

**FUNDAÇÃO ANTÔNIO PRUDENTE
A.C.CAMARGO CANCER CENTER**

PRISCILA JÉSSICA D'AVILA CORDEIRO

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS
PARA NAVEGAÇÃO DE PACIENTES COM CÂNCER
COLORRETAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ESTUDO
MULTIMÉTODO**

Dissertação de Mestrado Profissional apresentado à
Fundação Antônio Prudente como requisito para
obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Cuidados Oncológicos Centrados
no Paciente.

Orientadora: Dra. Maria das Graças Silva Matsubara

Coorientadora: Dra. Patricia Gomes Ferreira da Costa

São Paulo

2025

FICHA CATALOGRÁFICA

Cordeiro, Priscila Jéssica D'Avila .

Construção e validação de instrumentos para navegação de pacientes com câncer colorretal no Sistema Único de Saúde: estudo multimétodo. / Priscila Jéssica D'Avila Cordeiro. São Paulo, 2025.

203f.

Trabalho aplicado (Mestrado Profissional) - Fundação Antônio Prudente. Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.

Orientador: Maria das Graças Silva Matsubara.

1. Navegação de pacientes, 2. Neoplasias colorretais, 3. Sistema Único de Saúde

CDU 616

Elaboração eletrônica pela Biblioteca A.C.Camargo-Fundação Antonio Prudente

*Todos os direitos reservados à FAP. A violação dos direitos autorais constitui crime, previsto no art. 184 do Código Penal, sem prejuízo de indenizações cabíveis, nos termos da Lei nº 9.610/08.

Priscila Jéssica D'Avila Cordeiro

Construção e validação de instrumentos para navegação de pacientes com câncer colorretal no Sistema Único de Saúde: estudo multimétodo

Aprovado em: 16 de dezembro de 2025.

Banca Examinadora

Orientador: Dra Maria das Graças Silva Matsubara

Instituição: Fundação Antônio Prudente

Coorientadora: Dra. Patrícia Gomes Ferreira da Costa

Instituição: Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Membro da banca: Raquel de Souza Ramos

Instituição: Instituto Nacional de Câncer

Membro da banca: Rubens Kesley Siqueira

Instituição: Instituto Nacional de Câncer

Membro da banca suplente: Rita de Cássia Freitas Bandeira

Instituição: Instituto de Câncer de São Paulo/ICESP

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus filhos Igor e Lara pela compreensão, ao meu esposo Leonaldson pelo apoio incondicional, amor e amizade durante todo o percurso do mestrado e aos meus pais, Ézio e Suely que me ensinaram o caminho correto.

À Célia, que me deu suporte familiar para continuar.

À minha orientadora Maria Matsubara e à minha coorientadora Patricia Gomes pelo exemplo de profissionalismo, respeito, ética e compromisso com a ciência.

Aos profissionais e pacientes que, com suas histórias e desafios, inspiraram a construção desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que colaboraram e contribuíram em todas as fases deste trabalho, em especial à Dra. Célia Maria de Freitas, pela revisão da cartilha e apoio em todas as etapas; à Karine Taveira, pela construção da base de dados da revisão integrativa da literatura; ao Gustavo Fiorin, pelo design gráfico da cartilha de orientação ao paciente com câncer colorretal; e ao Rafael Lima, pelos registros do grupo focal.

RESUMO

Cordeiro PJA. **Construção e validação de instrumentos para navegação de pacientes com câncer colorretal no Sistema Único de Saúde: estudo multimétodo.** [Dissertação]. São Paulo; Fundação Antônio Prudente; 2025.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima 45.630 novos casos de câncer colorretal (CCR) por ano no Brasil, entre 2023 e 2025, sendo o segundo mais incidente entre homens e mulheres na região Sudeste (excluídos tumores de pele não melanoma). Em 2020, o CCR causou 20.245 óbitos no país; uma taxa de 9,56 por 100 mil habitantes. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso e prognóstico das pessoas com câncer são impactados por desigualdades sociais, limitações de recursos e insumos, além da fragmentação dos serviços de saúde. Nesse cenário, a adoção de estratégias de navegação apoiadas em instrumentos estruturados e adaptados à realidade do sistema tende a aprimorar o percurso assistencial, promovendo o diagnóstico e o tratamento em tempo oportuno, reduzindo barreiras ao cuidado e fortalecendo a integralidade e a equidade na atenção oncológica. Essa pesquisa visa construir e validar instrumentos para a navegação de pacientes com CCR, do diagnóstico ao tratamento, atendidos no SUS. Para isso, o estudo multimétodos teve abordagem qualiquantitativa e foi composto por seis fases distintas e interligadas: revisão integrativa da literatura; construção dos instrumentos; pré-teste dos instrumentos; estudo Delphi com painel multidisciplinar de especialistas; grupo focal com pacientes com CCR; e consolidação dos resultados. O conjunto final de instrumentos foi elaborado a partir da revisão de dez artigos e adaptado à realidade do SUS, resultando em cinco instrumentos: linha de cuidado do CCR; fluxograma do CCR; protocolo de primeira consulta de enfermagem; protocolo de consulta para o tratamento adjuvante e neoadjuvante; e cartilha de orientação ao paciente, em versões física e digital. O pré-teste contou com cinco profissionais da prática clínica, obtendo Índice de Validade de Conteúdo (IVC) de 1,0. Na validação de conteúdo, 11 especialistas participaram, alcançando média de 8,6 pelos critérios de Fehring e IVC de 0,92. O grupo focal, composto por quatro pessoas com CCR, contribuiu para ajustes na cartilha e confirmou a pertinência dos conteúdos dos demais instrumentos. A construção, validação e uso dos cinco instrumentos para a navegação de pacientes com CCR no SUS foi validada com rigor científico e alto índice de concordância, otimizando a coordenação do cuidado e a facilitação do acesso aos serviços da Rede de Atenção. Com isso, foi possível privilegiar a integralidade da atenção à saúde, em toda a linha de cuidado, promovendo e qualificando a navegação para a continuidade da assistência. A expectativa é que, futuramente,

os instrumentos possam ser adaptados e aplicados a todas as linhas de cuidado oncológico, em todas as instâncias do SUS.

Palavras-chave: Navegação de pacientes; Neoplasias colorretais; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Cordeiro PJA. **Construction and validation of instruments for patient navigation with colorectal cancer in the Brazilian Unified Health System: a multimethod study.** [Dissertação]. São Paulo; Fundação Antônio Prudente; 2025.

The National Cancer Institute (INCA) estimates 45,630 new cases of colorectal cancer (CRC) per year in Brazil between 2023 and 2025, ranking as the second most frequent cancer among men and women in the Southeast region (excluding nonmelanoma skin tumors). In 2020, CRC caused 20,245 deaths in the country, with a rate of 9.56 per 100,000 inhabitants. Within the context of the Brazilian Unified Health System (SUS), access and prognosis for people with cancer are affected by social inequalities, limited resources and supplies, and fragmentation of health services. In this scenario, adopting navigation strategies supported by structured instruments adapted to the system's reality tends to improve the care pathway, promoting timely diagnosis and treatment, reducing barriers to care, and strengthening comprehensiveness and equity in oncology care. This research aims to develop and validate instruments for the navigation of patients with CRC, from diagnosis to treatment, within the SUS. For this purpose, a multimethod study was conducted using a qualitative and quantitative approach, comprising six interrelated phases: integrative literature review; construction of the instruments; pre-testing of the instruments; Delphi study with a multidisciplinary panel of experts; focus group with patients with CRC; and consolidation of results. The final set of instruments was developed based on a review of ten articles and adapted to the SUS context, resulting in five instruments: colorectal cancer care pathway; colorectal cancer flowchart; protocol for the first nursing consultation; protocol for adjuvant and neoadjuvant treatment consultation; and a patient guidance booklet, available in both print and digital formats. The pre-test involved five clinical practice professionals, achieving a Content Validity Index (CVI) of 1.0. In the content validation stage, 11 specialists participated, reaching an average score of 8.6 according to Fehring's criteria and a CVI of 0.92. The focus group, composed of four individuals with CRC, contributed to adjustments in the booklet and confirmed the relevance of the contents of the other instruments. The construction, validation, and application of the five instruments for CRC patient navigation in the SUS were scientifically validated with a high level of agreement, optimizing care coordination and facilitating access to services within the Health Care Network. Consequently, it was possible to strengthen the comprehensiveness of health care throughout the care pathway, promoting and qualifying navigation for continuity of care. It is expected

that, in the future, these instruments can be adapted and applied to all oncology care pathways across all levels of the SUS.

Keywords: Patient navigation; Colorectal neoplasms; Unified Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Fluxograma das fases do desenho da pesquisa	42
Figura 2	Abordagem metodológica da pesquisa.....	52
Figura 3	Fluxograma de identificação e seleção de estudos-Protocolo PRISMA	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Quadro da classificação para peritos proposto por <i>Fehring</i>	47
Tabela 2	Quadro da consolidação dos instrumentos desenvolvidos e seus respectivos processos de construção e validação	53
Tabela 3	Quadro das características dos estudos incluídos na revisão de literatura	56
Tabela 4	Concordância na fase pré-teste sobre a linha de cuidados do CCR	62
Tabela 5	Concordância na fase pré-teste sobre os fluxogramas do diagnóstico ao tratamento do CCR.....	62
Tabela 6	Concordância na fase pré-teste sobre o instrumento de primeira consulta de enfermagem.....	62
Tabela 7	Concordância na fase pré-teste sobre o instrumento de consulta de enfermagem para o tratamento neoadjuvante e adjuvante	62
Tabela 8	Concordância na fase pré-teste sobre a cartilha de orientação do paciente com CCR.....	63
Tabela 9	Classificação dos especialistas participantes da etapa de validação dos instrumentos sobre CCR.....	64
Tabela 10	Concordância relacionada ao instrumento de primeira consulta de enfermagem	65
Tabela 11	Concordância relacionada ao instrumento de consulta de enfermagem para o tratamento adjuvante e neoadjuvante	66

Tabela 12	Concordância relacionada a cartilha de orientações para paciente com câncer colorretal	67
Tabela 13	Perfil sociodemográfico e clínicos dos participantes no grupo focal	68
Tabela 14	Quadro das citações, análises inferenciais e códigos referentes à percepção de pacientes com CCR sobre a jornada do diagnóstico ao tratamento e sobre a cartilha de orientação	69

LISTA DE ABREVIATURAS

APC	Adenomatous polyposis coli
CCR	Câncer colorretal
CMS	subtipagem molecular de consenso
EPCAM	Molécula de adesão de células epiteliais
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
FACT-C	Avaliação Funcional da Terapia do Câncer Colorretal
FAP	Polipose adenomatosa familiar
GIST	Tumor Estromal Gastrointestinal
GF	Grupo focal
GM	Gabinete do Ministro
HADS-D	Escala de Ansiedade e Depressão
HNPCC	Câncer colorretal hereditário não polipóide
IHQ	Imunohistoquímica
IVC	Índice de validade de Conteúdo
MLH1	Homólogo MutL 1
MMR	Mismatch repair genes
MMRd	Mismatch repair genes deficient
MSH2	Homólogo 2 de MutS
MSH6	Homólogo 6 de MutS
MSI	Microsatellite instability
MSI-H	Microsatellite instability- High
MSI-L	Microsatellite instability-Low
MSS	Microsatellite Stable
MYC	Myelocytomatosis oncogene
NIC	Nursing Interventions Classification)
NOC	Nursing Outcomes Classification
NP	Navegação de pacientes
OIN	Oncology Interactive Navigator
PCR	Polymerase Chain Reaction
PE	Processo de Enfermagem
PMS2	PMS1 Homolog 2
PNPCC	Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-
REDCAP	Analyses Research Electronic Data Capture

RL	Revisão da literatura
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
TC	Tomografia computadorizada

LISTA DE SIGLAS

AJCC	American Joint Committee on Cancer
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
FDA	Food and Drug Administration
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
NANDA I	North American Nursing Diagnosis Association International
OCEBM	Oxford Centre for Evidence-Based Medicine
SAES	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
SER	Serviço Estadual de Regulação
SUS	Sistema único de saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
VBHC	Value-Based Health Care

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	JUSTIFICATIVA	20
3	OBJETIVOS	21
2.1	Objetivo geral	21
2.2	Objetivos específicos	21
3.3	Delimitações de Escopo	22
4	REFERENCIAL TEÓRICO	23
4.1	Rede de Atenção à Saúde	23
4.2	Rede de Atenção Oncológica e o Ordenamento Jurídico Brasileiro	25
4.3	Navegação de Pacientes com Câncer Colorretal	28
4.3.1	O câncer colorretal	28
4.3.2	Contexto histórico, princípios e objetivos da navegação de pacientes	30
4.3.3	O papel do enfermeiro navegador	32
4.3.4	A navegação de pacientes nas etapas da jornada oncológica	33
4.3.5	Instrumentos aplicados à navegação oncológica	34
4.4	Do Processo de Enfermagem na Coordenação do Cuidado	36
4.4.1	O processo de enfermagem	36
4.4.2	Diagnósticos de enfermagem	36
4.4.3	Implementação de enfermagem	38
4.4.4	Resultados esperados	39
5	MÉTODOS	41
5.1	Tipo de estudo	41
5.2	Desenho do estudo	41
5.3	Fase 1 - Revisão Integrativa da literatura	42
5.4	Fase 2 - Construção dos instrumentos para a navegação	44
5.5	Fase 3 - Pré-teste dos instrumentos pilotos	45
5.6	Fase 4 - Aplicação do resultado em rodadas Delphi para comitê de especialista ...	46
5.7	Fase 5 - Grupo focal com pacientes	49
5.8	Fase 6 - Tratamento dos dados e consolidação dos instrumentos	51
5.9	Preceitos Éticos em Pesquisa	51
6	RESULTADOS	54

6.1	Fase 1 - Revisão de literatura	54
6.2	Fase 2 - Construção dos instrumentos para a navegação.....	59
6.2.1	Linha de cuidado do CCR	60
6.2.2	Fluxograma do CCR do Hospital Orêncio de Freitas.....	60
6.2.3	Primeira consulta de enfermagem para o paciente com CCR	60
6.2.4	Consulta de enfermagem para o tratamento adjuvante e neoadjuvante para o paciente com CCR.....	60
6.2.5	Cartilha de orientação para o paciente com câncer colorretal (física).....	61
6.3	Fase 3 - Pré-teste dos instrumentos pilotos	61
6.4	Fase 4 - Aplicação do Instrumentos Aprimorados em Rodadas Delphi para Comitê de Especialistas	63
6.5	Fase 5 - Grupo focal com pacientes.....	67
6.6	Fase 6 - Tratamento dos dados e consolidação dos instrumentos	72
7	DISCUSSÃO	74
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
8.1	Contribuições da Pesquisa	80
8.2	Limitações da Pesquisa.....	81
8.3	Implicações para a prática e perspectivas de continuidade da pesquisa.....	82
9	REFERÊNCIAS	83
	APÊNDICES	92
	ANEXO.....	202

1 INTRODUÇÃO

O Instituto Nacional de câncer (INCA) estima que o número de casos novos de câncer colorretal (CCR) para o Brasil, para cada ano do triênio de 2023 a 2025, é de 45.630 casos, correspondendo a um risco estimado de 21,10 casos por 100 mil habitantes, sendo 21.970 casos entre os homens e 23.660 casos entre as mulheres. O CCR está na terceira posição entre os tipos de câncer mais frequentes no Brasil e é o segundo mais incidente entre homens (28,62 casos por 100 mil) e mulheres (28,88 por 100 mil) na Região Sudeste, sem considerar os tumores de pele não melanoma¹.

Em relação à mortalidade, ocorreram 20.245 óbitos por CCR (9,56 por 100 mil) em 2020: entre os homens houve 9.889 óbitos, correspondendo a 9,55 mortes por 100 mil homens; entre as mulheres, 10.356 mortes, correspondendo a 9,57 óbitos por 100 mil mulheres¹.

A maioria dos CCR tem origem em pólipos adenomatosos, cujo tempo necessário para a transformação maligna ocorre em cerca de 10 anos. A sequência adenoma-carcinoma foi descrita em 1978 por Morson e suas bases científicas são sustentadas por algumas evidências: maior risco de desenvolvimento de CCR em pacientes com adenoma e redução do risco naqueles submetidos à polipectomia; estudos histopatológicos demonstrando focos de adenocarcinomas em pólipos adenomatosos e vice-versa; progressão invariável de adenoma para adenocarcinoma em pacientes portadores de síndromes hereditárias, como a polipose adenomatosa familiar (FAP). A outra via de carcinogênese é a chamada serrilhada, que envolve pólipos serrilhados como lesões precursoras e dá origem a aproximadamente 12 a 15% dos CCR².

Além da predisposição genética, os principais fatores de risco estão associados à obesidade e ao estilo de vida, como sedentarismo, uso regular de álcool, tabagismo, baixo consumo de fibras, frutas e vegetais. Sua ocorrência é majoritariamente esporádica e somente 10% está relacionada a fatores hereditários. As síndromes hereditárias mais comuns são a FAP e o câncer colorretal hereditário não polipóide (HNPCC; síndrome de Lynch). As mutações autossômicas dominante no gene APC, em seu locus 5q21, se relacionam ao fator de transcrição e à β -catenina e são responsáveis pela aparição de centenas a milhares de pólipos na FAP, enquanto a fisiopatogenia da HNPCC se deve à mutação nos genes de reparo do DNA (*mismatch repair genes*), principalmente nos MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM, que levam à instabilidade de microssatélites e, finalmente, erros de replicação do DNA³.

O diagnóstico definitivo é realizado por colonoscopia com biópsia da lesão e seu estadiamento segue a classificação do sistema TNM (tumor, nódulos e metástase) do *American*

Joint Committee on Cancer (AJCC, 9ª edição)³. O tratamento do CCR pode ser realizado com cirurgia *Up-front*, quimiorradiação neoadjuvante convencional ou total e quimioterapia adjuvante, a depender da topografia do tumor e do seu estadiamento⁴.

A linha de cuidado para a pessoa com câncer compreende as fases de diagnóstico, tratamento, reabilitação e seguimento. É um processo complexo, que depende de uma rede de saúde integrada, equipe multidisciplinar, recursos materiais, adesão e envolvimento do paciente e da sua família.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso e prognóstico são agravados por disparidades sociais, escassez de recursos e insumos, além de ainda ser um sistema de saúde fragmentado. Esses fatores impactam em todos os aspectos do *continuum* da saúde e são acentuados nas populações de baixo nível socioeconômico, que enfrentam barreiras que retardam o atendimento oportuno e diminuem as sobrevidas global e livre de doença⁵.

A fim de melhorar este cenário, o primeiro programa de navegação de pacientes foi concebido e iniciado em 1990, no distrito do Harlem, na cidade de Nova York, pelo Dr. Harold Freeman. A navegação do paciente é uma intervenção de prestação de serviços de saúde centrado no paciente, que visa promover o acesso ao diagnóstico e tratamento de câncer e outras doenças, eliminando as barreiras ao atendimento. Facilitar acesso e otimizar a transversalidade da linha de cuidados por meio de intervenções específicas e coordenadas, como a orientação proativa, a assistência para a superação de barreiras ou disparidades são algumas das funções do navegador⁶.

Promover o diagnóstico precoce e o início do tratamento oportuno está previsto no direito positivo: assegurar o princípio constitucional fundamental da dignidade da pessoa humana. Este reconhecimento está previsto na lei nº 14.758/23, que institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do SUS e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer⁷. A norma legal tem como objetivo principal mitigar barreiras que possam prejudicar as medidas de prevenção e controle da doença. Além disso, a atuação do enfermeiro navegador foi normatizada pela resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN-RJ) nº 735 de 17 de janeiro de 2024⁸.

Apesar disso, tais instrumentos normativos e regulamentadores ainda se mostram insuficientes diante dos desafios reais de navegar pacientes oncológicos no SUS, seja pela fragmentação dos serviços ou pela carência do acesso ao tratamento com qualidade.

2 JUSTIFICATIVA

Considerando a relevância da incidência do CCR no Brasil e os benefícios potenciais que a navegação de pacientes com câncer determina ao modificar positivamente os desfechos clínicos e a qualidade da assistência, este estudo tem como pergunta norteadora: *Quais dados são necessários para compor instrumentos que sistematizem a navegação de pacientes com câncer colorretal atendidos no Sistema Único de Saúde?*

Por conseguinte, este estudo se fundamenta no seguinte pressuposto: os programas de navegação no SUS ainda são incipientes; a construção e validação de instrumentos que atendam a critérios de validade e confiabilidade, possibilitam a padronização das informações, podendo facilitar a navegação de pacientes com câncer colorretal atendidos nesse sistema.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Construir, adaptar e validar instrumentos de apoio à navegação de pacientes com câncer colorretal (CCR), no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), capazes de facilitar a coordenação do cuidado, reduzir barreiras ao acesso e promover a integralidade do percurso assistencial, desde o diagnóstico até o tratamento final.

3.2 Objetivos Específicos

- Realizar uma revisão integrativa da literatura para mapear instrumentos de navegação oncológica em CCR existentes e identificar componentes essenciais – linha de cuidado, fluxos, protocolos e material educacional – passíveis de adaptação ao SUS.
- Construir um conjunto padronizado de instrumentos para navegação em CCR alinhados às diretrizes e à realidade operacional do SUS.
- Conduzir pré-teste dos instrumentos com profissionais da prática clínica, para aferir adequação operacional, clareza e aplicabilidade, estabelecendo ajustes iniciais necessários.
- Validar o conteúdo dos instrumentos, por meio de estudo Delphi, com painel multidisciplinar de especialistas, buscando consenso em elementos essenciais e critérios de usabilidade.
- Explorar a percepção, aceitabilidade e compreensão do material informativo (cartilha) junto a pacientes com CCR, por meio de grupo focal, incorporando recomendações para adequação linguística, cultural e de acessibilidade.
- Mapear, nestes fóruns, a visão de pacientes com CCR sobre qualidade de vida, de modo a subsidiar o aprimoramento de instrumentos de apoio à navegação em saúde.
- Consolidar e ajustar a versão final do conjunto de instrumentos, com base nos achados das fases anteriores, documentando mudanças e justificativas metodológicas (controle de versão).
- Produzir recomendações práticas para implantação piloto no SUS, incluindo orientações de uso, responsáveis pela aplicação e indicadores mínimos de monitoramento da navegação (sem incorporar avaliação de efetividade clínica como parte desta etapa).

3.3 Delimitações de Escopo

No sentido da delimitação do escopo da presente pesquisa, não se pretende:

- Avaliar o impacto clínico em desfechos de sobrevida ou recorrência (ex.: análise de sobrevida, taxa de recidiva). Essa investigação foca na construção e validação de instrumentos; avaliações de efetividade clínica exigem estudos longitudinais/pilotagem com seguimento.
- Realizar análise econômica completa (*cost-effectiveness*) da implantação dos instrumentos no SUS. Custos e benefícios econômicos demandam estudos dedicados à avaliação de custo-efetividade pós-implantação.
- Desenvolver sistema tecnológico completo (*software* ou aplicativo) com integração a prontuários eletrônicos e interoperabilidade. A pesquisa incluiu versão digital da cartilha e documentos em PDF, mas não a engenharia nem a integração de sistemas de TI.
- Validar uso em populações pediátricas, neurodivergentes, com distúrbios psiquiátricos ou alopsíquicos atestados em prontuário médico ou com neoplasias não colorretais. O foco foi estritamente em adultos com CCR.
- Implementar em larga escala ou avaliar a implementação (*scale-up*) em múltiplas regiões do SUS. O estudo fornece instrumentos validados e recomendações para piloto, porém não executa ou avalia *rollout* sistêmico.
- Realizar intervenções clínicas ou modificações de protocolos terapêuticos. O papel dos instrumentos é orientar a navegação e a coordenação; não propor alterações clínicas terapêuticas.
- Ampliar as fronteiras desse estudo para as barreiras estruturais macro (financiamento nacional, regulamentação federativa, reformas legais). Tais questões institucionais e políticas extrapolam o escopo metodológico proposto, embora sejam reconhecidas como condicionantes importantes na oferta do cuidado oportuno e adequado.
- Coletar dados quantitativos extensivos para modelagem estatística complexa (ex.: predição de tempos-*to-event* com grande amostra). A abordagem qualiquantitativa e as amostras usadas visam à validação de conteúdo e à aceitabilidade, não a uma modelagem preditiva robusta, neste primeiro momento da pesquisa.
- Abranger a atuação de navegadores não profissionais-incluindo voluntários, acompanhantes, cuidadores informais, agentes comunitários sem formação específica em saúde oncológica ou pessoas em funções administrativas sem formação técnica e clínica. O foco foi estritamente navegadores profissionais, em especial, enfermeiros oncológicos.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Rede de Atenção à Saúde

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) pode ser definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”⁹.

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica⁹.

Um dos objetivos fundamentais do sistema de atenção à saúde e da RAS é a qualidade na prestação de serviços de saúde. A qualidade na atenção em saúde é compreendida como pressupostos de excelência do cuidado em seis dimensões a saber:⁹

- Segurança (evitar riscos que podem gerar danos e atuar na prevenção, diagnóstico e tratamento).
- Efetividade (utilizar-se do conhecimento para implementar ações que produzem benefícios claros aos usuários).
- Centralidade na pessoa (usuários devem ser respeitados em suas decisões e serem envolvidos no cuidado à saúde).
- Pontualidade (cuidado oportuno, buscando evitar atrasos potencialmente danosos).
- Eficiência (evitar desperdício ou ações desnecessárias e não efetivas).
- Equidade (buscar equilibrar as desigualdades para garantir o cuidado à saúde).

O acesso à saúde constitui um elemento essencial na RAS. Segundo Mendes¹⁰, ele pode ser analisado sob três dimensões: disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários. A disponibilidade refere-se à atenção ofertada ao usuário e à sua família, contemplando tanto situações agudas quanto condições crônicas.

A comodidade está relacionada ao tempo de espera para o atendimento, como os horários, agendamento, facilidade de comunicação com os profissionais de saúde e o conforto dos ambientes para atendimento. A aceitabilidade está relacionada à satisfação dos usuários com o tipo de atendimento prestado e com os profissionais responsáveis. O recurso é outro fator importante para o desenvolvimento da RAS. Recursos carentes, sejam humanos ou materiais, devem ser mais concentrados, e os menos escassos, desconcentrados.

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando as relações entre a população e a estratificação por riscos, definido pelas situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde no tempo e espaço vigentes.

Para implementar a RAS, é necessário transformar o modelo predominante de atenção no SUS, que ainda foca principalmente nas doenças, nos atendimentos imediatos e na piora de condições crônicas. O modelo proposto busca superar essa lógica, priorizando a promoção da saúde por meio da intersetorialidade, valorizando a integralidade do cuidado com apoio matricial, reconhecendo as vulnerabilidades de grupos específicos e fortalecendo as ações voltadas às condições crônicas¹⁰.

Na criação das RAS, é importante considerar a integração horizontal e vertical, conceitos vindos da economia e relacionados às cadeias produtivas. A integração vertical, no contexto da saúde, ocorre quando todos os níveis de atenção, da primária à terciária, além dos sistemas de apoio e logística, funcionam sob uma mesma gestão. Isso pode envolver tanto redes de um único proprietário quanto, mais comum no SUS, redes que reúnem serviços públicos e privados de diferentes esferas. Essa integração depende de uma comunicação eficaz entre os pontos da rede e gera um valor específico em saúde, semelhante ao valor agregado nas cadeias produtivas¹⁰.

Um sistema de saúde focado em valor deve priorizar a obtenção dos melhores resultados para os pacientes, utilizando os recursos da forma mais eficiente possível. Esse é o princípio do *Value-Based Health Care* (VBHC), conceito criado em 2007 por Michael Porter e Elizabeth Teisberg, da *Harvard Business School*. A proposta busca garantir que os investimentos em saúde realmente gerem melhorias concretas na condição de saúde da população. Os autores destacam ainda que a introdução de uma concorrência saudável no setor pode impulsionar maior qualidade e eficiência, permitindo oferecer mais benefícios à sociedade sem aumentar os custos¹¹.

Valor significa o resultado obtido por recurso investido, ou seja, desfechos que importam para o paciente e o custo para sua entrega. Na saúde, pode-se dizer que essa definição apresenta uma aplicação limitada, por ser foco de dimensão econômica. Nesse setor, o “valor social” está inexoravelmente imbricado aos seus objetivos. Esse valor é criado quando os recursos, os processos, os produtos e os serviços de uma organização são utilizados para gerar melhoria nas vidas dos indivíduos ou da sociedade como um todo, adicionalmente ao valor econômico¹².

A RAS deve ser o coordenador capaz de guiar e conectar o paciente com os serviços de saúde disponíveis em determinada região. O modelo de cadeia de valor em saúde, proposto por Pedroso, reforça a necessidade de alinhamento entre todos os participantes do sistema. A cadeia é composta por nove elos – seis verticais e três horizontais. Os elos verticais representam etapas principais¹²:

- 1) Geração de conhecimento em saúde, por meio de ensino e pesquisa.
- 2) Fornecimento de produtos e tecnologias, como medicamentos e equipamentos.
- 3) Prestação de serviços de saúde, incluindo promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e gestão de doenças.
- 4) Intermediação financeira, que envolve tanto o SUS quanto a saúde suplementar e gastos diretos.
- 5) Financiamento do sistema, que pode ser público ou privado.
- 6) Consumo final dos serviços e produtos pelos pacientes, cidadãos e empresas, visando à melhoria da saúde e bem-estar.

Os elos horizontais dão suporte a toda a cadeia:

- 1) Regulação, realizada por agências como Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Agência Nacional de Saúde (ANS), *Food and Drug Administration* (FDA).
- 2) Distribuição de produtos e serviços, incluindo varejo e comercialização de planos de saúde.
- 3) Serviços complementares, como apoio logístico, jurídico, financeiro, de tecnologia da informação e pesquisa clínica.

4.2 Rede de Atenção Oncológica e o Ordenamento Jurídico Brasileiro

A Rede de Atenção Oncológica faz parte da RAS e se fundamenta na garantia da prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos para pessoas com câncer, conforme os princípios e diretrizes previstos no SUS⁷.

A Portaria SAES/MS nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019, promoveu a reestruturação normativa dos critérios e parâmetros referentes à organização, ao planejamento, ao monitoramento, ao controle e à avaliação dos serviços de atenção especializada em oncologia no âmbito do SUS. Esta norma sistematizou as condições estruturais, operacionais e de recursos humanos indispensáveis para a habilitação de estabelecimentos de saúde na rede oncológica¹³.

No tocante ao tipo de habilitação, a normativa instituiu a classificação dos estabelecimentos em seis modalidades distintas, a saber:

- I. Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), incluindo a subcategoria com Serviço de Oncologia Pediátrica.
- II. Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), subdividida em: com Serviço de Radioterapia, com Serviço de Hematologia e com Serviço de Oncologia Pediátrica.
- III. UNACON Exclusiva de Hematologia.
- IV. UNACON Exclusiva de Oncologia Pediátrica.
- V. Serviço de Radioterapia vinculado a Complexo Hospitalar.
- VI. Hospital Geral com Cirurgia de Câncer vinculado a Complexo Hospitalar.

Dessa forma, a Portaria estabelece um marco regulatório essencial para a padronização da atenção oncológica no SUS, assegurando a conformidade dos serviços às exigências de complexidade tecnológica, integralidade assistencial e qualificação multiprofissional, pilares indispensáveis para a efetividade do cuidado oncológico em rede¹³.

Com objetivo de apoiar as ações de controle do câncer, a Portaria GM/MS nº 6.590, de 3 de fevereiro de 2025, regulamentou a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) no âmbito do Sistema Único de Saúde. O instrumento normativo define objetivos centrais da PNPCC, incluindo prevenção, diagnóstico precoce, cuidado integral, redução da mortalidade e promoção da qualidade de vida de pessoas com câncer¹⁴.

A política estabelece organização em rede, integração dos diversos níveis de atenção da RAS, e responsabilização compartilhada entre União, estados, Distrito Federal e municípios. A implementação prevê pactuação, uso de sistemas de regulação e monitoramento contínuo, com ênfase na integração de ações de promoção, vigilância e assistência oncológica¹⁴.

Para que o cuidado integral seja efetivamente garantido, o direito positivo brasileiro assegura os direitos do paciente oncológico, que tem como fundamento legal o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, previsto no artigo 1º, III da Carta Magna de 1988¹⁵, Lei Federal 12.732/2012¹⁶, que dispõe sobre o prazo de até 60 dias para o primeiro tratamento oncológico; Lei 13.896/2019¹⁷ que estabelece o prazo de até 30 dias para a realização dos exames diagnósticos em pacientes com suspeita de câncer e a lei 14.758/2023⁷ que institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito SUS e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer.

Recentemente, foi publicada a Portaria GM/MS nº 6.592, de 4 de fevereiro de 2025 sobre o Programa de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer no Sistema Único de Saúde. O programa implementa a navegação em saúde como estratégia de busca ativa e

acompanhamento individual, com o objetivo de ampliar o diagnóstico precoce e reduzir a morbimortalidade por câncer¹⁸.

Suas diretrizes são: garantir cumprimento dos prazos legais, articular serviços e níveis de atenção, eliminar barreiras de acesso, reduzir repetição de exames e deslocamentos desnecessários, promovendo cuidado humanizado e contínuo. A navegação deve ocorrer tanto no nível da gestão estadual, municipal e distrital quanto nos serviços especializados, envolvendo núcleos de regulação e gestão do cuidado. A norma estabelece responsabilidades para os entes federativos, prevendo uso de telessaúde e interoperabilidade de sistemas.

Apesar de seu potencial no fortalecimento da coordenação do cuidado oncológico, desafios relacionados a financiamento, disparidades regionais e capacidade operacional continuam¹⁸.

De acordo com a referida lei, para a continuidade da jornada oncológica deve-se preconizar a oferta oportuna de acesso e tratamento ao paciente em todas as etapas. A norma legal tem como objetivos: diminuir a incidência dos diversos tipos de câncer; garantir o acesso adequado ao cuidado integral; contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários diagnosticados com câncer; reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas pelo câncer¹⁸.

Diante dessa premissa, a rede de atenção oncológica está organizada por níveis hierárquicos de complexidade para possibilitar o provimento contínuo à saúde da população. São articulados e estruturados por uma rede de governança e regulação em atenção primária, secundária e terciária. No nível primário são estabelecidas estratégias com ações de prevenção do câncer e promoção da saúde¹⁹.

A atenção secundária é responsável pelas ações de detecção precoce e constitui-se das fases de rastreamento, que tem por objetivo encontrar o câncer pré-clínico ou as lesões pré-cancerígenas, por meio de exames de rotina em uma população-alvo sem sinais e sintomas sugestivos do câncer rastreado e o diagnóstico precoce, que busca identificar o câncer em estágio inicial em pessoas que apresentam sinais e sintomas suspeitos da doença¹⁹.

A atenção terciária é responsável pelos procedimentos de alta complexidade para o tratamento do câncer, com tecnologias avançadas, representado pelos hospitais de grande porte¹⁹.

A articulação entre os diferentes níveis de atenção garante o fluxo eficiente de cuidado, fortalecendo ações de prevenção, detecção precoce e tratamento. Assim, a efetividade dessa rede depende da integração entre os serviços, da qualificação dos profissionais e da adoção de estratégias que assegurem o acesso equitativo e oportuno aos recursos de saúde, promovendo melhores resultados clínicos e qualidade de vida aos pacientes oncológicos.

4.3 Navegação de Pacientes com Câncer Colorretal

4.3.1 O câncer colorretal

O número estimado de casos novos de câncer de cólon e reto para o Brasil, para cada ano do triênio de 2023 a 2025, é de 45.630, correspondendo a um risco estimado de 21,10 casos por 100 mil habitantes, sendo 21.970 entre os homens e 23.660 entre as mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer colorretal ocupa a terceira posição entre os tipos de câncer mais frequentes no Brasil, mas é o segundo mais incidente entre homens (28,62 casos por 100 mil) e mulheres (28,88 por 100 mil) na Região Sudeste¹.

