.P.S. et al. Alta hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras. **Rev. Enferm. UERJ**, v.15, n. 1, p. 40-45, Jan./Mar. 2007.

PETRISOR, B.A.; KEATING, J.; SCHEMITSCH, E. Grading the evidence: levels of evidence and grades of recommendation. **Injury**, v. 37, p. 321-327, 2006.

PHILLIPS, C. et al. Early postsurgery experience of prostate cancer patients and spouses. **Cancer Pract.**, v. 8, n. 4, p. 165-71, July/Ago. 2000.

POLIT, D.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POMPEO, D.A. et al. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n. 3, set. 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000300017&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 03 out. 2009.

POPOOLA, A. et al. Intestinal obstruction: a rare complication of channeling Transurethral Resection of the Prostate (TURP): a case report. **J. Med. Case Reports**, v.2, n. 30, Jan.2008. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=18230150>>. Acessado em: 28 set. 2009.

PORTES T.A.; BERNARDES P.L.A.; FACCIO JÚNIOR F.N. Ressecção transuretral da próstata (RTUP): complicações trans-operatórias e pós-operatórias em hospital universitário. **Arq. Ciênc. Saúde**, v.11, n.4, p. 199-204, 2004.

RABELO, E.R. et al. Educação para o autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca: das evidências da literatura às intervenções de enfermagem prática. **Rev. SBC/RS**. v.13, n. 3, set./dez. 2004.

RABHAE, G.N.; RIBEIRO FILHO, N.; FERNANDES, A.T. Infecção do sítio cirúrgico. In: FERNANDES, A.T. et al. **Infecções hospitalares e suas interfaces na área de saúde**. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 479-505.

RIGDON, J.L. Robotic-assisted laparoscopic radical prostatectomy. **AORN Journal**, v. 84, n. 5, p. 759-67, 2006.

RIOS, L.A. et al. Male perineal sling with autologous aponeurosis and bone fixation - description of a technical modification. **Int. Braz. J. Urol.**, v. 29, n. 6, p. 524-7, Nov./Dez. 2003.

RONK, L.L.; KAVITZ, J.M. Perioperative nursing implications of radical perineal prostatectomy. **AORN J.**, v. 60, n. 3, p. 438-46, Sept. 1994.

SACKETT, D.L. et al. Evidencie based medicine: what it is and what it isn't. **Br. Med. J.**, v. 312, n. 7023, p. 71-72, 1996.

SASSO, K.D. Transplante de fígado: resultados de aprendizagem de pacientes que aguardam a cirurgia. **Rev. Lat. Am. Enfermagem.**, v. 13, n. 4, p. 481-8, jul./ago. 2005.

SCHUESSLER, W.W. et al. Laparoscopic radical prostatectomy: initial short-term experience. **Urology**, v. 50, n. 6, p. 854-7, 1997.

SHEPPERD S. et al. Discharge planning from hospital to home. **Cochrane Database Syst. Rev.**, n. 1, Jan. 2004. Disponível em: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000313/frame.html>. Acessado em: 25 set. 2008.

SHIOTSU, C.H.; TAKAHASHI, R.T. O acompanhante na instituição hospitalar: significado e

- percepções. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 34, n. 1, mar. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000100013&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 11 out. 2009.
- SILVA, F.C. Benign prostatic hyperplasia: natural evolution versus medical treatment. **Eur. Urol.**, v. 37, n.1 2, p. 34-7, 1997.
- SILVA, L.G.D.M. **Problemas de usuários cirúrgicos após a alta hospitalar**. 2004. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- SILVEIRA, C.S.; ZAGO, M.M.F. Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa. **Rev. Lat. Am. Enferm.**, v. 14, n. 4, p. 614-19, 2006.
- SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVAO, CM. O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências. **Acta Paul. Enferm.**, v. 18, n. 3, set. 2005.
- SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. v.3.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Incontinência urinária pós prostatectomia: tratamento**. Rio de Janeiro, 2006, 10 p. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/6_volume/29-IncontUrPosProsTr.pdf. Acessado em: 20 set. 2009.
- SOCIETY OF UROLOGIC NURSES AND ASSOCIATES. **Prostate Cancer - Patient Fact Sheet**. Disponível em: <<http://www.sun.org/cgi-bin/WebObjects/SUNAMain>>. Acessado em: 25 dez. 2007.
- SROUGI, M. Complicações cirúrgicas da prostatectomia radical: experiência pessoal com 974 casos. **Int. Braz. J. Urol.**, v. 25, n. 1, p.42-52, 1999.
- STARNES, D.N.; SIMS, T.W. Care of the patient undergoing robotic-assisted prostatectomy. **Urol. Nurs.**, v. 26, n. 2, p. 129-36, abr. 2006.
- STEINEK, G. ET AL. Quality of life after radical prostatectomy or watchful waiting. **New Engl. J. Med.**, v. 347, n. 11, p. 790-6, Sept. 2002.

STETLER, C.B. et al. Evidence-based practice and the role of nursing leadership. **J. Nurs. Adm.**, v. 28, n. 7-8, p. 45-53, July/Ago.1998.

TAYLOR; LILLIS; LEMONE. Eliminação urinária. In: _____. **Fundamentos de Enfermagem: a Arte e a Ciência do Cuidado de Enfermagem**. 5 ed. São Paulo: Artmed, 2007. p. 1317-1355.

TELOKEN, C. Management of erectile dysfunction secondary to treatment for localized prostate cancer. **Cancer Control**, v. 8, n. 6, p.540-45, Nov./Dec. 2001.

THOMPSON, K. et al. A baseline description of the research, clinical practice and development needs of urology nurses in the United Kingdom. **Int. J. Urol. Nurs.**, v. 1, n. 1, p. 36-46, 2007.

TUBARO, A. et al. A prospective study of the safety and efficacy of suprapubic transvesical prostatectomy in patients with benign prostatic hyperplasia. **J. Urol.**, v. 166, n. 1, p. 172-76, July 2001.

VIANNA, M.C.; NAPOLEÃO, A.A. Reflexões sobre cuidados de enfermagem para a alta de pacientes prostatectomizados. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 8, n. 2, p. 269-73, Abr./Jun. 2009.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J. Adv. Nurs.**, v. 52, n. 5, p. 546-53, Nov. 2005.

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

WRIGHT, L.M.; LEAHEY M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002.

ZAGO, M.F. Considerações sobre o ensino do paciente cirúrgico. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 27, n. 1, p. 67-71, 1993.

