



AS PERCEPÇÕES DO PACIENTE FRENTE AO DIAGNÓSTICO E À PROPOSTA DE TRATAMENTO RELACIONADA AO CÂNCER UROLÓGICO

Resumo: A pesquisa objetivou descrever os sentimentos e reações do paciente diante da proposta de cirurgia uro-oncológica. Trata-se de um estudo exploratório descritivo e qualitativo. Foram realizadas 30 entrevistas semiestruturadas com pacientes submetidos à cirurgias uro-oncológicas, entre setembro e outubro/2023, em uma enfermaria de um instituto no Rio de Janeiro. Utilizou-se a análise de conteúdo temática. Foram elaboradas 4 categorias: 1 A percepção do risco de vida, o medo, a ansiedade e o descontrole; 2 Redes de apoio; 3 Tristeza e frustração; 4 Resiliência, esperança e expectativa no futuro. Enfatizou-se a importância da consulta de enfermagem em uro-oncologia, do enfermeiro reconhecer as influências socioculturais na jornada do paciente e incluí-las no plano de cuidados. Conclui-se que é imprescindível conhecer a visão do paciente, para viabilizar uma cultura de segurança e refletir sobre melhorias relacionadas à qualidade do atendimento prestado.

Descritores: Neoplasias Urológicas, Percepção, Diagnóstico, Oncologia Cirúrgica.

Patient perceptions regarding the diagnosis and treatment proposal related to urological cancer

Abstract: The research aimed to describe the patient's feelings and reactions to the proposed uro-oncological surgery. This is an exploratory, descriptive and qualitative study. 30 semi-structured interviews were carried out with patients undergoing uro-oncological surgeries, between September and October/2023, in a ward at an institute in Rio de Janeiro. Thematic content analysis was used. 4 categories were created: 1 Perception of risk to life, fear, anxiety and lack of control; 2 Support networks; 3 Sadness and frustration; 4 Resilience, hope and expectation for the future. The importance of the nursing consultation in uro-oncology was emphasized, of the nurse recognizing the sociocultural influences on the patient's journey and including them in the care plan. It is concluded that it is essential to know the patient's perspective, to enable a culture of safety and reflect on improvements related to the quality of care provided.

Descriptors: Urological Neoplasms, Perception, Diagnosis, Surgical Oncology.

Percepciones de los pacientes respecto al diagnóstico y propuesta de tratamiento relacionados con el cáncer urológico

Resumen: La investigación tuvo como objetivo describir los sentimientos y reacciones del paciente ante la cirugía urooncológica propuesta. Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo y cualitativo. Se realizaron 30 entrevistas semiestruturadas a pacientes sometidos a cirugías urooncológicas, entre septiembre y octubre de 2023, en una sala de un instituto de Río de Janeiro. Se utilizó análisis de contenido temático. Se crearon 4 categorías: 1 Percepción de riesgo para la vida, miedo, ansiedad y falta de control; 2 redes de apoyo; 3 Tristeza y frustración; 4 Resiliencia, esperanza y expectativa de futuro. Se destacó la importancia de la consulta de enfermería en urooncológica, de que el enfermero reconozca las influencias socioculturales en el viaje del paciente y las incluya en el plan de cuidados. Se concluye que es fundamental conocer la perspectiva del paciente, para posibilitar una cultura de seguridad y reflexionar sobre mejoras relacionadas con la calidad de la atención brindada.

Descritores: Neoplasias Urológicas, Percepción, Diagnóstico, Oncología Quirúrgica.

Elaine Vieira Cavalcanti

Enfermeira Oncologista. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEH) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Tecnologista Sênior do Instituto Nacional de Câncer. Hospital do Câncer I. Serviço de Uro-Oncologia. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: elaine.cavalcanti@inca.gov.br

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-3511-0044>

Karinne Cristinne da Silva Cunha

Enfermeira. Doutora em Neuroimunologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEH) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Professora Associada da UFF. Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: karinne.cunha@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4971-9801>

Submissão: 27/02/2024

Aprovação: 17/05/2024

Publicação: 10/06/2024



Como citar este artigo:

Cavalcanti EV, Cunha KCS. As percepções do paciente frente ao diagnóstico e à proposta de tratamento relacionada ao câncer urológico. São Paulo: Rev Recien. 2024; 14(42):317-329. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2024.14.42.317329>

Introdução

Antes da década de 70, o sucesso da terapia oncológica era determinado unicamente pelo tempo de sobrevivência e da sobrevivência livre de recorrência. Pouco interesse era demonstrado na qualidade de vida dos sobreviventes¹.

Contudo, foram várias as mudanças que ocorreram e que levaram a uma visão mais esclarecida na oncologia. Com a incidência de câncer cada vez maior, mais pacientes exigem saber o diagnóstico. Como consequência, cada vez mais médicos agora discutem os diagnósticos e tratamentos disponíveis francamente com seus pacientes. Além disso, à medida que os avanços no tratamento prolongaram a vida de muitos pacientes, maior atenção tem sido dada à qualidade de suas vidas.

Para realizar uma assistência de enfermagem oncológica de excelência, os enfermeiros identificam que o conhecimento aprofundado dos diversos tipos de tratamentos do câncer deve ser continuamente atualizado e compreendido. Sobretudo, o planejamento do cuidado não deve se restringir apenas ao manejo da doença, à execução de procedimentos técnicos impessoais, mas torna-se imprescindível intercalar essas ações com todas as características da essência do paciente. Ou seja, o enfermeiro precisa ir além do aspecto biológico do diagnóstico².