É uma doença heterogênea cuja principal via de carcinogênese é a sequência adenoma-carcinoma e responsável pela ocorrência de aproximadamente 75% dos casos. A progressão de adenoma para o câncer pode levar mais de 20 anos. Outra via é a chamada via serrilhada, que envolve pólipos serrilhados como lesões precursoras e é responsável por cerca de 12% a 15% dos casos de CCR².

Em seu processo de crescimento, os pólipos podem sofrer erosões e apresentar pequenos sangramentos que podem ser identificados nas fezes por meio de exames laboratoriais (Pesquisa de sangue oculto nas fezes). Quando essas lesões precursoras são identificadas e retiradas precocemente, antes de sua malignização, a progressão da doença é interrompida, prevenindo o surgimento do câncer colorretal².

O adenocarcinoma é o tipo histológico mais comum, perfazendo 90% dos casos, e o restante representado por tumores neuroendócrinos, carcinomas escamosos e adenoescamosos, carcinoma com células de anel de sinete, carcinoma medular, linfomas e GISTs (Tumor Estromal Gastrointestinal)⁴.

A subtipagem molecular de consenso (CMS) é um sistema de classificação baseado em expressão gênica:

- CMS1- 14%, subtipo imunológico hipermutado, altamente associado à instabilidade de microsatélites.
- CMS2- 37%, subtipo canônico, ativação de sinalização WNT e MYC.
- CMS3- 13%, subtipo metabólico, com desregulação metabólica.
- CMS4- 23%, subtipo mesenquimal, associado à invasão estromal e angiogênese.

Embora a classificação forneça dados mais profundos sobre a biologia do CCR, não é usada na tomada de decisão clínica²⁰.

Os principais fatores de risco estão associados a estilo de vida, como sedentarismo, obesidade, consumo regular de álcool e tabaco, e baixo consumo de fibras, frutas, vegetais e carnes magras. Outros fatores de risco estão associados a idade acima de 50 anos, condições hereditárias, como doença inflamatória intestinal e histórico pessoal ou familiar de adenoma ou câncer colorretal e ocupacionais, como exposição a radiações, por exemplo, raios X e gama².

O câncer colorretal hereditário não polipose (HNPCC/Síndrome de Lynch), relacionado às mutações germinativas em *mismatch repair genes*-MMR (MLH1, MSH2, MSH6, PMS1 e PMS2), bem como a Polipose adenomatose familiar (FAP) causada por mutações autossômicas dominante em APC, estão associados a um elevado risco de desenvolver a doença²¹.

As medidas de prevenção primária são voltadas para a cessação do tabagismo e álcool, diminuição do consumo de alimentos ultra processados e carne vermelha, aumento no consumo de cálcio, ácido fólico, fibras e a prática de atividade física²¹.

O rastreamento é recomendado a partir dos 45 anos até 75 anos. Dos 76 a 85 a decisão é individualizada. Acima dos 86 anos o rastreio não é necessário. Fazem parte da detecção precoce:²¹

- Colonoscopia: repetir em 10 anos em caso de colonoscopia anterior negativa.
- Retossigmoidoscopia flexível.
- Colonografia por tomografia computadorizada (TC).
- Pesquisa de sangue oculto nas fezes: qualitativo com guáiacó ou a realização do teste imunoquímico fecal com valor quantitativo.

Recomenda-se a realização de teste imunohistoquímico da amostra de tecido tumoral para a avaliação da proficiência de enzimas de reparo em todos os pacientes com diagnóstico de adenocarcinoma de cólon e reto²².

A instabilidade de microssatélites (MSI) é um biomarcador fundamental com implicações diagnósticas, prognósticas e preditivas cruciais. O teste para deficiência de reparo de *mismatch* (MMRd)/MSI é recomendado durante o rastreamento da síndrome de Lynch e o status MSI-alto (MSI-H) está associado a um melhor prognóstico no CCR em estágio inicial e à ausência de benefício do tratamento adjuvante com 5-fluorouracil na doença em estágio II²².

A imunohistoquímica (IHQ) analisa a coloração de MLH1, MSH2, MSH6 e PMS2 em amostras tumorais para identificar a perda de expressão proteica que caracteriza a MMRd como um substituto para a MSI²².

O teste de DNA molecular por meio de PCR avalia um painel específico de marcadores microssatélites (BAT25/26) e (D2S123, D5S346, D17S250) para identificar instabilidade nesses loci selecionados. Os tumores são classificados como MSI-H se 30% ou mais dos loci

apresentarem instabilidade, como MSS se nenhum dos marcadores microsatélites apresentar instabilidade e como MSI-baixo (MSI-L) se menos de 30% dos marcadores forem instáveis²².

A probabilidade de MSI no CCR varia de acordo com o estágio da doença, com maior incidência nos estágios iniciais (aproximadamente 20% nos estágios I e II e 12% no estágio III) e menor incidência no cenário metastático (4%-5%). A IHQ analisa a coloração de MLH1, MSH2, MSH6 e PMS2 em amostras tumorais para identificar a perda de expressão proteica que caracteriza a MMRd como um substituto para a MSI²².

O tratamento para o CCR é baseado em sua região anatômica, tipo histológico, perfil molecular e *status performance* do paciente. A terapia multimodal pode envolver ressecções com linfadenectomia, radioterapia, quimioterapia antineoplásica e inibidores de *check point*².

4.3.2 Contexto histórico, princípios e objetivos da navegação de pacientes

A navegação de pacientes surgiu como um recurso para enfrentar e combater as barreiras que dificultam o acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento oportuno do câncer e de outras doenças crônicas, especialmente em grupos socialmente vulneráveis. Em 1989, a Sociedade Americana do Câncer promoveu as *Audiências Nacionais sobre Câncer em Populações Pobres*, realizadas em sete cidades dos Estados Unidos⁶.

O encontro foi marcado por relatos provenientes de pessoas pobres de diferentes origens raciais e étnicas diagnosticadas com câncer e revelou desigualdades profundas no acesso e na qualidade do cuidado oncológico. A partir dessas evidências, a Sociedade Americana do Câncer elaborou o *Relatório à Nação sobre Câncer em Populações Pobres*, documento que deu visibilidade às barreiras estruturais vivenciadas por esses pacientes e impulsionou a formulação de estratégias voltadas à equidade em saúde⁶.

O documento concluiu que os principais desafios enfrentados pelas pessoas em situação de vulnerabilidade social com câncer são:

- Pessoas em situação de pobreza enfrentam grandes barreiras para acessar o tratamento oncológico e, muitas vezes, deixam de procurar atendimento quando não têm condições financeiras para custeá-lo.
- Pessoas pobres e suas famílias frequentemente fazem sacrifícios pessoais significativos para conseguir e pagar pelos cuidados necessários.
- O fatalismo em relação ao câncer é comum entre as populações vulneráveis e pode impedir a busca por tratamento.

- Programas de educação sobre o câncer muitas vezes não consideram aspectos culturais e sociais, tornando-se pouco relevantes para as pessoas em situação de pobreza.
- Pessoas pobres sofrem mais os impactos do câncer do que outros grupos da população.

Em parceria com a Sociedade Americana do Câncer, Harold Freeman, médico cirurgião americano, implantou o primeiro programa de navegação em um hospital público em Harlem, Nova York, em 1990. A iniciativa concentrou-se em uma fase crítica do cuidado oncológico: o intervalo entre a suspeita diagnóstica e a efetiva confirmação e início do tratamento. O objetivo principal era reduzir a elevada taxa de mortalidade por câncer de mama em uma população composta majoritariamente por mulheres negras em situação de vulnerabilidade socioeconômica, das quais cerca de metade apresentava a doença em estágio avançado no momento do diagnóstico e com menor taxa de cura⁶.

Freeman⁶ observou barreiras recorrentes ao acesso oportuno, como a ausência de seguro de saúde e outros obstáculos financeiros, dificuldades de comunicação e informação, entraves relacionados ao próprio sistema médico, além de fatores emocionais como medo e desconfiança. A partir da experiência inicial, o escopo da navegação de pacientes foi progressivamente ampliado, passando a contemplar todas as etapas do continuum de cuidado em saúde, abrangendo prevenção, rastreamento, diagnóstico, tratamento, sobrevivência e cuidados de fim de vida.

Estudo retrospectivo sobre a experiência no Hospital Harlem demonstraram o impacto positivo da navegação em que resultou em aumento significativo na detecção e no tratamento em estágios iniciais da doença, além de melhorias das taxas de sobrevida em cinco anos, que passaram de 39% para 70%⁶.

O reconhecimento da navegação de pacientes impulsionou a necessidade de estabelecer princípios e padrões que orientassem sua prática. Esses princípios foram desenvolvidos ao longo de mais de duas décadas, com base na sua experiência acumulada, e visam garantir a consistência e a eficácia da navegação em diferentes contextos assistenciais de saúde.

A navegação de pacientes oncológicos é uma estratégia de cuidado com foco em eliminar barreiras ao tratamento do câncer, apoiando o paciente durante todo o seu percurso terapêutico diagnóstico, tratamento, seguimento. É concebida como um modelo de prestação de serviços de saúde centrado no paciente, cujo objetivo principal é assegurar o acesso oportuno e tratamento contínuo do indivíduo ao longo de um sistema de saúde fragmentado. Essa trajetória se inicia no contexto comunitário, passando pela detecção de anormalidades, diagnóstico, tratamento e reabilitação, estendendo-se até a sobrevivência e os cuidados no fim

da vida. Nesse percurso, a navegação atua como um mecanismo de integração, criando fluxos de cuidado e reduzindo lacunas entre diferentes níveis e serviços de atenção²³.

Para assegurar sua efetividade, a navegação deve contar com um escopo de prática claramente definido, que diferencie suas funções das atribuídas a outros profissionais de saúde. Além disso, os navegadores precisam estar integrados às equipes multiprofissionais, favorecendo a articulação entre serviços e garantindo benefícios mais amplos ao paciente⁶.

Outro princípio fundamental diz respeito à adequação entre a complexidade das demandas e o nível de capacitação do navegador. O modelo prevê um espectro de atuação, que varia desde navegadores leigos treinados até profissionais de saúde especializados, como enfermeiros e assistentes sociais. Essa classificação visa otimizar os recursos e assegurar que cada paciente seja acompanhado por um profissional com a qualificação necessária para sua etapa específica do cuidado⁶.

Também se destaca a importância de definir o início e o término do processo de navegação dentro de um sistema de saúde, bem como de articular a transição entre diferentes níveis de atenção e processo de trabalho, como a atenção básica, especializada e o sistema de regulação. Para isso, os sistemas de navegação requerem mecanismos de coordenação, preferencialmente liderados por um coordenador de navegação responsável por supervisionar todas as etapas do processo em uma instituição ou rede de saúde⁶.

Apesar dos princípios estabelecidos por Freeman, os programas de navegação devem se estruturar de acordo com a realidade local, definindo modelos de navegação com estratégias para o aumento da equidade e atendimento integral. No Brasil, sua concentração está principalmente em instituições da rede privada demonstrando, paradoxalmente, a perpetuação das disparidades em saúde⁶.

Assim, a navegação de pacientes consolida-se como um modelo que não apenas fortalece a integração do cuidado, mas também promove equidade, acessibilidade e continuidade em sistemas de saúde complexos e fragmentados.

4.3.3 O papel do enfermeiro navegador

Embora diferentes profissionais da saúde e até mesmo “leigos” (não profissionais) possam desempenhar funções de navegação, a atuação do enfermeiro revela-se particularmente relevante na fase diagnóstica do câncer, em razão de sua capacidade de articular conhecimento clínico, habilidades de avaliação, suporte psicossocial e integração com a equipe multiprofissional²⁴.

Nesse contexto, os autores²⁴ destacam quatro dimensões fundamentais sobre o enfermeiro navegador:

- Avaliação, apoio e preparação do paciente, por meio da identificação de necessidades específicas, da orientação sobre exames e do suporte à tomada de decisão.
- Cuidado de suporte, contemplando o manejo de sintomas, a avaliação da funcionalidade e o acompanhamento das demandas emocionais e sociais.
- Gestão da complexidade, considerando os aspectos físicos, culturais, emocionais e sociais que permeiam a experiência diagnóstica.
- Integração interprofissional, ao favorecer a comunicação e a articulação das ações no âmbito da equipe de saúde.

Apesar da experiência profissional, a atuação do enfermeiro navegador demanda formação complementar, incluindo cursos especializados, capacitação em educação em saúde e desenvolvimento de competências comunicacionais. O treinamento oncológico amplia a capacidade do enfermeiro de prover cuidados educacionais, físicos e psicossociais, além de potencializar sua inserção em equipes interdisciplinares²⁵.

O suporte do enfermeiro navegador no início do curso melhora a experiência do paciente e reduz problemas no cuidado²⁶. Além disso, a navegação influencia nas percepções dos pacientes sobre a qualidade do tratamento do câncer, onde os aspectos mais valorizados incluem o apoio emocional, o auxílio na obtenção de informações sobre o tratamento e a resolução de problemas, bem como a coordenação logística dos cuidados²⁷.

Cabe ressaltar que os pacientes apresentam diferentes níveis de necessidade de navegação e suporte, determinados por condições físicas e psicossociais específicas. O enfermeiro encontra-se em posição privilegiada para ajustar o cuidado, oferecendo desde intervenções mínimas até acompanhamento intensivo, conforme a complexidade do caso, garantindo orientação e apoio em um período marcado por incertezas e elevada vulnerabilidade⁵.

4.3.4 A navegação de pacientes nas etapas da jornada oncológica

A coordenação ao longo do contínuo assistencial, por meio da pactuação e da integração dos papéis e tarefas nos diferentes pontos de atenção, requer uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando abordagens fragmentadas.

A navegação de pacientes permeia todas as etapas da jornada oncológica, englobando a implementação de ações para o controle do câncer, como a vigilância das exposições aos fatores

de risco, a detecção precoce da doença, o tratamento e o seguimento, até os cuidados de fim de vida para aqueles que não alcançaram a cura ou controle da doença.

A fase diagnóstica do cuidado oncológico é caracterizada pela realização de exames e procedimentos, frequentemente associados por incertezas e elevados níveis de ansiedade dos pacientes. Esses fatores podem contribuir para o atraso no início do tratamento e aumentar a probabilidade de doença avançada com piores desfechos clínicos. Nesse contexto, profissionais de atenção primária frequentemente precisam de apoio para coordenar o cuidado e acompanhar os pacientes ao longo do processo diagnóstico².

Na etapa do tratamento, o planejamento envolve abordagem multidisciplinar e diversas modalidades terapêuticas, como a terapia cirúrgica, radioterapia e a utilização de antineoplásicos para eliminar ou controlar células malignas a depender do tipo e estadiamento da doença. Esse processo é complexo e depende de uma rede de saúde integrada, recursos materiais e humanos, além do envolvimento do paciente e da sua família.

Além disso, o avanço no conhecimento da carcinogênese permite a utilização de técnicas e ações mais específicas para a detecção precoce e tratamento. Diversos genes associados ao câncer foram descobertos nos últimos 20 anos gerando uma gama de conhecimentos moleculares para uma melhor avaliação prognóstica e preditiva de resposta ao tratamento²⁸.

Diante disso, a navegação configura-se como uma estratégia relevante para a redução do tempo de espera entre consultas e procedimentos, na otimização do uso de recursos terapêuticos e tecnológicos, bem como para a obtenção de melhores desfechos clínicos e maiores índices de satisfação dos pacientes²⁹.

4.3.5 Instrumentos aplicados à navegação oncológica

A sistematização da navegação de pacientes oncológicos demanda a integração de recursos materiais e tecnológicos para viabilizar sua operacionalização. Esse processo pressupõe o uso de instrumentos capazes de favorecer o registro, o monitoramento e a educação em saúde.

Com o objetivo de aprimorar a coordenação da assistência entre médicos da atenção primária e oncologistas, utilizou-se um *casebook* como estratégia no processo de cuidados e na construção de indicadores. As iniciativas do livro de casos foram categorizadas pelos estágios do *continuum* de tratamento do câncer de mama, colorretal ou ambos, desde o diagnóstico até a fase final, pelo nível jurisdicional e, por último, pelo modelo de cuidado ou tipo de intervenção empregada. A maioria das iniciativas incorporou a navegação de enfermeiros em seu modelo

de cuidado, equipes multidisciplinares, além de sistemas eletrônicos de comunicação ou informação³⁰.

Ferramenta baseada na *web*, chamada *Oncology Interactive Navigator* (OIN) tem como finalidade apoiar o ajustamento psicossocial ao câncer e orientar o acesso dos pacientes aos serviços de tratamento oncológico. Foi considerada um recurso de referência para a obtenção de informações detalhadas, a validação de informações fornecidas em outras fontes e controle e gerenciamento do ritmo de exposição a informações sobre o câncer³¹.

Outra ferramenta descrita na literatura, refere-se à mensuração da qualidade de vida por meio de instrumentos validados, como a Avaliação Funcional da Terapia do Câncer Colorretal (FACT-C). A escala apresenta uma pontuação total e cinco subescala que avaliam: bem-estar físico, social/familiar, emocional, funcional e preocupações adicionais⁴⁰. Nessa premissa, para mensurar os níveis de ansiedade dos pacientes, são utilizadas escalas com objetivo de avaliar os sintomas psicológicos de ansiedade e depressão em pacientes hospitalares e em outros contextos, como a escala de Ansiedade e Depressão (HADS-D)³².

O uso do *WhatsApp Business* tem sido descrito como uma ferramenta tecnológica para facilitar a comunicação entre o enfermeiro navegador e os pacientes, além de ampliar o acesso à informação. De forma complementar, as redes sociais configuram-se como recursos acessíveis para a divulgação do conhecimento científico e disponibilização de materiais educacionais sobre o câncer³³.

Com objetivo de desenvolver, implementar e avaliar sistematicamente uma ferramenta de informação em saúde online, o *Patient Navigator*, voltada para pacientes idosos com câncer, foi concebida para fornecer informações complementares às consultas com profissionais de saúde. Os pacientes que receberam o navegador do paciente contribuíram mais durante a consulta, utilizando menos palavras e ansiedade dois dias após a consulta do que os pacientes no grupo controle³⁴.

Outro recurso para o monitoramento da navegação é o uso de chamadas telefônicas como lembretes para melhorar a adesão ao tratamento do câncer, diminuindo o absenteísmo às consultas, especialmente em populações vulneráveis socioeconomicamente³⁵.

No Brasil, autores desenvolveram uma escala para identificar o nível de necessidade de acompanhamento por um navegador de pacientes, nomeada de Escala de Avaliação de Necessidade de Navegação (EANN). A ferramenta otimiza e direciona os recursos ao priorizar indivíduos que demandam maior suporte ao longo da trajetória do cuidado, além de favorecer a equidade no acesso e centralização no paciente³⁶.

4.4 Do Processo de Enfermagem Na Coordenação do Cuidado

4.4.1 O processo de enfermagem

A sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia científica para o exercício da prática profissional do enfermeiro. Seu objetivo principal é organizar e estruturar a dinâmica das ações de enfermagem, promovendo a segurança do paciente, a melhoria da qualidade da assistência e o fortalecimento da autonomia profissional³⁷.

O planejamento da assistência de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, conforme estabelecido pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 e pelo Decreto nº 94.406/87, que regulamentam seu exercício no Brasil. Além disso, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358/2009 dispõe sobre SAE e a implementação do Processo de Enfermagem (PE) em ambientes públicos e privados onde ocorre o cuidado profissional, normatizando e orientando a prática de forma a garantir uma assistência segura, qualificada e baseada em fundamentos técnico-científicos³⁸⁻⁴⁰.

A Resolução COFEN nº 736/2024 atualiza e revoga a normativa anterior, promovendo uma mudança conceitual ao retirar o termo SAE e estabelece o PE como conceito central e único para a regulação da prática profissional. Essa redefinição contribui para superação de ambiguidades históricas entre os dois termos e reforça o PE como método científico universal para a tomada de decisões. A resolução determina que o Processo de Enfermagem deve ser executado de forma deliberada, sistemática e contínua em todos os contextos de cuidado, sejam eles individuais, familiares ou coletivos, em instituições públicas ou privadas, reafirmado sua importância⁴¹.

A Resolução reforça que o PE deve ser fundamentado em teorias de enfermagem, sistemas de linguagens padronizadas e protocolos baseados em evidências científicas, que subsidiem o raciocínio clínico do enfermeiro. O processo se estrutura em cinco etapas inter-relacionadas: avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução. O diagnóstico e a prescrição de enfermagem são atividades privativas do enfermeiro, enquanto os demais profissionais da equipe de enfermagem participam da execução e do registro sob supervisão direta⁴¹.

4.4.2 Diagnósticos de enfermagem

O diagnóstico de enfermagem é a etapa do processo de enfermagem onde o enfermeiro descreve os problemas de saúde reais ou potenciais decorrentes do julgamento clínico sobre uma resposta humana e condições de saúde ou suscetibilidade a tal resposta de um indivíduo, família

ou comunidade⁴². A *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I) é a organização responsável pela padronização da linguagem diagnóstica utilizada por enfermeiros em todo o mundo. Em sua mais recente edição, a NANDA-I apresenta importantes atualizações que visam aperfeiçoar a prática clínica, ampliar a aplicabilidade dos diagnósticos e fortalecer a base científica da profissão⁴³.

A taxonomia da NANDA-I está organizada em categorias que permitem a formulação de diagnósticos padronizados e orientados por evidências científicas. Estrutura-se a partir de domínios, classes e diagnósticos de enfermagem. A versão 2024-2026 mantém a organização em 13 domínios, subdivididos em 47 classes, nas quais estão inseridos 277 diagnósticos de enfermagem e alguns foram removidos por inconsistência ou obsolescência⁴³.

O manual oferece uma taxonomia padronizada para a formulação desses diagnósticos, que se estruturam nos seguintes componentes:

- Título do diagnóstico: nome a uma resposta humana diagnosticada por um enfermeiro, refletindo o seu julgamento crítico.
- Definição: fornece uma descrição clara e precisa; traz o significado do diagnóstico e ajuda a diferenciá-lo dos demais similares.
- Características definidoras: observações das manifestações de um diagnóstico com foco no problema, de promoção da saúde ou de síndrome.
- Fatores de risco: fatores antecedentes que aumentam a suscetibilidade de um indivíduo, família ou comunidade a uma resposta humana indesejável.
- Fatores relacionados: fatores antecedentes que parecem ter uma relação padronizada com a resposta humana. Esses fatores podem ser descritos como associados a, relacionados com ou contribuindo para essa resposta.
- Populações em risco: grupos de pessoas que compartilham características sociodemográficas, estágios de crescimento/desenvolvimento, exposição a determinados eventos/experiências e histórico de saúde que os levam a serem suscetíveis a determinada resposta humana.
- Condições associadas: diagnósticos médicos, dispositivos médicos ou cirúrgicos e preparações farmacêuticas.

Essa taxonomia permite que o enfermeiro formule diagnósticos coerentes e padronizados, contribuindo para um cuidado sistematizado, orientado por evidências⁴³.

Os diagnósticos de enfermagem com foco no problema são compostos por características definidoras e fatores relacionados. Para os diagnósticos de risco, o foco é identificar os fatores suscetíveis⁵⁴.

A utilização da taxonomia NANDA-I no processo de enfermagem promove a padronização da linguagem, facilita a comunicação interprofissional, além de fortalecer o raciocínio clínico do enfermeiro para planejar o cuidado eficaz⁴³.

A atualização da taxonomia e a incorporação de novos diagnósticos refletem as necessidades e atualização da sociedade. Sua prática baseada em evidência corrobora para o fortalecimento da identidade profissional do enfermeiro e contribui para um cuidado seguro e centrado no paciente⁴³.

4.4.3 Implementação de enfermagem

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC; do inglês, *Nursing Interventions Classification*) é um recurso para a identificação de tratamentos realizados por enfermeiros, de forma organizada, coerente e padronizada. É útil para planejamento dos cuidados, documentação clínica, comunicação dos cuidados em vários contextos, integração de dados em sistemas e contextos, pesquisa de efetividade, medida da produtividade, avaliação de competência, reembolso, ensino e planejamento curricular⁴⁴.

O manual define uma intervenção como qualquer tratamento, com base no julgamento clínico e conhecimento, que um enfermeiro realiza para melhorar os resultados do paciente/cliente. A NIC pode ser usada em todos os ambientes, desde a atenção primária até a especializada, e por todas as especialidades⁴⁴.

As intervenções da NIC incluem as fisiológicas e psicossociais. As intervenções são incluídas para tratamento de doenças (p. ex., Controle da hiperglicemia), prevenção (p. ex., Prevenção contra quedas) e promoção de saúde (p. ex., Promoção do exercício). A maioria das intervenções é para uso com indivíduos, porém podem ser úteis no meio familiar ou comunidades inteiras⁴⁴.

De acordo com a mais recente NIC, existem 614 intervenções em sete domínios inter-relacionados com títulos e definições padronizados que não permitem mudança durante sua utilização, permitindo comunicação entre diferentes contextos e comparação dos resultados. As intervenções são agrupadas em nos seguintes domínios: (1) Fisiológico: Básico, (2) Fisiológico: Complexo, (3) Comportamental, (4) Segurança, (5) Família, (6) Sistemas de saúde e (7) Comunidade⁴⁴.

A seleção de uma intervenção de enfermagem para um paciente em particular faz parte do julgamento clínico do enfermeiro para melhorar a saúde, aumentar a capacidade de enfrentar problemas e promover a qualidade de vida dos pacientes, família ou comunidade, portanto devem-se considerar seis fatores ao escolher uma intervenção: (1) resultados desejados do paciente, (2) características do diagnóstico de enfermagem, (3) base de pesquisa para a intervenção, (4) viabilidade de se realizar a intervenção, (5) aceitabilidade pelo paciente e (6) capacidade do enfermeiro⁴⁴.

Uma intervenção adequada, fundamentada no julgamento clínico do enfermeiro, deve considerar não apenas os resultados desejados, mas também aspectos como viabilidade, aceitabilidade e capacidade profissional. Dessa forma, a NIC fortalece a autonomia da enfermagem, orienta decisões clínicas seguras e promove resultados positivos para o paciente, a família e a comunidade⁴⁴.

4.4.4 Resultados esperados

A mensuração dos resultados de cuidados clínicos é um padrão da prática profissional em todas as disciplinas e com implicações globais. Identificar resultados dos pacientes relacionados aos cuidados de enfermagem é um trabalho crítico e fundamental, pois os pacientes transitam rapidamente de um cenário de cuidados para outro em uma variedade de contextos e com frequência gastam a maior parte do tempo convalescendo em casa⁴⁵.

Um resultado do paciente sensível à enfermagem reflete o estado, comportamento ou percepção do indivíduo, da família ou da comunidade e são conceitos variáveis que podem ser medidos ao longo do *continuum* utilizando escala (s) de mensuração⁴⁵.

Diante disso, a taxonomia da NOC (do inglês, *Nursing Outcomes Classification*) é um sistema padronizado que define e mensura os resultados esperados dos cuidados de enfermagem. foi desenvolvida para: (1) organizar os principais conceitos na taxonomia em domínios, classes e resultados; (2) oferecer uma estrutura estável para a inserção do resultado ao longo do tempo; (3) permitir o acréscimo de novos resultados; (4) identificar resultados ausentes necessários para futuras edições; e (5) ajudar os enfermeiros e outros profissionais de saúde a identificar e selecionar resultados para os diagnósticos de enfermagem que tratam de pacientes, famílias e comunidades⁴⁵. A utilização da taxonomia torna mais fácil a identificação de possíveis resultados para uso na prática do que uma lista alfabética de resultados. Os níveis de domínio e classes da taxonomia tornaram-se ainda mais importantes conforme a classificação ao longo do tempo.

A recente edição contém um total de 614 resultados inseridos na taxonomia e embora a NOC contenha resultados utilizados com frequência pelos enfermeiros, a classificação não inclui todos que poderiam ser importantes para a enfermagem. À medida que a prática de enfermagem evolui, novos resultados podem ser acrescentados para a otimização da prática, garantindo que a classificação permaneça alinhada aos padrões atuais de cuidado e às necessidades dos pacientes⁴⁵.

5 MÉTODOS

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo multimétodos de abordagem qualiquantitativa, composto por seis fases distintas e interligadas. Cada uma delas será apresentada separadamente, em razão dos diferentes delineamentos operacionais adotados: (1) revisão integrativa da literatura; (2) construção dos instrumentos para a navegação; (3) pré-teste dos instrumentos pilotos; (4) estudo Delphi com painel de especialistas multidisciplinares; (5) grupo focal com pacientes com CCR; (6) consolidação dos instrumentos.

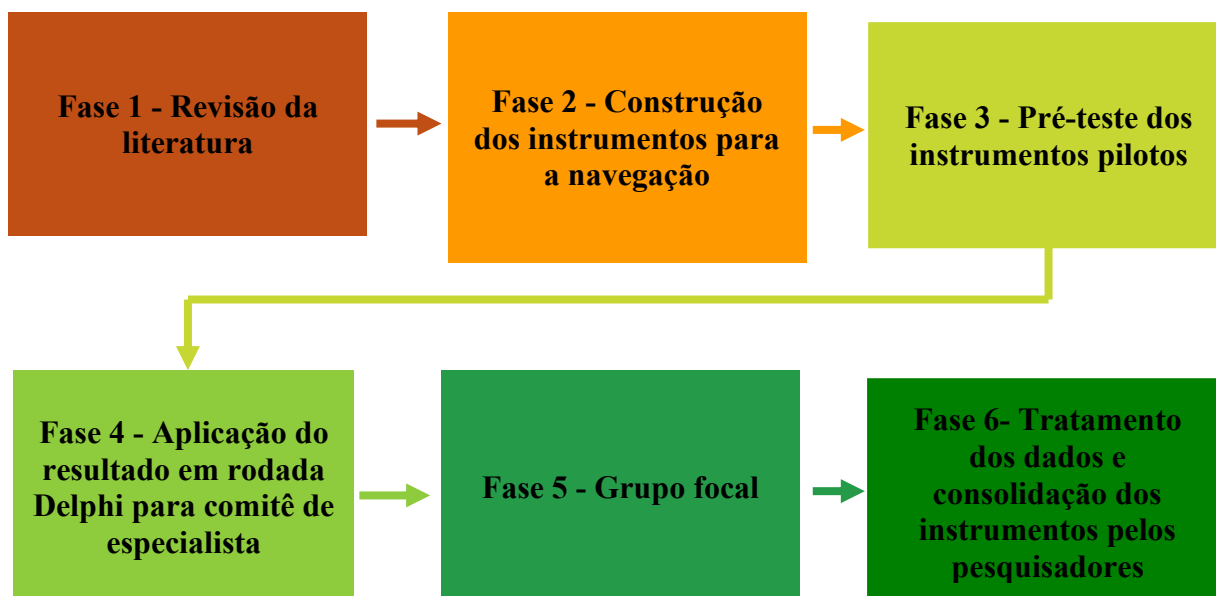
A abordagem multimétodos possibilitou a produção de diferentes níveis e tipos de explicações, favorecendo a compreensão de fenômenos sociais complexos, por meio de comparações e análises aprofundadas das suas distintas dimensões⁴⁷. O objetivo foi desenvolver instrumentos efetivos e fidedignos, que pudessem ser utilizados e reproduzidos por outros pesquisadores e profissionais, em novos contextos.

5.2 Desenho do Estudo

A construção e validação dos instrumentos foram pautadas no modelo proposto por Pasquali⁴⁸ e estruturado em três grandes polos, denominados como procedimentos teóricos, empíricos (experimentais) e analíticos (estatísticos). Estes foram fundamentados na abordagem participativa, que metodologicamente abrange a colaboração entre parceiros, pesquisadores e comunidade⁴⁹⁻⁵⁰. Estudos com a participação de pacientes e equipe de saúde possuem maior relevância para cuidados abrangentes, centrados no paciente e na qualidade de vida⁵¹.

A coleta de dados abarcando todas as fases foi realizada no período de novembro de 2024 a agosto de 2025, no Hospital Municipal Orêncio de Freitas, localizado no município de Niterói, no Rio de Janeiro. O desenvolvimento deste estudo foi realizado em 6 fases, conforme esquematizado na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma das fases do desenho da pesquisa



Fonte: Elaboração do autor

5.3 Fase 1 - Revisão Integrativa da Literatura

Foi realizada revisão integrativa da literatura pertinente para mapear instrumentos de navegação oncológica em CCR existentes – incluindo estudos sobre diretrizes e *guidelines* do CCR - e identificar componentes essenciais – linha de cuidado, fluxos, protocolos e material educacional – de programas de navegação oncológica no Brasil e no mundo, passíveis de adaptação ao SUS, além de políticas públicas de câncer do Ministério da Saúde e a principal legislação, regulamentação e afins.

Seguindo o método proposto pela Cochrane, esta revisão percorreu as seguintes etapas: definição da questão de pesquisa e dos critérios de inclusão; busca e seleção dos estudos; extração dos dados; avaliação da qualidade metodológica dos trabalhos incluídos; análise dos resultados; identificação de possíveis vieses; síntese e apresentação em tabelas; interpretação dos achados e elaboração das conclusões⁵².

Dessa forma, a questão norteadora para o alcance do objetivo proposto foi: *Quais dados são necessários para compor instrumentos que sistematizem a navegação de pacientes com câncer colorretal atendidos no Sistema Único de Saúde?*

A busca, conduzida de acordo com o método *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)⁵³, abrangeu as bases Scopus, PubMed, Cochrane e Web of Science. Para atender ao objetivo do estudo, foi utilizada a seguinte *query* de busca: (“*patient*

navigation” OR “*cancer navigation*”) AND (“*colorectal cancer*” OR “*colorectal neoplasm*”) AND (*instrument** OR *tool** OR *resource** OR *kit**).

Os critérios de inclusão dos artigos foram: estudos que abordaram pacientes adultos com CCR ou neoplasias associadas, especificamente no período de navegação pós-diagnóstica. Consideraram-se publicações que descreveram, de forma preferencial, modelos de navegação e as ferramentas empregadas, contemplando a explicitação de rotinas e padrões de sistematização. Também foram incluídos estudos que apresentaram ferramentas de apoio à navegação em sentido amplo, tais como recursos tecnológicos, instrumentos ou guias, sendo priorizados aqueles que descreveram experiências vinculadas ao sistema público de saúde.

Foram excluídos os estudos que investigaram neoplasias não relacionadas ao CCR, que abordaram a navegação em fases de detecção precoce e/ou de seguimento oncológico, bem como pesquisas envolvendo pacientes pediátricos. Também foram desconsiderados estudos com objetivos idênticos às revisões já incluídas, além de protocolos destinados exclusivamente à elaboração de revisões sistemáticas.

A busca não estabeleceu restrição quanto ao período de publicação, uma vez que se trata de um desenho de estudo específico, o que contribui para ampliar a robustez da evidência científica. Também não foram impostas restrições quanto ao tipo de estudo. Entretanto, buscou-se classificar o nível de evidência, utilizando o sistema de classificação fornecido pelo *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine* (OCEBM) ⁵⁴.

O processo de triagem foi conduzido de maneira independente, por duas revisoras. Nos casos em que ocorreram divergências, a decisão final foi tomada com a participação de uma supervisora da pesquisa. A estratégia de avaliação por pares contribuiu para a redução de vieses, identificação de inconsistências e fortalecimento da qualidade metodológica da revisão.

Na primeira etapa da busca, foram identificados 237 estudos indexados na plataforma de busca *PubMed*, do *National Center for Biotechnology Information*, e nas bases *Scopus*, *Cochrane* e *Web Of Science*. Após a remoção das duplicatas, 143 estudos foram avaliados pelas revisoras. Desses, 128 foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade. Dos 15 textos analisados integralmente, cinco foram excluídos pelos seguintes motivos: objetivo idêntico de estudo já incluído ($n = 1$); ausência de descrição de ferramentas aplicadas ($n = 1$); e foco na fase de rastreamento do câncer ($n = 3$). Assim, 10 estudos foram incluídos na amostra final para extração de dados e avaliação crítica.