ZERBIB, M.; PEREZ, M. **Próstata: 100 perguntas e respostas**. São Paulo. Editora Larousse do Brasil; 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento para análise dos artigos

Título da publicação	
Título do periódico	
Base de dados	
Autores	Nomes: Graduação: Instituição sede do autor principal:
País de origem dos autores	
Ano de Publicação	
Tipo de revista científica	<input type="checkbox"/> Publicação de Enfermagem geral <input type="checkbox"/> Publicação de Enfermagem perioperatória <input type="checkbox"/> Publicação de Enfermagem de outra especialidade Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Publicação médica <input type="checkbox"/> Publicação de outras áreas da saúde Especificar: _____
Delineamento do Estudo	<p>Estudos com dados primários</p> <input type="checkbox"/> Abordagem quantitativa <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Delineamento experimental <input type="checkbox"/> Delineamento quase-experimental <input type="checkbox"/> Delineamento não experimental <input type="checkbox"/> Abordagem qualitativa <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Etnografia <input type="checkbox"/> Fenomenologia <input type="checkbox"/> Teoria fundamentada <input type="checkbox"/> Outras <p>Estudos secundários</p> <input type="checkbox"/> Revisão sistemática <input type="checkbox"/> Revisão integrativa <input type="checkbox"/> Revisão da literatura <input type="checkbox"/> Outras. Especificar: _____ <input type="checkbox"/> O autor não define claramente o delineamento do estudo.
Força de evidência (STETLER et al., 1998)	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI
Intervenções de Enfermagem	Intervenções:

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido para participação em pesquisa para os avaliadores

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGEnf
(Decreto 93.933 de 14/01/87, Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Você está sendo convidado para participar, como avaliador do instrumento de coleta de dados da pesquisa “Validação de Intervenções de Enfermagem para a Alta do Paciente Prostatectomizado”. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O objetivo geral deste estudo é validar intervenções de enfermagem para o preparo para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia. Sua colaboração nesta pesquisa consistirá em avaliar o instrumento de coleta de dados que será utilizado para a realização da pesquisa, em relação à sua organização e clareza para o alcance dos objetivos do estudo.

Ressalta-se que sua participação no presente estudo não traz custos financeiros e não oferece riscos de natureza física, moral ou psíquica, uma vez que todos os requisitos da Resolução CONEP 196/96 sobre sigilo de informações estão sendo estritamente observados e cumpridos. Os resultados desta pesquisa poderão ser divulgados, mas em nenhuma hipótese dados relativos à sua identificação pessoal serão revelados. Garantimos o sigilo sobre sua participação. Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal e poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade, agora ou em qualquer momento da pesquisa para tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação.

Nome, assinatura e endereço do pesquisador:

Pesquisadora: Luciana Regina Ferreira da Mata.

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFSCar

Endereço: Rodovia Washington Luiz, Km. 235- CEP 13.565-905 - Departamento de

Enfermagem – UFSCar - São Carlos - SP

Telefone: (16) 3351-9439 ou 3351-8334

E-mail: luregbh@yahoo.com.br

Orientadora: Dra. Anamaria Alves Napoleão

Professora adjunta

Departamento de Enfermagem da UFSCar

Endereço: Rodovia Washington Luiz, Km. 235- CEP 13.565-905 - Departamento de

Enfermagem – UFSCar - São Carlos - SP

Telefone: (16) 3351-9439 ou 3351-8334

E-mail: ananapoleao@terra.com.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br.

Local e data _____

Nome do participante _____

Assinatura

APÊNDICE C – Carta aos avaliadores do instrumento de coleta de dados

São Carlos, 20 de novembro de 2008.

Prezados professores,

É com imensa satisfação que convido Vossas Senhorias para avaliar o instrumento de coleta de dados que será utilizado no desenvolvimento da dissertação de mestrado “VALIDAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A ALTA DE PACIENTES SUBMETIDOS À PROSTATECTOMIA”, cujo objetivo é realizar a validação, por peritos, de intervenções de Enfermagem para o preparo para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia.

O instrumento a ser avaliado será entregue por via eletrônica e qualquer dúvida poderá ser esclarecida junto às autoras.

Desta maneira gostaria que fossem respondidas as seguintes questões:

1. O instrumento está construído de forma organizada e clara para o alcance dos objetivos do estudo?
2. A forma como está apresentado o instrumento deixa alguma dúvida em relação ao seu preenchimento?

Caso concorde em participar desta avaliação, favor preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em anexo.

Atenciosamente.

Anamaria Alves Napoleão
Professora adjunto do DEnf – UFSCar
Orientadora

Luciana Regina Ferreira da Mata
Mestranda do Programa de Pós Graduação
em Enfermagem - UFSCar

APÊNDICE D - Convite para participação em pesquisa

Prezado Enfermeiro(a),

Sou aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Nível Mestrado - da Universidade Federal de São Carlos e convido-o a participar, como perito, da pesquisa intitulada “*Validação de Intervenções de Enfermagem para a Alta de Pacientes Submetidos à Prostatectomia*”, cujo objetivo é realizar a validação, por peritos, de intervenções de Enfermagem para o preparo para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia.

Sua colaboração consistirá em avaliar intervenções de Enfermagem levantadas na literatura e atribuir valores sobre a adequação destas para o preparo para a alta do paciente prostatectomizado.

Os documentos encontram-se em anexo e constam de um **Instrumento de Coleta de Dados**, um instrumento sumário para **Caracterização Profissional do Perito** e do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**.

Em relação aos aspectos éticos, este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar e, caso aceite dele participar, solicito que você assinie duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma via deve permanecer com você e a outra deve ser enviada a mim.

Desta forma, solicito que aponte se prefere assinar uma cópia e me enviar por meio de um “scanner” ou se prefere que eu envie, pelos Correios, uma cópia do Termo com um envelope devidamente selado para que você possa postar esse Termo assinado para mim.

Ao final da coleta de dados será emitido um certificado de sua participação como perito em pesquisa de validação realizada no Grupo de Pesquisa em Sistematização da Assistência de Enfermagem e Sistemas de Classificação da UFSCar, assinado pela orientadora desta pesquisa e líder deste grupo, que possui certificação da instituição e pertence ao diretório dos grupos de pesquisa do CNPq. Sendo assim, solicito, por favor, que **informe um endereço para envio do certificado**.

Sua participação é muito importante, uma vez que são poucos os enfermeiros que trabalham com esta temática.

Solicito, se possível, obter com você os dados dessa primeira rodada no prazo de 21 dias (até o dia 21 de **dezembro** de 2008).

Espero poder contar com sua valiosa colaboração!

Atenciosamente,

Luciana Regina Ferreira da Mata

Pesquisadora: Luciana Regina Ferreira da Mata.

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFSCar

Endereço: Rodovia Washington Luiz, Km. 235- CEP 13.565-905 - Departamento de

Enfermagem - São Carlos - SP

Telefone: (16) 3351 8334

Email: luregbh@yahoo.com.br

Orientadora: Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão

E-mail: anamaria@ufscar.br

APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido para participação em pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGEnf

(Decreto 93.933 de 14/01/87, Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Você está sendo convidado para participar, como perito, da pesquisa “Validação de Intervenções de Enfermagem para a Alta do Paciente Prostatectomizado”, por sua titulação e experiência na temática em estudo. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O objetivo deste estudo é realizar a validação, por peritos, de intervenções de Enfermagem para o preparo para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia. Sua colaboração nesta pesquisa consistirá em avaliar as intervenções levantadas na literatura e atribuir valores de acordo com o seu julgamento sobre a adequação destas intervenções no preparo para a alta do paciente prostatectomizado. Esta avaliação será realizada com anonimato dos peritos, em duas rodadas, visando atingir o melhor grau de consenso entre os mesmos. Ressalta-se que sua participação no presente estudo não traz custos financeiros e não oferece riscos de natureza física, moral ou psíquica, uma vez que todos os requisitos da Resolução CONEP 196/96 sobre sigilo de informações estão sendo estritamente observados e cumpridos. Sua participação muito contribuirá no sentido de identificar as intervenções de Enfermagem que devem ser realizadas para o alcance de melhores resultados junto aos pacientes submetidos à prostatectomia. Os resultados desta pesquisa poderão ser divulgados, mas em nenhuma hipótese dados relativos à sua identificação pessoal serão revelados. Garantimos o sigilo sobre sua participação. Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal e poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade, agora ou em qualquer momento da pesquisa para tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação.