Ele deve, holisticamente, associar as características do indivíduo: um ser que apresenta o corpo doente, mas que também é complexo e está inserido em um contexto sociocultural distinto. Sob esse panorama, a estrutura física é uma entidade culturalmente determinada: o entendimento que se tem do corpo é infinitamente distinto e suas funções

vão além da soma das suas particularidades biológicas, principalmente na situação do câncer².

O diagnóstico de câncer é frequentemente concebido como um evento impactante, que transforma as conjecturas básicas de uma pessoa sobre a visão do seu próprio eu, antes como aquele ser eficaz e poderoso, que é capaz de solucionar as demandas do cotidiano, o mundo como extremamente previsível e tudo sob controle³.

Este acontecimento torna-se ainda mais avassalador quando pacientes oncológicos são submetidos a cirurgias de grande porte, que maleficia gravemente a sua imagem corporal, a execução de tarefas, antes vistas como básicas e o seu bem-estar psicológico e social.

Assim que recebe a notícia que há necessidade de realizar uma cirurgia oncológica, o indivíduo se enxerga em uma realidade bastante delicada e complexa. Algo que muda bruscamente a sua rotina. Para qualquer ser-humano, a mínima necessidade de ter que experimentar uma cirurgia é uma situação crítica, que gera ansiedade e stress. Naquele recentemente diagnosticado com câncer, tal demanda torna-se ainda mais profunda e desafiadora, porque o paciente ainda tem que aprender a lidar com uma doença em que o diagnóstico é associado à morte no pensamento coletivo⁴.

Essa instabilidade gera comportamentos, atitudes e emoções variadas, podendo trazer alterações temporárias ou permanentes em todos os aspectos da vida da pessoa com câncer⁴.

No que tange à cirurgia uro-oncológica, são inúmeros os procedimentos que trazem diversas consequências e modificações ao corpo, à mente e ao cotidiano do paciente. Aquele que realiza uma

ressecção transuretral de bexiga, por exemplo, pode experimentar hematuria e disúria, no pós-operatório. Nos que realizam uma prostatectomia radical, podemos perceber diferentes efeitos adversos pós-operatórios que incluem: espasmos dolorosos da bexiga, fadiga, diminuição da capacidade física, infecção do trato urinário e do sítio cirúrgico, constipação, impotência sexual e incontinência urinária⁵.

Verifica-se, a partir desses pressupostos, a relevância deste estudo em responder à questão: quais são as reações e sentimentos desses pacientes, ao receber o diagnóstico e a proposta de cirurgia urológica? Para responder a ela definiu-se como objetivo do estudo compreender as percepções do paciente frente ao diagnóstico e a proposta de cirurgia urológica.

Material e Método

Trata-se de estudo do tipo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa. Optou-se pela pesquisa qualitativa, pois ela busca explicações para os fenômenos com foco no entendimento das relações humanas, baseadas nas crenças e valores individuais. Por conseguinte, ela atende às características desta pesquisa.

A pesquisa ocorreu em um CACON, no município do RJ, referência nacional em cirurgias urológicas. A escolha desse cenário deve-se ao fato deste serviço de saúde receber usuários de todo o país, da diversidade de casos e pelos pacientes que, no cotidiano da assistência, apresentam muitas dúvidas quanto ao sistema de saúde, ao diagnóstico e à rotina hospitalar. Eles procuram o serviço em busca de ajuda para melhorar a sua qualidade de vida.

Foram incluídos os pacientes submetidos a

cirurgias uro-oncológicas (prostatectomia radical, ressecção transuretral de bexiga, ressecção transuretral de próstata, cistectomia radical à bricker, nefrectomia, linfadenectomia pélvica e penectomia), no 3º dia pós-operatório. Foram excluídos do estudo pacientes com histórico de limitações cognitivas e dificuldades de comunicação verbal, que impossibilitassem a participação na entrevista.

Os pacientes foram entrevistados individualmente, em uma sala privativa. Optou-se por não realizar esta etapa na presença de acompanhantes, para que o indivíduo não sofresse quaisquer influências, sem constrangimento e livre para responder às questões.

Deliberou-se por não gravar as entrevistas, de forma a garantir o anonimato dos participantes e permitir à pesquisadora uma observação mais apurada das expressões durante os relatos e deixar o paciente mais confortável. Iniciou-se com questões referentes aos dados sociodemográficos, seguido da questão norteadora: “Como você se sentiu quando soube que teria que realizar uma cirurgia?”, a qual iremos explorar neste artigo.

As entrevistas duraram, em média, 40 minutos. As respostas foram imediatamente escritas no roteiro de entrevista. Em seguida, foram transcritas para o meio eletrônico, de forma a evitar a perda de dados, sendo realizadas inúmeras leituras e posteriormente, submetidas à análise de conteúdo.

Os dados foram analisados pelos pesquisadores e classificados através de codificação e decomposição, com o uso de cores, para identificar, desta forma, a unidade de significado de cada resposta, associando as que possuíam o mesmo significado para formar as categorias temáticas. A amostra obedeceu ao critério

de saturação de dados.

Utilizou-se a análise de conteúdo temática⁶. Os pesquisadores obedeceram às seguintes etapas: pré-análise e exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. Na primeira, realizou-se uma leitura flutuante dos relatos. Logo após, desenvolveu-se hipóteses que subsidiaram a elaboração de unidades de significação. Em seguida, foi realizada a edição das entrevistas, sendo os roteiros e respostas individuais digitalizadas, com a junção dos textos em trechos que apresentam uma ideia em comum e o uso de cores. Na terceira etapa, ocorreu um processo de reflexão e intuição a partir do embasamento teórico escolhido para este estudo.