5.4 Fase 2 - Construção dos Instrumentos para a Navegação Oncológica

A partir do levantamento bibliográfico, os instrumentos foram construídos de modo a sistematizar a coordenação da jornada dos pacientes com CCR atendidos no SUS, do diagnóstico ao tratamento, considerando suas características clínicas e sociodemográficas, além de protocolos terapêuticos em CCR e a rede de atenção à saúde. Foram elaborados os seguintes instrumentos:

- **Instrumento 1:** Linha de cuidado do CCR.
- **Instrumento 2:** Fluxo do CCR do Hospital Orêncio de Freitas.
- **Instrumento 3:** Primeira consulta de enfermagem para paciente com CCR.
- **Instrumento 4:** Consulta de enfermagem para o tratamento adjuvante e neoadjuvante de paciente com CCR.
- **Instrumento 5:** Cartilha de orientação para o paciente com câncer colorretal (física e digital).

O formato digital da cartilha foi desenvolvido por um profissional *web designer*, a partir de um *storyboard* (roteiro do objeto de aprendizagem)⁵⁵ elaborado pelas pesquisadoras (Apêndice A). A definição desse formato ocorreu a partir das contribuições obtidas no grupo focal com os pacientes, no qual foram discutidas percepções, necessidades e sugestões que orientaram a construção do material de maneira mais adequada às suas realidades. O objetivo foi viabilizar a produção de um material acessível e inclusivo, que atendesse à diversidade de usuários e à sua ampla gama de necessidades.

Para além dos instrumentos previamente descritos, foram incorporados recursos tecnológicos de apoio, incluindo a plataforma de gerenciamento de tarefas Asana® e uma planilha de acompanhamento do paciente com CCR no Microsoft Excel®, a fim de facilitar a operacionalização da navegação e o monitoramento das atividades. Esses instrumentos foram adaptados pela pesquisadora a partir da revisão da literatura e das demandas identificadas no serviço, não sendo submetidos às etapas de avaliação (Apêndices B e C).

Os instrumentos, incluindo a linha de cuidados e os fluxogramas, foram avaliados exclusivamente na fase de pré-teste, envolvendo os profissionais do Hospital Orêncio de Freitas, devido à sua especificidade institucional. Essa abordagem visou assegurar a aplicabilidade prática, a consistência com os fluxos locais e a otimização da navegação dos pacientes dentro da realidade da instituição.

5.5 Fase 3 - Pré-Teste dos Instrumentos Pilotos

Os instrumentos foram submetidos a um teste piloto, etapa considerada essencial para o adequado planejamento da pesquisa. O objetivo foi avaliar e compreender a percepção dos especialistas em relação aos domínios e itens dos instrumentos, de modo a fornecer subsídios para seu aprimoramento. Nesta fase os instrumentos desenvolvidos foram aplicados para uma pequena amostra⁵⁶.

Foram selecionados três enfermeiros e dois médicos, todos com experiência prévia no cuidado a pacientes com diagnóstico de CCR e vinculados ao Hospital Orêncio de Freitas, para participar da etapa de avaliação do conteúdo e da semântica dos instrumentos. Os profissionais foram previamente orientados quanto aos objetivos da pesquisa.

A busca e o convite aos profissionais se deram por conveniência e pessoalmente pela pesquisadora principal. Após o aceite, os profissionais receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D) e os instrumentos, por meio da plataforma REDCap® (*Research Electronic Data Capture*). O REDCap® é um *software* livre, disponível em uma plataforma digital com uso amigável, especializado em captura de dados de pesquisa com enfoque em dados clínicos.

Em relação às linhas de cuidado, fluxogramas e instrumentos para consultas de enfermagem, os participantes foram questionados se as informações apresentadas eram claras e se contribuíam para facilitar o cuidado assistencial pelos profissionais de saúde. Quanto à cartilha, os questionamentos envolveram a averiguação se as informações apresentadas eram claras e se apoiavam tanto os profissionais quanto os pacientes na compreensão, navegação e gestão da jornada oncológica, incluindo a prevenção e o controle de efeitos adversos, e a eliminação de barreiras ao cuidado.

Os avaliadores classificaram o modelo por meio de uma escala *Likert* de 5 pontos (1 = discordo totalmente; 2 = discordo; 3 = neutro; 4 = concordo; 5 = concordo totalmente). Ao final de cada item, foi disponibilizado um campo aberto; um espaço destinado ao registro de itens necessários, mas ausentes daquela descrição apresentada; itens considerados desnecessários; bem como comentários e sugestões. Essa etapa visou fornecer subsídios para o aprimoramento da versão final e garantir a clareza dos instrumentos

Após a avaliação dos instrumentos, procedeu-se à análise das respostas para obtenção de consenso, utilizando o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), sendo considerados adequados os valores iguais ou superiores a 80%⁶⁷. Em seguida, realizou-se o aperfeiçoamento

da primeira versão, originando os instrumentos piloto que foram empregados na etapa subsequente.

5.6 Fase 4 - Aplicação dos Instrumentos Aprimorados em Rodadas Delphi para o Comitê de Especialistas

Após a conclusão da fase anterior, foi proposto o comitê de especialistas, formado por 11 profissionais da equipe multidisciplinar da área de oncologia. Para esta finalidade, foi aplicado o estudo Delphi, estratégia metodológica para obtenção de consenso em grupo de especialistas sobre um determinado tema. Em geral, a técnica é utilizada quando a unanimidade de opinião não existe, em virtude da falta de evidências científicas, ou quando pode haver informações contraditórias; que é o caso em questão⁵⁷.

Este processo requer a escolha de especialistas em determinado tema a ser estudado, com a finalidade de avaliar o instrumento, estudo ou questionário, conforme a necessidade e o delineamento da pesquisa, sendo realizado por meio de rodadas. A Delphi é considerada uma técnica fácil, acessível, de baixo custo e que permite a participação de muitos especialistas em diversas regiões geográficas⁵⁷.

Para a aplicação dessa técnica, a literatura recomenda que o comitê de especialista seja composto por 10 a 18 profissionais, não ultrapassando 30, sem necessidade de representação estatística. Para a seleção dos participantes, deve-se tomar por base a especificidade e a sensibilidade do que se propõe avaliar⁵⁸.

Na presente pesquisa, os especialistas foram selecionados por meio da avaliação qualitativa dos currículos disponibilizados pelos próprios profissionais na Plataforma Lattes, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Posteriormente, pela análise do resumo de seus currículos. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão, de acordo com o perfil do presente estudo:

- Quanto ao assunto: Oncologia, navegação de pacientes, câncer colorretal.
- Nível de formação: Profissionais com especialidade em oncologia.
- Nacionalidade: Brasileira.
- Atuação profissional: Grande área - ciências da saúde, área – enfermagem e medicina.
- Idioma nativo: Português.
- Atividade Profissional: Todas (ensino, pesquisa, prática assistencial).
- Tempo de atualização dos dados: 24 meses.

- Informações pessoais: Endereço, formação acadêmica/titulação, área de atuação, idiomas.
- Informações sobre demais produções/trabalhos: Orientações concluídas, orientações em andamento.
- Informações sobre produções bibliográficas: Artigos publicados, trabalhos em eventos, outras produções bibliográficas, livros e capítulos.
- Período de produção: Todo o período.

Como critérios de exclusão, foram adotados: não apresentar no resumo do Currículo Lattes aderência ao interesse do estudo e não apresentar meio de contato para o envio dos instrumentos e anexo.

Ao finalizar a etapa de seleção, foi realizada a classificação dos profissionais, com base nos critérios propostos por Fehring^{49,59} e que se baseia nos itens descritos na Tabela 1. Este modelo engloba os critérios supracitados, com intenção de objetivar a avaliação.

Tabela 1 - Quadro da classificação para peritos proposto por *Fehring*

Quesitos	Pontuação
Titulação de Mestre	4 pontos
Titulação de Mestre na área de interesse do estudo*	1 ponto
Tese de Doutorado na área de interesse do estudo*	4 pontos
Prática clínica de pelo menos um ano no tema de interesse do estudo**	1 ponto
Especialização no tema de interesse do estudo**	1 ponto
Publicação de pesquisa relevante para a área de interesse do estudo*	2 pontos
Publicação de artigo sobre a área de interesse do estudo* em periódico de referência	2 pontos

Fonte: Elaboração do autor

Notas:*Área de interesse do estudo: Oncologia. **Tema: Navegação de pacientes com CCR.

Na seleção final dos profissionais para compor o comitê de especialistas, foi considerada a pontuação mínima de cinco pontos⁶⁰.

Concluída a fase de seleção dos especialistas, foi estabelecido contato por meio de endereço eletrônico para compor o comitê (Apêndice E). Após o aceite, os profissionais receberam o TCLE (Apêndice F) por meio da plataforma *REDCap*® e os instrumentos para a coleta de dados, com duas partes. A primeira, de caracterização dos especialistas, contendo variáveis sociodemográficas, profissionais e acadêmicas (Apêndice G). A segunda parte, com a avaliação de conteúdo dos instrumentos.

Os avaliadores foram convidados a classificar o modelo, por meio da plataforma supracitada, em escala *Likert* como técnica de escalonamento. Essa escala facilita a avaliação, por fornecer um escore numérico com diferentes graus de concordância em relação à afirmação e reação do sujeito⁶¹. Desta forma, foram selecionados cinco intervalos de resposta, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Os escores foram definidos conforme descrito:

1. Discordo totalmente: conduta inadequada que necessita ser suprimida ou desnecessária.
2. Discordo: conduta que necessita de alguma correção e ou reformulação.
3. Não concordo nem discordo: conduta imparcial.
4. Concordo: conduta correta.
5. Concordo totalmente: conduta correta sem necessidade de qualquer acréscimo.

Ao final de cada item, abriu-se um campo específico para respostas abertas, onde os especialistas poderiam contribuir para a qualidade do processo de validação, inserindo suas justificativas de respostas e/ou sugestões, quando convenientes.

Reitera-se que, como mencionado anteriormente, os instrumentos foram previamente submetidos a um pré-teste, no qual estes foram apreciados por cinco *experts*. Cabe destacar que estes profissionais não fizeram parte da amostra desta outra fase, para fins de neutralidade da avaliação dos instrumentos.

Ao término da rodada, foi realizada a análise do índice de concordância para obtenção de consenso. A validade de conteúdo foi avaliada por meio do IVC que analisa a concordância dos especialistas quanto à representatividade da medida em relação ao conteúdo abordado, calculado pela divisão do número de especialistas que concordaram com o item pelo total de especialistas (IVC para cada item)⁶². O resultado desse teste considerou como adequada uma concordância $\geq 80\%$ e um IVC $> 0,80$, no resultado total, para assegurar a confidencialidade dos instrumentos.

Na primeira rodada, os resultados referentes aos instrumentos submetidos à avaliação dos especialistas alcançaram consenso, não sendo necessárias rodadas adicionais. Posteriormente, o comitê recebeu um *feedback* contendo a análise e as justificativas das respostas (Apêndice H).

5.7 Fase 5 - Grupo Focal com Pacientes

Os procedimentos para esta etapa seguiram o checklist Consolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ), específico para a técnica do grupo focal⁶³.

Foi realizado um grupo focal com pacientes para a obtenção da percepção sobre barreiras, oportunidades e necessidades durante o diagnóstico e o tratamento, bem como sua visão de qualidade de vida, de modo a subsidiar o refinamento dos instrumentos validados na fase anterior.

O objetivo desta etapa foi aperfeiçoar o conteúdo e a forma de apresentação dos instrumentos, além de minimizar potenciais vieses de concordância inerentes à técnica Delphi, assegurando que o material correspondesse, de maneira efetiva, às necessidades e à compreensão do público-alvo⁶⁴.

O grupo focal é uma técnica de pesquisa qualitativa cujo objetivo é entender como as pessoas se sentem ou o que elas pensam sobre determinado problema, ideia, produto ou serviço⁶⁵. Grupos focais são usados, assim, quando o intuito é reunir opiniões. Para isso, de modo geral, a discussão em grupo é conduzida várias vezes, em rodadas, com tipos semelhantes de participantes, para que o pesquisador possa identificar tendências e padrões nas percepções. Em seguida, a análise cuidadosa e sistemática das discussões fornece pistas e *insights* sobre como uma ideia, produto, serviço ou oportunidade é percebida pelos futuros usuários⁶⁶.

No presente estudo, utilizou-se amostragem por conveniência, com a seleção de cinco participantes, todos pacientes com câncer já acompanhados ou em processo de navegação pela pesquisadora principal. Foi elaborada uma lista em arquivo Word® contendo os nomes e horários de comparecimento dos possíveis candidatos. Os convites foram realizados após a verificação dos critérios de inclusão, sendo os participantes devidamente esclarecidos quanto aos procedimentos éticos da pesquisa.

A participação dos pacientes no estudo foi condicionada aos seguintes critérios de elegibilidade: ser paciente com diagnóstico de CCR, maior de 18 anos; estádios I a IV; estar em tratamento e ou ter finalizado o último tratamento em até dois anos; ser fluente na língua portuguesa. Foram excluídos pacientes analfabetos, neurodivergentes, com distúrbios psiquiátricos ou alopáticos atestados em prontuário médico, que inviabilizasse a participação no estudo.

O grupo focal foi conduzido por duas pesquisadoras, uma doutora e uma mestranda. A reunião teve duração máxima de 90 minutos, até o alcance da saturação dos dados, ou seja, quando novas informações passaram a produzir pouca ou nenhuma contribuição adicional para

responder à questão de pesquisa. O encontro foi gravado, com consentimento dos pacientes e apenas para fins de análise.

Os participantes selecionados foram previamente contatados por telefone, ocasião em que receberam esclarecimentos acerca do objetivo do estudo, data, horário, local, processo de desenvolvimento dos instrumentos, relevância da pesquisa e cuidados relacionados ao cumprimento dos preceitos éticos. Após o aceite, no dia das reuniões, foi aplicado o TCLE (Apêndice I) e solicitado o preenchimento de dados clínicos e sociodemográficos não disponíveis nos prontuários dos pacientes.

Foram utilizados dois instrumentos: a) questionário para coleta de dados sociodemográficos e clínicos (Apêndice J) e; b) protocolo de condução da reunião do grupo focal. O protocolo do grupo focal foi elaborado com base no estudo de van Deursen et al.⁶⁷ (Apêndice K).

Foram incluídos os seguintes dados sociodemográficos e clínicos: idade; estado civil; raça autorreferida; critério econômico Brasil e escolaridade; data do diagnóstico médico do câncer; estadiamento clínico ou patológico; data de início do tratamento; tipos de tratamentos realizados.

Durante o grupo focal foram apresentados: objetivos da pesquisa e do grupo focal, o caminho percorrido entre o diagnóstico e o tratamento, conforme diretrizes do CCR e protocolo do SUS e a cartilha de orientação para o paciente com CCR, validada na fase anterior.

A discussão teve como base os conteúdos da cartilha e as experiências relatadas pelos pacientes, abrangendo o percurso desde o diagnóstico até o tratamento na rede de atenção à saúde. Os principais tópicos abordados na reunião foram:

1. Principais barreiras/dificuldades encontradas nas fases de diagnóstico e tratamento.
2. Oportunidades de melhoria mais importantes no percurso do diagnóstico ao tratamento.
3. Percepção sobre qualidade de vida.
4. Pontos que contribuíram para a qualidade de vida durante o percurso do diagnóstico ao tratamento.
5. Percepção sobre a cartilha de orientação para o paciente com CCR.

A análise foi realizada por meio da revisão de conteúdo de Laurence Bardin, por meio da qual foram examinadas as falas de cada paciente. Foram seguidos os seguintes passos, de forma estruturada⁶⁸⁻⁶⁹.

- Pré-análise: se observa a escolha dos documentos ou definição do *corpus* de análise; a formulação de hipóteses e objetivos; a elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final absoluta ou relativa de determinado tema em relação a outro; tipos

de expressão de dúvida observadas e preparação do material, em função do tipo de análise que será realizada.

- Exploração do material ou codificação: consiste em um processo por meio do qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo.
- Tratamento dos resultados: interferência e interpretação onde busca-se colocar em relevo as informações fornecidas pela análise, por meio de quantificação simples ou mais complexas, como a análise fatorial, permitindo apresentar os dados em diagramas, figuras e/ou modelos.

Ao término desta fase, os resultados obtidos a partir da análise de Bardin, realizada com o software Atlas.ti 8.0, foram considerados para o ajuste dos instrumentos, avaliados na fase seguinte.

5.8 Fase 6 - Tratamento dos Dados e Consolidação dos Instrumentos

A abordagem metodológica da pesquisa compreende os procedimentos teóricos, empíricos e analíticos⁴⁸, que se interrelacionam e sustentam a construção e a validação dos instrumentos (Figura 2). Nesta fase, foi produzida pelas pesquisadoras a versão final dos instrumentos, a partir da integração de todos os produtos gerados nas fases anteriores. Os resultados foram materiais direcionados à navegação de pacientes com CCR, abrangendo as etapas de diagnóstico e tratamento.

5.9 Preceitos Éticos em Pesquisa

A realização desta pesquisa foi precedida da apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Antônio Prudente, sob o parecer nº 7.208.12, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos (Anexo A).

Os participantes, de cada etapa do estudo que concordaram em participar da pesquisa, assinaram o TCLE. Todos foram informados quanto aos objetivos e tipo de participação. Foi assegurado o anonimato e sigilo, sendo facultado o direito de retirar o consentimento a qualquer momento, de acordo com parecer CNS nº 466/1210⁴⁶.

O presente estudo foi autorizado pela Direção Geral do Hospital Orêncio de Freitas de acordo com o documento de transferência de dados (DTA).

Figura 2 – Abordagem metodológica da pesquisa



Fonte: Elaboração do autor

A Tabela 2 apresenta a consolidação dos instrumentos desenvolvidos, descrevendo cada um deles e os processos relacionados à sua construção e validação.

Tabela 2 - Quadro da consolidação dos instrumentos desenvolvidos e seus respectivos processos de construção e validação

Instrumento	Objetivo	Processo de construção e validação
Linha do cuidado em CCR	Garantir atenção integral, contínua e coordenada ao paciente, desde a suspeita da doença até o seguimento pós-tratamento, com objetivo de organizar os serviços, profissionais e processos para otimizar a qualidade, a segurança e a efetividade do cuidado.	Desenvolvido pela pesquisadora a partir da análise da literatura vigente, sendo submetido à avaliação na fase de pré-teste para verificação de sua adequação.
Fluxogramas do CCR do Hospital Orêncio de Freitas	Representar visualmente o percurso do paciente com câncer colorretal na instituição, desde o diagnóstico até o tratamento, permitindo melhor compreensão dos processos internos da rede de atenção à saúde e facilitando a navegação do paciente.	Desenvolvido pela pesquisadora a partir da análise da literatura vigente e da realidade institucional, sendo submetido à avaliação na fase de pré-teste para verificação de sua adequação.
Primeira consulta de enfermagem para paciente com CCR	Orientar e padronizar a avaliação inicial do paciente, identificando necessidades físicas, emocionais e educativas, além de fornecer informações sobre o diagnóstico, exames e próximos passos do tratamento.	Desenvolvido com base na literatura, avaliado em pré-teste e validado por especialistas.
Consulta de enfermagem para o tratamento adjuvante e neoadjuvante de paciente com CCR	Monitorar e registrar efeitos do tratamento, fornecer orientações específicas sobre cuidados, medicamentos e medidas preventivas, e apoiar o paciente em sua adesão ao plano terapêutico, garantindo segurança e continuidade do cuidado.	Desenvolvido com base na literatura, avaliado em pré-teste e validado por especialistas.
Cartilha de orientação para o paciente com câncer colorretal	Informar o paciente e familiares sobre a doença, tratamentos, efeitos adversos, cuidados de autocuidado e recursos disponíveis na rede de atenção, promovendo educação em saúde, autonomia e melhoria da experiência durante todo o percurso de cuidado.	Desenvolvido com base na literatura, avaliado em pré-teste, validado por especialistas e aperfeiçoada após grupo focal, com a inclusão da versão digital.

Fonte: Elaboração do autor

6 RESULTADOS

6.1 Fase 1 - Revisão da Literatura

A presente revisão de literatura teve como objetivo identificar, descrever e sintetizar, com base nas evidências científicas disponíveis, os instrumentos voltados à sistematização da navegação de pacientes diagnosticados com câncer colorretal. O período compreendeu os meses de fevereiro a abril de 2025, obedecendo a critérios de rigor metodológico e tema.

No levantamento inicial, foram encontrados 237 artigos relevantes para a temática proposta. Após a aplicação criteriosa dos critérios de elegibilidade, foram selecionados 10 artigos, todos publicados entre 2010 e 2022.

Entre os artigos selecionados, a maioria (64%, n=7) consistia em ensaios clínicos randomizados e controlados, o que demonstra uma predominância de metodologias robustas na produção científica. Os demais estudos, com metodologia distinta, contribuíram igualmente para a compreensão e caracterização dos instrumentos analisados.

A síntese das evidências teve como propósito reunir e organizar os dados disponíveis sobre os recursos utilizados para estruturar a navegação de pacientes com câncer colorretal. Entre as ferramentas identificadas destacaram-se os sistemas eletrônicos de comunicação, as medidas de satisfação do paciente, a utilização de *websites* institucionais ou de apoio, as escalas de qualidade de vida, o contato telefônico, além do uso de redes sociais e aplicativos de mensagens instantâneas, como o *WhatsApp*.

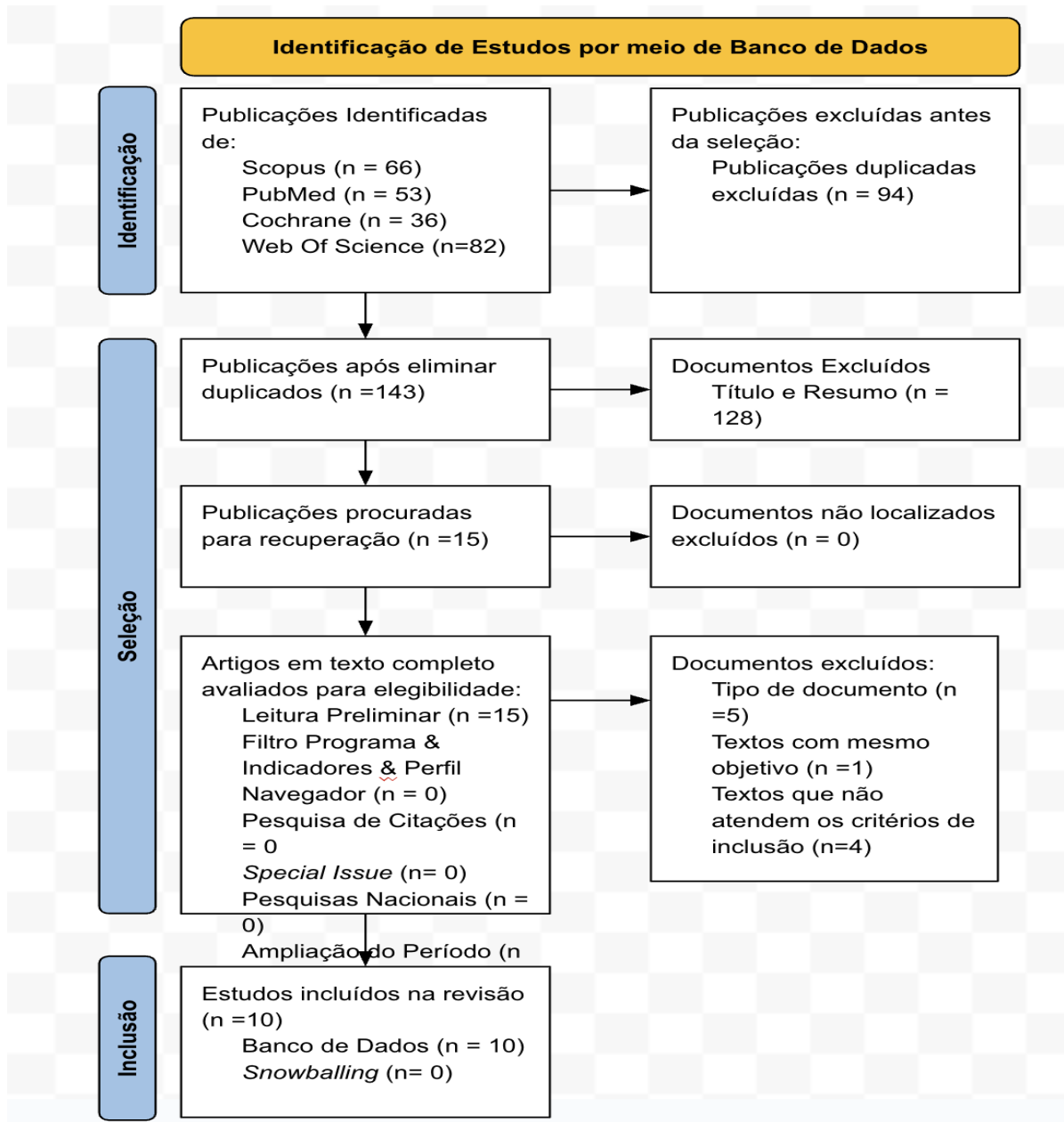
O uso desses instrumentos demonstra potencial para otimizar a comunicação entre pacientes e equipes multiprofissionais, ampliar o acesso à informação e contribuir para a adesão ao tratamento e ao acompanhamento clínico.

Além dos instrumentos principais, foram identificados desfechos secundários, como a taxa de hospitalização, o índice de absenteísmo em consultas e procedimentos, e a composição das equipes de navegadores responsáveis pela mediação entre paciente e serviço de saúde. Esses aspectos ressaltam a complexidade do processo de navegação em oncologia, evidenciando que, além de ferramentas tecnológicas e de comunicação, fatores organizacionais e humanos desempenham papel fundamental na qualidade e na efetividade do cuidado.

A revisão identificou os principais instrumentos empregados na sistematização da navegação de pacientes com câncer colorretal e destacou a importância de abordagens integradas, que articulem tecnologias, comunicação e gestão de serviços de saúde, com vistas à melhoria contínua da experiência do paciente e dos desfechos clínicos.

O processo de identificação e seleção de estudos está esquematizado no fluxograma a seguir (Figura 3), elaborado conforme as recomendações do Protocolo PRISMA. As principais características dos estudos encontram-se organizadas na Tabela 3. O nível de evidências foi baseado na *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine*⁵⁴.

Figura 3 - Fluxograma de identificação e seleção de estudos – Protocolo PRISMA



Fonte: Elaboração do autor

Tabela 3 – Quadro das características dos estudos incluídos na revisão de literatura

(continua)

Autor, ano	País	Tipo de estudo	Objetivo	Ferramentas/ instrumentos aplicados à navegação de pacientes com CCR	Resultados	Nível de Evidência
Carroll et al. K; Humiston, 2010	Estados Unidos	Ensaio clínico randomizado controlado	Examinar como a navegação, definida como a avaliação e a redução de barreiras ao acesso adequado aos cuidados de saúde, influencia a percepção dos pacientes sobre a qualidade de seu tratamento contra o câncer.	Entrevistas semi-estruturadas para avaliação do programa de navegação.	Os aspectos valorizados da navegação incluíram apoio emocional, assistência com necessidades de informação e resolução de problemas, e logística.	4 baixo
Hendren et al. 2012	Estados Unidos	Ensaio clínico randomizado controlado	O objetivo deste estudo foi medir os efeitos da navegação do paciente na qualidade de vida (QV) específica do câncer entre pacientes com câncer recém-diagnosticado.	Avaliação Funcional da Terapia do Câncer: FACT-C.	Os grupos de navegação e controle de pacientes foram comparáveis em fatores de base, exceto propriedade de casa versus aluguel (mais propriedade de casa entre os controles, $P = 0,05$) e raça (mais brancos entre os controles, $P = 0,05$).	2 alto
Loiselle et al. 2013	Canadá	Estudo multicêntrico	Explorar as percepções de indivíduos sobre o OIN, como um recurso complementar para apoiar o ajuste psicossocial ao câncer e orientar o acesso aos serviços de tratamento do câncer.	Web: <i>Oncology Interactive Navigator</i> (OIN).	O OIN foi relatado como fundamental para atender às necessidades de informações sobre o câncer e cuidados de suporte dos participantes, especialmente no início da trajetória do câncer	3 moderado
Brouwers et al. 2016	Canadá	Estudo ambiental	Relatar as descobertas do projeto CanIMPACT (Equipe Canadense para Melhorar o Tratamento Comunitário do Câncer ao Longo do Continuum), que documentou sistematicamente iniciativas canadenses (ou seja, programas e projetos) projetadas para melhorar ou dar suporte à coordenação e continuidade do tratamento do câncer entre provedores de cuidados primários e especialistas em oncologia.	CanIMPACT <i>Casebook</i> : documentar os esforços canadenses para melhorar ou apoiar a coordenação do atendimento oncológico	O CanIMPACT descreveu 24 iniciativas. As equipes implementaram as seguintes estratégias: navegação de pacientes por enfermeiros, equipes de atendimento multidisciplinar, sistemas eletrônicos de comunicação ou informação, educação e iniciativas multicomponentes.	3 moderado

Tabela 3 - Quadro das características dos estudos incluídos na revisão de literatura

(continuação)

País						
Autor, ano		Tipo de estudo	Objetivo	Ferramentas/ instrumentos aplicados à navegação de pacientes com CCR	Resultados	Nível de Evidência
Wells et al. 2016	Estados Unidos	Ensaio Clínico Randomizado	O presente estudo controlado examinou o efeito da navegação de pacientes na satisfação com o tratamento oncológico.	Escala de Satisfação do Paciente com o Atendimento Relacionado ao Câncer (PSCC)	Os pacientes relataram alta satisfação com os cuidados diagnósticos e o tratamento do câncer. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos NP e controle na satisfação com os cuidados relacionados ao câncer ($p > 0,05$). Participantes hispânicos e afro-americanos foram menos propensos a relatar alta satisfação com os cuidados oncológicos quando comparados a pacientes brancos.	2 alto
Almeida et al. 2021	Brasil	Estudo Descritivo Qualitativo	Compreender as expectativas dos pacientes com tumores colorretais quanto à construção de uma ferramenta tecnológica que facilite a comunicação com o enfermeiro navegador e o acesso à informação; propor o desenvolvimento de uma ferramenta de comunicação e disseminação do conhecimento alinhada às necessidades	Whatsapp Business e página de Instagram, para disponibilizar conteúdo científico e material educacional sobre o câncer colorretal, denominada Colorretal News.	Sugestões foram propostas pelos pacientes, para a inserção de ferramentas tecnológicas que atendam melhor às suas necessidades, como o WhatsApp Business, para viabilizar a comunicação com os enfermeiros navegadores. Foi criada, também, uma página de Instagram, para disponibilizar conteúdo científico e material educacional sobre o câncer colorretal, denominada Colorretal News.	3 moderado
Looper et al. 2022	Países Baixos	Ensaio Clínico Randomizado	O objetivo deste estudo foi desenvolver, implementar e avaliar sistematicamente uma ferramenta de informação de saúde online para pacientes idosos com câncer, o <i>Patient Navigator</i> , fornecendo informações que complementem a consulta com profissionais de saúde.	Ferramenta on-line de informação em saúde	O Navegador do Paciente foi bem utilizado e avaliado positivamente. Os pacientes que receberam o Navegador do Paciente contribuíram menos durante a consulta, usando menos palavras do que o paciente do grupo controle, e apresentaram menos ansiedade dois dias após a consulta do que os pacientes no grupo controle.	2 alto

Tabela 3 – Quadro das características dos estudos incluídos na revisão de literatura

(continuação)

Autor, ano	País	Tipo de estudo	Objetivo	Ferramentas/ instrumentos aplicados à navegação de pacientes com CCR	Resultados	Nível de Evidência
Wagner et al. 2014	Países Baixos	Ensaio clínico randomizado controlado	Determinar se a intervenção de um enfermeiro navegador melhora a qualidade de vida e a experiência do paciente com o cuidado de pessoas que receberam recentemente um diagnóstico de câncer de mama, colorretal ou de pulmão.	Escala de qualidade de vida <i>Functional Assessment of Cancer Therapy-General</i> (FACT-G)	Pacientes navegados relataram significativamente menos problemas com o atendimento, especialmente com atendimento psicossocial, coordenação do atendimento e informação, conforme medido pelo instrumento Picker. Os custos acumulados após o diagnóstico não diferiram significativamente entre os grupos, mas os custos com câncer de pulmão foram US\$ 6.852 menores entre os pacientes enfermeiros navegadores.	2 alto
Percac-Lima et al. 2015	Estados Unidos	Ensaio clínico randomizado controlado	Avaliar a adesão dos pacientes às consultas utilizando o recurso de lembrete por telefone, especialmente em população menos favorecidas.	Lembretes por ligação telefônica	Ao longo de um período de 5 meses, das 40.075 consultas agendadas, 4.425 pacientes foram considerados de alto risco de não comparecimento. Após a intervenção de orientação do paciente, a taxa de não comparecimento no grupo de intervenção foi de 10,2% em comparação com 17,5% no grupo controle.	2 alto
Porzig et al. 2018	Alemanha	Ensaio clínico randomizado controlado	O objetivo deste estudo em andamento é avaliar o impacto do programa de navegação de pacientes com câncer em pacientes com câncer e portadores de custos na Alemanha.	Taxas de hospitalização e pontuações HADS-D para avaliação do estresse psicológico.		2 alto

Fonte: Elaboração do autor

6.2 Fase 2 - Construção dos Instrumentos para a Navegação

A versão inicial dos instrumentos foi construída com base na revisão da literatura e em referências bibliográficas pertinentes, contemplando evidências nacionais e internacionais relacionadas ao cuidado oncológico. Priorizou-se pela utilização das diretrizes clínicas do *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) versão 2024, por ser uma das principais referências internacionais contendo recomendações baseadas em evidências sobre prevenção, rastreamento, diagnóstico, estadiamento, tratamento e seguimento. Os documentos enfatizam a importância da avaliação molecular de todos os pacientes com testagem universal para instabilidade de microssatélites (MSI) e deficiência de reparo de DNA (MMR) orientando o planejamento das decisões terapêuticas individualizadas⁷⁰⁻⁷¹. Embora esses testes ainda não estejam amplamente disponíveis no SUS, as recomendações do NCCN podem subsidiar estratégias futuras de incorporação tecnológica e ampliação do acesso a diagnósticos moleculares, contribuindo para o aprimoramento da precisão e da equidade no cuidado oncológico. Além disso, foram utilizadas referências de autores renomados e especializados com vastas publicações científicas e abrangentes em CCR e da enfermagem^{2,20,36,72-79}.

Em seguida, o conteúdo foi submetido a um processo de adaptação à realidade do SUS, considerando as diretrizes vigentes, a organização dos serviços de saúde e a disponibilidade de recursos assistenciais. Essa etapa incluiu a análise de aplicabilidade prática, com ênfase na viabilidade de uso no cotidiano dos profissionais, na clareza das informações registradas e na adequação às necessidades específicas do serviço. Dessa forma, buscou-se assegurar que os instrumentos fossem, ao mesmo tempo, cientificamente embasados, de implementação factível e alinhados às demandas assistenciais locais.

Os instrumentos foram elaborados com a finalidade de possibilitar o acompanhamento sistemático dos pacientes oncológicos, além de constituírem um elo de comunicação entre os diferentes profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidado. Foram desenvolvidos para registrar, de forma padronizada, os dados clínicos e sociodemográficos dos pacientes, monitorar e documentar todas as etapas da trajetória oncológica, bem como fornecer orientação contínua ao paciente e a seus familiares, em toda a rede de atenção à saúde.

O conjunto final de instrumentos foi composto pelos documentos descritos a seguir e apresentados nos respectivos Apêndices.