Nome, assinatura e endereço do pesquisador:

Pesquisadora: Luciana Regina Ferreira da Mata.
Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFSCar
Endereço: Rodovia Washington Luiz, Km. 235- CEP 13.565-905 - Departamento de
Enfermagem – UFSCar - São Carlos - SP
Telefone: (16) 3351-9439 ou 3351-8334
E-mail: luregbh@yahoo.com.br

Orientadora: Dra. Anamaria Alves Napoleão
Professora adjunta
Departamento de Enfermagem da UFSCar
Endereço: Rodovia Washington Luiz, Km. 235- CEP 13.565-905 - Departamento de
Enfermagem – UFSCar - São Carlos - SP
Telefone: (16) 3351-9439 ou 3351-8334
E-mail: ananapoleao@terra.com.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br.

Local e data _____

Nome do participante _____

Assinatura

APÊNDICE F – Caracterização profissional dos peritos

Título da Pesquisa: “Validação de Intervenções de Enfermagem para a Alta de Pacientes Submetidos à Prostatectomia”.

Pesquisadora: Luciana Regina Ferreira da Mata - Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFSCar.

Com a finalidade de caracterizar a experiência dos peritos na área de pesquisa, solicitamos sua colaboração em responder aos itens abaixo:

a) Ano de conclusão da graduação em enfermagem: _____

b) Tempo de experiência profissional em enfermagem: _____ anos

c) Pós-graduação:

() Doutorado em () Enfermagem/ () áreas afins () Obtido no ano de _____

Tema: _____

() Mestrado em () Enfermagem/ () áreas afins () Obtido no ano de _____

Tema: _____

() Especialização – área: _____

Obs.: _____

d) Área de atuação (anterior e atual) e tempo de atuação (em anos):

() Ensino de Enfermagem - graduação: _____ anos

Disciplinas: _____

() Ensino de Enfermagem – nível médio: _____ anos

Disciplinas: _____

() Assistência de Enfermagem: _____ anos

Setores de atuação: _____

() Outra (descrever setor e tempo de atuação em anos): _____

e) Possui pesquisas realizadas e publicadas em periódicos sobre cuidados de Enfermagem a pacientes cirúrgicos e/ou urológicos, nos últimos 5 anos?

() Não. () Sim - Citar autores e ano: _____

Observações que gostaria de fazer: _____

APÊNDICE G – Exemplo do Instrumento de coleta de dados

Título da pesquisa: “Validação de Intervenções de Enfermagem para a Alta do Paciente Prostatectomizado”.

Pesquisadora: Luciana Regina Ferreira da Mata - Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFSCar.

Orientadora: Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão

Orientações para preenchimento do instrumento de coleta de dados

As intervenções que deverão ser analisadas constam nos quadros abaixo.

Assim, para cada intervenção deve-se atribuir um valor, de 1 a 5, conforme a escala apresentada nos quadros. O valor atribuído por meio de um “X”, indicará o grau de adequação da intervenção para utilização, pela enfermagem, no preparo para a alta dos pacientes submetidos à prostatectomia.

Consideramos adequadas, intervenções voltadas ao atendimento das necessidades que os pacientes submetidos à prostatectomia possam apresentar após a alta hospitalar, em função da cirurgia realizada.

Os valores a serem atribuídos com os respectivos correspondentes são:

- 1= não é adequada à situação;
- 2= muito pouco adequada à situação;
- 3= pouco adequada à situação;
- 4= consideravelmente adequada à situação;
- 5= muito adequada à situação.

Os quadros apresentam também uma coluna destinada a colocação de observações, quando sentir necessidade de expor alguma opinião em relação àquela intervenção analisada.

1 - Categoria: Condutas gerais						
Intervenções	Escore atribuído					Observações
	1 não é adequada	2 muito pouco adequada	3 pouco adequada	4 considera velmente adequada	5 muito adequada	
1.1 Determinar o nível de conhecimento do paciente.						
1.2 Determinar a disponibilidade do paciente para aprender.						
1.3 Identificar barreiras de comunicação que o paciente possa apresentar.						
1.4 Fornecer informações para a alta ao paciente e, quando adequado, aos familiares.						
1.5 Combinar orientações impressas ou em programas de computadores com a comunicação oral para melhor ensinar os pacientes sobre os cuidados após a alta.						
1.6 Organizar orientações impressas específicas para o cuidado em casa baseadas na idade do paciente e necessidades identificadas, com linguagem cotidiana sobre o que comumente pode ocorrer, mudanças das atividades da vida diária, complicações, efeitos colaterais e o que se deve fazer quando surgirem problemas.						
1.7 Fornecer ao paciente as orientações impressas sobre os cuidados pós-alta durante o período pré-operatório e orienta-lo a trazer este impresso ao hospital para revisão na alta.						
1.8 Na visita pré-admissional dedicar parte do tempo à educação do paciente sobre o procedimento, expectativas para o pós-operatório e alta.						
1.9 Oferecer ao paciente orientações impressas específicas sobre o procedimento cirúrgico realizado.						
1.10 Oferecer ao paciente um impresso sobre os serviços de saúde disponíveis na comunidade.						
1.11 Considerar a capacidade de receptividade do paciente à informação escrita e o quanto esta informação é passível de leitura pelo paciente.						
1.12 Avaliar as reações do paciente e dos familiares às orientações fornecidas.						
1.13 Fornecer ao paciente informações específicas relacionadas às suas condições clínicas.						
1.14 Acompanhar a realização do auto cuidado pelo paciente durante a hospitalização.						
1.15 Fornecer ao paciente números de telefones de serviços aos quais o paciente possa recorrer se necessário.						
1.16 Informar o paciente sobre a quem contatar quando tiver alguma preocupação, informando quem e quando chamar.						
1.17 Consultar o paciente sobre suas expectativas acerca do que poderá acontecer no pós-operatório.						
1.18 Escutar as preocupações do paciente sobre a hospitalização, tratamento, disfunção urinária e responder com informações exatas que auxiliem para sua compreensão e reduzam sua ansiedade.						
1.19 Atentar-se para a não comunicação do paciente sobre preocupações, tais como sobre mudanças na sexualidade.						