Foram seguidas todas as recomendações éticas. Este projeto foi submetido à plataforma Brasil, observando-se os princípios da Resolução 466 de 2012. O Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido de todos os indivíduos envolvidos no estudo por meio escrito, sendo elucidadas todas as suas dúvidas, com garantia do anonimato e direito à desistência em qualquer momento da entrevista, observando-se os princípios da Resolução 510 de 2016, do Conselho Nacional de Saúde.

A coleta de dados prevista para esta pesquisa só foi desenvolvida após a aprovação do Comitê de Ética da instituição em que foi realizada, sendo o projeto aprovado sob número 70384723.1.3001.5274 deste CEP e sob número 70384723.1.0000.5285 do CEP da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Com o objetivo de preservar o anonimato dos participantes, as falas ilustrativas foram identificadas através da sigla P e o número de identificação, exemplo (P01).

Resultados e Discussão

Partindo-se das narrativas dos participantes deste estudo, foram concebidos núcleos de sentido, sendo manifestadas as seguintes categorias: 1 A percepção do risco de vida, o medo, a ansiedade e o descontrole; 2 Redes de apoio; 3 Tristeza e frustração; 4 Resiliência, esperança e expectativa no futuro.

A percepção do risco de vida, o medo, a ansiedade e o descontrole

Diante de uma proposta cirúrgica, o paciente pode sentir-se assustado, ameaçado quanto a sua integridade física e mental devido à técnica invasiva, ao medo da morte, caso essa indicação não seja bem elucidada ou até mesmo imposta como a única alternativa, sem respeitar o poder de participação na tomada de decisão do indivíduo.

Quanto ao estado emocional, os resultados apontaram que, algumas vezes, foi possível observar mais de uma manifestação no mesmo indivíduo. Apenas 02 pacientes informaram que ficaram tranquilos, sendo que um deles logo demonstrou seus medos e insegurança. Nas falas dos pacientes P16 e P08 destaca-se a dificuldade da paciente em refletir acerca do acontecimento, apenas tangenciando o relato de seus sentimentos. Tal dificuldade evidencia-se pela análise da contradição⁷ presente na narrativa. Ela relata inicialmente que ficou tranquila, com reticências. Mas, logo em seguida, observamos a expressão das dúvidas e da percepção do risco de vida entendida por ela, como explicitado na narrativa abaixo:

“Fiquei tranquila... fiquei pensando como ia ser. Se eu ia voltar à vida. Se eu ia conseguir fazer a cirurgia, que era de risco. Eu pensei no depois.” (P16)

“Nada, normal. Já imaginava que tinha coisa errada. Ele (o médico) disse que tinha risco e

fiquei com medo de sangrar até morrer na hora da cirurgia.” (P08)

Percebe-se nessa e nas demais narrativas que o paciente reflete sobre a experiência de, quando se submeter à anestesia, estar sob as mãos da equipe médica, incapaz de decidir sobre si mesmo, vulnerável, sem nenhuma autonomia nesse momento⁸. Sobretudo, o paciente teme estar na mesa de cirurgia sem nenhum poder. Mesmo com o seu corpo sob manipulação de profissionais, ele não apresenta nenhuma autonomia no momento, pela sedação aplicada e isso gera angústia⁹.

Todo esse contexto da intervenção cirúrgica que gera instabilidade, múltiplos sentimentos no paciente, além de dependência imediata na equipe de saúde, podem interferir no curso do procedimento e na sua recuperação, pois é sabido que o estado emocional do ser humano afeta tanto a imunidade quanto a sua condição física¹⁰. Podemos inferir que esses sentimentos apontam para a percepção de que a cirurgia uro-oncológica representa uma ameaça para a integridade física, emocional e psicológica, ou a possibilidade de finitude da vida:

“Eu fiquei assim, né, era negócio de câncer de próstata. Então, eu fiquei assim, com medo. Eu pensei que não iria mais voltar!” (P02)

“{...}O médico também falou que eu poderia ficar com impotência sexual e minha esposa estava comigo. Fiquei triste porque não sabia se o meu casamento sobreviveria a isso” (P29)

Pacientes como o P02, que realizou uma cirurgia eletiva, como a ressecção transuretral da próstata (RTUp), relataram preocupações como medo do câncer de próstata (P02) e deterioração do desempenho da sexualidade (P29)¹¹. Toda essa inquietação, medo e vulnerabilidade nos faz refletir sobre o conceito de autoeficácia, que é a crença

central de que a pessoa tem controle sobre os eventos que podem atingir sua vida. Entende-se que o indivíduo, ao receber o diagnóstico de câncer, vivencia a incerteza do prognóstico e possíveis efeitos colaterais da cirurgia. Tal contexto gera alterações psicológicas e diminui a capacidade de autoeficácia. Dessa forma, pode prejudicar a recuperação, pois quando o controle é perdido, o paciente fica desestabilizado, pode deixar de seguir as orientações de acompanhamento, de fisioterapia. Em vista disso, os resultados desejados, como a recuperação da continência e potência sexual, podem não ser conquistados¹².