6.2.1 Linha de cuidado do CCR

A linha de cuidado do CCR, juntamente com o mapeamento macroprocessual do fluxo, serviram de base para a implementação da jornada de navegação de pacientes com CCR. Trata-se de um conjunto organizado de ações e serviços de saúde, que visam garantir atenção integral, contínua e coordenada ao paciente, desde a detecção precoce da doença até o acompanhamento pós-tratamento. Ela integra diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária) e profissionais da saúde, promovendo qualidade, eficiência e equidade no cuidado, conforme apresentado no Apêndice L.

6.2.2 Fluxograma do CCR do Hospital Orêncio de Freitas

Representação visual do percurso do paciente, desde o diagnóstico da doença até o tratamento, destacando as macros etapas do cuidado orientadas pela linha de cuidado e realidade local. Inclui os seguintes fluxogramas específicos: (1) Câncer de cólon e reto superior (intraperitoneal) sem obstrução intestinal; (2) Câncer de cólon e reto superior (intraperitoneal) com obstrução intestinal / ECOG ≤ 2 ; (3) Câncer de reto inferior e médio (extraperitoneal) sem obstrução; e (4) Câncer de reto inferior e médio (extraperitoneal) com obstrução, conforme demonstrado no Apêndice M.

6.2.3 Primeira consulta de enfermagem para o paciente com CCR

Os protocolos de consulta foram fielmente adaptados para esse perfil de pacientes, considerando toda a trajetória da linha de cuidado do CCR. Tem por objetivo coletar os dados clínicos e epidemiológicos do paciente, para a identificação das barreiras que possam comprometer o *continuum* terapêutico, facilitando o planejamento de ações com cuidado individualizado e tratamento oportuno em todas as etapas da jornada oncológica, conforme apresentado no Apêndice N.

6.2.4 Consulta de enfermagem para o tratamento adjuvante e neoadjuvante para o paciente com CCR

O objetivo é identificar e conhecer as modalidades, bem como a resposta do paciente ao plano terapêutico, para mapear as possíveis barreiras que possam interferir na adesão e conclusão do tratamento, conforme apresentado no Apêndice O.

6.2.5 Cartilha de orientação para o paciente com câncer colorretal (física)

A cartilha de orientação, nas versões física e digital, trouxe inovação e inclusão. É um recurso educativo complementar à consulta de enfermagem, que facilita o entendimento do paciente e da família sobre todo o processo de cuidado e tratamento. Visa à orientação sobre o caminho a ser percorrido na rede de saúde, as etapas e modalidades do tratamento, os direitos do paciente oncológico, as possíveis reações do tratamento e as orientações de enfermagem para cada modalidade, conforme apresentado no Apêndice P.

Nos resultados desta fase, além dos instrumentos desenvolvidos, foram incorporados recursos tecnológicos de apoio. Destacam-se a plataforma de gerenciamento de tarefas Asana®, adaptada para monitorar todas as etapas do percurso do paciente com CCR, desde o diagnóstico até o tratamento, e uma planilha de acompanhamento elaborada no Microsoft Excel®, utilizada para o registro detalhado dos dados clínicos e sociodemográficos dos pacientes navegados (Apêndices B e C).

6.3 Fase 3 - Pré-Teste dos Instrumentos Pilotos

Participaram desta etapa cinco profissionais com experiência no atendimento a pacientes com CCR, com tempo de atuação variando entre 5 e 30 anos. A amostra foi composta por dois médicos cirurgiões gerais e três enfermeiros, sendo estes últimos: uma integrante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, uma supervisora de enfermagem da Unidade de Internação Clínica e Cirúrgica e um coordenador do Centro de Terapia Intensiva.

Na análise da concordância entre os especialistas, obteve-se IVC igual a 1,0, correspondendo a 100% de concordância. Todos os itens avaliados foram classificados como “concordo totalmente”, não havendo sugestão de exclusão de nenhum componente dos instrumentos. A única recomendação consistiu na modificação do item referente aos Diagnósticos de Enfermagem – *NANDA-I*, presente nos instrumentos “Primeira consulta de enfermagem” e “Consulta de enfermagem para o tratamento adjuvante e neoadjuvante”. Essa recomendação foi essencial para a organizar a sistematização do processo de enfermagem.

Os dados detalhados referentes à pontuação e concordância entre avaliadores para os cinco instrumentos estão representados nas Tabelas 4 a 8 a seguir.

Tabela 4 - Concordância na fase pré-teste sobre a linha de cuidados do CCR

Item	Avaliadores					IVC	Concordância (%)
	1	2	3	4	5		
As informações apresentadas são claras?	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	100,0
As informações apresentadas facilitam os profissionais de saúde no cuidado assistencial?	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	100,0

Fonte: Elaboração do autor

Tabela 5 - Concordância na fase pré-teste sobre os fluxogramas do diagnóstico ao tratamento do CCR

Item	Avaliadores					IVC	Concordância (%)
	1	2	3	4	5		
As informações apresentadas são claras?	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	100,0
As informações apresentadas facilitam os profissionais de saúde no cuidado assistencial?	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	100,0

Fonte: Elaboração do autor

Tabela 6 - Concordância na fase pré-teste sobre o instrumento de primeira consulta de enfermagem

Item	Avaliadores					IVC	Concordância (%)
	1	2	3	4	5		
As informações apresentadas são claras?	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	100,0
As informações apresentadas facilitam os profissionais de saúde no cuidado assistencial?	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	100,0

Fonte: Elaboração do autor

Tabela 7 - Concordância na fase pré-teste sobre o instrumento de consulta de enfermagem para o tratamento neoadjuvante e adjuvante

Item	Avaliadores					IVC	Concordância (%)
	1	2	3	4	5		
As informações apresentadas são claras?	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	100,0
As informações apresentadas facilitam os profissionais de saúde no cuidado assistencial?	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	100,0

Fonte: Elaboração do autor

Tabela 8 - Concordância na fase pré-teste sobre a cartilha de orientação do paciente com CCR

Item	Avaliadores					IVC	Concordância (%)
	1	2	3	4	5		
As informações apresentadas são claras?	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	100,0
As informações apresentadas facilitam os profissionais de saúde no cuidado assistencial?	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	100,0
As informações apresentadas ajudam os pacientes a caminharem pelo sistema de saúde?	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	100,0
As informações apresentadas ajudam os pacientes a entenderem as etapas da sua jornada?	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	100,0
As informações apresentadas ajudam os pacientes a prevenir os efeitos adversos do tratamento?	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	100,0
As informações apresentadas ajudam os pacientes a controlar os efeitos adversos do tratamento?	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	100,0
As informações apresentadas ajudam a eliminar barreiras que possam comprometer a jornada oncológica do paciente?	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	100,0

Fonte: Elaboração do autor

6.4 Fase 4 - Aplicação do Instrumentos Aprimorados em Rodadas Delphi para Comitê de Especialistas

Na quarta fase do estudo, utilizou-se a Técnica Delphi com os objetivos de alcançar consenso entre especialistas, identificar padrões e formular diretrizes teóricas e metodológicas, bem como propor recomendações para a prática profissional e ações estratégicas.

Constituiu-se um comitê de especialistas formado por 11 profissionais, selecionados a partir da análise curricular na Plataforma Lattes, do CNPq. A média de experiência dos participantes foi de 23 anos na área de Oncologia, com variação entre 4 e 44 anos. A composição do grupo observou diferentes formações e áreas de atuação, a saber: dois médicos cirurgiões oncológicos, um médico oncologista clínico, um médico epidemiologista, dois enfermeiros oncologistas com atuação em navegação oncológica, dois nutricionistas oncologistas, um psicólogo, um assistente social e uma docente doutora em engenharia de produção.

A classificação dos especialistas, realizada segundo os critérios propostos por Fehring, apresentou pontuação média de 8,6, variando de 5 a 15 pontos. O ponto de corte estabelecido foi de 5. A pontuação detalhada encontra-se na Tabela 9.

Os especialistas avaliaram três instrumentos elaborados no estudo: (1) Primeira Consulta de Enfermagem para Pacientes com Câncer Colorretal; (2) Consulta de Enfermagem

para o Tratamento Adjuvante e Neoadjuvante para Pacientes com Câncer Colorretal; e (3) Cartilha de Orientação para Pacientes com Câncer Colorretal na versão física. Ressalta-se que os instrumentos relativos à linha de cuidado do CCR e ao fluxo do câncer colorretal no Hospital Orêncio de Freitas foram previamente validados na fase anterior da pesquisa e não fizeram parte desta fase.

Na primeira rodada de avaliação, os resultados obtidos foram considerados satisfatórios, não havendo necessidade de nova rodada dos instrumentos. A avaliação dos especialistas resultou na modificação de forma e conteúdo de 19 das 59 sessões dos instrumentos (32%) e estão destacadas em amarelo no Apêndice Q.

Tabela 9 - Classificação dos especialistas participantes da etapa de validação dos instrumentos sobre CCR

Especialistas	VR	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11
Titulação de Mestre	4	4	0	4	0	4	0	4	4	4	4	4
Titulação de Mestre na área de interesse do estudo*	1	1	0	0	0	0	0	4	0	1	0	0
Tese de doutorado na área de interesse do estudo*	4	4	0	4	0	0	0	0	0	4	0	0
Prática clínica de pelo menos um ano no tema de interesse do estudo **	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
Especialização no tema de interesse do estudo**	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0
Publicação de pesquisa relevante para a área de interesse do estudo*	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	0
Publicação de artigo sobre a área de interesse do estudo* em periódico de referência	2	2	1	1	1	1	1	1	0	2	1	0
Total	15	15	05	12	05	08	05	13	06	14	07	05

VR – Valor de referência; E – Especialista.

Fonte: Elaboração do autor

O instrumento “Primeira Consulta de Enfermagem” apresentou índice de concordância de 92,0%, com IVC geral de 0,92 (Tabela 10).

Tabela 10 - Concordância relacionada ao instrumento de primeira consulta de enfermagem

Item	IVC (% concordância)
Q1 Identificação	1,00 (100,0)
Q2 Anamnese	1,00 (100,0)
Q3 Exame físico	0,89 (88,9)
Q4 Doença oncológica	1,00 (100,0)
Q5 <i>Status</i> de desempenho	0,78 (77,8)
Q6 Avaliação da dor	1,00 (100,0)
Q7 Avaliação emocional	0,89 (88,9)
Q8 Dependência da navegação	0,89 (88,9)
Q9 Tratamento prescrito	0,89 (88,9)
Q10 Barreiras identificadas	1,00 (100,0)
Q11 Autogestão ineficaz da saúde	0,89 (88,9)
Q12 Autogestão ineficaz da náusea	1,00 (100,0)
Q13 Ingestão nutricional inadequada	0,89 (88,9)
Q14 Risco de ingestão nutricional inadequada	0,89 (88,9)
Q15 Eliminação intestinal prejudicada	0,89 (88,9)
Q16 Risco de eliminação intestinal prejudicada	0,89 (88,9)
Q17 Carga excessiva de fadiga	0,89 (88,9)
Q18 Risco de recuperação cirúrgica retardada	0,78 (77,8)
Q19 Autoestima inadequada situacional	0,89 (88,9)
Q20 Risco de infecção	0,89 (88,9)
Q21 Integridade da mucosa oral prejudicada	1,00 (100,0)
Q22 Dor aguda	1,00 (100,0)
Q23 Rede de apoio social inadequada	0,89 (88,9)
Q24 Orientação de enfermagem	1,00 (100,0)
Q25 Encaminhamentos	0,89 (88,9)
Geral	0,92 (92,0)

Fonte: Elaboração do autor

Em relação à consulta de enfermagem para o tratamento adjuvante e neoadjuvante, o percentual de concordância foi de 94,4%, com IVC geral de 0,94 (Tabela 11).

Tabela 11 - Concordância relacionada ao instrumento de consulta de enfermagem para o tratamento adjuvante e neoadjuvante

Item	IVC (% concordância)
Q1 Identificação/doença atual	0,89 (88,9)
Q2 Tratamento quimioterápico	1,00 (100,0)
Q3 Tratamento radioterápico	1,00 (100,0)
Q4 Avaliação da qualidade de vida	0,89 (88,9)
Q5 Barreiras encontradas	1,00 (100,0)
Q6 Autogestão ineficaz da saúde	1,00 (100,0)
Q7 Autogestão ineficaz da náusea	1,00 (100,0)
Q8 Ingestão nutricional inadequada	0,89 (88,9)
Q9 Risco de ingestão nutricional inadequada	0,89 (88,9)
Q10 Eliminação intestinal prejudicada	0,89 (88,9)
Q11 Risco de eliminação intestinal prejudicada	0,89 (88,9)
Q12 Carga excessiva de fadiga	0,89 (88,9)
Q13 Recuperação cirúrgica retardada	0,89 (88,9)
Q14 Risco de recuperação cirúrgica retardada	0,89 (88,9)
Q15 Autoestima inadequada situacional	0,89 (88,9)
Q16 Risco de infecção	1,00 (100,0)
Q17 Integridade da mucosa oral prejudicada	1,00 (100,0)
Q18 Dor aguda	1,00 (100,0)
Q19 Rede de apoio social inadequada	1,00 (100,0)
Q20 Encaminhamentos	1,00 (100,0)
Geral	0,94 (94,4)

Fonte: Elaboração do autor

A Cartilha de orientação para pacientes com câncer colorretal obteve 92,1% de concordância entre os avaliadores e apresentou um IVC geral de 0,92 (Tabela 12).

Tabela 12 - Concordância relacionada a cartilha de orientações para paciente com câncer colorretal

Item	IVC (% concordância)
Q1 Capa	1,00 (100,0)
Q2 Caminhando pela rede de saúde	1,00 (100,0)
Q3 Conhecendo a sua jornada	0,89 (88,9)
Q4 Conhecendo seus direitos	1,00 (100,0)
Q5 Conhecendo as modalidades de tratamento: cirurgia e quimioterapia	1,00 (100,0)
Q6 Conhecendo as modalidades de tratamento: efeitos colaterais diarreia e prisão de ventre	0,89 (88,9)
Q7 Conhecendo as modalidades de tratamento: efeitos colaterais náusea e vômito, alopecia e mucosite	0,89 (88,9)
Q8 Conhecendo as modalidades de tratamento: efeitos colaterais anemia	0,67 (66,7)
Q9 Conhecendo as modalidades de tratamento: efeitos colaterais fadiga e neuropatia periférica sensitiva	0,89 (88,9)
Q10 Conhecendo as modalidades de tratamento: efeitos colaterais eritema cutâneo e síndrome mão-ao-pé e erupção acneiforme	0,89 (88,9)
Q11 Conhecendo as modalidades de tratamento: efeitos colaterais hiperpigmentação da pele	0,78 (77,8)
Q12 Radioterapia	1,00 (100,0)
Q13 Referências	1,00 (100,0)
Q14 Elaboração e revisão	1,00 (100,0)
Geral	0,92 (92,1)

Fonte: Elaboração do autor

6.5 Fase 5- Grupo Focal com Pacientes

Nesta fase, participaram quatro pacientes em processo de navegação ou já navegados, cujos perfis sociodemográficos e clínicos estão detalhados na Tabela 13. Ressalta-se a ausência de um paciente, que, sem justificativa, não compareceu à reunião.

Tabela 13 – Perfil sociodemográfico e clínicos dos participantes no grupo focal

Características sociodemográficas e clínicas	N (%)
Idade	
Média	66
Mínimo-Máximo	59-74
Estado civil	
Casada/união estável	2 (50,0)
Solteira	1 (25,0)
Viúva	1 (25,0)
Grau de instrução	
Superior	2 (50,0)
Médio	1 (25,0)
Fundamental	1 (25,0)
Cor/raça autorreferida	
Parda	3 (75,0)
Branca	1 (25,0)
Profissão	
Costureira	1 (25,0)
Doméstica	1 (25,0)
Professora	1 (25,0)
Veterinária	1 (25,0)
Classe socioeconômica	
Classe B	2 (50,0)
Classe C	2 (50,0)
Topografia do câncer	
Cólon sigmoide	2 (50,0)
Cólon direito	1 (25,0)
Cólon esquerdo	1 (25,0)
Estadiamento patológico	
pT3N0M0	3 (75,0)
pT3N2aM0	1 (25,0)
Início do primeiro tratamento em até sessenta dias	
Sim	4 (100,0)
Tipo do primeiro tratamento	
Cirúrgico	4 (100,0)
Terapia adjuvante	
Sim	2 (50,0)
Não	2 (50,0)
Protocolo adjuvante	
Capecitabina a cada 14 dias	1 (25,0)
Folfox a cada 14 dias	1 (25,0)

Fonte: Elaboração do autor

Seguindo as etapas da análise de conteúdo propostas por Bardin ⁶⁸, foram examinadas as falas dos participantes por meio de um processo estruturado, composto pelas fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, culminando na inferência e interpretação. Para isso, realizou-se a leitura sistemática e a organização dos dados de acordo com a natureza dos conteúdos, considerando a similaridade semântica, procedeu-se à interpretação inferencial e à contabilização da frequência das unidades de registro. As citações correspondentes às análises inferenciais, bem como seus respectivos códigos relacionados à percepção dos pacientes com CCR sobre a jornada do diagnóstico ao tratamento e sobre a cartilha de orientação, estão apresentadas na Tabela 14.

Tabela 14 - Quadro das citações, análises inferenciais e códigos referentes à percepção de pacientes com CCR sobre a jornada do diagnóstico ao tratamento e sobre a cartilha de orientação

(continua)			
ID	Conteúdo de Citação	Análise inferencial	Categorias
1:1	[...] os médicos sempre dizendo que poderia ser uma bactéria da água. Já ia pra seis meses que eu tava com aqueles sintomas.		
1:3	[...] pagando para poder ter o resultado mais rápido		
1:4	[...] vou pagar sim, só que ele é caro, não é um exame que é barato.		
1:5	[...] pelo SUS infelizmente ele quer fazer por todos, mas é muito complicado.		
1:6	Talvez se eu tivesse esperando pelo SUS eu estaria esperando até agora.	Barreira: dificuldade de acesso	
2:18	[...] exames, que para mim ultimamente tem sido demorado .		
3:12	Eu fiz um pedido de colonoscopia pelo SUS. Saiu agora um ano e dois meses depois.		
4:1	[...] descobri o câncer com exame particular.		Barreiras no acesso e continuidade do cuidado oncológico
4:4	[...] vou fazer tudo particular.		
4:14	[...] faço particular.		
1:21	Mas o hospital, como ele precisa de recursos?		
1:29	Falta de estrutura.		
2:5	A única coisa que eu tenho sentimento é ver aquele prédio se acabando.		
2:9	[...] aquele hospital está abandonado.	Barreira: infraestrutura	
3:6	Falta estrutura. Eles até querem, mas não tem material.		
4:9	[...] falta muita estrutura.		
4:12	[...] estrutura, tecnologia.		
1:1	Já ia pra seis meses que eu tava com aqueles sintomas.	Barreira: tempo de diagnóstico	
4:2	Senti uma dor no colo aqui embaixo e descobri o câncer na consulta para avaliar gastrite.		

Tabela 14 - Quadro das citações, análises inferenciais e códigos referentes à percepção de pacientes com CCR sobre a jornada do diagnóstico ao tratamento e sobre a cartilha de orientação

(continuação)			
ID	Conteúdo de Citação	Análise inferencial	Categorias
1:14	Quando eu ia deitar, eu fiquei um mês de barriga pra cima que eu não podia nem deitar do lado dela, nem deitar do outro, que ela não poderia esparramar coisas para o meu intestino.	Dificuldade no cuidado com o estoma	Estratégias de enfrentamento e apoio
1:15	[...] atingiu minha pele, feriu. Isso dentro de um mês só.		
2:12	[...] estrutura do hospital está se deteriorando com a prefeitura, com dinheiro.	Percepção negativa sobre administração pública	
2:13	[...] deixando um hospital de melhor qualidade sucumbir.		
3:11	[...] Se você for esperar pelo SUS, você vai morrer, né? Porque eu to esperando já um tempão.	Políticas públicas em saúde	
3:12	Eu fiz um pedido de colonoscopia pelo SUS. Saiu agora um ano e dois meses.		
1:11	Quando eu olhava pro céu, não acredito que eu voltei. E ali eu tive muita força.	Dimensão espiritual como apoio	
2:20	[...] pedir a Deus nos livre dessa doença.		
4:18	[...] a benção de Deus é tudo para nós.		
1:13	Meu esposo, tadinho de três em três dias entrava no carro e ia buscar a bolsa pra trocar.	Dimensão social e familiar como apoio	
1:24	[...] confraternização pra fechar aquela parte, foi o coral cantar e eu fui.		
1:28	Hoje, meu filho ainda falou: mãe, você está tão bonita, não parece que você passou lá dentro.		
4:22	Falei:Pois é, meu filho, mas é o amor, o carinho, né”?		
4:22	Vídeo legendado porque meu irmão é deficiente auditivo.	Vídeo como recurso educativo	Percepções sobre qualidade de vida
4:5	[...] Fiz no Niterói Shopping. O doutor que estava lá já me indicou depois do exame para o Orêncio de Freitas.	Rede de contatos profissionais como estratégia de enfrentamento da realidade	
1:37	[...] Mesmo não estando curada, ela (navegadora) está sempre conosco.	Determinantes da qualidade de vida	
3:15	[...] minha escola de samba...		
3:16	Enfermeiras educadas.		
3:17	Comida e moradia.		
4:16	[...] fazer esporte.	Significados atribuídos a qualidade de vida	
1:33	[...] curtir a nossa família.		
1:34	[...] se alimentar melhor.		
1:36	[...] gosto de trabalhar.		
2:17	[...] saber que a gente está curada através dos exames.		
2:19	[...] meu cabelo está caindo intensamente. Eu estou achando que eu vou ficar careca.		
3:14	[...] pensar na frente com alegria, Felicidade é querer viver.		

Tabela 14 - Quadro das citações, análises inferenciais e códigos referentes à percepção de pacientes com CCR sobre a jornada do diagnóstico ao tratamento e sobre a cartilha de orientação

(continuação)			
ID	Conteúdo de Citação	Análise inferencial	Categorias
4:17	[...] comer bem.		
2:1	[...] foi traumatizante.		
3:1	Olha, eu tive dificuldade porque minha família não tem ninguém com história de câncer.	Impacto do diagnóstico	
3:2	[...] muito traumatizante que a gente logo pensa vou morrer.		
4:3	Quando recebi o diagnóstico, entrei no carro, comecei a chorar.		
3:9	Eu fiz quatro químio, né? E me senti muito mal.	Percepção sobre a fase de tratamento	Impactos do câncer no processo de cuidado
2:22	[...] chorei muito, porque a minha família toda morreu com câncer.	Histórico familiar como impacto	
1:19	[...] que não foi possível porque o tumor estava no local, que seria impossível que se ele tirasse aquele tumor naquele momento eu ia usar a bolsa para o resto da minha vida, porque ele estava bem na entrada do ânus.		
2:8	[...] eu não ia ter que usar bolsa de colostomia. Isso aí já deu uma aliviada.	Percepção sobre o uso da bolsa de colostomia	
1:10	Durante um mês eu voltei pra casa com uma bolsa. Aquilo ali a minha ficha não caiu muito.		
3:4	[...] não precisei usar bolsinha. Graças a Deus, né?		
2:16	Tempo para marcar os exames	Oportunidade de melhoria sobre o tratamento	Acesso e organização do cuidado
3:8	[...] exames que são muito caros		
3:13	[...] Tempo dos exames.		
4:15	[...] tempo pra fazer pra marcar exame.	Facilitador: Rastreamento oportunístico	
2:3	[...] eu fui operar uma hérnia umbilical e nos procedimentos de de exames, quando eu fui fazer a colonoscopia, foi identificado tumor.		
1:20	Que equipe naquele hospital, Como eles dão a vida pra para salvar um paciente.		
1:22	[...] eles dão a vida pelos pacientes.	Percepção positiva sobre a equipe de saúde	Percepções positivas sobre o cuidado em saúde
1:23	O meu atendimento desde a equipe de enfermagem até os médicos. A diretora do hospital, uma senhora já de idade, mas um carinho.		
1:27	E nossa cura já começou ali dentro. Porque a autoestima deles e o carinho, o amor faz a gente sair dali com força e eu vivo com força pra casa.		
2:6	[...] tão bons profissionais, uma equipe maravilhosa.		
2:7	[...] Gostei demais do atendimento e de certa forma, eu fui tranquilizada pelo médico que fez a colonoscopias.		
2:10	[...] uma equipe que merece todo o elogio.		
2:11	[...] são qualificados.		

Tabela 14 - Quadro das citações, análises inferenciais e códigos referentes à percepção de pacientes com CCR sobre a jornada do diagnóstico ao tratamento e sobre a cartilha de orientação

(continuação)			
ID	Conteúdo de Citação	Análise inferencial	Categorias
3:7	Eles fazem de tudo pelo paciente.		
4:7	[...] tudo maravilhoso, tudo, tudo atendimento dos médicos, das enfermeiras, das pessoas que fazem a limpeza, que entrega comida, uma atenção.		
1:25	[...]Ela veio de encontro comigo, me deu um abraço. Toda felicidade e a vida dela.	Percepção positiva sobre a gestão do serviço de saúde	
4:8	[...] O que mais me chamou a atenção assim foi quando a diretora entrou no meu quarto.		
2:4	[...] , fui tão bem tratada, muito bem cuidada por todos.		
4:6	Depois que fui para o hospital foi tudo, tudo, tudo maravilhoso.	Satisfação com o cuidado recebido na fase diagnóstico	
3:5	[...] relativamente tranquila do ponto de vista do diagnóstico.		
1:32	[...] estou satisfeita da minha parte.		
2:14	[...] não encontro dificuldade alguma.	Satisfação com o cuidado recebido na fase de tratamento	
4:11	[...] Quando ela falou assim você vai, provavelmente você vai fazer quimioterapia. Aí eu falei: O que pode acontecer? Só isso. E ela foi me deixando mais tranquila. Tudo perfeito.		
1:40	[...] está bem explicadinho. É fácil ler pelo celular.		
2:21	Em relação à cartilha pessoal, tudo bem explicadinho, Tá ótima, Curta.	Percepção sobre a cartilha de orientação: facilidade leitura	Avaliação da cartilha de orientação
3:19	Fácil entendimento.		
3:20	Letra boa.		
1:38	É também a letra pra mim. Quando são dois focos pra perto e pra longe.	Percepção sobre a cartilha de orientação: melhorar legibilidade	
4:21	[...] Essa lettrinha de dentro aí onde tá cercadinho, tá fácil leitura e melhorar um pouquinho a letra.		
1:17	[...] estava sangrando e eu jogava pra eles. Eles começaram a acelerar.	WhatsApp como ferramenta de comunicação	Comunicação e informação em saúde
4:10	[...] E depois também que a Priscila, pelo WhatsApp foi me orientando tudo que eu pedia.		

Fonte: Elaborado pelo autor

6.6 Fase 6 - Tratamento dos Dados e Consolidação dos Instrumentos

Na Fase 6, considerando a validade de conteúdo e a equivalência semântica, foram analisados os dados comparativos entre os respondentes, assim como as percepções e sugestões dos pacientes participantes do grupo focal.

As contribuições dos pacientes confirmaram que os instrumentos abordavam adequadamente barreiras e dificuldades, oportunidades de melhoria e aspectos relacionados à qualidade de vida. Adicionalmente, as pesquisadoras consideraram relevantes as sugestões de ajustes na cartilha de orientação para pacientes com CCR, incluindo alterações no tipo de letra

e a adaptação do material para o formato digital. As versões consolidadas dos instrumentos 3,4 e 5 encontram-se no Apêndice R.

7 DISCUSSÃO

O processo de construção e validação dos instrumentos foi estruturado em fases que contemplaram a participação de todos os atores envolvidos no cuidado ao paciente com CCR. Modelos que integram pacientes, cuidadores e equipe de saúde mostram-se especialmente relevantes para garantir um cuidado abrangente, centrado nas necessidades do paciente e orientado à promoção da qualidade de vida⁵¹.

As discussões propostas nessa dissertação visam abrir o campo de diálogo e de debate sobre a necessidade de sistematização de instrumentos que facilitem o trabalho realizado pelos profissionais navegadores e que gere valor para os pacientes e as instituições promotoras da saúde, que integram a Rede de Atenção Oncológica no SUS.

A pesquisa demonstrou que, quando sustentada por um desenho metodológico robusto e participativo, a navegação de pacientes oncológicos pode ser traduzida em instrumentos operacionais concretos. A adoção de um estudo multimétodo (revisão integrativa, pré-teste, Delphi e grupo focal) garantiu rigor científico e sensibilidade prática, conciliando evidência e aplicabilidade.

Discute-se o caráter inédito de estruturar a navegação oncológica no SUS por meio de instrumentos abrangentes, que foram validados pelos principais atores sociais, contribuindo para superar a descontinuidade que tende a ser característica dos fluxos assistenciais em sistemas de saúde fragmentados. Para tanto, propõem-se três eixos de debate: (1) aderência da abordagem multimetodológica; (2) desafios da sua replicabilidade; e (3) seu potencial de uso.

A elaboração dos instrumentos, fundamentada na revisão da literatura e na experiência profissional, possibilitou a identificação de evidências atualizadas e consistentes, orientando a definição de conteúdos, formatos e abordagens mais adequados ao contexto do cuidado em CCR. Esse processo favoreceu a construção de materiais alinhados às melhores práticas, aumentando sua relevância científica, aplicabilidade prática e potencial de impacto na qualidade do cuidado⁸⁰⁻⁸¹.

A fase pré-teste constituiu-se fundamental para o processo de validação de instrumentos, pois permitiu identificar inconsistências, ambiguidades e oportunidades de aprimoramento antes da aplicação em amostras maiores. O pré-teste possibilitou verificar a clareza, relevância e representatividade dos itens, além de garantir que o instrumento realmente mensure o construto proposto⁸².

A participação de três enfermeiros e dois médicos com experiência no cuidado a pacientes com CCR garantiu a diversidade de perspectivas gerenciais e clínicas, fortalecendo a

validade de conteúdo. Apesar do grupo não possuir formação na área oncológica, a experiência possibilitou gerar instrumentos aderentes com as necessidades locais que contribuiu para inclusão de itens no domínio “processo de enfermagem”, fortalecendo a importância da prática clínica na sua construção^{46,83}.

A utilização da plataforma REDCap® facilitou a coleta de forma estruturada e segura das respostas, alinhando-se a boas práticas da pesquisa⁸⁴. Ademais, a aplicação da escala *Likert* de 5 pontos avaliou de forma objetiva a compreensão e pertinência dos conteúdos e comentários qualitativos para o refinamento dos itens.

O cálculo do IVC, com ponto de corte $\geq 0,80$, assegurou consenso satisfatório entre os especialistas. Essa metodologia está em consonância com as recomendações para estudos de validação de instrumentos⁸⁵⁻⁸⁶. Os resultados do pré-teste evidenciaram que os instrumentos foram bem recebidos e compreendidos, resultando em versões robustas e confiáveis para sua aplicação no contexto do cuidado aos pacientes com CCR no SUS. Entretanto, infere-se que a ausência de formação específica em oncologia, aliada ao número reduzido de participantes nesta fase, pode ter influenciado no resultado da análise, contribuindo para a concordância de 100%.

A aplicação da Técnica Delphi, realizada com especialistas de ampla experiência e formação diversificada em oncologia, atuantes na pesquisa, prática clínica e na gestão de pacientes com CCR, incluindo alguns com atuação específica em navegação, mostrou-se adequada, pois possibilitou a construção de consenso entre os avaliadores. O método é reconhecido por sua robustez na obtenção de opiniões qualificadas e na consolidação de diretrizes teórico-práticas, sendo recomendado para validação de conteúdo em instrumentos de pesquisa e para formulação de consensos profissionais⁸⁷⁻⁸⁹.

Ressalta-se que a composição do comitê multidisciplinar de especialistas, formado por 11 profissionais com média de 23 anos de experiência, provenientes de distintas formações e áreas de atuação, garantiu a incorporação de perspectivas organizacionais, clínicas e psicossociais essenciais para o cuidado integral ao paciente com CCR, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Oncológica⁹⁰. A heterogeneidade e a qualificação da amostra, evidenciada pela pontuação média de 8,6 segundo os critérios de Fehring, reforçam a validade de conteúdo dos instrumentos avaliados.

No presente estudo, não houve a necessidade de segunda rodada, pois os resultados obtidos demonstraram elevados índices de concordância entre os especialistas, variando entre 92,0% e 94,4%, com IVC de 0,92 a 0,94. Esses valores demonstram adequação quanto à clareza, relevância e representatividade dos itens que compõem os instrumentos. Valores de IVC iguais

ou superiores a 0,80 indicam validade satisfatória, sendo desnecessária nova rodada quando o consenso entre os participantes ultrapassa esse limite, o que foi confirmado nesta fase^{64,85}.

No item “*status* de desempenho” os especialistas recomendaram a adoção de uma única escala para avaliação da capacidade funcional do paciente, corroborando com a experiência clínica e a aplicabilidade da ferramenta no contexto assistencial⁹¹. Os itens “risco de recuperação cirúrgica retardada”; “conhecendo as modalidades de tratamento: efeitos colaterais -anemia” e “conhecendo as modalidades de tratamento: efeitos colaterais- hiperpigmentação da pele”, apresentaram pontuação relativamente inferior. Esses últimos resultados podem estar relacionados à amostra pequena de enfermeiros oncologistas navegadores que possuem a expertise das especificidades em todas as etapas do tratamento⁹²⁻⁹³.

As modificações realizadas em 19 das 59 seções dos instrumentos demonstram um processo construtivo de refinamento, com ajustes voltados para o rigor dos termos, coerência com o contexto de cuidado e aplicabilidade prática. Tais aprimoramentos são inerentes à natureza do método Delphi, que privilegia o julgamento coletivo e a melhoria contínua do conteúdo avaliado^{48,88}.

Dessa forma, o resultado reflete um conjunto de ferramentas robustas com consistência metodológica da pesquisa que sustentam a aplicabilidade dos instrumentos como recursos estratégicos na coordenação da jornada oncológica de pacientes com CCR no SUS.

O grupo focal com pacientes com CCR introduziu uma discussão central: a humanização e a comunicação como pilares da navegação. O envolvimento de pessoas em tratamento na validação da Cartilha ampliou a legitimidade dos instrumentos e garantiu a acessibilidade comunicacional. A discussão aqui proposta enfatiza o cuidado centrado na pessoa, no qual informação, acolhimento e linguagem adequada são tão importantes quanto o tratamento clínico.

A participação de pacientes mostrou-se altamente pertinente, pois permitiu compreender a jornada do diagnóstico ao tratamento sob a perspectiva dos próprios usuários. As experiências relatadas no contexto da navegação evidenciaram o alinhamento dos instrumentos às necessidades identificadas, além de subsidiar ajustes na cartilha de orientações.

Observou-se que, apesar da faixa etária dos participantes (59 a 74 anos), houve reconhecimento da importância de materiais digitais para orientação em saúde, o que motivou a elaboração da cartilha também em formato digital. Embora se trate de uma amostra reduzida, identificou-se heterogeneidade quanto ao estado civil, escolaridade e ocupação, refletindo a diversidade sociodemográfica característica da população usuária do SUS. Metade dos participantes possuía nível superior, o que possivelmente favoreceu maior compreensão sobre

o itinerário da jornada oncológica; a outra metade, composta por indivíduos com ensino médio ou fundamental, contribuiu com percepções relacionadas às barreiras vivenciadas e às dificuldades de acesso às informações em saúde. Quanto à cor/raça autorreferida, 75% dos participantes se declararam pardos, reforçando o perfil já evidenciado em estudos nacionais que descrevem desigualdades raciais no cuidado oncológico no Brasil⁹⁴.

No que se refere às características clínicas, observou-se que os pacientes se encontravam em estágios iniciais da doença, perfil compatível com o público atendido pela instituição que sediou esta etapa do estudo. Quanto aos tratamentos adotados, incluindo os protocolos quimioterápicos, verificou-se conformidade com as diretrizes clínicas vigentes para o manejo do CCR^{16,95}.