1.20 Observar pistas não-verbais do paciente e abordar questões e preocupações raramente manifestadas por ele.						
1.21 Identificar as expectativas do paciente e familiares para o cuidado domiciliar.						
1.22 Levantar dados sobre a família e o ambiente para o cuidado domiciliar.						
1.23 Nos casos em que a alta do paciente ocorre dentro de 24 horas após a cirurgia, iniciar a orientação para a alta no pós-operatório, quando ele estiver completamente alerta.						
1.24 Se o paciente receber alta antes de 24 horas após a cirurgia, orientá-lo a permanecer com outra pessoa até 24 horas após a cirurgia.						
2 - Categoria: Prevenção de infecção						
Intervenções	Escore atribuído					Observações
	1 não é adequada	2 muito pouco adequada	3 pouco adequada	4 consideravelmente adequada	5 muito adequada	
2.1 Informar o paciente sobre sinais e sintomas de infecção do trato urinário.						
2.2 Informar o paciente sobre medidas de redução do risco de infecção urinária.						
2.3 Solicitar ao paciente que descreva sinais e sintomas de infecção.						
2.4 Orientar o paciente sobre cuidados com a incisão cirúrgica: o curativo, a remoção dos pontos, sinais de infecção e apoio da incisão quando necessário.						
2.5 Orientar o paciente a remover o curativo da incisão cirúrgica após 24hrs do recebimento da alta.						

ESTUDO 7

Título da publicação	Describing the work of nursing: the case of postsurgical nursing interventions for men with prostate cancer.
Título do periódico	Research in Nursing & Health
Base de dados	PubMed
Autores	Nomes: Robinson L, Hughes LC, Adler DC, Strumpf N, Grobe SJ, McCorkle R Formação acadêmica do autor principal: Enfermeiro Instituição sede do autor principal: Universidade
País de origem dos autores	EUA
Ano de Publicação	1999
Objetivo do Estudo	Classificar e analisar as intervenções de enfermagem prestadas aos homens idosos em domicílio após o tratamento cirúrgico do câncer de próstata.
Tipo de revista científica	(x) Publicação de Enfermagem geral () Publicação de Enfermagem perioperatória () Publicação de Enfermagem de outra especialidade Especificar: _____ () Publicação médica () Publicação de outras áreas da saúde Especificar: _____
Delineamento do Estudo	Estudos com dados primários (x) Abordagem quantitativa () Delineamento experimental () Delineamento quase-experimental (x) Delineamento não experimental () Abordagem qualitativa () Etnografia () Fenomenologia () Teoria fundamentada () Outras Estudos secundários () Revisão sistemática () Revisão integrativa () Revisão da literatura () Outras. Especificar: _____ () O autor não define claramente o delineamento do estudo.
Força de evidência (STETLER et al., 1998)	() I () II () III (x) IV () V () VI () não identificado
Intervenções de Enfermagem	- Informar o paciente sobre o manejo dos sintomas (ex: dor, espasmos vesicais, constipação, fadiga, distúrbios do sono, edema ou náusea). - Orientar o paciente sobre o re-treinamento vesical. - Informar o paciente sobre o processo de recuperação - Informar paciente sobre as complicações pós-operatórias (para reconhecimento e relato das mesmas).

Base de dados	CINAHL
Autores	Nomes: Fagermoen MS, Hamilton G. Formação acadêmica do autor principal: Instituição sede do autor principal:
País de origem dos autores	EUA
Ano de Publicação	2003
Objetivo do Estudo	Reformular um folheto informativo para o preparo da alta de pacientes submetidos a cirurgia transuretral de próstata e descrever os efeitos dessa mudança.
Tipo de revista científica	(x) Publicação de Enfermagem geral () Publicação de Enfermagem perioperatória () Publicação de Enfermagem de outra especialidade Especificar: _____ () Publicação médica () Publicação de outras áreas da saúde Especificar: _____
Delineamento do Estudo	Estudos com dados primários (x) Abordagem quantitativa () Delineamento experimental (x) Delineamento quase-experimental () Delineamento não experimental () Abordagem qualitativa () Etnografia () Fenomenologia () Teoria fundamentada () Outras Estudos secundários () Revisão sistemática () Revisão integrativa () Revisão da literatura () Outras. Especificar: _____ () O autor não define claramente o delineamento do estudo.
Força de evidência (STETLER et al., 1998)	() I () II (x) III () IV () V () VI () não identificado
Intervenções de Enfermagem	- Combinar a escrita, a fala, vídeos e programas de computadores para melhorar a experiência dos pacientes e para o alcance de resultados de qualidade para o paciente. - Combinar folhetos, brochuras e livrinhos com uma comunicação interativa para ensinar melhor os pacientes sobre os cuidados após a alta. - Fornecer informações específicas relacionadas às condições do paciente. - Considerar a receptividade e legibilidade da informação escrita passada ao paciente. - Fornecer explanação oral apropriada.

ESTUDO 12

Título da publicação	TUNA of prostate in an office setting: nursing implications.
Título do periódico	Urologic Nursing
Base de dados	CINAHL

Autores	Nomes: Parrott EK. Formação acadêmica do autor principal: Enfermeiro Instituição sede do autor principal: hospital
País de origem dos autores	EUA
Ano de Publicação	2003
Objetivo do Estudo	Discutir sobre o procedimento ablação transuretral por agulha, com ênfase na seleção do paciente, preparação pré-operatória, função da enfermagem durante o tratamento, cuidados pós-operatórios e avaliação.
Tipo de revista científica	<input type="checkbox"/> Publicação de Enfermagem geral <input type="checkbox"/> Publicação de Enfermagem perioperatória <input checked="" type="checkbox"/> Publicação de Enfermagem de outra especialidade Especificar: urológica <input type="checkbox"/> Publicação médica <input type="checkbox"/> Publicação de outras áreas da saúde Especificar: _____
Delineamento do Estudo	Estudos com dados primários <input type="checkbox"/> Abordagem quantitativa <input type="checkbox"/> Delineamento experimental <input type="checkbox"/> Delineamento quase-experimental <input type="checkbox"/> Delineamento não experimental <input type="checkbox"/> Abordagem qualitativa <input type="checkbox"/> Etnografia <input type="checkbox"/> Fenomenologia <input type="checkbox"/> Teoria fundamentada <input type="checkbox"/> Outras Estudos secundários <input type="checkbox"/> Revisão sistemática <input type="checkbox"/> Revisão integrativa <input type="checkbox"/> Revisão da literatura <input checked="" type="checkbox"/> Outras. Especificar: Atualização <input type="checkbox"/> O autor não define claramente o delineamento do estudo.
Força de evidência (STETLER et al., 1998)	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> não identificado
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar o paciente no pós-operatório quando ele estiver completamente alerta. - Orientar o paciente de que poderá haver sangue na urina, intermitentemente, durante a primeira semana do pós-operatório. - Orientar o paciente de que poderá haver sangue no sêmen. - Orientar o paciente de que poderá haver frequência urinária a noite. - Orientar o paciente de que poderá haver queimação e urgência urinária. - Recomendar o paciente a ingerir líquidos em abundância, principalmente água. - Recomendar o paciente que evite substâncias que possam ser irritantes da bexiga como álcool, cafeína, chás, refrigerantes e chocolate. - Recomendar o paciente a retomar sua atividade sexual a partir de instruções do médico. - Recomendar o paciente a tomar banho. - Recomendar o paciente a evitar atividades físicas, tais como corrida ou ciclismo, por varias semanas. - Orientar o paciente a chamar o urologista se apresentar incapacidade para urinar. - Orientar o paciente a chamar o urologista se a temperatura for maior que 38,3°C. - Instruir o paciente a como proceder caso ocorra retenção urinária. - Relembrar o paciente de que ao melhora dos sintomas ocorre gradualmente ao longo de várias semanas e meses, e os sintomas podem não melhorar nas primeiras duas semanas. - Se o cateter Foley estiver inserido, proporcionar ao paciente instruções escritas e verbais do cuidado com o cateter.