Qualquer procedimento cirúrgico, inevitavelmente, desperta alguma reação emocional na pessoa. Muitas vezes, tais reações podem não estar tão claras ou compatíveis com a situação. Cada indivíduo tem sua própria forma de lidar com desafios e mudanças em suas vidas. O paciente, no contexto cirúrgico, pode mostrar-se extremamente fragilizado ao ter que lidar com o desconhecido¹³, como relatou o paciente P03:

“Medo do desconhecido” (P03)

Corroborando a literatura, os depoimentos a seguir apontam que as vivências dos pacientes em pré-operatório são compostas por sentimento de impotência, imprevisibilidade, perda sobre a própria vida, vulnerabilidade e finitude¹⁴:

“Não sei nem o que te dizer. Parece que o chão abriu e eu entrei. Entrei em desespero. Chorei muito em casa” (P12)

“A cabeça pira. Fiquei pensando besteira.” (P22)

“Eu estava com câncer. Eu pensei que ia morrer, porque fiquei 30 dias botando sangue pela urina” (P06)

Pacientes com câncer de bexiga, como a P06,

frequentemente apresentam sintomas físicos, incluindo sangramento, dor, disúria e obstrução urinária. Relatam também desafios emocionais e sociais. Nesses casos, há um prejuízo significativo do desempenho físico, da qualidade de vida mental e social após o diagnóstico¹⁵.

A ansiedade, presente nos discursos do paciente P07 e do P25, geralmente está relacionada ao medo que os pacientes com câncer vivenciam. O medo é uma resposta normal e muitas vezes abrange os aspectos desconhecidos do câncer e do seu tratamento, incluindo o medo da morte, da incapacidade, da dor e sofrimento, e perda ou ruptura de relacionamentos. Mas é imperioso que esse sentimento seja trabalhado pela equipe transdisciplinar, para que o paciente consiga seguir em sua jornada oncológica, sem prejuízo no seu tratamento.

Ao observar o mundo ao nosso redor, identificamos que a sociedade valoriza sempre as pessoas independentes e autossuficientes. Porém, muitos pacientes com câncer experimentam uma perda de controle e perda de independência, que os leva ao medo de que se tornem uma espécie de fardo para seus amigos e familiares, que pode encaminhá-los ao isolamento social.

“Chorei muito. Muito ansioso. Muito triste”
(P07)

“Eu fiquei muito tenso, ansioso, sabendo que poderia não sobreviver...” (P25)

O paciente P25 tinha câncer de bexiga e realizou uma cistectomia radical à bricker. Tal fato corrobora um estudo multicêntrico¹⁶ realizado na Alemanha, com 4.020 pacientes oncológicos, constatou-se que os pacientes com câncer de bexiga e câncer testicular manifestaram maior risco de apresentar altos níveis

de ansiedade.

A ansiedade é um estado emocional de medo, nervosismo, causado pela antecipação na espera da intervenção cirúrgica; a preocupação diante de uma situação iminente, imprevisível e potencialmente ameaçadora; a imaginação sobre a possibilidade de invalidez após o procedimento, de não sobreviver, típica do período pré-operatório¹⁷.

A ansiedade é inerente a vivências ameaçadoras da vida. Porém, quando permanente ou em excesso, pode afetar o manejo anestésico perioperatório. Por gerar uma demanda de doses maiores, prejudica a recuperação pós-anestésica. Eleva o risco, inclusive de dor pós-operatória, das inúmeras complicações cirúrgicas, morte, pior prognóstico e qualidade de vida futura¹⁸.

Os enfermeiros oncologistas e toda a equipe transdisciplinar devem estar atentos e ser capazes de distinguir entre expressões razoáveis de medo e o medo que representa uma síndrome de ansiedade, que requer intervenção. Aspectos importantes a serem observados são a duração e a gravidade dos sintomas. Os níveis basais de ansiedade que podem acompanhar o diagnóstico de câncer incluem choque e irritabilidade, bem como perturbação do sono e do apetite¹⁹.

Desde que os sintomas de ansiedade não interfiram no tratamento, na adesão, ou não sejam intoleráveis para um paciente, nenhuma intervenção específica dos profissionais é necessária, além de fornecer garantias e demonstrar empatia. Observamos que estes sintomas geralmente desaparecem ao longo de vários dias, especialmente com o apoio de profissionais de saúde, familiares e amigos.

Redes de apoio

Os pacientes entrevistados fizeram referência às redes de apoio religiosa, familiar e da própria equipe de saúde.

O enfermeiro oncologista precisa estar atento não somente aos cuidados à beira-leito. Embora a maioria dos enfermeiros compreenda os conceitos psicossociais dos cuidados ao paciente e à família, muitas vezes eles realizam apenas tarefas físicas, como administrar medicamentos, realizar procedimentos e responder às solicitações dos pacientes.

É necessário prestar atenção no cuidado psicossocial e promover, assim, um contexto holístico para cura. Os indivíduos não existem isoladamente. A maioria das pessoas tem relacionamentos que as conectam a uma família, uma comunidade e um sistema de crenças (espiritual ou religioso). Esses laços são importantes para a cura e devem fazer parte do tratamento do câncer.

Frequentemente, as pessoas que experimentam a realidade de conviver com uma doença grave, como o câncer, buscam a religião como estratégia de revigoramento e superação. Notadamente, a religião ajuda no enfrentamento das ameaças vivenciadas por uma doença tão desafiadora como o câncer e serve de apoio na jornada do paciente, por recarregar sua energia, com o suporte da crença, da fé e da comunidade.