A análise de conteúdo, conduzida segundo as etapas propostas por Bardin, permitiu identificar temas centrais relacionados ao processo de navegação oncológica. Na fase de pré-análise, as falas foram organizadas conforme a natureza e a similaridade semântica dos relatos, o que favoreceu a exploração do material e a posterior síntese interpretativa⁹⁶. Os resultados evidenciaram aspectos relevantes da experiência do paciente, refletindo tanto percepções positivas sobre a assistência e sobre o material educativo quanto elementos que revelam desafios persistentes na rede de atenção oncológica, como barreiras no acesso, fragilidades na continuidade do cuidado e dificuldades de comunicação. De modo geral, os achados confirmam a pertinência dos conteúdos contemplados nos instrumentos construídos e validados, ao mesmo tempo em que evidenciam a coexistência de avanços e limitações estruturais, característicos de uma rede de saúde ainda fragmentada⁹⁷.

Observou-se que os relatos dos pacientes evidenciaram aspectos positivos associados ao acompanhamento coordenado por um profissional navegador, o qual facilitou a compreensão das etapas da jornada do cuidado e contribuiu para a superação de barreiras emocionais e logísticas. Esses achados corroboram estudos que demonstram o impacto positivo da navegação na adesão terapêutica e na satisfação dos usuários⁹⁸⁻⁹⁹. A escuta ativa e o acolhimento emergiram como elementos centrais para a humanização do cuidado, destacando-se o papel do navegador como elo entre os diversos profissionais de saúde e provedor de suporte emocional. Tal função de intermediação e apoio terapêutico confere valor à atuação do navegador como facilitador da comunicação e empatia no percurso assistencial¹⁰⁰⁻¹⁰¹.

A quinta fase reafirmou a relevância da participação dos usuários na construção de ferramentas de gestão e cuidado em saúde. O grupo focal, portanto, não apenas forneceu subsídios qualitativos para o aprimoramento da cartilha, tornando-a mais inclusiva, mas

também revelou a importância da navegação como processo capaz de garantir a integralidade e a continuidade do cuidado oncológico no sistema público de saúde brasileiro.

Nesse sentido, validar o material educativo com o público-alvo foi essencial, pois incorporar a voz dos pacientes ao processo de construção e validação do instrumento, confere maior aplicabilidade, legitimidade e coerência com a realidade da assistência¹⁰².

A consolidação dos instrumentos como ferramentas de registro, monitoramento, orientação e de ações são essenciais para a implementação da navegação oncológica de pacientes com CCR no SUS. Diante disso, o processo deve ser estruturado de acordo com a realidade do contexto local e especificidade do serviço, a fim de servir como estratégia na eliminação de barreiras que possam comprometer o acesso oportuno em todas as etapas da jornada oncológica do paciente pela rede de saúde.

Sob a ótica da coordenação do cuidado oncológico, discute-se o reconhecimento do enfermeiro como agente central⁸. A pesquisa articula a prática do enfermeiro navegador com o processo de enfermagem, utilizando as taxonomias NANDA-I, NIC e NOC como base para diagnósticos, intervenções e resultados padronizados; portanto, metrificáveis e comparáveis. Tal construção teórico-metodológica reforça a autonomia técnica da enfermagem e amplia o potencial da sua contribuição para a integralidade da atenção no âmbito da oncologia⁴¹.

Advogar por essa autoridade e regência da enfermagem navegadora oncológica enseja o debate articulado em quatro eixos: (1) o papel central do enfermeiro navegador para conectar o paciente e a rede; (2) as condições de trabalho dessa equipe para tal atribuição; (3) a prática da enfermagem baseada em evidências e o uso de linguagens padronizadas; e, por fim, (4) o potencial da navegação para o empoderamento profissional e para a segurança do paciente.

A presente pesquisa se insere em um contexto de políticas públicas emergentes para a oncologia - em especial, a Portaria GM/MS nº 6.592/2025, que institui o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer¹⁸. Assim, embora tenha sido demonstrado que o sucesso da navegação depende de sistematização, indicadores e governança, além do comprometimento institucional, considerando a existência de desigualdades regionais, carência de equipes qualificadas e distribuídas pelos territórios, e a dificuldade de integração entre níveis de atenção, discute-se a viabilidade da implantação da navegação nas redes estaduais e municipais do país.

Como já destacado, o modelo de navegação desenvolvido nessa pesquisa se refere exclusivamente aos profissionais de saúde devidamente habilitados, em especial enfermeiros navegadores em oncologia, cuja prática se ancora no processo de enfermagem⁴¹.

Contudo, a exclusão de navegadores não profissionais - voluntários, acompanhantes, cuidadores informais, agentes comunitários sem formação específica em saúde oncológica ou pessoas em funções administrativas sem formação técnica e/ou clínica se justifica por: (i) garantia da segurança clínica e da ética do cuidado, principalmente em etapas críticas de diagnóstico e tratamento oncológico; (ii) preservação da validação científica e técnica dos instrumentos construídos e reconhecidos neste estudo, que pressupõem conhecimento em enfermagem, fisiopatologia, farmacologia, protocolos clínicos e de gestão de casos; (iii) prevenção de sobreposição ou desvio de funções dentro da equipe multiprofissional, assegurando clareza na responsabilidade técnica e na continuidade da assistência; e (iv) alinhamento com a Resolução COFEN nº 735/2024, que regulamenta o exercício da navegação de pacientes pelo profissional enfermeiro, no âmbito do SUS e de serviços privados⁸.

Nesse contexto, não se pode negar que as dimensões continentais do Brasil, a fragmentação da sua rede de saúde e a diversidade populacional e territorial impõem barreiras significativas ao provimento do cuidado em oncologia. Diante da realidade complexa e multicultural do SUS, pode ser estratégico contar com “facilitadores da navegação” - expressão que combina a abertura dialógica e reconhece o processo formativo como via de aprendizagem compartilhada¹⁰³.

Diante disso, a replicabilidade de modelos metodológicos complexos em serviços públicos enfrenta desafios relacionados à diversidade organizacional, limitações estruturais e necessidade de adaptação. No contexto do SUS, tais barreiras são agravadas por recursos escassos e variabilidade da gestão regional¹⁰⁴⁻¹⁰⁵.

A construção de cinco instrumentos - linha de cuidado, fluxograma, protocolos de enfermagem e cartilha - representa uma entrega prática de valor para o SUS, uma vez que sistematiza e padroniza a coordenação da jornada oncológica. Nessa pesquisa, o conceito de *Value-Based Health Care* foi reinterpretado sob o enfoque de valor social e organizacional, além do econômico, majoritariamente aludido na literatura especializada¹⁰⁶⁻¹⁰⁷.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção, validação e uso dos cinco instrumentos para a navegação de pacientes com CCR no SUS foi validada com rigor científico e alto índice de concordância, otimizando à coordenação do cuidado e à facilitação do acesso aos serviços da Rede de Atenção. Com isso, foi possível privilegiar a integralidade da atenção à saúde, em toda a linha de cuidado, promovendo e qualificando a navegação para a continuidade da assistência. A expectativa é que, futuramente, os instrumentos possam ser adaptados e aplicados a todas as linhas de cuidado oncológico, em todas as instâncias do SUS.

Tais instrumentos apresentam conteúdo confiável, pertinente e direcionado às necessidades específicas da população à qual se destinam, contribuindo para a efetividade e humanização do percurso terapêutico.

A utilização desses instrumentos representa um avanço no fortalecimento das estratégias de coordenação das linhas de cuidado em oncologia e na redução de barreiras frequentemente enfrentadas pelos usuários do sistema público de saúde. Ao favorecer a comunicação entre os diferentes níveis de atenção, tais ferramentas possibilitam a identificação precoce de demandas, o encaminhamento adequado e o acompanhamento contínuo dos pacientes, garantindo maior resolutividade e continuidade do tratamento.

Ademais, sua aplicação prática pode servir de referência para outras iniciativas voltadas à gestão do cuidado em condições crônicas, estimulando a adoção de práticas baseadas em evidências e orientadas pelas necessidades reais da população. Dessa forma, reforça-se os princípios organizativos do SUS como sistema público universal, equitativo e integral para a qualidade do cuidado e centralização do paciente.

8.1 Contribuições da Pesquisa

As principais contribuições da presente pesquisa podem ser sistematizadas como segue:

1. A navegação oncológica é uma estratégia eficaz para promover o diagnóstico e o tratamento oportunos de pacientes com CCR no SUS, reduzindo barreiras assistenciais e fortalecendo a integralidade do cuidado.
2. Os instrumentos desenvolvidos apresentam validade de conteúdo e aplicabilidade prática, com índices de concordância elevados ($IVC \geq 0,92$ e Fehring médio de 8,6), comprovando robustez metodológica.

3. A enfermagem se consolida como protagonista na coordenação do cuidado oncológico, articulando dimensões clínicas, educativas e gerenciais.
4. A construção participativa e a validação científica ampliam o valor social e institucional da pesquisa, transformando evidência em ferramenta concreta de gestão.
5. O estudo oferece uma base metodológica replicável para outras linhas de cuidado oncológico, estimulando políticas públicas e modelos de governança centrados na pessoa.
6. A instrumentalização do cuidado é também um ato político, pois traduz o direito constitucional à saúde em práticas concretas, mensuráveis e comparáveis.
7. A continuidade da pesquisa deve incluir estudos de impacto clínico, econômico e organizacional, consolidando o modelo de navegação como eixo estruturante da Rede de Atenção Oncológica no Brasil.

8.2 Limitações da Pesquisa

A limitação da primeira fase do estudo inclui a escassez de pesquisas sobre ferramentas voltadas à sistematização da navegação de pacientes com CCR, especialmente na fase pós-diagnóstica, uma vez que a maioria dos estudos publicados se concentra na detecção precoce da doença. Outra limitação, diz respeito à validação do teste piloto realizada por profissionais sem especialidade em oncologia, o que pode ter influenciado no resultado de concordância em 100%. A restrita disponibilidade de equipe dedicada à navegação tornou sua implementação ainda mais desafiadora.

A etapa do grupo focal contou com uma amostra pequena de pacientes. Apesar da heterogeneidade do grupo, não foi possível incluir participantes do sexo masculino ou com diagnóstico de neoplasia extraperitoneal, o que compromete a avaliação desses perfis, bem como sobre o tratamento neoadjuvante e o acompanhamento dos possíveis efeitos da radioterapia.

Em adição, se reconhece que essa pesquisa não avaliou impacto clínico, custo-efetividade ou implantação em larga escala, embora tenha aberto o caminho para essa natureza de estudos.

Uma limitação relevante deste estudo refere-se à ausência do desenvolvimento de um software ou aplicativo com integração aos prontuários eletrônicos. Embora tenham sido produzidas versões digitais da cartilha e documentos em formato PDF, não foram contempladas engenharia de software, integração de tecnologias da informação para

automação da navegação. Essa restrição pode limitar o acompanhamento otimizados da jornada oncológica.

8.3 Implicações para a Prática e Perspectivas de Continuidade da Pesquisa

Espera-se que os instrumentos desenvolvidos e validados por profissionais atuantes no cuidado de pacientes com CCR sejam utilizados e replicados na prática clínica de serviços do SUS no Brasil. Sua aplicação pode contribuir para a organização e coordenação da jornada do paciente, facilitar o acesso aos serviços, promover a integralidade do cuidado e melhorar indicadores de assistência e prognóstico.

Além disso, esses instrumentos têm potencial de fornecer subsídios para futuras pesquisas sobre navegação oncológica, permitindo a avaliação sistemática das intervenções, a identificação de barreiras comumente enfrentadas no percurso do paciente e a geração de evidências para aprimorar políticas públicas de atenção oncológica.

Sugere-se, assim, a realização de testes multicêntricos para adaptação dos instrumentos a outros tipos de câncer e contextos regionais do SUS, além do desenvolvimento de plataformas digitais integradas (aplicativos, *dashboards* e prontuário eletrônico) como continuidade natural dessa linha de pesquisa.

9 REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2023: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2023.
2. Castro LDS, Corrêa JHS, Junior J M, Azevedo VVZ, Cola RKCB, Anghioni M, et al. Câncer de cólon. In: Castro LS, Correia JH, editores. Tratamento cirúrgico do câncer gastrointestinal. Rio de Janeiro: Di Livros, 2012. p.425-455.
3. Benson AB, Brierley JD, Wittekind C. Colorectal cancer. In: Brierley JD, Gospodarowicz MK, Wittekind C, editors. TNM Classification of Malignant Tumours. 9th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2022. p.75-78.
4. Simões JC. Manual de câncer: estadiamento. In: Simões JC, Hasegawa RK, editores. Câncer do cólon e reto. 8^a ed. São Paulo: Lemar; 2017. p.210-228.
5. Gilbert JE, Green E, Lankshear S, Hughes E, Burkoski V, Sawka C. Nurses as patient navigators in cancer diagnosis: review, consultation, and model design. Eur J Cancer Care. 2010;20(2):228-36.
6. Freeman HP. The origin, evolution, and principles of patient navigation. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2012;21(10):1614-7.
7. Brasil. Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023. Dispõe sobre a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer. Diário Oficial da União. 2023 Dec 19 [cited 2024 Jan 10]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14758.htm
8. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 735, de 17 de janeiro de 2024. Rio de Janeiro: COFEN; 2024.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado em 2025 out 4]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
10. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
11. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Avaliação de Tecnologia em Saúde (IATS) [Internet]. Porto Alegre (RS); IATS; c2025 [cited 2025 Aug 21]. Disponível em: <https://www.iats.com.br/pesquisa/vbhc/>.

12. Pedroso MC, Malik AM. Cadeia de valor da saúde: um modelo para o sistema de saúde brasileiro = Healthcare value chain: a model for the Brazilian healthcare system. *Rev Adm Saúde*. 2012;14(54):7-22.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 1399, de 17 de dezembro de 2019. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia. *Diário Oficial da União*. 2019 dez 18; Seção 1:109.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.590, de 3 de fevereiro de 2025. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para regulamentar a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer – PNPCC, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2025 fev 4 [citado 2025 out 2]; Seção 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/prt6590_06_02_2025.html.
15. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal; 1988.
16. Brasil. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da União*. 2012 nov 23 [cited 2022 dez. 10]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112732.htm.
17. Brasil. Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019. Altera a Lei nº 8.080/90 para dispor sobre a realização de exames diagnósticos em pacientes com neoplasia maligna. *Diário Oficial da União*. 2019 out 31 [cited 2022 dez. 10]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13896.htm.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.592, de 4 de fevereiro de 2025. Altera a Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2025 fev 7 [citado 2025 out 2]; Seção 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/prt6592_07_02_2025.html).
19. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Detecção precoce do câncer [Internet]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/deteccao-precoce-do-cancer_0.pdf.
20. Pathak SP, Chan G, Deming DA, Chee CE. State-of-the-art management of colorectal cancer: treatment advances and innovation. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2024 Jun;44(3):e438466.
21. De Marchi, P; Ferreira, CG; Ferrari, B. Curso preparatório para prova de título de especialista em oncologia clínica: tumores gastrointestinais. Rio de Janeiro: Doc, 2021.

22. Battaglin F, Naseem M, Lenz HJ, Salem ME. Microsatellite instability in colorectal cancer: overview of its clinical significance and novel perspectives. *Clin Adv Hematol Oncol*. 2018 Nov;16(11):735-745.
23. Maia GKC, Ramos RS, Pautasso FF, Santos CMC. História, conceitos e modelos da navegação de pacientes oncológicos por enfermeiros no Brasil. *Rev Bras Cancerol*. 2025;71(4):e5255.
24. Werlang S, Mattiello DP, Pautasso FF, Catalina R. Private health plan operator: breast care navigation program and care line. *Texto Contexto Enferm*. 2023 Jan 1;32:e20220106.
25. Wagner EH, Ludman EJ, Aiello Bowles EJ, Penfold R, Reid RJ, Rutter CM, et al. Nurse navigators in early cancer care: a randomized, controlled trial. *J Clin Oncol*. 2014 Jan 1;32(1):12–8.
26. Carroll JK, Humiston SG, Meldrum SC, Salamone CM, Jean-Pierre P, Epstein RM, et al. Patients' experiences with navigation for cancer care. *Patient Educ Couns*. 2010 Aug;80(2):241-7.
27. Werlang S, Mattiello DP, Pautasso FF, Catalina R. Private health plan operator: breast care navigation program and care line. *Texto Contexto Enferm*. 2023 Jan 1;32:e20220106.
28. Domenico EBL, Kalinke LP. Enfermeiro navegador de pacientes com câncer: contribuições para a discussão no cenário nacional. *Rev Bras Enferm*. 2024;77(2):e770201.
29. Brouwers MC, Vukmirovic M, Tomasone JR, Grunfeld E, Urquhart R, O'Brien MA, et al. Documenting coordination of cancer care between primary care providers and oncology specialists in Canada. *Can Fam Physician*. 2016 Oct;62(10):e616-e625.
30. Loisel CG, Peters O, Haase KR, Girouard L, Körner A, Wiljer D, et al. Virtual navigation in colorectal cancer and melanoma: an exploration of patients' views. *Support Care Cancer*. 2013 Mar 22;21(8):2289-96.
31. Hendren S, Griggs JJ, Epstein R, Humiston S, Jean-Pierre P, Winters P, et al. Randomized controlled trial of patient navigation for newly diagnosed cancer patients: effects on quality of life. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2012 Oct 1;21(10):1682–90.
32. Porzig R, Neugebauer S, Heckmann T, Adolf D, Kaskel P, Froster UG. Evaluation of a cancer patient navigation program ("Onkolotse") in terms of hospitalization rates, resource use and healthcare costs: rationale and design of a randomized, controlled study. *BMC Health Serv Res*. 2018 Jun 5;18(1):413.
33. Almeida FA, Vieira MM. Propondo uma ferramenta tecnológica para comunicação entre enfermeiro e paciente em oncologia. *NTQR [online]*. 2021 Jul 10;8:478-86.

34. Looper M, Smets EMA, Schouten BC, Bolle S, Belgers EHJ, Eddes EH, et al. The Patient navigator: can a systematically developed online health information tool improve patient participation and outcomes related to the consultation in older patients newly diagnosed with colorectal cancer? *BMC Cancer*. 2022 Jan 25;22(1):109.
35. Percac-Lima S, Cronin PR, Ryan DP, Chabner BA, Daly EA, Kimball AB. Patient navigation based on predictive modeling decreases no-show rates in cancer care. *Cancer*. 2015;121(10):1662-1670.
36. Pautasso FF, Harzheim E, Rubert A, Daudt AW, Bastos C, Schwalm MT, et al. Nurse Navigator: development of a program for Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2022;30:e3503.
37. Tannure MC, Pinheiro AM. Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. 2º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
38. Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília (DF); 1986 jun 26 [citado 2025 out 7]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm
39. Brasil. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília (DF); 1987 jun 9 [citado 2025 out 7]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/antigos/d94406.htm
40. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília (DF); 2009 out 23 [citado 2025 out 7]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
41. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre o Processo de Enfermagem (PE) e a revogação da Resolução COFEN nº 358/2009. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília (DF); 2024 jan 17 [citado 2025 out 7]. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024_117870.html
42. Gordon M. Manual de diagnóstico de enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
43. Herdman TH. Diagnósticos de enfermagem: NANDA-I: definições e classificação 2024-2026. 13ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2024.
44. Wagner CM, Butcher HK, Clarke MF. Nursing Interventions Classification (NIC). 8th ed. St. Louis: Elsevier; 2023.
45. Moorhead S, Swanson E, Johnson M. Nursing outcomes classification (NOC): measurement of health outcomes. 7th ed. St. Louis: Elsevier; 2024.

46. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2024.
47. Oliveira FL. Triangulação metodológica e abordagem multimétodo na pesquisa sociológica: vantagens e desafios. *Ciênc Soc Unisinos*. 2015;51(2):133-43.
48. Pasquali L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010.
49. Foster J, Stanek K. Cross-cultural considerations in the conduct of community based participatory research. *Fam Community Health*. 2007;30(1):42-9.
50. Israel BA, Schulz AJ, Parker EA, Becker AB. Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. *Annu Rev Public Health*. 1998; 19:173–202.
51. Ashing K, Serrano M, Weitzel J, Lai L, Paz B, Vargas R. Towards developing a bilingual treatment summary and survivorship care plan responsive to Spanish language preferred breast cancer survivors. *J Cancer Surviv*. 2014;8(4):580-94.
52. Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.0.2 [updated September 2009]. The Cochrane Collaboration [Internet]. 2009. [acesso 3 nov 2024]. Disponível em: www.cochrane-handbook.org
53. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The prisma 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BJM* 2021;372:n71.
54. OCEBM Levels of Evidence Working Group. *The Oxford Levels of Evidence 2*. Oxford: Oxford Centre for Evidence-Based Medicine; [cited 2025 Sep 27]. Disponível em: <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/ocebm-levels-of-evidence>.
55. Oliveira KA, Amaral M, Bartholo VF. Uma experiência para definição de storyboard em metodologia de desenvolvimento colaborativo de objetos de aprendizagem. *Ciências & Cognição*. 2010;15(1):19-32.
56. Dias MVB, Silva NR. Proposta de validação de instrumento de pesquisa em educação: o estudo piloto e sua contribuição para a coleta definitiva. *InFor Inov Form Rev NEaD-Unesp*, São Paulo, 2020 set;6(1):212-242.
57. Revorêdo LS, Maia RS, Torres GV, Maia EMC. O uso da técnica Delphi em saúde: revisão integrativa de estudos brasileiros. *Arq Ciênc Saúde* 2015; 22(2):16-21.
58. Lima-Rodríguez JS, Lima-Serrano M, Jiménez-Picón N, Domínguez-Sánchez I. Validação de conteúdo da escala de auto-percepção do estado da saúde familiar utilizando a técnica Delphi. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(2):595-603.

59. Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart Lung J Crit Care*. 1987;16(6 I):625-9.
60. Cruz FOAM, Ferreira E B, Vasques CI, Mata LRF, Reis PED. Validation of an educative manual for patients with head and neck cancer submitted to radiation therapy. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24:e2706.
61. Gonçalves MCS, Brandão MAG, Duran ECM. Validation of the defining characteristics of the nursing diagnosis impaired comfort in oncology. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(1):115-24.
62. Dorigan GH, Guirardello EB. Tradução e adaptação cultural do newcastle satisfaction with nursing scales para a cultura brasileira. *Rev Esc Enferm*. 2013;47(3):562-8.
63. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm*. 2021; 34:eAPE02631.
64. Tibúrcio MP, Melo Gde S, Balduino LS, Costa IK, Dias TY, Torres Gde V. Validação de instrumento para avaliação da habilidade de mensuração da pressão arterial. *Rev Bras Enferm*. 2014 jul ago;67(4):581-7.
65. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cien Saúde Colet*. 2011 Jul;16(7):3061-8.
66. Krueger RA, Casey MA. *Focus groups: a practical guide for applied research*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc; 2015.
67. van Deursen L, Aardoom JJ, Alblas EE, Struijs JN, Chavannes NH, van der Vaart R. Exploring colorectal cancer survivors' perspectives on improving care delivery and the role of e-health technology: a qualitative study. *Support Care Cancer*. 2023;31(9):544.
68. Bardin L. *Análise de conteúdo* [Internet]. Pinheiro LARA, editor. Almedina Brasil. 70th ed. São Paulo; 2016. p.119-273. Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado>
69. Oliveira DCD. *Análise de conteúdo temática: uma proposta de operacionalização*. Texto Didático e Instrumentos, Mimeo: 2005.
70. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Clinical practice guidelines in oncology: colon cancer. Version D. [Internet]. Plymouth Meeting (PA): NCCN; [cited 2025 Jun 18]. Disponível em: <https://www.nccn.org>
71. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Clinical practice guidelines in oncology: rectal cancer. [Internet]. Plymouth Meeting (PA): NCCN; [cited 2025 Jun 18]. Disponível em: <https://www.nccn.org>
72. Brierley J, Giuliani M, O'Sullivan B, Rous B, Van Eycken E. *TNM classification of malignant tumours*. 9th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2024.

73. Potter PA, Perry AG, Stockert P, Hall A. Fundamentos de enfermagem. 11^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2024. Tradução de Andrea Delcorso.
74. Carvalho DS, Kowacs PA. Avaliação da dor: revisão dos principais métodos de mensuração. *Rev Dor*. 2006;7(1):64-70.
75. Whistance RN, Conroy T, Chie W, Costantini A, Sezer O, Koller M, et al. Clinical and psychometric validation of the EORTC QLQ-CR29 questionnaire module to assess health-related quality of life in patients with colorectal cancer. *Eur J Cancer*. 2009;45(17):3017-26.
76. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress management. Version 3.2025. Disponível em: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf. Acesso em: 08 de nov. de 2025.
77. Bonassa EMA, Gato MIR. Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos. 5^a ed. São Paulo: Atheneu; 2022.
78. Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LF, Burchenal JH. The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. *Cancer*. 1948;1(4):634-56.
79. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol*. 1982;5(6):649-55.
80. Souza LAPS, Mendes FMP, Mancini MC, Lopes JM, Araújo ES, Neves J, et al. Instrumentos da prática clínica com versão em português e a abrangência de seus conteúdos usando a CIF como referência: uma revisão sistemática. *Fisioterapia Movimento*. 2019;32:e003213.
81. Tavares DMS, Ferreira PC, Dias FA, Pinto IS, Ferreira LA. Instruments for evaluating the quality of services in chronic diseases: a scoping review. *PLoS One*. 2024;19(3):e11335071.
82. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
83. Ramezani T, Ghaljeh M, Zarei B, Rakhshan M, Hosseini M. Designing and psychometric evaluation of an instrument to assess patient-centered communication among nurses. *J Nurs Meas*. 2015;23(3):411-25.
84. Harris PA, Taylor R, Minor BL, Elliott V, Fernandez M, O'Neal L, et al. The REDCap consortium: building an international community of software partners. *J Biomed Inform*. 2019;95:103208.
85. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007;30(4):459-67.

86. Pasquali L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes; 2010.
87. Hsu C-C, Sandford BA. The Delphi technique: making sense of consensus. *Pract Assess Res Eval*. 2007;12(10):1-8.
88. Keeney S, Hasson F, McKenna H. *The Delphi technique in nursing and health research*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2011.
89. Dalkey NC, Helmer O. An experimental application of the Delphi method to the use of experts. *Manag Sci*. 1963;9(3):458-67.
90. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
91. Verger E, Salamero M, Conill C. Can Karnofsky performance status be transformed to the Eastern Cooperative Oncology Group scoring scale and vice versa? *Eur J Cancer*. 1992;28A(8-9):1328-30.
92. Fillon M. Oncology nurse navigators: guiding the cancer patient. *J Natl Cancer Inst*. 2012;104(14):1056-8.
93. Fillion L, Cook S, Veillette AM, de Serres M, Aubin M, Rainville F, et al. Professional navigation framework: elaboration and validation in a Canadian context. *Oncol Nurs Forum*. 2012;39(1):58-69.
94. Santos M, Oliveira P, Almeida M. Desigualdades raciais no acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer no Brasil: revisão integrativa. *Rev Saúde Pública*. 2021;55:83.
95. Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Diretrizes para o tratamento do câncer colorretal*. Rio de Janeiro: INCA; 2022.
96. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
97. Tofani LF, Carvalho BG, Almeida PF. Redes de Atenção à Saúde no Brasil: avanços, limites e desafios da integração assistencial. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021;26(6):1875-84.
98. Freeman HP, Rodriguez RL. History and principles of patient navigation. *Cancer*. 2011;117(15 Suppl):3539-42.
99. Silva RAS, Mendes MFM, Pereira DC, Nogueira L. Navegação de pacientes oncológicos no Sistema Único de Saúde: desafios e perspectivas. *Rev Bras Cancerol*. 2020;66(4):e-09299.
100. Ver Hoeve ES, Calhoun E, Hernandez M, High E, Armin JS, Ali-Akbarian L, et al. Evaluating implementation of a community-focused patient navigation intervention at an NCI-designated cancer center using RE-AIM. *BMC Health Serv Res*. 2024 Apr 29;24(1):550.

101. Chen M, Wu VS, Falk D, Cheatham C, Cullen J, Hoehn R. Patient navigation in cancer treatment: a systematic review. *Curr Oncol Rep*. 2024 May;26(5):504-537.
102. Severo IM, Kuchenbecker R, Vieira DFVB, Lucena AF, Almeida MA. Construção e validação de conteúdo de cartilha educativa para prevenção de quedas no hospital. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(4):433-441.
103. Wells KJ, Nuhaily S. Models of patient navigation. In: Calhoun EA, Esparza A, editors. *Patient navigation* [Internet]. New York: Springer New York; 2018. [Acesso 2025 jan 10]. p.27-40. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4939-6979-1_2 6.
104. Kislov R, Pope C, Martin GP, Wilson PM. Linking the macro, meso and micro: sustaining complex service improvements in healthcare. *BMJ Open Qual*. 2019;8(1):e000626.
105. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2018. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
106. Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med*. 2010;363(26):2477-81.
107. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 1966;44(3 Suppl):166–203.

APÊNDICE A- *Storyboard* Vídeo Animado Utilizado para a Cartilha de Orientação dos Pacientes com CCR

Tema do vídeo Orientações para o paciente com cancer colorretal	Manter a imagem com o logo da instituição, o laço e figura do profissional 
Fala do assistente educativo virtual Olá! Me chamo Priscila Cordeiro, sou enfermeira oncologista e estou aqui para orientar você sobre as etapas da jornada de tratamento do câncer colorretal. Essa jornada passa por diferentes etapas, como consultas, exames e tratamentos, e pela interação constante entre você, sua família e os profissionais de saúde. O papel dos profissionais é tornar sua jornada mais segura e tranquila.	Tela 1 ● Usar figura do laço azul que compõe a cartilha. ● Colocar o logo da prefeitura de Niterói no final da tela à direita.
Fala do assistente educativo virtual O tratamento depende do tipo de câncer e das características individuais de cada pessoa. Pode incluir: ● Cirurgia ● Quimioterapia ● Radioterapia ● Ou a combinação desses métodos. A equipe médica define o tratamento mais adequado para cada caso.	Tela 2 ● Utilizar o laço azul presente na cartilha, além de inserir ilustrações relacionadas aos tratamentos quando mencionados nos textos. ● Colocar o logo da prefeitura de Niterói no final da tela à direita. ● Usar um assistente educativo virtual para cumprir as funções de orientação e suporte. ● Manter o texto: Tratamento pode incluir: ● Cirurgia ● Quimioterapia ● Radioterapia ● Ou a combinação desses métodos.

Essa jornada pode mudar a sua rotina, mas com apoio e orientações é possível enfrentá-la da melhor maneira. A enfermeira navegadora acompanha em todas as etapas, desde o diagnóstico até o final do tratamento.	Médico define o tratamento mais adequado para cada caso. Enfermeira navegadora acompanhará sua jornada do diagnóstico ao final do tratamento <i>Sempre ao seu lado, oferecendo apoio e orientação</i> 
Fala do assistente educativo virtual Você vai receber o “kit regulação” para seguir as etapas necessárias do encaminhamento oncológico. e deverá levá-lo juntamente com os seus documentos Este kit será composto por: • Encaminhamento médico • Laudo histopatológico • Esta cartilha de orientação da enfermeira oncológica. Você também precisa comparecer na unidade básica de saúde mais próxima do seu bairro, com o seu RG e o cartão do SUS. Nesta etapa, o profissional de saúde vai registrar o seu nome no sistema que organiza e encaminha os atendimentos, a regulação. Aguarde o contato da sua unidade de saúde para informar sobre a consulta com o médico especialista em câncer, o oncologista. Se sentir necessidade de atendimento imediato, procure o pronto-socorro mais próximo. Não se esqueça: compareça à consulta marcada com seu oncologista.	Tela 3 • Usar figura do laço azul que compõe a cartilha. • Colocar o logo da prefeitura de Niterói no final da tela à direita. • Usar um assistente educativo virtual para cumprir as funções de orientação e suporte. • Usar ícones para cada item do texto*. • Manter o texto: kit regulação: Encaminhamento médico Laudo histopatológico Cartilha de orientação *Vá até a unidade básica de saúde mais próxima com RG e cartão do SUS. *O profissional de saúde vai registrar seu nome no sistema de encaminhamentos. *Aguarde o contato da unidade para saber a data da consulta com o oncologista. *Se precisar de atendimento imediato, procure o pronto-socorro mais próximo. *Compareça à consulta marcada com seu oncologista.

	
Fala do assistente educativo virtual Vou apresentar algumas dicas importantes que podem ajudar durante a sua jornada: Anote os dias e horários das consultas, exames e tratamentos. Tenha uma pasta organizada com os resultados dos seus exames. Aproveite as consultas para tirar todas as suas dúvidas sobre o tipo de câncer e as etapas do tratamento. Lembre-se que tem direito a um acompanhante de sua confiança. Pergunte sobre o objetivo do tratamento proposto pelo médico, quais os possíveis efeitos colaterais esperados e o que fazer caso apareçam. Familiares e amigos são fundamentais durante o tratamento. Escolha atividades de lazer que mais goste: leitura de livros, caminhadas, filmes, series, planos para o futuro. Se o médico autorizar e você se sentir bem, tente continuar trabalhando ou estudando. Se sentir útil vai te ajudar muito durante esse período!	Tela 4 ● Usar figura do laço azul que compõe a cartilha. ● Colocar o logo da prefeitura de Niterói no final da tela à direita. ● Usar um assistente educativo virtual para cumprir as funções de orientação e suporte. ● Usar ícones para cada item do texto. ● Manter o texto: Dicas importantes para a sua jornada: ● Anote os dias e horários das consultas, exames e tratamentos. ● Guarde os resultados dos seus exames em uma pasta organizada. ● Tire dúvidas. ● Você tem direito a um acompanhante. ● Reserve um tempo para o lazer. ● Continue trabalhando ou estudando, caso seja possível. 
Fala do assistente educativo virtual Agora vou explicar sobre os tipos de tratamento. Mas lembre-se: o tratamento indicado depende sempre do seu caso.	Tela 5 ● Usar figura do laço azul que compõe a cartilha. ● Colocar o logo da prefeitura de Niterói no final da tela à direita. ● Usar um assistente educativo virtual para cumprir as funções de orientação e suporte.

◆ Vamos começar pela cirurgia. A cirurgia oncológica é usada para retirar o tumor do corpo. Normalmente, a recuperação leva cerca de 30 dias.	● Colocar a imagem sobre cirurgia próxima ao texto. ● Manter o texto: Cirurgia oncológica: usada para retirar o tumor do corpo. Recuperação pode levar cerca de 30 dias. 
Fala do assistente educativo virtual Outro tipo de tratamento é a quimioterapia. Ela usa medicamentos que agem em todo o corpo para destruir as células doentes, mesmo aquelas que não conseguimos ver. Esses medicamentos podem ser aplicados de diferentes formas: pela veia, pela boca, pelo músculo ou abaixo da pele. O tratamento é administrado por enfermeiros especializados, e a duração vai depender do que o médico prescrever. Embora seja possível seguir a vida normalmente, pode ser que você precise de repouso nos primeiros dias após aplicação da quimioterapia. Uma dúvida que pode surgir é se a quimioterapia causa dor. O maior desconforto está relacionado a punção da veia para a administração. Algumas vezes, o paciente pode sentir sensação de desconforto, coceira e falta de ar. É importante avisar imediatamente o enfermeiro que estiver fazendo o atendimento. Essas sensações podem ocorrer com alguns medicamentos.	Tela 6 ● Usar figura do laço azul que compõe a cartilha. ● Colocar o logo da prefeitura de Niterói no final da tela à direita. ● Usar um assistente educativo virtual para cumprir as funções de orientação e suporte. ● Colocar a imagem sobre cirurgia próxima ao texto. ● Colocar ícone de atenção*. ● Manter o texto: Quimioterapia: usa medicamentos que circulam por todo o corpo, destruindo as células doentes que não conseguimos ver. Como é aplicado? pela veia, boca, músculo ou abaixo da pele Quem aplica? Enfermeiros especializados Quanto tempo dura o tratamento? depende da prescrição do médico. É possível manter a rotina? Sim, mas pode ser necessário repouso Causa dor? desconforto devido a punção da veia para a administração da quimioterapia *Importante avisar imediatamente o enfermeiro caso apresente qualquer sintoma durante a aplicação da quimioterapia.