ESTUDO 14

Título da publicação	KTP photoselective laser vaporization of the prostate: indications, procedure and nursing implications.
Título do periódico	Urologic Nursing
Base de dados	CINAHL
Autores	Nomes: McFadin Mueller N, Mueller EJ. Formação acadêmica do autor principal: Enfermeiro Instituição sede do autor principal: hospital
País de origem dos autores	EUA
Ano de Publicação	2004
Objetivo do Estudo	Fornecer uma visão geral do procedimento de cirurgia da próstata por meio do laser foto-seletivo, o funcionamento desse laser e a segurança do procedimento, além dos cuidados de enfermagem aos pacientes submetidos a esta cirurgia.
Tipo de revista científica	() Publicação de Enfermagem geral () Publicação de Enfermagem perioperatória (x) Publicação de Enfermagem de outra especialidade Especificar: enfermagem urológica () Publicação médica () Publicação de outras áreas da saúde Especificar: _____
Delineamento do Estudo	Estudos com dados primários () Abordagem quantitativa () Delineamento experimental () Delineamento quase-experimental () Delineamento não experimental (x) Abordagem qualitativa () Etnografia () Fenomenologia () Teoria fundamentada (x) Outras: Estudo de caso Estudos secundários () Revisão sistemática () Revisão integrativa () Revisão da literatura () Outras. Especificar: _____ () O autor não define claramente o delineamento do estudo.
Força de evidência (STETLER et al., 1998)	() I () II () III (x) IV () V () VI () não identificado
Intervenções de Enfermagem	- Discutir com o paciente possíveis complicações da cirurgia, como obstrução uretral, contratura do colo vesical, estreitamento uretral, incontinência urinária. - Instruir o paciente a não dirigir ou operar equipamentos perigosos por 48hrs após a anestesia. - Instruir o paciente a não ter atividade sexual por duas semanas após a cirurgia. - Instruir o paciente a evitar exercícios extenuantes, levantar peso, andar de bicicleta e serviços no quintal por 2 semanas. - Informar ao paciente que ele poderá retomar atividades não extenuantes após 48 horas. - Instruir o paciente a evitar café, chás, bebidas carbonatadas, bebidas alcoólicas, sucos cítricos e alimentos picantes nos primeiros três dias após a cirurgia. - Instruir o paciente a aumentar sua ingestão de líquidos, particularmente água, no primeiro mês após a cirurgia. - Instruir o paciente a não fazer força quando estiver evacuando. - Instruir o paciente a esperar um hábito intestinal irregular nos primeiros dias após a cirurgia. - Instruir o paciente que ele pode precisar de um emoliente fecal ou um laxativo

	<p>durante as primeiras duas semanas da sua recuperação.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruir o paciente a telefonar para o serviço, imediatamente, se ocorrer os seguintes sintomas: sangramento vermelho brilhante na urina com a presença de grandes coágulos sanguíneos; temperatura acima de 38,3C; dificuldade para urinar por mais de 4 horas; sensação de bexiga cheia mesmo depois de urinar; muita dor a qualquer hora. - Instruir o paciente que ele pode apresentar urgência urinária e/ou frequência no primeiro mês após a cirurgia. - Instruir o paciente a ligar no serviço para discutir medicações que podem aliviar a sensação de urgência e frequência urinária. - Instruir o paciente que ele pode apresentar um pequeno sangramento urinário e que isto pode ser acompanhado de pequenos coágulos. - Orientar o paciente a aumentar a ingestão hídrica, caso pequeno sangramento e pequenos coágulos apareçam.
--	--

ESTUDO 15

Título da publicação	Radical prostatectomy: men's experience and postoperative needs.
Título do periódico	Cancer Nursing
Base de dados	PubMed
Autores	Nomes: Burt J, Caelli K, Moore K, Anderson M. Formação acadêmica do autor principal: Enfermeiro Instituição sede do autor principal: Universidade
País de origem dos autores	Canadá
Ano de Publicação	2005
Objetivo do Estudo	Explorar a experiência dos homens após a prostatectomia radical e se eles perceberam que o ensino pré-operatório adequado os prepararam para a recuperação pós operatória.
Tipo de revista científica	<input type="checkbox"/> Publicação de Enfermagem geral <input type="checkbox"/> Publicação de Enfermagem perioperatória <input checked="" type="checkbox"/> Publicação de Enfermagem de outra especialidade Especificar: Enfermagem oncológica <input type="checkbox"/> Publicação médica <input type="checkbox"/> Publicação de outras áreas da saúde Especificar: _____
Delineamento do Estudo	<p>Estudos com dados primários</p> <input type="checkbox"/> Abordagem quantitativa <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Delineamento experimental <input type="checkbox"/> Delineamento quase-experimental <input type="checkbox"/> Delineamento não experimental <input checked="" type="checkbox"/> Abordagem qualitativa <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Etnografia <input checked="" type="checkbox"/> Fenomenologia <input type="checkbox"/> Teoria fundamentada <input type="checkbox"/> Outras <p>Estudos secundários</p> <input type="checkbox"/> Revisão sistemática <input type="checkbox"/> Revisão integrativa <input type="checkbox"/> Revisão da literatura <input type="checkbox"/> Outras. Especificar: _____ <input type="checkbox"/> O autor não define claramente o delineamento do estudo.
Força de evidência (STETLER et al., 1998)	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input checked="" type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> não identificado
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Atentar-se para a não comunicação do paciente sobre preocupações, tais como sobre mudanças na sexualidade. - Observar pistas não-verbais e abordar questões e preocupações raramente manifestadas pelo paciente.