A partir de um estudo com pacientes oncológicos²⁰, foi identificado que a doença oncológica favorece a busca pela espiritualidade e religiosidade como mecanismos de enfrentamento da angústia, fonte de esperança e ressignificação do sentido da vida e da finitude. Isso contribui para uma melhor

qualidade de vida. Os pacientes passam a fazer um discurso de uma pessoa mais centrada, menos desestabilizada, mais espiritualizada, mais forte, que prega a solidariedade, conforme verificamos na fala do paciente P25:

“Eu fiquei muito tenso, ansioso, sabendo que poderia não sobreviver. A gente tem fé em Deus né... então, eu sabia que era uma cirurgia bastante complexa. A nossa fé em Deus é muito importante. A gente sabe que a vida não termina aqui. É ter amor com o próximo, fazer o bem.” (P25)

É necessário que os profissionais de saúde reconheçam o papel da família como um importante mecanismo de apoio e continuidade do tratamento oncológico. A presença desse vínculo pode ser determinante na adesão do paciente ao tratamento. Dessa forma, o sucesso da trajetória oncológica está intrinsecamente ligado ao apoio da família ao longo do processo. Podemos destacar, na narrativa do paciente P17, como o apoio da sua esposa transformou seu estado de desespero em aceitação da realidade e adesão ao tratamento:

“Eu joguei um balde de água gelada na minha cabeça. Quis desistir de tudo. Mas, depois, com o apoio da minha esposa, eu resolvi aceitar. Seja o que Deus quiser.” (P17)

Em uma cirurgia eletiva, o paciente tem mais chance de ser preparado, nos aspectos físicos, emocionais, sociais e psicológicos. Quando o paciente é informado claramente sobre a situação pela qual irá passar, aumenta a sua autonomia sobre ela e isso ajuda a diminuir a ansiedade. Ele consegue refletir melhor sobre as questões do cotidiano, não só relacionadas aos cuidados de saúde, mas nas demais adaptações necessárias. Por isso, a importância desse preparo ser realizado por toda a equipe de saúde (serviço social, médico, enfermeiro, nutricionista,

psicólogo, fisioterapeuta). É necessário, assim, implementar a pré-habilitação, que é o processo de ampliação da capacidade funcional e psicológica do paciente, para diminuir os potenciais efeitos deletérios de um estressor significativo, que é o próprio procedimento cirúrgico²¹.

A próxima narrativa indica a importância da preparação pela equipe transdisciplinar, vivenciada pela paciente P24, que realizou uma nefrectomia. Visivelmente, ela demonstrou mais força, confiança e menos vulnerabilidade:

“Eu já operei a mama. Então, quando o médico falou comigo, me passou uma tranquilidade. Eu confiei que daria tudo certo. Agora, com o rim, eu aceito de boa. A nossa psicóloga, que a gente conversou lá em Vassouras, disse que tinha que aceitar. A gente acha que vai dar certo, que pode acontecer com todo mundo.” (P24)

Através da narrativa da paciente P24, observamos que o desenvolvimento de uma relação positiva entre os indivíduos em pré-operatório, a equipe de saúde e a instituição são essenciais para promover o sucesso da cirurgia, através da adesão à terapêutica proposta e a uma construção de confiança durante todo o perioperatório.

Tristeza e frustração

Receber o diagnóstico de câncer é algo extremamente temido, uma fonte de grande sofrimento para os pacientes, como observamos nas narrativas dos pacientes P14 e P09:

“Eu me senti muito triste” (P14)

“Foi um baque. Eu não esperava por isso” (P09)

Eles associam imediatamente o diagnóstico a uma sentença ou risco de morte. Evidentemente, o diagnóstico de câncer gera maior sensação de sofrimento do que doenças não neoplásicas com pior

prognóstico²². A maioria dos pacientes e familiares evita, até mesmo, pronunciar a doença oncológica.

O câncer realmente desestabiliza todos os aspectos da vida do indivíduo. A tristeza e a frustração presentes, conforme podemos destacar no relato do paciente (P28):

“Um choque. Eu cheio de compromissos, tinha que dar uma pausa. Uma coisa que achei que ia demorar meses, foi muito rápido. Já marcaram imediatamente a cirurgia. Levou somente 1 mês após a biópsia!” (P28)

A depressão é agravada ainda mais pela natureza crônica da doença, seu tratamento, dor, cansaço generalizado e anorexia e o pensamento da morte. Foi encontrada uma relação direta entre depressão e nível de deficiência física no câncer²³. Podemos, desse modo, refletir sobre a realidade de um paciente cirúrgico uro-oncológico, que terá que conviver com um bricker (uma derivação urinária incontinente, com saída para a pele abdominal do paciente, que forma um estoma), após uma cistectomia radical.

Na confecção do bricker, a urina do paciente flui dos ureteres, através do segmento intestinal e sai através do estoma para uma bolsa coletora externa. Ou até mesmo uma estenose uretral, ou incontinência disfunção erétil, por uma prostatectomia radical, por exemplo, como observamos na manifestação de tristeza e angústia refletida na narrativa do paciente P27:

“O emocional ficou abalado, minha esposa também. Quando eu fiz o exame de ressonância, disse que era benigno. Aí veio a biópsia e confirmou que era maligno, com a necessidade de retirar a próstata. Aí fiquei mais abalado.” (P27)

Conseguimos, assim, evidenciar que a combinação do procedimento cirúrgico, a conscientização das implicações da doença e do

tratamento testam a estabilidade emocional do paciente.