	
Fala do assistente educativo virtual A quimioterapia é eliminada pela urina e fezes. Por isso, é recomendado dar duas descargas no vaso sanitário com a tampa fechada, para evitar que o medicamento se espalhe no ar.	Tela 7 ● Usar figura do laço azul que compõe a cartilha. ● Colocar o logo da prefeitura de Niterói no final da tela à direita. ● Usar um assistente educativo virtual para cumprir as funções de orientação e suporte. ● Manter o texto: Como a quimioterapia é eliminada? Pela urina e fezes Recomendado dar duas descargas no vaso sanitário com a tampa fechada, para evitar que o medicamento se espalhe no ar. 
Fala do assistente educativo virtual A quimioterapia age em todo o corpo, atacando principalmente as células que se dividem rapidamente. Por isso, os efeitos colaterais podem aparecer já no dia seguinte, em até 14 dias, ou até mais tarde, após o tratamento.	Tela 8 ● Usar figura do laço azul que compõe a cartilha. ● Colocar o logo da prefeitura de Niterói no final da tela à direita. ● Usar um assistente educativo virtual para cumprir as funções de orientação e suporte. ● Manter o texto: A quimioterapia tem efeitos colaterais? Sim, eles podem aparecer já no dia seguinte, em até 14 dias, ou até mais tarde, após o tratamento. 
Fala do assistente educativo virtual Vou apresentar os principais efeitos colaterais e as dicas sobre o que fazer.	Tela 9 ● Usar figura do laço azul que compõe a cartilha.

Diarreia ● Evitar alimentos gordurosos, doces, condimentados e fritos; ● Dar preferência a alimentos como: arroz, batata, ● cenoura, banana, maçã, frango e caju; ● Beber pelo menos dois litros de líquido por dia (água, sucos e chás, por exemplo); ● Procure a emergência, caso a diarreia persista por mais de dois dias.	● Colocar o logo da prefeitura de Niterói no final da tela à direita. ● Usar um assistente educativo virtual para cumprir as funções de orientação e suporte. ● Manter o texto: Principais efeitos colaterais Diarreia O que fazer? ✓ Evite alimentos gordurosos, doces, condimentados e fritos. ✓ Prefira arroz, batata, cenoura, banana, maçã, frango e caju. ✓ Beba pelo menos 2 litros de líquidos por dia: água, sucos e chás. ✓ Se a diarreia durar mais de 2 dias, procure a emergência. 
Fala do assistente educativo virtual Prisão de ventre (constipação) O que fazer? • Ingerir 2 a 3 litros de líquido por dia; • Aumentar a ingestão de fibras, como: laranja, ameixa, mamão, vegetais e cereais integrais; • Realizar exercícios físicos leves como, caminhar; • Procure a emergência, caso a prisão de ventre persista.	Tela 10 ● Usar figura do laço azul que compõe a cartilha. ● Colocar o logo da prefeitura de Niterói no final da tela à direita. ● Usar um assistente educativo virtual para cumprir as funções de orientação e suporte. ● Manter o texto: Principais efeitos colaterais Prisão de ventre (Constipação) O que fazer? ✓ Beba de 2 a 3 litros de líquidos por dia. ✓ Coma mais fibras: laranja, ameixa, mamão, vegetais e cereais integrais. ✓ Faça exercícios leves, como caminhar. ✓ Se a prisão de ventre continuar, procure a emergência.

	
Fala do assistente educativo virtual Náusea e vômito O que fazer? • Tomar os medicamentos prescritos pelo médico; • Evitar alimentos gordurosos, condimentados, fritos e açucarados; • Dar preferências aos alimentos ácidos, frios ou em temperatura ambiente; • Comer em porções pequenas e mais vezes ao dia, ou seja, a cada 3 horas.	Tela 11 • Usar figura do laço azul que compõe a cartilha. • Colocar o logo da prefeitura de Niterói no final da tela à direita. • Usar um assistente educativo virtual para cumprir as funções de orientação e suporte. • Manter o texto: Principais efeitos colaterais Náuseas e vômito O que fazer? ✓ Tome os medicamentos conforme o médico prescreveu. ✓ Evite alimentos gordurosos, fritos, condimentados e muito doces. ✓ Prefira alimentos ácidos, frios ou em temperatura ambiente. ✓ Coma em pequenas porções a cada 3 horas. 
Fala do assistente educativo virtual Queda de cabelo Nem todos os pacientes perdem cabelo, pois isso depende do tipo de quimioterapia. A queda pode ser total ou parcial e costuma acontecer de 14 a 21 dias após o tratamento começar. Esse efeito é temporário, e o cabelo vai voltar a crescer depois que o tratamento terminar. O que fazer? • A equipe de saúde orientará sobre como lidar com a queda de cabelo e	Tela 12 • Usar figura do laço azul que compõe a cartilha. • Colocar o logo da prefeitura de Niterói no final da tela à direita. • Usar um assistente educativo virtual para cumprir as funções de orientação e suporte. • Manter o texto: Principais efeitos colaterais Queda de cabelo Depende do tipo de quimioterapia. A queda pode ser total ou parcial.

• até sugerir acessórios capilares que podem ajudar. • Procurar apoio emocional de amigos, familiares, grupos de apoio ou de um profissional de saúde pode ser muito útil.	Geralmente acontece de 14 a 21 dias após o início do tratamento. O cabelo volta a crescer depois do tratamento. O que fazer? ✓ Receba orientação da equipe de saúde sobre como lidar com a queda. ✓ Use acessórios capilares sugeridos pelos profissionais, se desejar. ✓ Procure apoio emocional de amigos, familiares, profissional de saúde ou grupos de apoio. 
Fala do assistente educativo virtual Mucosite que é a inflamação da boca com o aparecimento de aftas causadas pelo efeito da quimioterapia. O que fazer? • Manter a higiene oral, principalmente após as refeições, utilizando escova de dentes com cerdas macias e creme dental não abrasivo, preferencialmente com bicarbonato de sódio; • Evitar alimentos ácidos, condimentados e quentes	Tela 13 • Usar figura do laço azul que compõe a cartilha. • Colocar o logo da prefeitura de Niterói no final da tela à direita. • Usar um assistente educativo virtual para cumprir as funções de orientação e suporte. • Manter o texto: Principais efeitos colaterais Mucosite: inflamação da boca com aftas causada pela quimioterapia. O que fazer? ✓ Manter higiene oral, especialmente após as refeições; usar escova de cerdas macias e creme dental não abrasivo (preferir com bicarbonato de sódio). ✓ Evitar alimentos ácidos, condimentados e quentes. 
Fala do assistente educativo virtual	Tela 14 • Usar figura do laço azul que compõe a cartilha.

Diminuição dos glóbulos vermelhos (anemia) e das células de defesa (leucopenia) O que fazer? • Manter boa higiene corporal e oral; • Manter uma alimentação saudável, rica em legumes, verduras, frutas, cereais e pobre em gorduras; • Evitar alimentos crus ou malcozidos; • Proteger a pele de ferimentos ao se depilar, barbear e cortar as unhas; • Usar preservativos na relação sexual para evitar infecções no período de baixa imunidade; • Verificar a temperatura sempre que perceber qualquer alteração. Caso apresente febre igual ou superior a 37,8 °C, procure o hospital.	• Colocar o logo da prefeitura de Niterói no final da tela à direita. • Usar um assistente educativo virtual para cumprir as funções de orientação e suporte. • Manter o texto: Principais efeitos colaterais Diminuição dos glóbulos vermelhos (anemia) Diminuição das células de defesa (leucopenia) O que fazer? ✓ Mantenha boa higiene corporal e oral. ✓ Coma alimentos saudáveis: frutas, verduras, legumes e cereais; evite gorduras. ✓ Evite alimentos crus ou malcozidos. ✓ Proteja a pele ao depilar, barbear ou cortar unhas. ✓ Use preservativo para evitar infecções durante baixa imunidade. ✓ Verifique a temperatura regularmente. ✓ Febre $\geq 37,8$ °C? Procure o hospital imediatamente. 
Fala do assistente educativo virtual Fadiga que é o cansaço extremo que não melhora mesmo após descansar. O que fazer? • Manter o nível ideal de atividade física e ocupacional (converse com a equipe de saúde); • Restrição dos cochilos durante o dia: limite de 20 a 30 minutos ou menos; • Higiene do sono: evitar cafeína depois do meio-dia, estabelecer um	Tela 15 • Usar figura do laço azul que compõe a cartilha. • Colocar o logo da prefeitura de Niterói no final da tela à direita. • Usar um assistente educativo virtual para cumprir as funções de orientação e suporte. • Manter o texto: Principais efeitos colaterais Fadiga: cansaço extremo que não melhora com descanso. O que fazer?

● ambiente propício para o sono, manter regularidade no horário de ir para ● a cama; ● Definir prioridades: agendar atividades e adiar as que não são essenciais; ● Adotar técnicas de relaxamento para gerenciar o estresse, como meditação, e participar de grupos de apoio.	✓ Mantenha atividade física e ocupacional adequada (com orientação da equipe de saúde). ✓ Restrição de cochilos a 20–30 minutos. ✓ Higiene do sono: evite cafeína à tarde, mantenha ambiente tranquilo e horário regular para dormir. ✓ Defina prioridades: agende atividades importantes, adie as não essenciais. ✓ Use técnicas de relaxamento e participe de grupos de apoio. 
Fala do assistente educativo virtual Neuropatia periférica sensitiva: é um efeito colateral causado pelo uso da Oxaliplatina (um quimioterápico, que pode ser usado para tratar o câncer de intestino), que pode ser induzido ou agravado pela exposição ao frio, provocando sensações como câimbras, formigamento ou perda de sensibilidade na garganta. Na maioria dos casos, essa reação é temporária e desaparece com o tempo. O que fazer? ● Evitar beber líquidos gelados ou tocar em objetos frios por até uma ● semana após a quimioterapia. Siga sempre as orientações do médico e enfermeiro.	Tela 16 ● Usar figura do laço azul que compõe a cartilha. ● Colocar o logo da prefeitura de Niterói no final da tela à direita. ● Usar um assistente educativo virtual para cumprir as funções de orientação e suporte. ● Manter o texto: Principais efeitos colaterais Neuropatia periférica: efeito da Oxaliplatina que causa câimbras, formigamento ou perda de sensibilidade, especialmente ao frio; geralmente temporário. O que fazer? ✓ Evite líquidos gelados e objetos frios por até uma semana após a quimioterapia. ✓ Siga sempre as orientações do médico e do enfermeiro. 
Fala do assistente educativo virtual Eritema cutâneo e síndrome-mão-pé:	Tela 17 ● Usar figura do laço azul que compõe a cartilha.

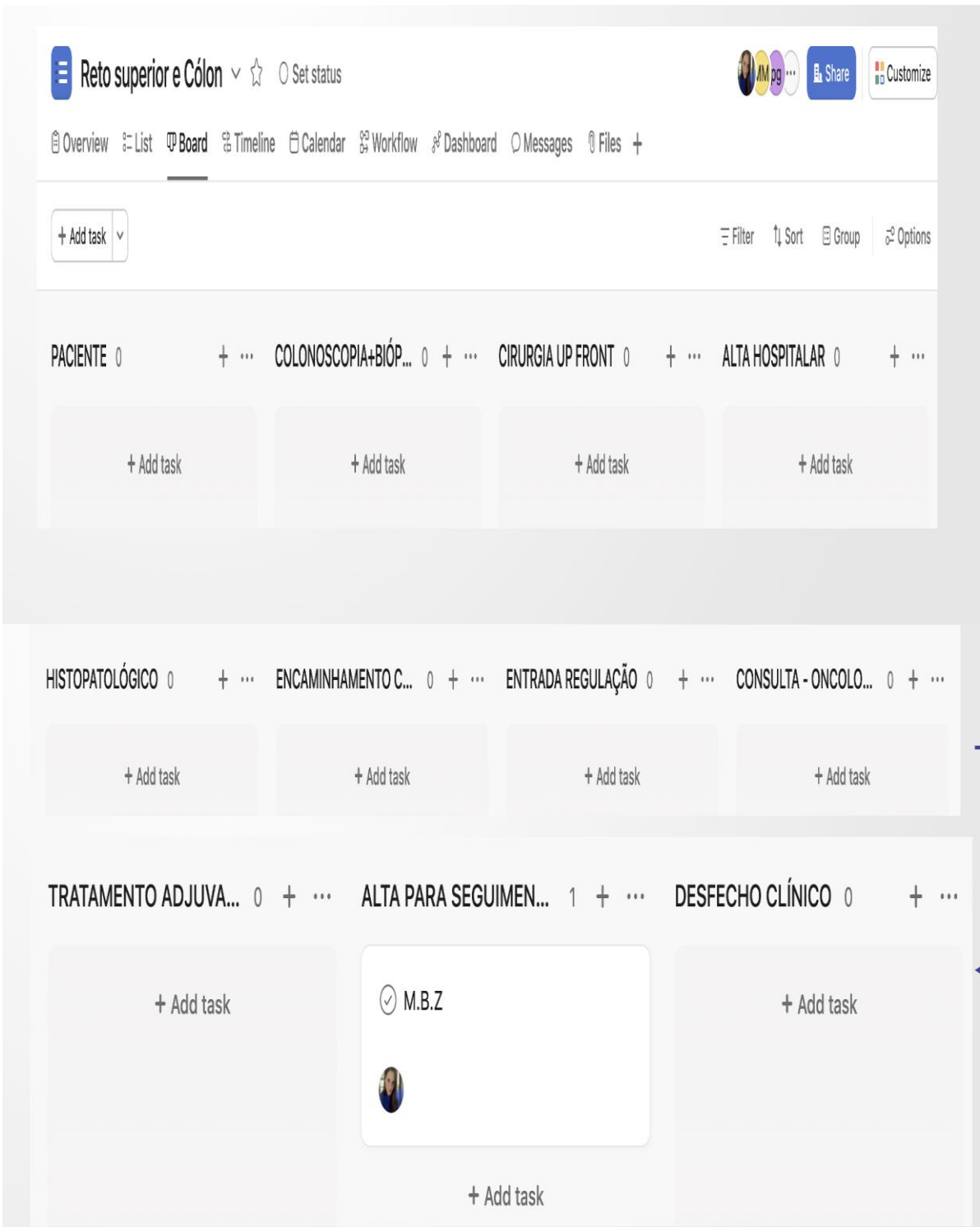
Alguns quimioterápicos podem afetar a pele das mãos e dos pés. Isso pode causar vermelhidão, rachaduras, descamação e até bolhas. O que fazer: ● Seguir as recomendações do médico e enfermeiro sobre a prescrição e uso de analgésicos e aplicação tópica de emolientes.	● Colocar o logo da prefeitura de Niterói no final da tela à direita. ● Usar um assistente educativo virtual para cumprir as funções de orientação e suporte. ● Manter o texto: Principais efeitos colaterais Eritema cutâneo e síndrome-mão-pé: causado por alguns quimioterápicos; provoca vermelhidão, rachaduras, descamação e bolhas. O que fazer? ✓ Siga as orientações do médico e enfermeiro sobre analgésicos e uso de emolientes. 
Fala do assistente educativo virtual Erupção acneiforme Começa com o rosto ficando vermelho e, depois, surgem pequenas bolinhas com pus. O que fazer: ● Seguir as recomendações do médico e enfermeiro sobre a prescrição e uso de proteção solar, hidratação da pele com emolientes. O médico poderá prescrever antimicrobiano tópico ou oral.	Tela 18 ● Usar figura do laço azul que compõe a cartilha. ● Colocar o logo da prefeitura de Niterói no final da tela à direita. ● Usar um assistente educativo virtual para cumprir as funções de orientação e suporte. ● Manter o texto: Principais efeitos colaterais Erupção acneiforme: Começa com o rosto ficando vermelho e, depois, surgem pequenas bolinhas com pus. O que fazer? ✓ Use proteção solar e hidrate a pele com emolientes, conforme orientação médica. ✓ Siga a prescrição do médico, que pode incluir antimicrobiano tópico ou oral. 
Fala do assistente educativo virtual	Tela 19

Hiperpigmentação da pele Reação evidentes nas unhas dobras cutâneas e no trajeto venoso e pode ocorrer após algumas semanas após a administração de determinados quimioterápicos, desaparecendo entre três a quatro meses após o tratamento. O que fazer? ● Evitar exposição solar e utilizar roupas que cubram áreas mais expostas ao sol (braços, ombros e costas); ● Proteger a face e o couro cabeludo com o uso de chapéus; ● Utilizar óculos escuros se houver hipersensibilidade ocular; ● Aplicar protetor solar com fator de proteção número 30 ou maior.	● Usar figura do laço azul que compõe a cartilha. ● Colocar o logo da prefeitura de Niterói no final da tela à direita. ● Usar um assistente educativo virtual para cumprir as funções de orientação e suporte. ● Manter o texto: Principais efeitos colaterais Hiperpigmentação da pele: manchas na pele, unhas, dobras cutâneas e veias; aparece semanas após alguns quimioterápicos e desaparece em 3–4 meses. O que fazer? ✓ Evite exposição solar; use roupas que cubram braços, ombros e costas. ✓ Proteja face e couro cabeludo com chapéus. ✓ Use óculos escuros se houver sensibilidade ocular. ✓ Aplique protetor solar FPS 30 ou maior. 
Fala do assistente educativo virtual O último tipo de tratamento que vou apresentar é a radioterapia. Ela utiliza radiação para destruir ou impedir que as células do tumor cresçam. Os principais efeitos colaterais incluem cansaço, pele seca e vermelhidão. Para se cuidar, siga sempre as orientações da equipe de saúde. O que fazer? ● Descansar bastante; ● Fazer exercícios físicos leves; ● Beber de 2 a 3 litros de líquidos por dia (água, chás e sucos); ● Usar roupas leves;	Tela 20 ● Usar figura do laço azul que compõe a cartilha. ● Colocar o logo da prefeitura de Niterói no final da tela à direita. ● Usar um assistente educativo virtual para cumprir as funções de orientação e suporte. ● Colocar a imagem sobre radioterapia próxima ao texto. ● Manter o texto: Radioterapia: usa radiação para destruir ou impedir que as células do tumor cresçam. Principais efeitos colaterais: ● Cansaço ● Pele seca e vermelha Cuidados importantes: ● Descansar bastante

● Proteger-se do sol; ● Manter a pele da área tratada hidratada, seguindo as orientações do médico ou enfermeiro; ● Lavar a pele da área tratada com água morna e secar com cuidado, sem esfregar. Use sabonete líquido neutro e sem perfume; ● Evitar depilar ou usar lâmina de barbear na pele. O barbeador elétrico é uma boa opção; ● Não esfregar, coçar, arranhar ou escovar a pele tratada com radiação.	● Fazer exercícios leves ● Beber 2 a 3 litros de líquidos por dia ● Usar roupas leves e proteger a pele do sol ● Manter a pele hidratada e lavar com cuidado ● Evitar depilar ou esfregar a pele tratada 
Fala do assistente educativo virtual Agora, na última etapa das orientações, você vai conhecer alguns dos seus direitos. Pacientes com câncer têm acesso a direitos garantidos por lei. Se tiver alguma dúvida, peça atendimento no Serviço Social da sua unidade. Vamos a eles: • Saque do FGTS; • Auxílio-doença e aposentadoria por invalidez; • Afastamento do trabalho; • Isenção de imposto de renda; • Isenção de IPTU, dependendo da lei municipal; • Isenção de tarifa de transporte coletivo urbano, dependendo da lei municipal.	Tela 21 ● Usar figura do laço azul que compõe a cartilha. ● Colocar o logo da prefeitura de Niterói no final da tela à direita. ● Usar um assistente educativo virtual para cumprir as funções de orientação e suporte. ● Posicionar a figura ● Manter o texto: Seus direitos como paciente com câncer ● Saque do FGTS ● Auxílio-doença e aposentadoria por invalidez ● Afastamento do trabalho ● Isenção de imposto de renda ● Isenção de IPTU (dependendo da lei municipal) ● Isenção de tarifa de transporte coletivo urbano (dependendo da lei municipal) Dica: Em caso de dúvidas, procure o Serviço Social da sua unidade.

	
Fala do assistente educativo virtual Essas foram as principais orientações para o seu tratamento oncológico. Lembre-se: você não está só. Muito obrigada pela sua atenção!	Tela 22 ● Usar figura do laço azul que compõe a cartilha. ● Colocar o logo da prefeitura de Niteroi no final da tela à direita. ● Usar um assistente educativo virtual para cumprir as funções de orientação e suporte. ● Manter o texto: Lembre-se: você não está só Muito obrigada pela sua atenção 

APÊNDICE B - Plataforma de Gerenciamento de Tarefas- ASANA®



APÊNDICE C - Planilha de Acompanhamento dos Pacientes dom CCR - Microsoft Excel®

[illegible]

AL DO DIAGNÓSTICO	OBSTRUCCIÓN TESTINAL	DIAGNÓSTICO	ESTADIMIENTO	CIRUGIA PALIATIVA	CIRUGIA LIFETIME
1	HOF	NÃO	ADENOCARCINOMA DE COLÓN SIGMOIDE	pT3N0	RETOSIGMOIDECTOMIA COM ANASTOMOSE
2	HOF	NÃO	ADENOCARCINOMA DE COLÓN TRANSVERSO	pT1N0	COLECTOMIA SEGMENTAR DE TRANSVERSO COM ANASTOMOSE
3	HOF	SIM	ADENOCARCINOMA DE COLÓN TRANSVERSO	pT1N1a	COLECTOMIA SEGMENTAR DE TRANSVERSO COM ANASTOMOSE
4	HOF	SIM	ADENOCARCINOMA DE COLÓN DIREITO	pT3N0	COLECTOMIA TOTAL-ILEOSTOMIA COM FÍSTULA
5	HEAT	NÃO	ADENOCARCINOMA DE COLÓN ASCENDENTE	pT3N2a	ILEECTECTOMIA
6	HOF	SIM	ADENOCARCINOMA DE COLÓN ESQUERDO	pT3N1b	COLECTOMIA ESQUERDA
7	DOM BOSCO	NÃO	ADENOCARCINOMA DE COLÓN DESCENDENTE	pT3N1c	COLECTOMIA DIREITA
8	HOF	NÃO			
9	HOF	SIM	ADENOCARCINOMA DE COLÓN DIREITO	pT3N1a	ILEOCOLECTOMIA + ILEOSTOMIA COM FÍSTULA MUCOS
10	HOF	NÃO	ADENOCARCINOMA DE COLÓN DIREITO	pT3N1b	HEMICOLECTOMIA DIREITA
11	NOIMAGEM OC PRECISION	NÃO	ADENOCARCINOMA DE COLÓN SIGMOIDE		
12	HOF	NÃO	ADENOCARCINOMA DE COLÓN SIGMOIDE AVANÇADO		ILEOSTOMIA EM ALÇA
13	HOF	SIM	ADENOCARCINOMA DE RETOSIGMOIDE RECIDIVADO		TRANSVERSIGMOTOMIA EM ALÇA
14	HOF	NÃO	ADENOCARCINOMA DE COLÓN DIREITO	pT3N0	ILEOCOLECTOMIA D ESTENDIDA+ ANASTOMOSE
15	HOF	NÃO			
16	HOF	SIM	ADENOCARCINOMA DE COLÓN SIGMOIDE	pT4N1a	SIGMOIDECTOMIA COM ANASTOMOSE PR
17	HOF	SIM			RETOSIGMOIDECTOMIA A HARTMAN
18	HOF	NÃO	ADENOCARCINOMA DE COLÓN ESQUERDO	pT3N2a	LAPAROTOMIA EXPLORADORA
19	HUALP	NÃO	ADENOCARCINOMA DE COLÓN DIREITO	pT2N0	COLECTOMIA DIREITA COM ANASTOMOSE I
20	HOF	NÃO	ADENOCARCINOMA DE COLÓN DIREITO	pT3N1	COLECTOMIA DIREITA COM ANASTOMOSE I
21	HOF	NÃO	ADENOCARCINOMA DE COLÓN SIGMOIDE	pT3N1a	RETOSIGMOIDECTOMIA COM ANASTOMOSE
22	HOF	NÃO			LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM SIGMOIDECTOMIA
23	HOF	SIM	ADENOCARCINOMA DE COLÓN SIGMOIDE	pT4N2a	TRANS
24	HOF	SIM	ADENOCARCINOMA DE COLÓN SIGMOIDE	pT3N1	COLECTOMIA DIREITA COM ANASTOMOSE P
25	HOF	NÃO	ADENOCARCINOMA DE COLÓN SIGMOIDE	pT3N1b	LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM SIGMOIDECTOMIA COM
26	HOF	NÃO	ADENOCARCINOMA DE COLÓN SIGMOIDE	pT3N0	SIGMOIDECTOMIA COM ANASTOMOSE PRIMÁRIA + ENTE
27	HOF	SIM			COLECTOMIA DIREITA COM ANASTOMOSE I
28	HOF	NÃO	ADENOCARCINOMA DE COLÓN SIGMOIDE	pT3N0	COLECTOMIA ESQUERDA
29	HOF	SIM	ADENOCARCINOMA DE COLÓN DIREITO	pT3N2a	ILEOCOLECTOMIA DIREITA COM ANASTOMOSE

<

PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO HOF

Arquivo Editar Ver Inserir Formatar Dados Ferramentas Ajuda

102495

	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC
	DATA DA CONSULTA COM ONCOLOGISTA	DATA DA TERAPIA ADIUVANTE	LOCAL DA TERAPIA ADIUVANTE	PROTOCOLO ADIUVANTE	DATA DO SEGUIMENTO	DESEFECHO	RECIDIVA		
1	27/09/2023	SEM INDICAÇÃO	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA	9/2/2023				
2	03/11/2023	SEM INDICAÇÃO	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA	11/6/2023				
3	21/03/2024	08/04/2024	DARCY VARGAS			ÓBITO			
4	09/04/2024	FORA DO TEMPO	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA		ÓBITO			
5									
6	13/08/2024								
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15	15/08/2024				16/09/2024	ÓBITO			
16									
17									
18						ÓBITO			
19									
20	05/06/2024								
21	16/08/2024	SEM INDICAÇÃO	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA	16/08/2024				
22	22/10/2024								
23	17/07/2024		HCCOR						
24	16/08/2024								
25									
26									
27									
28	31/01/2025	FORA DO TEMPO							
29	30/06/2025		HCCOR						

+ ≡ CÔLON E RETO SUPERIOR - RETO INFERIOR E MÉDIO +

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Profissionais do Pré-Teste Piloto

RESOLUÇÃO 466/12 CNS/MS

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

1. NOME DO PARTICIPANTE:

II-DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Construção e validação de instrumentos para a navegação de pacientes com câncer colorretal no Sistema Único de Saúde

2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Priscila Jéssica D Avila Cordeiro

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 18 meses

III -INFORMAÇÕES PARA O PARTICIPANTE

O (A) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “Construção e validação de instrumentos para a navegação de pacientes com câncer colorretal no Sistema Único de Saúde” que será realizada no Hospital Municipal Orêncio de Freitas. Sua participação consistirá em integrar o comitê de avaliação, que visa produzir a versão final dos instrumentos para navegação de pacientes com câncer colorretal (CCR) no Sistema Único de saúde (SUS).

IV -OBJETIVOS DA PESQUISA

Construir e validar os instrumentos para a navegação de pacientes com CCR do diagnóstico ao tratamento, atendidos no SUS, descrever a construção dos instrumentos para a navegação de pacientes com CCR do diagnóstico ao tratamento, atendidos no SUS e validar o conteúdo dos instrumentos com um comitê de especialista por meio da técnica Delphi e do grupo focal.

V-JUSTIFICATIVA PARA A PROPOSTA DA PESQUISA

Considerando a relevância da incidência do CCR no Brasil e os benefícios potenciais que a navegação de pacientes com câncer determina ao modificar positivamente os desfechos clínicos e a qualidade da assistência, este estudo se fundamenta no seguinte pressuposto: programas de navegação no SUS ainda são incipientes e a construção e validação de instrumentos que atendam pré-requisitos psicométricos de validade e confiabilidade, padronizando as informações, poderão facilitar a navegação de pacientes com CCR atendidos nesse sistema.

VI-DESENHO DA PESQUISA

A construção e validação dos instrumentos acontecerá em seis fases, sendo elas: fase 1 – revisão da literatura; fase 2 – construção dos instrumentos de navegação com base na literatura; fase 3 – pré-teste do instrumento piloto com cinco enfermeiros e dois médicos *experts* em oncologia e atendimento à pacientes com CCR; fase 4 – aplicação da técnica Delphi e validação do conteúdo com comitê de especialistas; fase 5 - grupo focal com pacientes com diagnóstico de CCR e; fase 6 – síntese final para consolidação dos instrumentos. A coleta de dados abarcando todas as fases será realizada no período de maio a outubro de 2024.

VII- DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

O (A) senhor (a) está convidado (a) a participar da fase de pré-teste piloto, devendo receber por e-mail, utilizando a plataforma REDCap®, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os instrumentos de navegação. Sua participação consiste em realizar a avaliação, utilizando uma escala tipo Likert de 5 pontos: 1. Discordo totalmente; 2. Discordo; 3. Neutro; 4. Concordo; 5. Concordo totalmente. No final de cada item haverá um espaço para registrar: itens necessários, porém ausentes; itens desnecessários; comentários e ou sugestões, a fim de fornecer informações para o aprimoramento da versão final e garantir o entendimento do item. Após a avaliação do instrumento, será realizada análise das respostas para obtenção do consenso e o senhor(a) participará de uma reunião presencial com duração de uma hora, a ser realizada nas estruturas da instituição que presta serviço, para verificar o entendimento dos instrumentos quanto a facilidade de uso e clareza no conteúdo, para posteriormente proceder com o aperfeiçoamento da primeira versão, resultando nos instrumentos pilotos, utilizados na fase subsequente.

VIII- DESCONFORTOS E RISCOS ESPERADOS DECORRENTES DO PROCEDIMENTO

Os potenciais riscos que a pesquisa poderá provocar é a perda de sigilo dos dados dos participantes e o constrangimento em responder os questionários. Os pesquisadores envolvidos se comprometem a preservar seus dados, no entanto, não podemos excluir totalmente o risco de perda da confidencialidade. Caso o (a) senhor (a) senhora se sinta constrangido (a) em responder qualquer questão tem o direito de não responder. Não há despesas pessoais para o participante, também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Não está previsto ressarcimento para os participantes. O Compromisso do pesquisador é de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

IX - BENEFÍCIOS QUE PODERÃO SER OBTIDOS

Sua contribuição auxiliará na produção de instrumentos para a navegação de pacientes com CCR do diagnóstico ao tratamento, atendidos no SUS, que visam proporcionar a otimização da assistência e cuidado ao paciente e sua família.

X- CONFIDENCIALIDADE

A confidencialidade de suas informações será mantida e sua identidade será preservada, sendo que somente os membros da pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa terão acesso aos registros. A sua participação neste estudo é voluntária, tendo o direito de retirar-se a qualquer momento.

XI- DANOS RELACIONADOS À PESQUISA

Qualquer dano resultante da sua participação no estudo será avaliado e tratado de acordo com os benefícios e cuidados a que você tem direito. Ao confirmar seu consentimento em participar desta pesquisa, você não está renunciando a qualquer um dos seus direitos legais.

XII - ACOMPANHAMENTO, ASSISTÊNCIA E RESPONSÁVEIS

O pesquisador e a equipe envolvida na pesquisa se comprometem a dar informação atualizada ao longo do estudo, caso este seja o seu desejo.

XIII. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

Esta pesquisa poderá ser interrompida durante a sua realização e após o aval do CEP da instituição, em casos em que: a) O pesquisador responsável decida que algum motivo ou situação possa colocar em risco a segurança do participante ou; b) O CEP julgue que o estudo esteja sendo conduzido de maneira eticamente inaceitável.

XIV- QUEM DEVO CONTATAR EM CASO DE DÚVIDAS

Durante o estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Pesquisador Responsável: Priscila Jéssica D Avila Cordeiro

A pesquisadora pode ser localizada no seguinte endereço: Hospital Municipal Orêncio de Freitas, situado na Avenida Machado, S.N - Barreto, Niterói - RJ, 24111-000 no quarto andar- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar- CCIH.

Se o pesquisador responsável não fornecer as informações e esclarecimentos suficientes, por favor, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos da Fundação Antônio Prudente – A.C.Camargo Cancer Center, pelo telefone (11) 2189-5000, nos ramais 2069 ou 5020, de segunda-feira a quinta-feira das 7 horas às 18 horas e sexta- feira das 7 horas às 16 horas ou pelo e-mail cep_accamargo@accamargo.org.br e com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense- UFF, localizado a rua Ataíde Parreiras, N. 110, 8 andar, Bairro Fátima, Niterói-RJ, CEP 24070-090, pelo telefone (21) 2629-9310 ou pelo e-mail etica.ret@id.uff.br.

Se concordar em participar, o Sr.(a) deverá clicar em concordo e deverá guardar em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico de anuência. Sua participação é voluntária neste estudo e você tem o direito de recusar participar da pesquisa não realizando a avaliação dos instrumentos de navegação solicitada, sem nenhum prejuízo. O caráter sigiloso é assegurado, de forma que seu nome não aparecerá no corpo do trabalho. Poderá entrar em contato em qualquer momento que desejar e ter acesso aos resultados obtidos neste estudo. Declaro ter lido e compreendido o conteúdo do presente Termo de Consentimento e concordo em participar desse estudo de forma livre e esclarecida autorizando os procedimentos acima relacionados.

CONCORDO

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Comitê de Especialista

RESOLUÇÃO 466/12 CNS/MS

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

1. NOME DO PARTICIPANTE:

II-DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Construção e validação de instrumentos para a navegação de pacientes com câncer colorretal no Sistema Único de Saúde

2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Priscila Jéssica D Avila Cordeiro

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 18 meses

III -INFORMAÇÕES PARA O PARTICIPANTE

O (A) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “Construção e validação de instrumentos para a navegação de pacientes com câncer colorretal no Sistema Único de Saúde” que será realizada no Hospital Municipal Orêncio de Freitas. Sua participação consistirá em integrar o comitê de avaliação, que visa produzir a versão final dos instrumentos para navegação de pacientes com câncer colorretal (CCR) no Sistema Único de saúde (SUS).

IV -OBJETIVOS DA PESQUISA

Construir e validar os instrumentos para a navegação de pacientes com CCR do diagnóstico ao tratamento, atendidos no SUS, descrever a construção dos instrumentos para a navegação de pacientes com CCR do diagnóstico ao tratamento, atendidos no SUS e validar o conteúdo dos instrumentos com um comitê de especialista por meio da técnica Delphi e do grupo focal.

V-JUSTIFICATIVA PARA A PROPOSTA DA PESQUISA

Considerando a relevância da incidência do CCR no Brasil e os benefícios potenciais que a navegação de pacientes com câncer determina ao modificar positivamente os desfechos clínicos e a qualidade da assistência, este estudo se fundamenta no seguinte pressuposto: programas de navegação no SUS ainda são incipientes e a construção e validação de instrumentos que atendam pré-requisitos psicométricos de validade e confiabilidade, padronizando as informações, poderão facilitar a navegação de pacientes com CCR atendidos nesse sistema.

VI-DESENHO DA PESQUISA

A construção e validação dos instrumentos acontecerá em seis fases, sendo elas: fase 1 – revisão da literatura; fase 2 – construção dos instrumentos de navegação com base na literatura; fase 3 – pré-teste do instrumento piloto com cinco enfermeiros e dois médicos *experts* em oncologia e atendimento à pacientes com CCR; fase 4 – aplicação da técnica Delphi e validação do conteúdo com comitê de especialistas; fase 5 - grupo focal com pacientes com diagnóstico de CCR e; fase 6 – síntese final para consolidação dos instrumentos. A coleta de dados abarcando todas as fases será realizada no período de maio a outubro de 2024.