ESTUDO 16

Título da publicação	Patient information at discharge – a study of a combined approach
Título do periódico	Patient Education and Counseling
Base de dados	PubMed
Autores	Nomes: Fagermoen MS, Hamilton G. Formação acadêmica do autor principal: Enfermeiro Instituição sede do autor principal: Universidade
País de origem dos autores	Noruega
Ano de Publicação	2006
Objetivo do Estudo	Descrever a percepção dos pacientes a partir de um novo método de informação (livreto informativo e informação oral pela enfermeira no momento da alta) relacionado a alta após cirurgia urológica.
Tipo de revista científica	() Publicação de Enfermagem geral () Publicação de Enfermagem perioperatória () Publicação de Enfermagem de outra especialidade Especificar: _____ () Publicação médica (x) Publicação de outras áreas da saúde Especificar: Multidisciplinar
Delineamento do Estudo	Estudos com dados primários (x) Abordagem quantitativa () Delineamento experimental () Delineamento quase-experimental (x) Delineamento não experimental () Abordagem qualitativa () Etnografia () Fenomenologia () Teoria fundamentada () Outras Estudos secundários () Revisão sistemática () Revisão integrativa () Revisão da literatura () Outras. Especificar: _____ () O autor não define claramente o delineamento do estudo.
Força de evidência (STETLER et al., 1998)	() I () II () III (x) IV () V () VI () não identificado
Intervenções de Enfermagem	- Consultar o paciente sobre as suas perspectivas do que poderá acontecer com ele. - Compartilhar e discutir com o paciente o conhecimento transmitido pelo enfermeiro durante o cuidado hospitalar. - Combinar informação escrita e oral no preparo para a alta. - Assistir o auto cuidado do paciente durante a hospitalização. - Organizar orientações escritas específicas para o cuidado em casa, com linguagem cotidiana sobre o que comumente pode ocorrer e se espera de mudanças das atividades da vida diária; complicações, efeitos colaterais e o que se deve fazer quando determinados problemas surgem.

ESTUDO 17

Título da publicação	Robotic prostatectomy surgery.
Título do periódico	Urologic Nursing
Base de dados	PubMed
Autores	Nomes: Starnes DN, Sims TW. Formação acadêmica do autor principal: Médico Instituição sede do autor principal: Universidade
País de origem dos autores	EUA

Ano de Publicação	2006
Objetivo do Estudo	Apresentar o estudo de caso de um paciente submetido à cirurgia robótica de próstata, com ênfase para a educação do paciente.
Tipo de revista científica	<input type="checkbox"/> Publicação de Enfermagem geral <input type="checkbox"/> Publicação de Enfermagem perioperatória <input checked="" type="checkbox"/> Publicação de Enfermagem de outra especialidade Especificar: Enfermagem urológica <input type="checkbox"/> Publicação médica <input type="checkbox"/> Publicação de outras áreas da saúde Especificar: _____
Delineamento do Estudo	Estudos com dados primários <input type="checkbox"/> Abordagem quantitativa <input type="checkbox"/> Delineamento experimental <input type="checkbox"/> Delineamento quase-experimental <input type="checkbox"/> Delineamento não experimental <input checked="" type="checkbox"/> Abordagem qualitativa <input type="checkbox"/> Etnografia <input type="checkbox"/> Fenomenologia <input type="checkbox"/> Teoria fundamentada <input checked="" type="checkbox"/> Outras: Estudo de Caso Estudos secundários <input type="checkbox"/> Revisão sistemática <input type="checkbox"/> Revisão integrativa <input type="checkbox"/> Revisão da literatura <input type="checkbox"/> Outras. Especificar: _____ <input type="checkbox"/> O autor não define claramente o delineamento do estudo.
Força de evidência (STETLER et al., 1998)	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input checked="" type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> não identificado
Intervenções de Enfermagem	- Identificar as expectativas do paciente antes da cirurgia e após a cirurgia. - Instruir o paciente a não dirigir por muitas semanas após a cirurgia.

ESTUDO 18

Título da publicação	Care of the patient undergoing robotic- assisted prostatectomy.
Título do periódico	Urologic Nursing
Base de dados	PubMed
Autores	Nomes: Starnes DN, Sims TW. Formação acadêmica do autor principal: Médico Instituição sede do autor principal: Universidade
País de origem dos autores	EUA
Ano de Publicação	2006
Objetivo do Estudo	Discorrer sobre os cuidados de pacientes submetidos à prostatectomia roboticamente assistida.

<p>Tipo de revista científica</p>	<p><input type="checkbox"/> Publicação de Enfermagem geral <input type="checkbox"/> Publicação de Enfermagem perioperatória <input checked="" type="checkbox"/> Publicação de Enfermagem de outra especialidade Especificar: Enfermagem urológica <input type="checkbox"/> Publicação médica <input type="checkbox"/> Publicação de outras áreas da saúde Especificar:</p>
<p>Delineamento do Estudo</p>	<p>Estudos com dados primários <input type="checkbox"/> Abordagem quantitativa <input type="checkbox"/> Delineamento experimental <input type="checkbox"/> Delineamento quase-experimental <input type="checkbox"/> Delineamento não experimental <input type="checkbox"/> Abordagem qualitativa <input type="checkbox"/> Etnografia <input type="checkbox"/> Fenomenologia <input type="checkbox"/> Teoria fundamentada <input type="checkbox"/> Outras Estudos secundários <input type="checkbox"/> Revisão sistemática <input type="checkbox"/> Revisão integrativa <input type="checkbox"/> Revisão da literatura <input type="checkbox"/> Outras. Especificar: _____ <input checked="" type="checkbox"/> O autor não define claramente o delineamento do estudo.</p>
<p>Força de evidência (STETLER et al., 1998)</p>	<p><input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input checked="" type="checkbox"/> não identificado</p>
<p>Intervenções de Enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No período pré-operatório dedicar parte do tempo à educação, do paciente e da família, sobre o procedimento, alta e expectativas para o pós-operatório. - Orientar o paciente sobre a necessidade do cateter no pós-operatório, explicando como funciona. - Explicar a simplicidade do cuidado com o cateter e a facilitação do uso da bolsa de perna para a mobilidade. - Explicar que o posicionamento da bolsa coletora na lateral da cama propicia mais conforto para uma noite de sono. - No momento da alta o paciente e familiares devem receber ensinamentos adicionais sobre os cuidados pós-operatórios em casa e os cuidados com o cateter urinário. - No momento da alta colocar o cateter preso à perna do paciente com fita à prova d'água para prevenir a tração ou o deslocamento deste. - Orientar a não levantar peso acima de 4,5 kg ou mais. - Orientar a não realizar exercícios vigorosos e nem atividade sexual por 6 semanas. - Orientar para o banho de aspersão após 48hrs da cirurgia. - Orientar a não dirigir ou operar equipamentos pesados enquanto estiverem usando narcóticos para a dor. - Ressaltar para o paciente e familiares os possíveis problemas que podem ser potencializados em casa. - Fornecer um livreto de ensino durante o período pré-operatório, com um espaço para número de telefones e uma lista de questões, e trazer este livreto ao hospital para revisão na alta. - Ensinar durante o pré-operatório o uso e o cuidado com o cateter urinário, explicando ao paciente que o uso do cateter por 1 a 3 semanas após a cirurgia é fundamental para a descompressão da bexiga e conseqüentemente a preservação da anastomose uretral. - Ensinar de maneira interativa, demonstrando o uso do cateter, a fixação da bolsa coletora na perna e na cabeceira da cama, permitindo a prática dos pacientes com características técnicas. - Informar ao paciente que se o cateter parar de drenar livremente, deve-se procurar o urologista ou o departamento de emergência imediatamente para uma avaliação adicional. - Encorajar o paciente a aumentar a ingestão de fibras e líquidos para o controle da constipação, conseqüente da anestesia geral e do uso de narcóticos.