A cirurgia do câncer geniturinário está frequentemente associada com depressão decorrente de disfunção sexual. Análogo a isso, um indicador de adaptação, que é o funcionamento sexual, explicita a magnitude do problema. Estudos mostraram que $\frac{1}{4}$ dos pacientes com câncer de testículo²⁴ e $\frac{1}{3}$ dos pacientes com câncer de próstata²⁵ sentiram que haviam se tornado menos atraentes para os seus parceiros, além do desejo sexual reduzido.

O médico precisa ser honesto com o paciente e revelar os efeitos colaterais de uma cirurgia, como a prostatectomia radical. O paciente, assim, precisa refletir de forma multifacetada sobre a cirurgia que vai salvar a sua vida e simultaneamente, sobre os possíveis efeitos adversos que vão prejudicar a sua qualidade de vida. Tal cenário gera um sentimento de frustração, como mostra a narrativa do paciente P13:

“Uma surpresa desagradável. Uma operação nunca é algo bom. A gente corre muito risco.”
(P13)

Um estudo de 2014²⁶ revelou que a taxa de prevalência de transtornos depressivos entre pacientes com câncer geniturinário foi de 5,6%. Isso ratifica a importância dos membros das equipes (como cirurgiões oncologistas, enfermeiros, psicólogos) desenvolverem cada vez mais uma habilidade de comunicação livre e aberta com os pacientes, para ajudar a superar o medo pela doença e o emocional, além da frustração e tristeza. Um relacionamento saudável é promovido pela confiança por parte do paciente e muito pelo interesse por parte da equipe assistencial.

Outra observação fundamental, que precisamos

refletir, torna-se necessária: como o comportamento biológico do câncer difere em cada indivíduo, precisamos ter bastante cautela na abordagem e o prognóstico “rígido” da doença deve ser evitado, tanto quanto possível, pelas consequências desastrosas na vida e sentimentos dos pacientes.

Resiliência, esperança e expectativa no futuro

Verificamos nos relatos que os fatores emocionais, sociais e psicológicos refletem o nível de desequilíbrio dos objetivos de vida e a capacidade de cada paciente modificar os planos com o uso de táticas de enfrentamento e a maturidade emocional. Cada um em sua singularidade, de acordo com a própria visão de mundo e experiências vivenciadas.

Narrativas a seguir, como as dos pacientes P01 e P11, ressaltam a importância de uma equipe de saúde disposta a orientar e preparar bem os indivíduos no pré-operatório. Não somente na atenção aos aspectos da cirurgia em si, mas também quanto à realidade do paciente, suas necessidades de adaptação, seus aspectos culturais e rede de apoio. Todos esses pontos são essenciais para diminuir a angústia e a ansiedade, assim como aumentar a confiança que o paciente tem nos profissionais e na instituição.

Podemos inferir que a escuta humanizada e qualificada às necessidades psicológicas, de saúde, de trabalho, culturais e sociais do paciente, para além dos procedimentos assistenciais, é um recurso que restaura o equilíbrio e facilita a adesão à terapia, no decorrer da jornada cirúrgica oncológica.

“Eu falei “Dr, é caso cirúrgico?” Então fiquei tranquila. Dei graças a Deus porque estava dentro de um hospital excelente. Estava em boas mãos.” (P01)

“Fiquei um pouco nervoso, mas aceitei bem. Ele que é o médico, ele que sabe” P11

Uma das principais necessidades psicossociais dos pacientes e familiares é esperança²⁷. A esperança é um dos principais modos pelos quais as pessoas antecipam o futuro e mobilizam recursos para lidar com a sua doença²⁸, como observamos no seguinte relato:

“Eu tinha que operar. Deus ajudando. Tinha que operar para melhorar. Medo todo mundo tem, mas eu creio em Deus” (P05)

Após todo aquele trauma inicial refletido no comportamento de ansiedade, angústia e medo ao saber que necessita passar por um procedimento cirúrgico, o paciente percebe que, para retomar o controle da sua vida, é necessária a realização da cirurgia, conforme retrata a fala da paciente P05. Muitos entendem como a possibilidade de trazer novamente o sentido de suas existências.

A vida nunca é linear e esse conceito é muito importante para o amadurecimento psicológico de cada ser humano. Ela é feita de acontecimentos positivos e outros desafiadores. Existe, portanto, uma aptidão exclusiva de enfrentamento de situações problemáticas, dos conflitos, das adversidades da vida, em cada indivíduo. A essa capacidade, denominamos resiliência.

Quanto mais desenvolvida for essa capacidade na pessoa, mais facilitado será o processo de adaptação diante de uma situação inesperada de doença, como o câncer. A resiliência gera uma verdadeira adaptação e flexibilidade nos indivíduos durante o processo de adoecimento no câncer e isso influencia na melhor adesão ao tratamento²⁹.

Observamos, nos relatos dos pacientes P04, P15, P18, P19, P20 e P26 essa tendência de reajuste, de retorno ao equilíbrio com as suas vivências, depois do choque do diagnóstico. Nota-se, como uma proteção, uma tendência à adaptação para enfrentamento da

nova realidade que se apresenta:

“Uma necessidade” (P15)

“Alívio” (P18)

“Salvar a minha vida” (P04)

“Extremamente confiante” (P26)

“Tinha que fazer” (P19)

“Calma” (P20)

É muito importante que a esperança baseada na realidade seja dada a todos pacientes, mas isso nunca deve excluir a necessidade de franqueza. A divulgação honesta (em relação ao diagnóstico e prognóstico) deve ser equilibrada por uma esperança realista, por parte dos profissionais. Porém, na prática, isso pode ser um grande desafio para os enfermeiros e médicos oncologistas, especialmente quando os familiares dizem que os profissionais devem contar a verdade ao paciente.