VII- DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

O (A) senhor (a) está convidado (a) a integrar o comitê de especialista, devendo receber por e-mail, utilizando a plataforma REDCap®, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os instrumentos de navegação e uma descrição do projeto de avaliação. Sua participação consiste em realizar a avaliação, utilizando uma escala tipo Likert de 5 pontos: 1. Discordo totalmente: conduta inadequada que necessita ser suprimida ou desnecessária; 2. Discordo: conduta que necessita de alguma correção e ou reformulação; 3. Não concordo nem discordo: conduta imparcial; 4. Concordo: conduta correta; 5. Concordo totalmente: conduta correta sem necessidade de qualquer acréscimo. Ao final de cada item haverá um campo específico para respostas abertas, para que justificativas de respostas e ou sugestões, quando convenientes, contribua para a qualidade do processo de validação. Após a devolutiva dos participantes, as respostas analisadas e os instrumentos corrigidos, refeitos, ou mantidos na íntegra, serão estruturados e o participante receberá a nova versão para última avaliação.

VIII- DESCONFORTOS E RISCOS ESPERADOS DECORRENTES DO PROCEDIMENTO

Os potenciais riscos que a pesquisa poderá provocar é a perda de sigilo dos dados dos participantes e o constrangimento em responder os questionários. Os pesquisadores envolvidos se comprometem a preservar seus dados, no entanto, não podemos excluir totalmente o risco de perda da confidencialidade. Caso o (a) senhor (a) senhora se sinta constrangido (a) em responder qualquer questão tem o direito de não responder. Não há despesas pessoais para o participante, também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Não está previsto ressarcimento para os participantes. O Compromisso do pesquisador é de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

IX - BENEFÍCIOS QUE PODERÃO SER OBTIDOS

Sua contribuição auxiliará na produção de instrumentos para a navegação de pacientes com CCR do diagnóstico ao tratamento, atendidos no SUS, que visam proporcionar a otimização da assistência e cuidado ao paciente e sua família.

X- CONFIDENCIALIDADE

A confidencialidade de suas informações será mantida e sua identidade será preservada, sendo que somente os membros da pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa terão acesso aos registros. A sua participação neste estudo é voluntária, tendo o direito de retirar-se a qualquer momento.

XI- DANOS RELACIONADOS À PESQUISA

Qualquer dano resultante da sua participação no estudo será avaliado e tratado de acordo com os benefícios e cuidados a que você tem direito. Ao confirmar seu consentimento em participar desta pesquisa, você não está renunciando a qualquer um dos seus direitos legais.

XII - ACOMPANHAMENTO, ASSISTÊNCIA E RESPONSÁVEIS

O pesquisador e a equipe envolvida na pesquisa se comprometem a dar informação atualizada ao longo do estudo, caso este seja o seu desejo.

XIII. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

Esta pesquisa poderá ser interrompida durante a sua realização e após o aval do CEP da instituição, em casos em que: a) O pesquisador responsável decida que algum motivo ou situação possa colocar em risco a segurança do participante ou; b) O CEP julgue que o estudo esteja sendo conduzido de maneira eticamente inaceitável.

XIV- QUEM DEVO CONTATAR EM CASO DE DÚVIDAS

Durante o estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Pesquisador Responsável: Priscila Jéssica D Avila Cordeiro

A pesquisadora pode ser localizada no seguinte endereço: Hospital Municipal Orêncio de Freitas, situado na Avenida Machado, S.N - Barreto, Niterói - RJ, 24111-000 no quarto andar- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar- CCIH.

Se o pesquisador responsável não fornecer as informações e esclarecimentos suficientes, por favor, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos da Fundação Antônio Prudente – A.C.Camargo Cancer Center, pelo telefone (11) 2189-5000, nos ramais 2069 ou 5020, de segunda-feira a quinta-feira das 7 horas às 18 horas e sexta- feira das 7 horas às 16 horas ou pelo e-mail cep_accamargo@accamargo.org.br e com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense- UFF, localizado a rua Ataíde Parreiras, N. 110, 8 andar, Bairro Fátima, Niterói-RJ, CEP 24070-090, pelo telefone (21) 2629-9310 ou pelo e-mail ética.ret@id.uff.br.

Se concordar em participar, o Sr.(a) deverá clicar em concordo e deverá guardar em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico de anuência. Sua participação é voluntária neste estudo e você tem o direito de recusar participar da pesquisa não realizando a avaliação dos instrumentos de navegação solicitada, sem nenhum prejuízo. O caráter sigiloso é assegurado, de forma que seu nome não aparecerá no corpo do trabalho. Poderá entrar em contato em qualquer momento que desejar e ter acesso aos resultados obtidos neste estudo. Declaro ter lido e compreendido o conteúdo do presente Termo de Consentimento e concordo em participar desse estudo de forma livre e esclarecida autorizando os procedimentos acima relacionados.

CONCORDO

APÊNDICE F - Carta Convite ao Comitê de Especialista Primeira Rodada

Prezado(a) Especialista,

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da etapa de validação de conteúdo dos instrumentos para a navegação de pacientes com câncer colorretal (CCR) do diagnóstico ao tratamento, atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com critérios rigorosos de elegibilidade para participar do comitê de especialistas.

Pesquisa Atual: O projeto de pesquisa intitula-se “Construção e validação de instrumentos para a navegação de pacientes com câncer colorretal no Sistema Único de Saúde

Atividades executadas:

Revisão de literatura pertinente, focando nas diretrizes e *guidelines* do CCR; de programas de navegação oncológica no Brasil e no Mundo; de políticas públicas de câncer do Ministério da Saúde e legislação afins, como: Constituição Federal de 1988; Leis Federais nº12.732/2012, 13.896/2019 e 14.758/23, que dispõem sobre o início do tratamento de paciente com neoplasia maligna, o prazo diagnóstico e a Política nacional de prevenção e controle do câncer no âmbito do SUS e o Programa nacional de navegação da pessoa com diagnóstico de câncer, respectivamente. Desde setembro de 2023 está em andamento uma RS conduzida em bases de referência (PubMed e Scopus) e utilizando o método PRISMA, sob supervisão das professoras Thaís Spiegel e Patrícia Gomes, do Laboratório de Engenharia e Gestão em Saúde (LEGOS/DEIN/FEN/UERJ). Para o alcance do objetivo foram selecionadas as seguintes palavras-chave: (“*patient navigation*” OR “*cancer navigation*”) AND (“*colorectal cancer*” OR “*colorectal neoplasm*”) AND (*instrument** OR *tool** OR *resource** OR *kit**) totalizando 46 documentos.

Construção dos instrumentos para a coordenação da jornada do paciente em cada etapa do cuidado, descrição das características clínicas, sociodemográficas e protocolo terapêutico em CCR dos pacientes atendidos no SUS do diagnóstico ao tratamento.

Pré-teste dos instrumentos piloto com foco na avaliação e compreensão das *experts* frente aos domínios e itens do instrumento, a fim de fornecer subsídios para o seu aprimoramento.

Em que consiste a sua participação?

Sua participação consiste em avaliar todas as seções que compõem os instrumentos para a navegação de pacientes com câncer colorretal no SUS, selecionando uma das opções: manter o item na íntegra, alterar ou excluir. Ao finalizar esta etapa, o Sr(a) deverá classificar o modelo de plano usando o formulário de avaliação de 21 itens, utilizando uma escala tipo Likert de 5 pontos (1. Ruim; 2.

Regular; 3. Bom; 4. Ótimo; 5. Excelente) para avaliar os seguintes domínios: conteúdo, clareza, utilidade, responsabilidade cultural e responsabilidade socioecológica.

A sua participação é fundamental para que possamos avançar nos estudos brasileiros sobre o tema e, assim, melhorar os recursos para o atendimento adequado da população. Agradecemos a disponibilidade e atenção em participar do projeto e colocamo-nos à disposição para qualquer dúvida e esclarecimento. A próxima página traz o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Atenciosamente

Priscila Jéssica D Avila Cordeiro

A.C.Camargo Cancer Center

Telefone (21) 999382402

E-mail pridavila0@gmail.com

APÊNDICE G - Instrumento de Coleta de Dados do Comitê de Especialista

Prezado (a) especialista,

Leia atentamente as instruções a seguir para o preenchimento do presente estudo.

O instrumento está dividido em duas partes:

1. Caracterização do especialista
2. Avaliação dos instrumentos

Bem-vindos(as) para o aperfeiçoamento deste instrumento.

Agradecemos a sua valiosa contribuição!

1. Caracterização do especialista

Categoria profissional

☐ enfermeiro ☐ fisioterapeuta ☐ enfermeiro ☐ nutricionista ☐ médico ☐ psicólogo

Idade

☐ 20 a 30 anos ☐ 31 a 40 anos ☐ 41 a 50 anos ☐ 51 ou mais anos

Gênero

☐ Homem ☐ Mulher ☐ Não binário ☐ Prefiro não informar

Tempo de formação

☐ entre 1 e 5 anos ☐ entre 6 e 10 anos ☐ entre 11 e 15 anos ☐ entre 16 e 20 anos ☐ entre 21 e 25 anos ☐ 26 anos ou mais

Tempo de experiência na área da oncologia

☐ entre 1 e 5 anos ☐ entre 6 e 10 anos ☐ entre 11 e 15 anos ☐ entre 16 e 20 anos ☐ entre 21 e 25 anos ☐ 26 anos ou mais

Formação adicional

☐ especialização ☐ mestrado ☐ doutorado ☐ pós-doutorado ☐ outro:

Ocupação atual

☐ assistencial ☐ ensino/pesquisa ☐ outro:

Instituição

☐ pública ☐ privada ☐ filantrópica

2. Instrumentos

APÊNDICE H -*Feedback* sobre as Respostas aos Especialistas da Rodada DELPHI

Prezados especialistas, venho por meio deste e-mail apresentar meu agradecimento pelo apoio e oportunidade que me foram gentilmente concedidos. Sem a colaboração dos(as) senhores(as) esta pesquisa não se realizaria com tanta qualidade e adequação científica.

Na rodada da Delphi os participantes fizeram contribuições que julgamos pertinentes e valiosas para a validação dos instrumentos. No processo de quantificação e qualificação dos dados obtidos, todas as avaliações devolvidas foram, anonimamente, avaliadas por um profissional de estatística em pesquisa e, posteriormente, pelas pesquisadoras envolvidas.

As alterações, inserções ou exclusões dos itens que compõem as sessões foram efetuadas a partir da análise estatística quantitativa que revelou baixa concordância no coeficiente de Kendall, bem como pela análise qualitativa dos comentários escritos pelos especialistas participantes. A análise do índice de concordância para a obtenção do consenso foi avaliada por meio do IVC ($\geq 80\%$ e um CVC $> 0,80$).

Foram respeitadas as avaliações da escala Likert da maioria e, também, consideradas as sugestões individuais, em decorrência da capacidade de lapidação e elucidação dos objetivos pretendidos.

Seguem os instrumentos com destaque em amarelo nos itens alterados, bem como a cartilha para conhecimento.

Os instrumentos para o acompanhamento diário do paciente (planilha de monitorização e software) não fizeram parte da avaliação Delphi.

Mais uma vez, nosso profundo agradecimento pela sua participação e coloco-me à disposição na eventualidade de qualquer dúvida.

Atenciosamente,

Priscila Jéssica D Avila Cordeiro

APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Pacientes com Câncer

RESOLUÇÃO 466/12 CNS/MS

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

NOME DO PARTICIPANTE: _____

E-MAIL: _____

II. DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Construção e validação de instrumentos para a navegação de pacientes com câncer colorretal no Sistema Único de Saúde
2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Priscila Jéssica D Avila Cordeiro– enfermeira oncológica mestranda em oncologia
4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 18

III. INFORMAÇÕES PARA O PARTICIPANTE

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “Construção e validação de instrumentos para a navegação de pacientes com câncer colorretal no Sistema Único de Saúde”. Sua participação consistirá em compartilhar sua experiência durante o diagnóstico e tratamento em um grupo focal, ou seja, uma reunião presencial no hospital municipal Orêncio de Freitas com outras 04 pessoas. Serão abordadas questões sobre sua percepção em relação à possibilidade de melhoria no cuidado e acompanhamento durante o diagnóstico e tratamento com interação entre outros pacientes que estejam em tratamento do câncer colorretal ou que tenham terminado. O encontro terá duração máxima de 1h30 e será conduzido por dois profissionais pesquisadores. O encontro será gravado apenas para que seja possível transcrever e analisar os relatos.

IV. OBJETIVOS DA PESQUISA

Construir e validar os instrumentos para a navegação de pacientes com câncer colorretal do diagnóstico ao tratamento, atendidos no SUS.

V. JUSTIFICATIVA PARA A PROPOSTA DA PESQUISA

Considerando que a construção conjunta com o paciente favorece a qualidade de vida e os desfechos do cuidado, são necessários mais estudos no Brasil que descrevam as expectativas da pessoa com câncer, na fase do diagnóstico e tratamento com a finalidade de instrumentalizar os profissionais de saúde a realizar suas atividades centradas no paciente.

VI. DESENHO DA PESQUISA

A população total será composta por 10 participantes selecionados em prontuário médico que sejam navegados ou em fase de navegação. A participação no estudo estará condicionada aos seguintes critérios de elegibilidade: ter idade igual ou superior a 18 anos; diagnóstico de câncer em estágios I a IV; término do último tratamento entre seis meses e dois anos; ser fluente na língua portuguesa. Serão excluídos pacientes analfabetos, portadores de problemas psiquiátricos atestados em prontuário médico, que dificulte a participação no estudo.

Os pacientes que aceitarem participar receberão por e-mail o termo de consentimento e o link para que possa escolher entre duas datas a mais conveniente para sua participação, sendo necessário responder confirmando o recebimento. Serão realizados dois encontros com diferentes grupos focais de 5 participantes cada, mas você participará de apenas um encontro.

VII. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

Após o seu aceite e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, será solicitado o preenchimento dos dados clínicos e sociodemográficos, que não constam do prontuário médico. Também será solicitado para colocar no formulário dois exemplos de casos que você considera melhorias na prestação de cuidados desde o momento do diagnóstico até o atual, tendo como base suas experiências pessoais. Estas respostas contribuirão para a discussão do grupo focal. E por último, a participação no grupo focal, onde será conversado sobre as seguintes questões: 1) Oportunidades de melhoria no percurso do diagnóstico e tratamento do câncer colorretal com base em sua própria experiência; 2) Pontos de destaque nos cuidados recebidos que contribuíram para melhorar sua qualidade de vida durante o percurso do diagnóstico e tratamento. Serão realizados por encontro presencial, com duração máxima de 1h30. As reuniões serão gravadas, transcritas e analisadas, com o objetivo de compor o resultado do estudo e, deletadas após. Serão coletados dados pessoais e clínicos como nome completo, idade

,estado civil, raça/cor autodeclarada, classificação socioeconômica, data do diagnóstico do câncer colorretal, informações sobre o tipo de câncer, estadiamento, data de início, término e tipo de tratamento(s) realizado(s).

VIII. DESCONFORTOS E RISCOS ESPERADOS DECORRENTES DO PROCEDIMENTO

Os potenciais riscos que a pesquisa poderá provocar é a perda de sigilo dos dados dos participantes e o constrangimento em responder às questões. A pesquisadora envolvida se compromete a preservar seus dados, no entanto, não podemos excluir totalmente o risco de perda da confidencialidade. Caso se sinta constrangida em responder qualquer questão tem o direito de não a responder. Não há despesas pessoais para o participante, também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Não está previsto ressarcimento para os participantes. O Compromisso do pesquisador é de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

VI. BENEFÍCIOS QUE PODERÃO SER OBTIDOS

Sua contribuição auxiliará na elaboração de cuidados que considerem as diversas necessidades apresentadas por pacientes com câncer colorretal, com espaço para a comunicação flexível por parte dos profissionais, adaptando-se ao momento e favorecendo o acolhimento e efetividade.

VII. CONFIDENCIALIDADE

A confidencialidade de suas informações será mantida e sua identidade será preservada e somente os membros da pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa terão acesso aos registros. A sua participação neste estudo é voluntária, tendo o direito de retirar-se a qualquer momento.

VIII. DANOS RELACIONADOS À PESQUISA

Qualquer dano resultante da sua participação no estudo será avaliado e tratado de acordo com os benefícios e cuidados a que você tem direito. Ao confirmar seu consentimento em participar desta pesquisa, você não está renunciando a qualquer um dos seus direitos legais.

IX. ACOMPANHAMENTO, ASSISTÊNCIA E RESPONSÁVEIS

A pesquisadora e a equipe envolvida na pesquisa se comprometem a dar informação atualizada ao longo do estudo, caso este seja o seu desejo.

XIII. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

Esta pesquisa poderá ser interrompida durante a sua realização e após o aval do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição em que: a) A pesquisadora responsável decida que algum motivo ou situação possa pôr em risco a segurança do participante ou; b) O CEP julgue que o estudo esteja sendo conduzido de maneira eticamente inaceitável.

XIII. QUEM DEVO CONTATAR EM CASO DE DÚVIDAS

Durante o estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Pesquisador Responsável: Priscila Jéssica D Avila Cordeiro

A pesquisadora pode ser encontrada no seguinte endereço: Hospital Municipal Orêncio de Freitas, situado na Av. Machado, S/N - Barreto, Niterói - RJ, 24111-000 no quarto andar- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar- CCIH.

Se o pesquisador responsável não fornecer as informações e esclarecimentos suficientes, por favor, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos da Fundação Antônio Prudente – A.C. Camargo Cancer Center, pelo telefone (11) 2189-5000, nos ramais 2069 ou 5020, de segunda-feira a quinta-feira das 7 horas às 18 horas e sexta-feira das 7 horas às 16 horas ou pelo e-mail cep_accamargo@accamargo.org.br ou com o Comitê de Ética em pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense-FM/UFF, localizado a rua Ataíde Parreiras, N. 110, 8 andar, Bairro Fátima, Niterói-RJ, CEP 24070-090, pelo telefone (21) 99769-8644 ou pelo e-mail etica.ret@id.uff.br.

Sua participação é voluntária neste estudo e você tem o direito de recusar participar da pesquisa, sem nenhum prejuízo. O caráter sigiloso é assegurado, de forma que seu nome não aparecerá no corpo do trabalho. Poderá entrar em contato em qualquer momento que desejar e ter acesso aos resultados obtidos neste estudo. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é elaborado em duas vias, ambas deverão ser rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela pessoa por ele delegada.

Eu, _____
declaro ter lido e compreendido o conteúdo do presente Termo de Consentimento e **concordo em participar** desse estudo de forma livre e esclarecida autorizando os procedimentos acima relacionados:

Assinatura participante

Data: __/__/____

Assinatura pesquisador

Data: __/__/____

APÊNDICE J - Dados Clínicos e Sociodemográficos eos Pacientes eom Câncer

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Nome: _____

Data de nascimento: __/__/____

Estado civil: ☐ Solteiro (a) ☐ Divorciado (a)

☐ Casado (a)/União Estável ☐ Viúvo (a)

Cor/raça autorreferida: ☐ Branca ☐ Preta

☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena

Escolaridade: ☐ Fundamental ☐ Médio

☐ Superior ☐ Pós-graduação

Profissão: _____

Critério de classificação econômica Brasil:

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

Trabalhador Doméstico	NÃO TEM	1	2	3	4+
Quantidade de trabalhadores mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II Incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio Incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo

2 - DADOS CLÍNICOS:

Data do diagnóstico do câncer: _____

Topografia do câncer: _____

Estadiamento patológico (AJCC 8 ed): _____

Data do primeiro tratamento: _____

Tipo do primeiro tratamento: _____

Data da terapia adjuvante: _____

Protocolo adjuvante: _____

Data do término do tratamento: _____

Tratamentos realizados: () Cirurgia () Quimioterapia () Radioterapia

Observações: _____

APÊNDICE K - Protocolo de Grupo Focal

Introdução, propósito e regras básicas - 5 minutos

Compartilhar slide com logotipo da organização e finalidade da discussão

Boas-vindas e apresentações

Olá! Sejam bem-vindos.

Gostaria de agradecer a presença e disponibilidade de cada uma de vocês hoje. Meu nome é Priscila Jéssica D Avila Cordeiro, sou enfermeira mestranda em oncologia no A.C. Camargo e estou elaborando um trabalho científico para conclusão de curso, orientada pela Maria das Graças Silva Matsubara, que é enfermeira e tem doutorado em oncologia. Vamos falar um pouco de como a conversa vai acontecer hoje e depois da introdução gostaria que cada um se apresentasse.

Nosso objetivo hoje é compreender e descrever a experiência de vocês durante a jornada de diagnóstico e tratamento do câncer do câncer colorretal. No Brasil temos poucos estudos que abordem esse tema, então a participação de vocês é muito importante.

Compartilhar slide com objetivos, temas de pesquisa e questões abordadas

Objetivo da pesquisa

Para chegar na conversa de hoje, nós lemos o que já foi publicado sobre o tema até agora e sabemos que a experiência de cada um é única e com diferentes necessidades, que não podem ser colocadas em um único modelo rígido. Por isso, queremos conversar com vocês sobre as seguintes questões.

1. As oportunidades de melhoria mais importantes no percurso do diagnóstico e tratamento, com base nas experiências de vocês;
2. Os pontos de destaque nos cuidados recebidos que contribuíram para melhorar a qualidade de vida durante o percurso do diagnóstico e tratamento do câncer.

Regras básicas

A conversa será conduzida da seguinte forma:

Todos estão convidados a compartilhar suas ideias, opiniões e experiências pessoais. Não existe julgamento de certo ou errado, queremos saber suas ideias e sugestões e entender o que é importante para vocês.

Vocês também podem contribuir com as respostas e discussões levantadas por outras pessoas, fazer perguntas para outra participante, acredito que essas interações podem deixar nossa conversa mais proveitosa.

Nosso papel como pesquisadores e facilitadores é fazer perguntas, orientar ou redirecionar a discussão se for necessário.

Peço que levantem a mão quando quiserem falar. Nós vamos passar a palavra para que todos tenham oportunidade de falar e participar.

Nossa conversa tem a duração máxima de 1h30.

A conversa será gravada apenas para que a equipe de pesquisa possa transcrever o texto e analisar os relatos, sendo deletada depois. A partir dessas análises vamos elaborar um artigo científico que vocês podem receber, caso queiram.

Por fim, quero destacar que cada um tem sua história e sua experiência e que gostaríamos de poder aprofundar alguns assuntos, mas devido ao tempo nem sempre isso será possível, porque temos perguntas específicas a fazer. Imagino que todos passaram por muita coisa e agradeço muito a disponibilidade de contarem um pedaço da sua história para nós, temos um imenso

respeito pela experiência de cada uma de vocês. Em alguns momentos pode ser que nós tenhamos que interromper antes do desejado. Sei que todos têm suas atividades e compromissos, por isso podemos combinar de encerrar no tempo previsto.

Alguém gostaria de fazer alguma pergunta antes de começarmos?

Estou iniciando a gravação a partir de agora.

Apresentações - 10 minutos

- Você pode compartilhar seu nome, idade e quando recebeu o diagnóstico.

Questões Centrais - 60 minutos

Iniciaremos com o primeiro tema desta conversa, que são as oportunidades de melhoria no percurso do diagnóstico.

- Quais foram as barreiras/dificuldades encontradas na fase do diagnóstico de câncer?
- Quais são as oportunidades para melhoria?

Vamos gastar aproximadamente 15 minutos nesta parte.

Agora vamos passar para o segundo tema desta conversa: Os pontos de destaque nos cuidados recebidos que contribuíram para melhorar a qualidade de vida durante o percurso do diagnóstico e tratamento do câncer e as barreiras/dificuldades.

Compartilhar slide com pergunta

- Quais foram as barreiras/dificuldades encontradas durante o tratamento?
- Quais são as oportunidades de melhoria?
- O que vem à sua mente quando você ouve o termo "qualidade de vida"?
- Olhando para trás no atendimento que você recebeu, poderia nos contar quais foram os pontos que contribuíram para sua qualidade de vida? O que poderia ter sido diferente?

Compartilhar slide com relatos de caso, contidos nos formulários preenchidos anteriormente pelas participantes com a orientação “Por favor, relatar dois exemplos de casos em que enxergavam melhorias na prestação de cuidados desde o momento do diagnóstico até o atual, tendo como base sua experiência pessoal”

E como última parte desta conversa trouxemos os pontos relatados por vocês nos dois exemplos de casos baseados nas experiências pessoais, que foram coletadas. Pedimos que possam trazer suas percepções e ideias que porventura possam surgir com o compartilhamento das diversas vivências apresentadas.

Conclusão - 5 minutos

Obtivemos agora uma visão abrangente das oportunidades de melhoria e de destaques nos cuidados recebidos que contribuíram para melhorar a qualidade de vida durante o percurso do diagnóstico, tratamento e seguimento do câncer, porém é importante saber se:

- Há algum ponto que não discutimos que você gostaria de mencionar?

Encerramento e agradecimentos - 5 minutos

Queremos agradecer mais uma vez a colaboração de vocês.

Vamos processar e analisar as conversas anonimamente e os resultados serão publicados em artigo científico.

Se você tiver alguma dúvida ou contribuições adicionais depois, entre em contato conosco pelo e-mail e telefone compartilhados.

APÊNDICE L - Instrumentos para a Navegação de Pacientes Com CCR No SUS- Linha de Cuidado do Câncer Colorretal

CÂNCER DO CÓLON

EPIDEMIOLOGIA

O número estimado de casos novos de câncer de cólon e reto para o Brasil, para cada ano do triênio de 2023 a 2025, é de 45.630, correspondendo a um risco estimado de 21,10 casos por 100 mil habitantes, sendo 21.970 entre os homens e 23.660 entre as mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer colorretal ocupa a terceira posição entre os tipos de câncer mais frequentes no Brasil, e é o segundo mais incidente entre homens (28,62 casos por 100 mil) e mulheres (28,88 por 100 mil) na Região Sudeste¹.

CARCINOGENESE

O câncer colorretal é uma doença heterogênea, cuja principal via de carcinogênese é a sequência adenoma-carcinoma, que é responsável pela ocorrência de aproximadamente 75% dos casos. A progressão de adenoma para o câncer pode levar mais de 20 anos. Outra via é a chamada serrilhada, que envolve pólipos serrilhados, como lesões precursoras, e dá origem a aproximadamente de 12 a 15% dos cânceres colorretais².

Em seu processo de crescimento, os pólipos podem sofrer erosões e apresentar pequenos sangramentos. Estes, por sua vez, podem ser identificados nas fezes, por meio de exames laboratoriais (pesquisa de sangue oculto nas fezes). Quando essas lesões precursoras são identificadas e retiradas precocemente, antes de sua malignização, a progressão da doença é interrompida, prevenindo o surgimento do câncer colorretal².

O adenocarcinoma é o tipo histológico mais comum (90% dos casos). O restante (10%) está representado por tumores neuroendócrinos, carcinomas escamosos e adenoescamosos, carcinoma com células de anel de sinete, carcinoma medular, linfomas e GISTs (Tumor Estromal Gastrointestinal)³.

A subtipagem molecular de consenso (CMS) é um sistema de classificação baseado em expressão gênica⁴:

- CMS1- 14%, subtipo imunológico hipermutado, altamente associado à instabilidade de microssatélites.
- CMS2- 37%, subtipo canônico, ativação de sinalização WNT e MYC.
- CMS3- 13%, subtipo metabólico, com desregulação metabólica.

- CMS4- 23%, subtipo mesenquimal, associado à invasão estromal e angiogênese.

Embora a classificação forneça dados mais profundos sobre a biologia do CCR, em geral, esta não costuma ser usada na tomada de decisão clínica⁴.

FATORES DE RISCO

Os principais fatores de risco estão associados a: estilo de vida – sedentarismo, obesidade, consumo regular de álcool e tabaco –; baixo consumo de fibras, frutas, vegetais e carnes magras; idade acima de 50 anos; condições hereditárias – doença inflamatória intestinal –; histórico pessoal ou familiar de adenoma ou câncer colorretal; e doenças ocupacionais – exposição a radiações, por exemplo, raios X e gama².

O câncer colorretal hereditário não polipose (HNPCC/Síndrome de Lynch) pode estar relacionado às mutações germinativas em *mismatch repair genes*-MMR (MLH1, MSH2, MSH6, PMS1 e PMS2), bem como à Polipose adenomatosa familiar (FAP), causada por mutações autossômicas dominantes em APC, que estão associadas a um elevado risco de desenvolver a doença⁵.

SINAIS E SINTOMAS

Mudanças de hábitos intestinais, anemia, perda inexplicável de peso, fezes escuras ou com sangue visível, massa abdominal, dor ou desconforto abdominal constante².

PREVENÇÃO PRIMÁRIA

Cessação do tabagismo e álcool, diminuição do consumo de alimentos ultraprocessados e carne vermelha, aumento no consumo de cálcio, ácido fólico, fibras e a prática de atividade f sica².

RASTREAMENTO

MÉDIO RISCO

A partir dos 45 anos até 75 anos. Dos 76 a 85 a decisão é individualizada. Acima dos 86 anos o rastreio não   necessário.⁵

- Colonoscopia: repetir em 10 anos em caso de colonoscopia anterior negativa.

Alternativamente, em caso de impossibilidade de realização da colonoscopia:

- Retossigmoidoscopia flexível: repetir em 5 a 10 anos.
- Colonografia por TC: repetir em 5 anos.
- Teste de DNA nas fezes multialvo: repetir em 3 anos.

- Pesquisa de sangue oculto nas fezes:
 - Pesquisa de alta sensibilidade com guáiaco: repetir em 1 ano.
 - Teste Imunoquímico fecal: repetir em 1 ano.

ALTO RISCO

- Se um (ou mais) parente de primeiro grau teve câncer colorretal: 40 anos de idade ou 10 anos antes do primeiro diagnóstico do parente. Repetir a cada 5 anos.
- Se um (ou mais) parente de segundo e terceiro graus teve câncer colorretal: 45 anos de idade ou antes dos 45 anos, se o câncer do parente teve início precoce. Repetir a cada 10 anos.
- Se um (ou mais) parente de primeiro grau teve adenoma avançado ou pólipos serrilhados sessil avançados: 40 anos de idade ou a mesma idade que o parente tinha no diagnóstico. Repetir a cada 5 a 10 anos.

Recomenda-se a realização de teste imunohistoquímico da amostra de tecido tumoral, para a avaliação da proficiência de enzimas de reparo em todos os pacientes com diagnóstico de adenocarcinoma de cólon e reto⁶.

A instabilidade de microssatélites (MSI) é um biomarcador fundamental, com implicações diagnósticas, prognósticas e preditivas cruciais. O teste para deficiência de reparo de *mismatch* (MMRd)/MSI é recomendado durante o rastreamento da síndrome de Lynch e o status MSI-alto (MSI-H) está associado a um melhor prognóstico no CCR em estágio inicial e à ausência de benefício do tratamento adjuvante com 5-fluorouracil na doença em estágio II⁶.

A IHQ analisa a coloração de MLH1, MSH2, MSH6 e PMS2 em amostras tumorais para identificar a perda de expressão proteica, que caracteriza a MMRd como um substituto para a MSI⁶.

O teste de DNA molecular por meio de PCR avalia um painel específico de marcadores microssatélites (BAT25/26) e (D2S123, D5S346, D17S250) para identificar instabilidade nos loci selecionados. Os tumores são classificados como MSI-H, se 30% ou mais dos loci apresentarem instabilidade, como MSS se nenhum dos marcadores microssatélites apresentar instabilidade e como MSI-baixo (MSI-L), se menos de 30% dos marcadores forem instáveis⁶.

A probabilidade de MSI no CCR varia de acordo com o estágio da doença, com maior incidência nos estágios iniciais (aproximadamente 20% nos estágios I e II e 12% no estágio III) e menor incidência no cenário metastático (4%-5%). A IHQ analisa a coloração de MLH1,

MSH2, MSH6 e PMS2 em amostras tumorais para identificar a perda de expressão proteica que caracteriza a MMRd como um substituto para a MSI⁶.

ESTADIAMENTO - AJCC/TNM 9ª edição:⁷

- Estádio 0: Tis, N0, M0.
- Estádio I: T1 ou T2, N0, M0.
- Estádio IIA: T3, N0, M0.
- Estádio IIB: T4a, N0, M0.
- Estádio IIC: T4b, N0, M0.
- Estádio IIIA: T1 ou T2, N1/N1c, M0; T1, N2a, M0.
- Estádio IIIB: T3 ou T4a, N1/N1c, M0; T2 ou T3, N2a, M0; T1 ou T2, N2b, M0.
- Estádio IIIC: T4a, N2a, M0; T3 ou T4a, N2b, M0; T4b, N1 ou N2, M0.
- Estádio IVA: Qualquer T, qualquer N, M1a.
- Estádio IVB: Qualquer T, qualquer N, M1b.
- Estádio IVC: Qualquer T, qualquer N, M1c.

TRATAMENTO CIRÚRGICO:⁸

- Estádio 0: Ressecção endoscópica.
- Estádios I II e III: Colectomia com linfadenectomia por via convencional ou laparoscópica, exceto em tumores T4, que devem ser submetidos à laparotomia.
- Para câncer de cólon estágio IV não candidatos à cura, a ressecção da lesão primária pode basear-se nos sintomas locais.

QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE:

Instituído para estágio II e III. O Tratamento com quimioterapia adjuvante será indicado para o estágio II em pacientes de alto risco, ou seja, com perfuração ou obstrução, com avaliação de linfonodos inadequada (N<12 linfonodos) ou tumores pouco diferenciados (anel de sinete). Os protocolos podem basear-se em FOLFOX, FLOX ou XELOX⁸.

Para doença metastática, os protocolos com taxas de resposta equivalentes: FOLFOX, FOLFIRI, XELOX, QUASAR e FOLFOXIRI. Pacientes com metástase irresssecável e *RAS* mutado, pode ser utilizado o esquema FOLFIRI associado ao bevacizumabe. Em *RAS* selvagem, a preferência será cetuximabe ou panitumumabe associado ao FOLFOX ou FOLFIRI⁸.

Para pacientes com CCR metastático- MSI-H/MMRd é recomendado o uso de inibidores de *check point*: Pembrolizumabe; Dostalinabe-gxly e Nivolumabe isolado ou combinado com Ipilimumabe, como opção de tratamento de primeira linha⁹.

RADIOTERAPIA ADJUVANTE:

Indicada para pacientes que apresentaram margens comprometidas, tumores primários T4 do cólon ascendente ou descendente e recidiva local irresssecável⁸.

RECIDIVA LOCORREGIONAL

Ocorre em 15-19% dos pacientes após ressecções colônicas. O tratamento pode ser realizado com resgate cirúrgico e radioterapia intraoperatória, com ou sem radioterapia externa⁸.

SEGUIMENTO

Pacientes diagnosticados com estágio I devem repetir a colonoscopia em 1 ano e, posteriormente, a cada 3 a 5 anos, caso não haja presença de pólipos. Caso contrário, o exame deve ser repetido anualmente⁹.

Pacientes com estágios II e III, a colonoscopia segue as mesmas indicações do estágio I. Exame clínico e CEA devem ser realizados a cada 3 meses nos 2 primeiros anos e, depois, anualmente. Exames de imagem a cada 6 meses por 2 anos e anualmente até 5 anos⁹.

Pacientes com instabilidade de microssatélites, é indicado exame clínico a cada 3 a 6 meses por 2 anos e a cada 6 a 12 meses até 5 anos. Pacientes com síndrome de Lynch, as colonoscopias devem ser realizadas anualmente⁹.

CÂNCER DO RETO

EPIDEMIOLOGIA

A epidemiologia, a patogenia, os fatores de risco e o rastreamento do câncer retal são semelhantes aos do câncer colônico. Dos CCR, aproximadamente 2/3 acometerá o cólon e 1/3 o reto¹⁰.