	benefícios dessa técnica.
Tipo de revista científica	<input type="checkbox"/> Publicação de Enfermagem geral <input checked="" type="checkbox"/> Publicação de Enfermagem perioperatória <input type="checkbox"/> Publicação de Enfermagem de outra especialidade Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Publicação médica <input type="checkbox"/> Publicação de outras áreas da saúde Especificar: _____
Delineamento do Estudo	Estudos com dados primários <input type="checkbox"/> Abordagem quantitativa <input type="checkbox"/> Delineamento experimental <input type="checkbox"/> Delineamento quase-experimental <input type="checkbox"/> Delineamento não experimental <input type="checkbox"/> Abordagem qualitativa <input type="checkbox"/> Etnografia <input type="checkbox"/> Fenomenologia <input type="checkbox"/> Teoria fundamentada <input type="checkbox"/> Outras Estudos secundários <input type="checkbox"/> Revisão sistemática <input type="checkbox"/> Revisão integrativa <input type="checkbox"/> Revisão da literatura <input checked="" type="checkbox"/> Outras. Especificar: Atualização <input type="checkbox"/> O autor não define claramente o delineamento do estudo.
Força de evidência (STETLER et al., 1998)	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> não identificado
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir o paciente a evitar atividades estenosas e atividades sexuais por aproximadamente 6 semanas após a cirurgia. - Determinar o nível de conhecimento do paciente, avaliar a disponibilidade para aprender, identificar barreiras de comunicação. - Fornecer instruções (ex:oral, escrita) relacionadas ao procedimento cirúrgico e instruções de alta baseadas na idade e necessidades identificadas. - Instruir o paciente sobre cuidado com o cateter de demora. - Instruir o paciente sobre a remoção do cateter no tempo adequado. - Instruir o paciente a ingerir líquidos em abundância. - Instruir o paciente a evitar o levantamento de peso e fazer força. - Instruir o paciente a usar um laxante suave se necessário. - Dar as instruções para alta tanto para o paciente quanto para o cuidador, caso o paciente aceite. - Se o paciente tiver alta com um cateter de demora, instruí-lo no cuidado com o cateter e com a bolsa de drenagem. - Se o paciente receber alta antes de 24 horas após a cirurgia, fornecer instruções para pacientes que recebem anestesia. - Se o paciente receber alta antes de 24 horas após a cirurgia, instruir o paciente a permanecer com outra pessoa até 24 horas após a cirurgia. - Se o paciente receber alta antes de 24 horas após a cirurgia, instruí-lo a remover o cateter na manhã seguinte e a ligar para o médico dentro de 6 horas da remoção se ele não conseguir urinar ou se apresentar coágulos grandes. - Enfatizar ao paciente que ele deve aumentar a sua ingestão de líquidos a menos que isso seja contra-indicado. - Instruir o paciente a não dirigir ou operar equipamentos pesados por 48 horas após a cirurgia. - Instruir o paciente a limitar suas atividades durante 2 a 3 dias, e depois ele pode retornar a trabalhos leves, tal como “trabalho sentado em uma escrivaninha”. - Instruir o paciente a evitar elevação de peso e atividade sexual por no mínimo 14 dias. - Se antibióticos no pré-operatório forem prescritos, instruir o paciente a continuar tomando a medicação até que termine. - Dizer ao paciente para evitar cafeína e álcool nos primeiros três dias.

	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir o paciente a não fazer força para evacuar. - Dizer ao paciente que ele pode usar um laxante suave, se necessário. - Explicar ao paciente que o médico deverá ser imediatamente comunicado se a temperatura corporal for maior que 38,3C; se estiver eliminando coágulos grandes, se não urinar por mais de 6 horas. - Instruir o paciente a ligar para o cirurgião se estiver sentindo fortes dores nas próximas 24 horas.
--	--

ESTUDO 21

Título da publicação	Robotic-assisted laparoscopic radical prostatectomy.
Título do periódico	AORN Journal
Base de dados	CINAHL
Autores	Nomes: Rigdon JL. Formação acadêmica do autor principal: Enfermeiro Instituição sede do autor principal: Hospital
País de origem dos autores	EUA
Ano de Publicação	2006
Objetivo do Estudo	Discorrer sobre a prostatectomia radical através da técnica robótica assistida, os seus benefícios e o papel do enfermeiro no período perioperatório,
Tipo de revista científica	<input type="checkbox"/> Publicação de Enfermagem geral <input checked="" type="checkbox"/> Publicação de Enfermagem perioperatória <input type="checkbox"/> Publicação de Enfermagem de outra especialidade Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Publicação médica <input type="checkbox"/> Publicação de outras áreas da saúde Especificar: _____
Delineamento do Estudo	<p>Estudos com dados primários</p> <input type="checkbox"/> Abordagem quantitativa <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Delineamento experimental <input type="checkbox"/> Delineamento quase-experimental <input type="checkbox"/> Delineamento não experimental <input type="checkbox"/> Abordagem qualitativa <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Etnografia <input type="checkbox"/> Fenomenologia <input type="checkbox"/> Teoria fundamentada <input type="checkbox"/> Outras <p>Estudos secundários</p> <input type="checkbox"/> Revisão sistemática <input type="checkbox"/> Revisão integrativa <input type="checkbox"/> Revisão da literatura <input checked="" type="checkbox"/> Outras. Especificar: Atualização <input type="checkbox"/> O autor não define claramente o delineamento do estudo.
Força de evidência (STETLER et al., 1998)	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> não identificado
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar a disponibilidade do paciente para aprender - Identificar barreiras para comunicação. - Realizar uma abordagem psicossocial no plano de cuidados. - Proporcionar instruções (ex: escrita e oral) sobre o procedimento cirúrgico. - Proporcionar recursos de suporte psicossocial (ex: contato ao serviço social, grupos de apoio ao câncer de próstata). - Avaliar as reações do paciente e de membros da família às instruções. - Identificar as expectativas do paciente para o cuidado domiciliar. - Avaliar o ambiente para o cuidado domiciliar. - Proporcionar instruções relacionadas ao manejo farmacológico e não farmacológico da dor, - Proporcionar instruções relacionadas ao uso e aos efeitos colaterais das medicações prescritas.