Conclusão

Os resultados desta pesquisa salientam que as experiências dos pacientes uro-oncológicos que vivenciam uma cirurgia como proposta de tratamento são permeadas pelos significados de percepção do risco de vida, de medo, ansiedade, descontrole; de tristeza e frustração; de resiliência e expectativa no futuro.

É necessário um olhar diferenciado e uma sensibilidade por toda a equipe de saúde sobre toda a jornada do paciente cirúrgico oncológico: o pré, o trans e o pós-operatório, com empatia pelo risco oferecido ao paciente em relação a todos os aspectos das suas vidas.

Existe o risco de morte, o risco de dificuldade de adaptação social, de retorno ao trabalho, de manter seus relacionamentos amorosos ou de amizade como antes. Tudo isso ameaça o paciente fisicamente e

psicologicamente e exige um trabalho e habilidades muito acima da técnica assistencial, dos cuidados à beira-leito ou operatória.

É imprescindível que a equipe transdisciplinar, principalmente o enfermeiro oncologista (por ser o profissional que passa 24 horas ao lado do paciente em proposta cirúrgica) identifique as características e evoluções do medo, da ansiedade, da frustração, do desespero e da tristeza do paciente, como todas essas manifestações se apresentam dia após dia e a influência na adesão ao tratamento, como nas condições físicas e psicológicas do paciente.

São experiências muito frequentes, principalmente ao diagnóstico, que tendem a uma adaptação e retomada do equilíbrio com o passar do tempo. Caso sejam percebidas barreiras ou dificuldades para essa retomada, torna-se necessário o suporte e encaminhamento para outros profissionais, como psicoterapeutas, psicólogos, assistentes sociais ou psiquiatras.

O apoio psicológico e a educação são necessários para aliviar o sofrimento dos pacientes, a depressão, o medo, a ansiedade, o desespero e a angústia de lidar com a incapacidade resultante da doença ou da terapia cirúrgica. Os profissionais devem fornecer orientação aos pacientes, logicamente dentro do universo de cada um deles, das suas particularidades, para viabilizar um equilíbrio e restauração das condições de vida e adesão ao tratamento.

Em aspectos práticos, é extremamente necessário, na realidade da uro-oncologia cirúrgica, o acompanhamento de profissionais estomaterapeutas no pré e pós-operatório de uma cistectomia radical à bricker, para desmistificar e oferecer o cuidado específico demandado. É sabido que a fisioterapia

quando iniciada logo após a retirada da sonda vesical acelera a recuperação da continência³⁰.

Portanto, após uma prostatectomia radical, é fundamental o acompanhamento pré e pós-operatório por um serviço de fisioterapia uroginecológica, para a reabilitação e o acompanhamento das disfunções erétil e urinárias, com o objetivo de oferecer uma melhor qualidade de vida aos pacientes uro-oncológicos.

Com o tratamento cirúrgico dos cânceres urológicos, observamos que as atividades de vida diária são alteradas. Os pacientes com câncer urológico muitas vezes têm de lidar com consequências físicas e psicossociais a longo prazo que afetam a sua qualidade de vida. Em particular, a natureza crônica da doença e a diversidade de opções de tratamento exigem uma maior capacitação dos pacientes³¹.

Portanto, é necessário que os profissionais de saúde estimulem o desenvolvimento da capacidade de resiliência individual e de enfrentamento. Como recursos facilitadores para a adaptação, as orientações para o pós-operatório precisam estar de acordo com a realidade de cada um para que, de fato, tenha resultado esperado e sejam exequíveis naquele determinado contexto de vida. Logo, os pacientes e familiares, desprovidos do sentimento de frustração, permanecem mais fortalecidos e capacitados para enfrentar a nova realidade que se apresenta.

Verifica-se, assim, a importância da consulta de enfermagem para o acompanhamento de pacientes com cânceres urológicos em tratamento cirúrgico, além do enfermeiro reconhecer todas as influências socioculturais na trajetória da terapêutica e incluí-las no plano de cuidados. Identificar a rede de apoio,

todos os recursos e inferências, para organizar a trajetória cirúrgica da forma mais eficiente e promover uma cultura de segurança mais qualificada, com o engajamento da equipe, do paciente e do seu núcleo familiar.

Ressalta-se as limitações presentes no estudo, pela coleta de dados refletir a realidade de um único núcleo assistencial. Recomenda-se pesquisas futuras, em que outras realidades sejam exploradas e seja legitimada a relevância de conhecer a visão do indivíduo quanto ao seu diagnóstico e proposta terapêutica de cirurgia uro-oncológica, com o intuito de oportunizar uma reflexão contínua sobre melhorias relacionadas ao cuidado, à segurança e à qualidade do atendimento prestado.