	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar instruções relacionadas ao cuidado com a incisão cirúrgica. - Proporcionar instruções relacionadas ao cuidado com o cateter de demora.
--	--

ESTUDO 22

Título da publicação	Green light laser: BPH treatment shows promise
Título do periódico	RN
Base de dados	CINAHL
Autores	Nomes: Shiller J, Gonzalez R Formação acadêmica do autor principal: Enfermeiro Instituição sede do autor principal: Hospital
País de origem dos autores	EUA
Ano de Publicação	2007
Objetivo do Estudo	Discorrer sobre o tratamento de HPB através da vaporização foto-seletiva pelo laser de luz verde.
Tipo de revista científica	<input checked="" type="checkbox"/> Publicação de Enfermagem geral <input type="checkbox"/> Publicação de Enfermagem perioperatória <input type="checkbox"/> Publicação de Enfermagem de outra especialidade Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Publicação médica <input type="checkbox"/> Publicação de outras áreas da saúde Especificar: _____
Delineamento do Estudo	<p>Estudos com dados primários</p> <input type="checkbox"/> Abordagem quantitativa <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Delineamento experimental <input type="checkbox"/> Delineamento quase-experimental <input type="checkbox"/> Delineamento não experimental <input type="checkbox"/> Abordagem qualitativa <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Etnografia <input type="checkbox"/> Fenomenologia <input type="checkbox"/> Teoria fundamentada <input type="checkbox"/> Outras <p>Estudos secundários</p> <input type="checkbox"/> Revisão sistemática <input type="checkbox"/> Revisão integrativa <input type="checkbox"/> Revisão da literatura <input checked="" type="checkbox"/> Outras. Especificar: Atualização <input type="checkbox"/> O autor não define claramente o delineamento do estudo.
Força de evidência (STETLER et al., 1998)	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> não identificado
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Fornecer instruções escritas para a alta ao paciente e ao seu cuidador. - Aconselhar o paciente a repousar por 48 horas e, limitar-se a atividades não-extenuantes por duas semanas. - Aconselhar o paciente a não dirigir nas primeiras 48 horas. - Instuir o paciente a evitar atividades sexuais por 2 semanas. - Informar ao paciente que caso tenha dor use medicações prescritas. - Proporcionar ao paciente instruções escritas relacionadas aos cuidados com o cateter.

ESTUDO 23

Título da publicação	Conservative management for postprostatectomy urinary incontinence.
Título do periódico	The Cochrane Library
Base de dados	Cochrane Library
Autores	Nomes: Hunter KF, Moore KN, Cody DJ, Glazener CMA

	Formação acadêmica do autor principal: Enfermeiro Instituição sede do autor principal: Universidade
País de origem dos autores	Canadá
Ano de Publicação	2007
Objetivo do Estudo	Avaliar os efeitos de tratamentos conservadores para incontinência urinária após prostatectomia.
Tipo de revista científica	() Publicação de Enfermagem geral () Publicação de Enfermagem perioperatória () Publicação de Enfermagem de outra especialidade Especificar: _____ () Publicação médica (x) Publicação de outras áreas da saúde Especificar: todas as áreas da saúde
Delineamento do Estudo	Estudos com dados primários () Abordagem quantitativa () Delineamento experimental () Delineamento quase-experimental () Delineamento não experimental () Abordagem qualitativa () Etnografia () Fenomenologia () Teoria fundamentada () Outras Estudos secundários (x) Revisão sistemática () Revisão integrativa () Revisão da literatura () Outras. Especificar: _____ () O autor não define claramente o delineamento do estudo.
Força de evidência (STETLER et al., 1998)	(x) I () II () III () IV () V () VI () não identificado
Intervenções de Enfermagem	- Oferecer exercícios para a musculatura pélvica durante o período pré-operatório ou durante o pós-operatório, imediatamente após a remoção do cateter, para ajudar no controle da incontinência urinária.

ESTUDO 24

Título da publicação	Laparoscopic radical robotic prostatectomy: a case study.
Título do periódico	Urologic Nursing
Base de dados	PubMed
Autores	Nomes: Borch M, Hattala P, Baron B, Rust K, et al. Formação acadêmica do autor principal: Enfermeira Instituição sede do autor principal:
País de origem dos autores	EUA
Ano de Publicação	2007
Objetivo do Estudo	Apresentar um estudo de caso de um paciente que submeteu à prostatectomia laparoscópica robótica para tratamento do câncer de próstata.
Tipo de revista científica	() Publicação de Enfermagem geral () Publicação de Enfermagem perioperatória (x) Publicação de Enfermagem de outra especialidade Especificar: Enfermagem urológica () Publicação médica () Publicação de outras áreas da saúde Especificar: _____
Delineamento do Estudo	Estudos com dados primários () Abordagem quantitativa () Delineamento experimental () Delineamento quase-experimental

	<p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Delineamento não experimental</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Abordagem qualitativa</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Etnografia <input type="checkbox"/> Fenomenologia <input type="checkbox"/> Teoria fundamentada <input checked="" type="checkbox"/> Outras: Estudo de Caso</p> <p>Estudos secundários</p> <p><input type="checkbox"/> Revisão sistemática <input type="checkbox"/> Revisão integrativa <input type="checkbox"/> Revisão da literatura</p> <p><input type="checkbox"/> Outras. Especificar: _____ <input type="checkbox"/> O autor não define claramente o delineamento do estudo.</p>
<p>Força de evidência (STETLER et al., 1998)</p>	<p><input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input checked="" type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> não identificado</p>
<p>Intervenções de Enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar as orientações para a alta desde a visita pré-admissional. - Realizar uma revisão do ensino para alta que já teve início durante a visita pré-admissional, assim que o paciente estiver completamente acordado após a cirurgia. - Oferecer um folheto informativo específico sobre o procedimento cirúrgico realizado. - Ensinar ao paciente e ao seu acompanhante os cuidados com a bolsa de perna e com o cateter foley. - Orientar ao paciente que ele não pode levantar peso acima de 6,8 kg. - Orientar a não dirigir enquanto estiver usando narcóticos. - Orientar a remover o curativo da incisão cirúrgica após 24hrs. - Orientar a tomar banho de chuveiro e não de banheira enquanto o cateter de Foley estiver instalado. - Discutir com o paciente sobre o uso de analgésicos orais, antibióticos, e emolientes fecais.

Anexo



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
 PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
 Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
 Via Washington Luís, km. 235 - Caixa Postal 676
 Fones: (016) 3351.8109 / 3351.8110
 Fax: (016) 3361.3176
 CEP 13560-970 - São Carlos - SP - Brasil
propg@power.ufscar.br - <http://www.propg.ufscar.br/>

CAAE 0052.0.135.000-08

Título do Projeto: Validação de Intervenções de Enfermagem para a Alta de Pacientes Submetidos à Prostatectomia

Classificação: Grupo III

Pesquisadores (as): Luciana Regina Ferreira da Mata, Profª Drª ANAMARIA ALVES NAPOLEÃO (ORIENTADORA)

Parecer N°. 249/2008

1. Normas a serem seguidas

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em ___/___/___ e ao término do estudo.

2. Avaliação do projeto

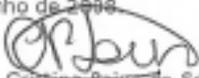
O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar) analisou o projeto de pesquisa acima identificado e considerando os pareceres do relator e do revisor DELIBEROU:

A proposta de estudo apresentada atende às exigências éticas e científicas fundamentais previstas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

3. Conclusão:

Projeto aprovado

São Carlos, 6 de junho de 2008


 Prof. Dra. Cristina Peixe de Sousa
 Coordenadora do CEP/UFSCar