Referências

1. Greer S. Psycho-oncology: Its aims, achievements and future tasks. *Psycho-Oncology*. 1994; 3(2):87-101.
2. Burke C. Psychosocial dimensions of oncology nursing care. Atlanta: Oncology Nursing Press; 1998.
3. Diefenbach NEM, Mohamed E, et al. Longitudinal associations among quality of life and its predictors in patients treated for prostate cancer: the moderating role of age. *Psychology, Health and Medicine*. 2008; 13(2):146-61.
4. Carvalho, ARS, Matsuda, LM, Stuch, RAG, Coimbra, JAH. Investigando as orientações oferecidas ao paciente em pós-operatório de revascularização miocárdica. *Rev Eletrônica Enferm*. 2008; 10(2):504-12.
5. Inman DM, Maxson PM, Johnson KM, Myers RP, Holland DE. The impact of follow-up educational telephone calls on patients after radical prostatectomy: Finding value in low-margin activities. *Urol Nurs*. 2011; 31(2):83-91.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2016.
7. Lopes M, Nascimento LC, Zago MMF. Paradox of life among survivors of bladder cancer and treatments. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50:224-31.
8. Wontrich SH, Quintana AM, Moré CL, Oliveira SG. Significados da cirurgia cardíaca para pacientes submetidos ao processo cirúrgico. *Interação em Psicologia*. 2016; 20:20-29.
9. Oliveira MF, Luz PL. O impacto emocional da cirurgia cardíaca. In: Filho, J.M. & Burd, M. (Org.). *Psicossomática Hoje*. Rio de Janeiro: Artmed. 2010; 313-49.
10. Majumdar JR, Vertosick EA, Cohen B, Assel M, Levine M, Barton-Burke M. Preoperative anxiety in patients undergoing outpatient cancer surgery. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2019; 6:440-45.
11. Hall JC, Hall JL, McRae PJ. The quality of life of patients on a waiting list for transurethral resection of the prostate. *Journal of Quality Clinical Practice* 1996; 16:69-73.
12. Weber BA, Roberts BL, Yarandi H, Mills TL, Chumbler NR, Wajsman Z. The impact of dyadic social support on self-efficacy and depression after radical prostatectomy. *J Aging Health*. 2007; 19(4):630-45.
13. Freiberger MF, Mudrey ES. A importância da visita pré-operatória para sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. *Rev Cie Fac Edu Mei Amb*. 2011; 2(2):1-26.
14. Wontrich SH, Quintana AM, Camargo VP, Quadros COP, Naujorks AA. Significados e vivências mediante a indicação cirúrgica para pacientes cardíacos. *Psicologia em Estudo*. 2013; 18(4):609-19.
15. Mohamed NE, Diefenbach MA, Goltz HH, Lee CT, Latini D, Kowalkowski M, et al. Muscle invasive bladder cancer: from diagnosis to survivorship. *Adv Urol*. 2012; 135-42.
16. Goerling U, Hinz A, Koch-Gromus U, et al. Prevalence and severity of anxiety in cancer patients: results from a multi-center cohort study in Germany. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2023; 149:6371-6379.
17. Maeng LY, Milad MR. Sex Differences in Anxiety Disorders: Interactions between Fear, Stress, and Gonadal Hormones, Hormones and Behavior. 2015; 76:106-117.
18. Cheng JYJ, Wong BWZ, Chin YH, Ong ZH, Ng CH, Tham HY, et al. Preoperative concerns of patients undergoing general surgery. *Patient Education and Counseling*. 2021; 104(6):1467-

1473.

19. Die Trill M. Anxiety and sleep disorders in cancer patients. *EJC Suppl.* 2013; 11(2):216-224.

20. Miranda SL, Lanna MAL, Felipe WC. Espiritualidade, depressão e qualidade de vida no enfrentamento do câncer: estudo exploratório. *Psicologia: Ciência e Profissão.* 2015; 35(3):870-885.

21. Carli F, Zavorsky GS. Optimizing functional exercise capacity in the elderly surgical population. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2005; 8(1):23-32.

22. Mishel MH, Hostetter T, King B, Graham V. Predictors of psychosocial adjustment in patients newly diagnosed with gynecological cancer. *Cancer Nursing.* 1984; 7:291-299.

23. Buckberg J, Penma C, Holland JC. Depression in hospitalized cancer patients. *Psychomed.* 1984; 46:199-212.

24. Hannah MT, Gritz E, Wellisch DK, Fobair P, Hoppe RT, Bloom JR, et al. Changes in marital and sexual functioning in long term survivors and their spouses: testicular cancer versus Hodgkin's disease. *Psycho-Oncology.* 1992; 2:89-103.

25. Schag CA, Ganz PA, Wing DS, Sim MS, Lee JJ. Quality of life in adult survivors of lung, colon and prostate cancer. *Qual Life Res.* 1994; 3(2):127.

26. Walker J, Hansen CH, Martin P, Symeonides S, Ramessur R, Murray G, et al. Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. *Lancet Psychiatry.* 2014; 1:343-350.

27. Lynch A, Burnett C. Ethical dimensions and communication issues in nursing patients with advanced metastatic cancer. *Annals of the New York Academy of Sciences.* 1997; 809:172-178.

28. Kodish E, Post SG. Oncology and hope. *Journal of Clinical Oncology.* 1995; 13(7):1817-1822.

29. Soratto MT, Silva DM, Zugno PI, et al. Espiritualidade e resiliência em pacientes oncológicos. *Saúde e Pesquisa.* 2016; 9(1):53-63.

30. Franke JJ, Gilbert WB, Grier J, Koch MO, Shyr Y, Smith JA Jr. Early post-prostatectomy pelvic floor biofeedback. *J Urol.* 2000; 163(1):191-193.

31. McAllister M, Dunn G, Payne K, et al. Patient empowerment: the need to consider it as a measurable patient-reported outcome for chronic conditions. *BMC Health Services Research.* 2012; 12:157.