O reto é dividido em três porções: inferior, médio e superior. Suas respectivas distâncias da margem anal são:¹⁰

- Reto inferior: 4-8 cm da borda anal.
- Reto médio: 8-12 cm da borda anal.
- Reto alto: 12-16 cm da borda anal.

Os sintomas mais comuns incluem sangramento (visível ou oculto), dor abdominal, alterações no calibre das fezes e mudanças nos hábitos intestinais².

ESTADIAMENTO -AJCC/TNM 9ª edição:⁷

- Estádio 0: Tis, N0, M0.
- Estádio I: T1 ou T2, N0, M0.
- Estádio IIA: T3, N0, M0.
- Estádio IIB: T4a, N0, M0.
- Estádio IIC: T4b, N0, M0.
- Estádio IIIA: T1 ou T2, N1/N1c, M0; T1, N2a, M0.
- Estádio IIIB: T3 ou T4a, N1/N1c, M0; T2 ou T3, N2a, M0; T1 ou T2, N2b, M0.
- Estádio IIIC: T4a, N2a, M0; T3 ou T4a, N2b, M0; T4b, N1 ou N2, M0.
- Estádio IVA: Qualquer T, qualquer N, M1a.
- Estádio IVB: Qualquer T, qualquer N, M1b.
- Estádio IVC: Qualquer T, qualquer N, M1.

TRATAMENTO CIRÚRGICO

O tratamento é conduzido de acordo com o estadiamento e, preferencialmente, em reunião multidisciplinar. Para fins de tratamento, divide-se o reto em segmento intraperitoneal (reto superior) e extraperitoneal (reto médio e inferior). Os tumores do reto intraperitoneal seguem a mesma abordagem terapêutica que os tumores do cólon; do reto extraperitoneais têm princípios terapêuticos fundamentados na neoadjuvância e excisão mesorretal total (EMT)¹⁰.

- Estádio 0: Ressecção endoscópica com margens negativas de 1 mm ou 6 glândulas livre de neoplasia.
- Estádio I: Excisão endoscópica (SM<1) ou Excisão local transanal para T1. Para T2, Proctectomia +/- EMT ou Ressecção abdominoperineal (RAP).
- Estádios II e III: Quimiorradiação neoadjuvante clássica ou total seguida de Ressecção anterior do reto (RAR) + EMT + Linfadenectomia. Atualmente, sob resposta clínica completa após neoadjuvância, há a opção terapêutica por manter o paciente em intensa vigilância sem cirurgia (*watch&wait*). Em tumores T4, ressecções alargadas somente em pacientes bem selecionados, em R0 possível.
- Estádio IV- Doença metastática ressecável (ressecção cirúrgica R0).
- Para doença irressecável, considerar tratamento paliativo.

Ressecção Abdominoperineal (RAP ou Cirurgia de Miles), inclui a ressecção da sigmoide, do reto e do complexo esfíncteriano anal, por abordagem combinada abdominal e perineal, com a criação de colostomia permanente. Indicado para tumores com invasão direta no aparelho esfíncteriano ou nos casos em que a margem distal de 1 cm seja infactível sem prejuízo da continência anal¹⁰.

Ressecção Anterior do Reto (RAR) envolve a mobilização de todo o reto, ressecção completa do reto e do seu mesorreto, e anastomose colo-anal¹⁰.

QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE

Quimioterapia adjuvante é instituída para estádios II e III quando a neoadjuvância total não foi oferecida. O tratamento com quimioterapia adjuvante será indicado para estágio II em pacientes de alto risco, ou seja, com perfuração ou obstrução, com avaliação de linfonodos inadequada ou tumores pouco diferenciados (anel de sinete). Os protocolos se baseiam em FOLFOX, FLOX ou XELOX⁸.

Para doença metastática, os protocolos recomendados são aqueles com taxas de resposta equivalentes: FOLFOX, FOLFIRI, XELOX, QUASAR e FOLFOXIRI. Em pacientes com metástase irressecável e *RAS* mutado, pode ser utilizado o esquema FOLFIRI associado ao bevacizumabe. Em *RAS* selvagem, a preferência será cetuximabe ou panitumumabe associado ao FOLFOX ou FOLFIRI⁸.

SEGUIMENTO

Pacientes diagnosticados com estágio I devem ser examinados com toque retal e CEA a cada 3 a 4 meses nos 2 primeiros anos e, posteriormente, a cada 6 meses. Sigmoidoscopia a cada 6 a 12 meses, caso tenha sido tratado com excisão local, e colonoscopia em 1 ano e no 4 ano. Devem realizar TC anualmente¹¹.

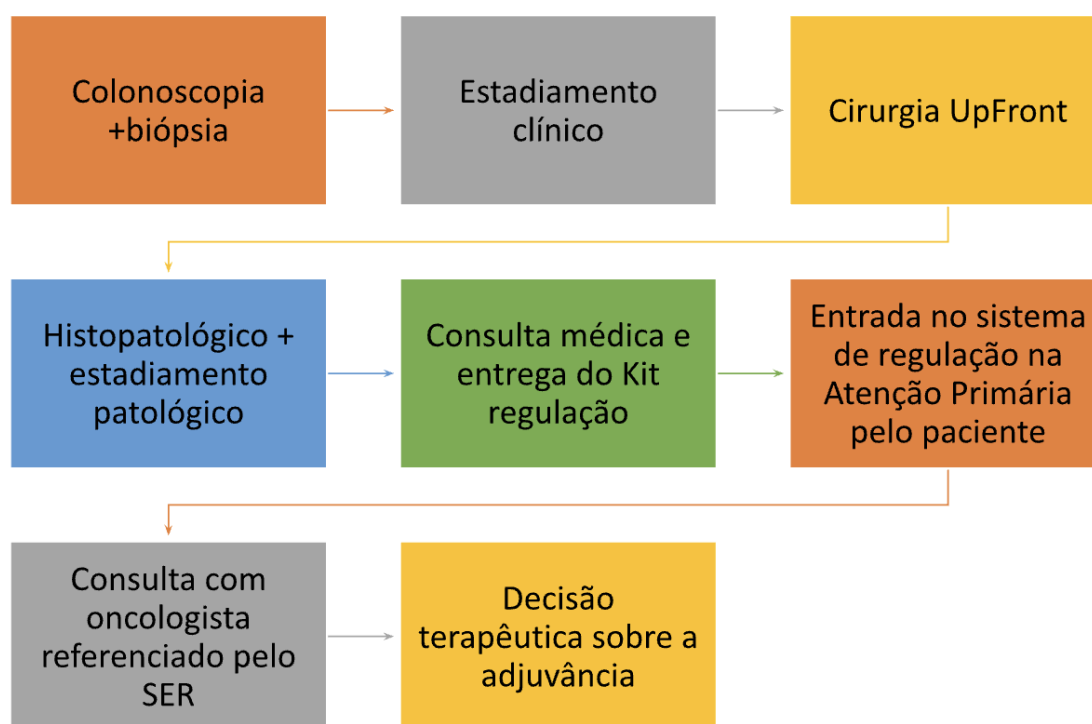
Pacientes com estádios II e III devem fazer exame clínico e dosagem do CEA a cada 3 a 4 meses nos 2 primeiros anos e, posteriormente, a cada 6 meses. Devem realizar colonoscopia 1 ano após a ressecção e, caso normal, deve ser repetida a cada 3 a 5 anos. Devem realizar TC anualmente¹¹.

REFERÊNCIAS

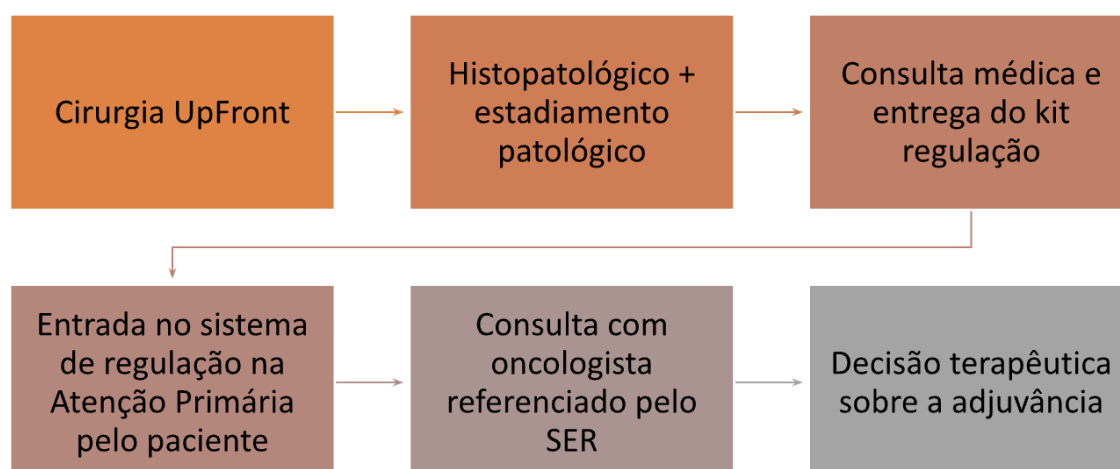
1. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022.
2. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Detecção precoce do câncer/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2021.
3. Simões JC. Manual de câncer: estadiamento. In: Simões JC, Hasegawa RK. Câncer do cólon e reto. 8ª ed. São Paulo: Lemar; 2017.p.210-228.
4. Pathak SP, Chan G, Deming DA, Chee CE. State-of-the-art management of colorectal cancer: treatment advances and innovation. Am Soc Clin Oncol Educ Book. 2024 Jun;44(3):e438466.
5. De Marchi, P; Ferreira, CG; Ferrari, B. Curso preparatório para prova de título de especialista em oncologia clínica: tumores gastrointestinais. Rio de Janeiro: Doc, 2021.
6. Battaglin F, Naseem M, Lenz HJ, Salem ME. Microsatellite instability in colorectal cancer: overview of its clinical significance and novel perspectives. Clin Adv Hematol Oncol. 2018 Nov;16(11):735-745.
7. Brierley J, Giuliani M, O'Sullivan B, Rous B, Van Eycken E. TNM classification of malignant tumours. 9th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2024.
8. Castro LDS, Corrêa JHS, Junior J M, Azevedo VVZ, Cola RKCB, Anghioni M, et al. Câncer de cólon. In: Castro LS, Correia JH, editores. Tratamento cirúrgico do câncer gastrointestinal. Rio de Janeiro: Di Livros, 2012. p.425-455.
9. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Colon Cancer. Version 3.2025. April 24 2025. Disponível em: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/colon.pdf. Acesso em: 08 de nov. de 2025.
10. Castro LDS, Corrêa JHS, Junior J M, Azevedo VVZ, Cola RKCB, Anghioni M, et al. Câncer do reto. In: Castro LS, Correia JH, editores. Tratamento cirúrgico do câncer gastrointestinal. Rio de Janeiro: Di Livros, 2012. p.457-505.
11. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Rectal Cancer. Version 4.2025. 2025 Apr 24. Disponível em: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/rectal.pdf. Acesso em: 08 de nov. de 2025.

APÊNDICE M- Instrumentos para a Navegação de Pacientes dom CCR no SUS - Fluxo do CCR do Hospital Orêncio de Freitas

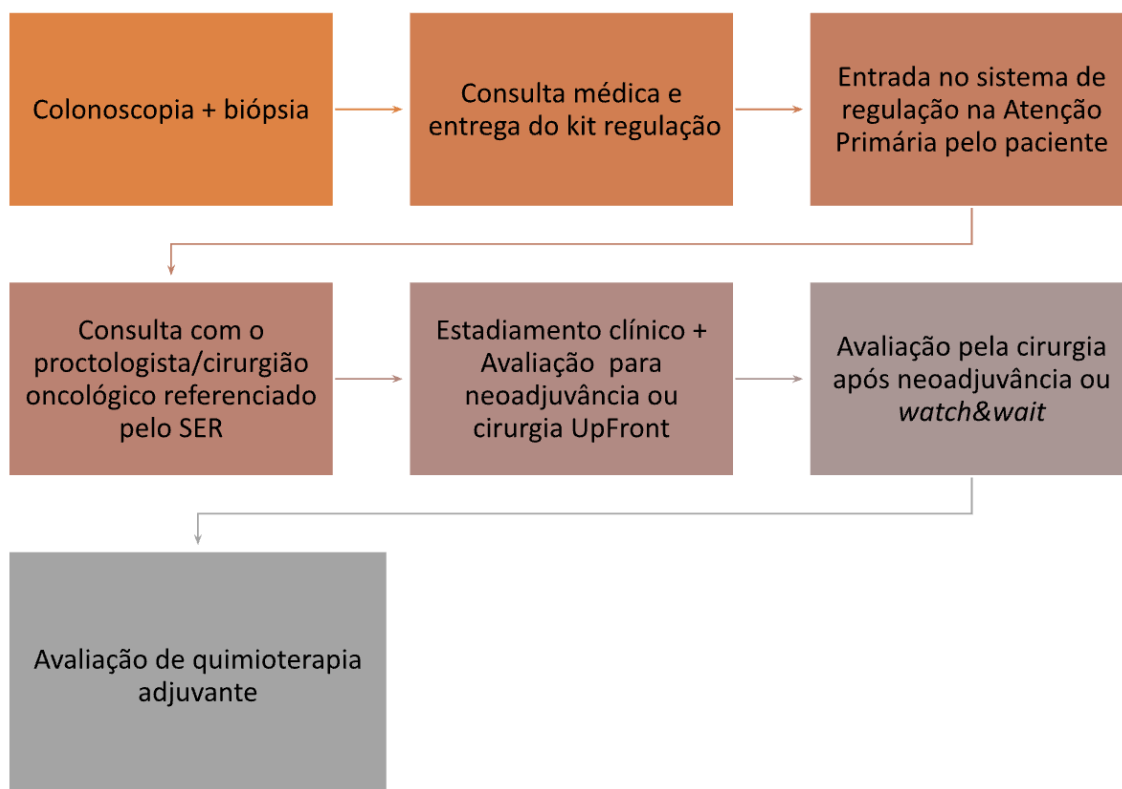
FLUXOGRAMA DO CÂNCER DE CÓLON E RETO SUPERIOR (INTRAPERITONEAL) SEM OBSTRUÇÃO INTESTINAL



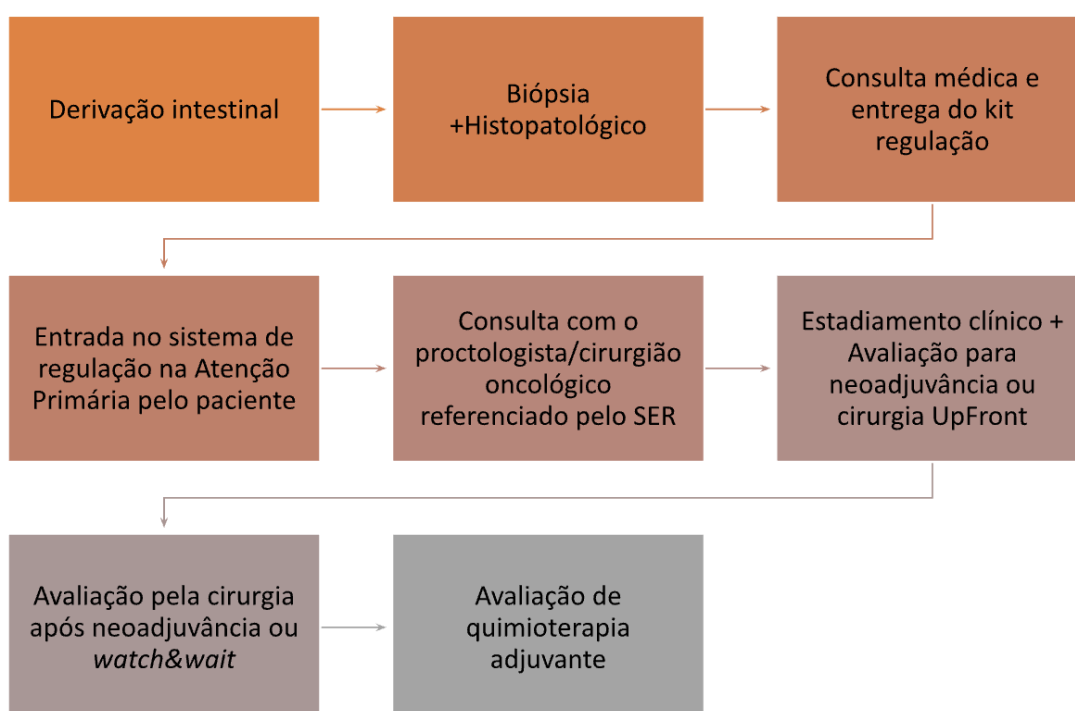
FLUXOGRAMA DO CÂNCER DE CÓLON E RETO SUPERIOR (INTRAPERITONEAL) COM OBSTRUÇÃO INTESTINAL/ECOG < ou = 2



FLUXOGRAMA DO RETO INFERIOR E MÉDIO (EXTRAPERITONEAL) SEM OBSTRUÇÃO



FLUXOGRAMA DO RETO INFERIOR E MÉDIO (EXTRAPERITONEAL) COM OBSTRUÇÃO



APÊNDICE N- Instrumentos para a Navegação de Pacientes com CCR no SUS - Primeira Consulta de Enfermagem para Pacientes com Câncer Colorretal

DATA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME:

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO: ()F ()M ()NÃO INFORMADO

RAÇA:

ESTADO CIVIL: ()Solteiro (a) ()Casado (a) ()União estável ()Viúvo (a) ()Divorciado (a)
()Outros:

FILHO: ()Sim. Quantos: ()Não

PROFISSÃO:

OCUPAÇÃO ATUAL:

ESCOLARIDADE:

RELIGIÃO:

ACOMPANHANTE:

ENDEREÇO:

RESIDE COM:

TELEFONE PARA CONTATO:

ANAMNESE

ANTECEDENTES PESSOAIS: ()HAS ()DM ()IAM ()AVC ()Câncer: _____
()Outros:

HISTÓRICO DE CÂNCER FAMILIAL: ()Sim. Qual(s): ()Não

PARENTE COM HISTÓRICO DE CÂNCER: IDADE AO DIAGNÓSTICO:

CIRURGIA PRÉVIA: () Sim. Qual(s): ()Não

ALERGIA: ()Sim. Qual(s): ()Não

TABAGISMO: ()Sim. Carga tabágica- número de maços de cigarro fumados por dia pelo
número de anos de tabagismo: ()Não

ETILISMO: ()Sim ()Não

ATIVIDADE FÍSICA: ()Sim. Qual(s): ()Não

ATIVIDADES DE LAZER:

EXAME FÍSICO

SINAIS VITAIS:

Pressão arterial:

Temperatura:

Frequência respiratória:

Frequência cardíaca:

OBS:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () Orientado () Desorientado

COLORAÇÃO DA PELE: () Sem alterações () Cianose () Palidez () Icterícia () Eritrose.

ESTADO NUTRICIONAL: () Desnutrição () Normal () Sobrepeso () Obesidade. Grau:

PESO:

ALTURA:

Desnutrição: IMC menor que 18,5 kg/ m². Normal: IMC de 18,5 a 24,9. Sobrepeso: IMC de 25 a 29,9 Grau de obesidade: Grau I: IMC de 30 a 34,9 . Grau II: 35,0 a 39,9. Grau III: maior ou igual a 40

APARELHO CARDIOVASCULAR:() Ritmo cardíaco regular () Ritmo cardíaco irregular

APARELHO RESPIRATÓRIO: () Murmúrio vesicular presente e universal () Murmúrio vesicular diminuído. Localidade: () Murmúrio vesicular ausente. Localidade:

() Estertores () Sibilos

Abdômen:() Plano () Distendido () Globoso () Indolor () Doloroso () Presença de massa. Localidade: () Ascite () Peristalse presente () Peristalse ausente

ESTOMA: () Sim Tipo () Ileostomia () Colostomia () Não

PELE PERIESTOMA: () Íntegra () Lesão. Qual(s):

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: () Normal () Prejudicada. Qual(s):

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: Frequência: Aspecto:

DOENÇA ONCOLÓGICA

DATA DA COLONOSCOPIA: () Não se aplica

LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA:

CID:

HISTOPATOLÓGICO:

IMUNOHISTOQUÍMICA:

CEA PRÉ-OPERATÓRIO: () Sim. Valor: () Não

CA 19-9 PRÉ-OPERATÓRIO:() Sim. Valor: () Não

EXAMES DE IMAGEM: () Sim. Qual(s) () Não

OBSTRUÇÃO INTESTINAL: () Sim () Não

ESTADIAMENTO CLÍNICO:

STATUS DE DESEMPENHO

KPS:

ECOG:

Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) e Status de Desempenho de Karnofsky (KPS)- Avaliação do nível de função e capacidade de autocuidado.

Status de Karnofsky	Grau de Karnofsky	Grau ECOG	Status ECOG
Normal, sem reclamações	100	0	Totalmente ativo, capaz de realizar todas as atividades pré-doença sem restrições
Capaz de realizar atividades normais. Sinais ou sintomas menores de doença	90	0	Restrição em atividades físicas extenuantes, mas capacidade de andar e realizar trabalhos leves ou sedentários, por exemplo, trabalhos leves em casa, trabalho de escritório
Atividade normal com esforço	80	1	Restrição em atividades físicas extenuantes, mas capacidade de andar e realizar trabalhos leves ou sedentários, por exemplo, trabalhos leves em casa, trabalho de escritório
Cuidar de si mesmo. Incapaz de realizar atividades normais ou de fazer trabalho ativo	70	1	Ambulatorial e capaz de todos os cuidados pessoais, mas incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho. Acordado e acordado por mais de 50% das horas de vigília
Requer assistência ocasional, mas é capaz de cuidar da maioria de suas necessidades	60	2	Ambulatorial e capaz de todos os cuidados pessoais, mas incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho. Acordado e acordado por mais de 50% das horas de vigília
Requer assistência considerável e cuidados médicos frequentes	50	2	Capaz de realizar apenas cuidados pessoais limitados, confinado à cama ou

			cadeira por mais de 50% das horas acordado
Deficiente. Requer cuidados e assistência especiais	40	3	Capaz de realizar apenas cuidados pessoais limitados, confinado à cama ou cadeira por mais de 50% das horas acordado
Gravemente incapacitado. Hospitalização indicada embora morte não iminente	30	3	Completamente incapacitado. Não consegue realizar nenhum autocuidado. Totalmente confinado à cama ou cadeira
Muito doente. Hospitalização necessária. Tratamento de suporte ativo necessário	20	4	Completamente incapacitado. Não consegue realizar nenhum autocuidado. Totalmente confinado à cama ou cadeira
Moribundo	10	4	Completamente incapacitado. Não consegue realizar nenhum autocuidado. Totalmente confinado à cama ou cadeira
Morto	0	5	Morto

AVALIAÇÃO DE DOR

Escala Visual Analógica (EVA)- Consiste em auxiliar na aferição da intensidade da dor do paciente e analisar se o tratamento está sendo efetivo.

TEM DOR? ()Sim. Intensidade: ()Não

UTILIZA MEDICAMENTO PRESCRITO PARA DOR? ()Sim. Qual (s): ()Não

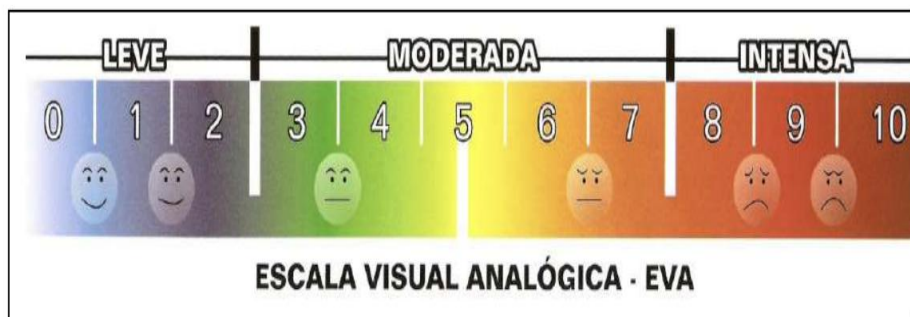
LOCALIDADE:

TEMPO DA DOR:

FATORES QUE EXACERBAM OU ATENUAM:

OBSERVAÇÕES:

ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA



AValiação Emocional

TERMÔMETRO DE *DISTRESS* – tem o objetivo de identificar o nível de distress (experiência emocional desagradável e multifatorial, de natureza psicológica (cognitiva, comportamental, emocional), social e/ou de natureza espiritual que pode interferir na habilidade de lidar eficazmente com o câncer, seus sintomas físicos e seu tratamento) e suas possíveis causas no período referente à semana anterior, incluindo o dia em que a avaliação está ocorrendo. É composta por dois instrumentos, um que analisa o nível de *distress* e outro que identifica suas possíveis causas.

Nível de *distress*:

0 a 3- Sem manifestação de *distress* Acima de 4: Com manifestação de *distress*

Problemas encontrados:

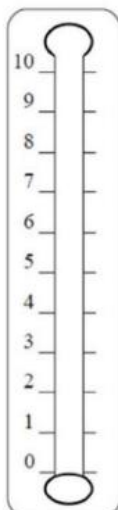
Termômetro de Distress

Versão 1.0 em Português

Primeiramente, circule um número de 0 a 10 que melhor descreve a quantidade de distress que você tem experimentado na semana passada incluindo o dia de hoje.

Indique a seguir, se algum desses itens tem sido um problema para você na última semana, incluindo o dia de hoje. Certifique-se de assinalar **Sim** (S), **Não** (N) ou **Não se aplica** (Na) em cada item.

Extremo Distress



Sem Distress

S	N	Na	Problemas Práticos	S	N	Na	Problemas Físicos
☐	☐	☐	Cuidar de criança	☐	☐	☐	Aparência
☐	☐	☐	Cuidar da casa	☐	☐	☐	Tomar banho/se vestir
☐	☐	☐	Plano de saúde/financeiro	☐	☐	☐	Respiração
☐	☐	☐	Transporte	☐	☐	☐	Mudanças ao urinar
☐	☐	☐	Trabalho/escola	☐	☐	☐	Constipação
				☐	☐	☐	Diarreia
				☐	☐	☐	Alimentação
				☐	☐	☐	Fadiga
☐	☐	☐	Filhos	☐	☐	☐	Sentindo-se inchado
☐	☐	☐	Companheiro(a)	☐	☐	☐	Febre
				☐	☐	☐	Dar uma volta/circular
				☐	☐	☐	Indigestão
☐	☐	☐	Depressão	☐	☐	☐	Memória/concentração
☐	☐	☐	Medos	☐	☐	☐	Mucosite/afta
☐	☐	☐	Nervosismo	☐	☐	☐	Náusea
☐	☐	☐	Tristeza	☐	☐	☐	Nariz seco/congestionado
☐	☐	☐	Preocupação	☐	☐	☐	Dores
☐	☐	☐	Perda do interesse em atividades usuais	☐	☐	☐	Sexual
				☐	☐	☐	Pele seca/cocceira
				☐	☐	☐	Dormir
☐	☐	☐	Envolvimento Espiritual/ Religioso	☐	☐	☐	Mãos/pés formigando

Outros Problemas: _____

DEPENDÊNCIA DA NAVEGAÇÃO

ESCALA DE NECESSIDADE DE NAVEGAÇÃO (EANN)- Utilizada para avaliar o suporte recomendado pelo navegador/paciente.

Navegação nível 1:

Navegação nível 2:

Escala de avaliação de necessidade de navegação (EANN*)			
Categoria	Questionamentos chave direcionados aos pacientes	Critérios	Pontuação
Entendimento do paciente em relação ao diagnóstico	O que seu médico lhe falou sobre o que é o seu problema de saúde?	Compreende o seu diagnóstico	1
	Se sim, o que ele (ela) lhe disse?	Compreende parcialmente o diagnóstico	2
	De tudo que foi dito, o que você entendeu?	Paciente não compreendeu nada ou a maior parte do que lhe foi dito sobre o seu diagnóstico	3
Capacidade de comunicação	Observar a capacidade de comunicação do paciente durante as suas respostas aos questionamentos:	S/ dificuldade de comunicação	1
	Há algumas barreiras físicas que impossibilite?	Apresenta alguma dificuldade de comunicação	2
	Há barreiras de linguagem, cognitivas ou culturais que dificultem parcial ou completamente a sua capacidade de comunicação?	Não consegue se comunicar	3
Entendimento da trajetória de tratamento	O seu médico lhe falou sobre como será seu tratamento? Se sim, o que ele falou?	Compreende bem a trajetória de tratamento	1
	Você entendeu o que lhe foi dito? Se sim, o que você entendeu?	Compreende parcialmente a trajetória de tratamento	2
	Você sabe quais serão as etapas do seu tratamento e como eles irão ser realizadas?	Não compreende a trajetória de tratamento	3
Capacidade de organização para realização do tratamento	Você tem alguma dificuldade para vir nas consultas, tratamentos, e/ou para realizar exames? Se sim, quais são elas?	Paciente consegue se organizar para comparecer as consultas, tratamentos e/ou para realização de exames necessários	1
	Você gostaria de receber ajuda de alguém para organizar seus horários de consultas, tratamentos e exames? Se sim, como esta pessoa poderia ajudar?	Paciente tem dificuldade em se organizar para comparecer as consultas, tratamentos e /ou realização de exames necessários e necessita de auxílio para isso	2
Acesso aos serviços/ sistema de saúde (condições de transporte, deslocamento entre os serviços necessários ao seu tratamento dentro e fora da instituição de saúde)	Você tem alguma dificuldade de ir ao hospital e/ou outro local (ambulatórios, centros de diagnóstico por imagem, laboratórios, outros hospitais) para realizar o seu tratamento? Se sim, qual (is)?	Tem facilidade em acessar o serviço por meio de transporte (público ou privado) e sabe localizar o local (hospital ou outro serviço) do seu tratamento	1
	Você sabe onde fica o hospital e os setores no qual você faz seu tratamento? Se sim, onde?		
	Você tem algum transporte (público ou privado) para vir ao hospital? Se sim, qual?	Tem facilidade em acessar o transporte (público ou privado) para se deslocar até o serviço de saúde e dificuldade em localizar o hospital/serviço do seu tratamento (outros motivos)	2
	Você tem como ir ao hospital e/ou outros locais para realizar o seu tratamento? Se sim, como você vai até lá?	Dificuldade em acessar um transporte (público ou privado) para se deslocar ao hospital/serviço para o tratamento e dificuldade para se deslocar até o local (hospital/setor) para o tratamento	3
Apoio/suporte familiar	Você vem acompanhado de algum familiar e/ou cuidador quando vem nas consultas e/ou realizar o seu tratamento? Se sim, quem?	Há apoio e acompanhamento total: a família/cuidador participam das decisões e dos cuidados e acompanham o paciente em todos os momentos do tratamento	1
	Você tem apoio familiar, amigo (a) e/ou cuidador durante a realização do tratamento? Se sim, quem?	Há apoio e acompanhamento parcial: família/cuidador participam das decisões e dos cuidados acompanham o paciente em alguns momentos do tratamento	2
	Com quem conversa, além dos profissionais do hospital/ serviço, sobre o seu problema de saúde, tratamento e sobre as mudanças que estão ocorrendo?	Ausência de apoio: paciente não tem familiar/cuidador que participa e acompanha o seu tratamento	3
Pontuação total:			
Navegação Nível 1: Navegação realizada por um navegador acadêmico e um navegador profissional na maior parte do tempo, com suporte do enfermeiro navegador.	LEGENDA PONTUAÇÃO MÍNIMA: 6 PONTOS PONTUAÇÃO MÁXIMA: 17 PONTOS	6 A 9 PONTOS: SEM NECESSIDADE DE NAVEGAÇÃO	
Navegação Nível 2: Navegação realizada pelo enfermeiro		10 A 12 PONTOS: NECESSIDADE DE NAVEGAÇÃO NÍVEL 1	
		13 A 17 PONTOS: NECESSIDADE DE NAVEGAÇÃO NÍVEL 2	

TRATAMENTO PRESCRITO

CIRURGIA *UPFRONT*: () Sim. Qual: DATA: () Não
 ENCAMINHAMENTO PARA DEFINIÇÃO DE NEOADJUVÂNCIA: () Sim () Não
 CIRURGIA PALIATIVA () Sim. Qual: () Não

BARREIRAS IDENTIFICADAS

BARREIRA SOCIOECONÔMICA: () Emprego () Renda () Moradia () Escolaridade
 BARREIRA EMOCIONAL: () Ansiedade () Medo
 BARREIRA DO SISTEMA DE SAÚDE: () Escassez de recursos () Dificuldade de acesso
 BARREIRA CLÍNICA: () Comorbidades. Qual (s)
 OUTRAS BARREIRAS IDENTIFICADAS:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (NANDA-I):**ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM**

- Orientado sobre o laudo com encaminhamento para o serviço de oncologia pelo médico;
- Fornecida a cartilha de orientação pela enfermeira navegadora e esclarecido sobre o sistema de regulação com o caminho a ser percorrido pelo paciente para a inserção na rede de saúde;
- Orientado sobre as fases do tratamento prescrito e suas possíveis reações adversas.

ENCAMINHAMENTOS PARA SERVIÇOS:

Clínica médica ()
 Estomaterapia ()
 Nutrição ()
 Psicologia ()
 Assistência social ()
 Odontologia ()
 Cardiologia ()
 Outros:

OBSERVAÇÕES:

MÉDICO RESPONSÁVEL:

ENFERMEIRO(A) NAVEGADOR(A):

APÊNDICE O - Instrumentos para a Navegação de Pacientes com CCR no SUS - Consulta de Enfermagem para o Tratamento Neoadjuvante e Adjuvante de Paciente com Câncer Colorretal

DATA:

IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE:

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

DOENÇA ATUAL

CIRURGIA *UPFRONT*:

Data: () Não se aplica

COMPLICAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA: () Sim. Qual(s) () Não

HISTOPATOLÓGICO:

DATA DO HISTOPATOLÓGICO:

ESTADIAMENTO PATOLÓGICO:

IMUNOHISTOQUÍMICA: () Sim. Resultado: () Não

AVALIAÇÃO DE INSTABILIDADE EM MICROSSATÉLITE- MSI () Sim. Resultado: () Não

MARGEM CIRÚRGICA LIVRE: () Sim () Não

LINFADENECTOMIA: () Acima de 12 linfonodos () Abaixo de 12 linfonodos

LINFONODOS LIVRES DE NEOPLASIA: () Sim () Não

TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

ADJUVANTE () NEOADJUVANTE ()

LOCAL DO TRATAMENTO:

ONCOLOGISTA CLÍNICO RESPONSÁVEL:

PROTOCOLO ANTINEOPLÁSICO:

CICLO:

SESSÃO:

DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO:

REAÇÕES ADVERSAS () Sim. Qual(is): () Não

GRADUAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS- CTCAE 5.0:

QLQ:

TRATAMENTO RADIOTERÁPICO

ADJUVANTE () NEOADJUVANTE ()

LOCAL DO TRATAMENTO:

ONCOLOGISTA CLÍNICO RESPONSÁVEL:

RADIOTERAPÊUTA RESPONSÁVEL:

PROTOCOLO RADIOTERÁPICO:

CICLO:

SESSÃO:

DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO:

REAÇÕES ADVERSAS (☐)Sim. Qual(s): (☐)Não

GRADUAÇÃO DA RADIODERMITE- RTOG:

QLQ:

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

EORTC QLQ – CR29- European Organization of Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire.

O questionário é composto por 29 itens, distribuídos em subescalas funcionais e sintomáticas, abordando aspectos específicos do câncer colorretal. Ele inclui quatro escalas funcionais (Imagem Corporal; Frequência Urinária; Frequência das Fezes; Sangue e Muco nas Fezes) e 19 itens/ sintomas com escala de resposta: Nenhum, 2 = Um pouco, 3 = Moderado e 4 = Muito. Todas as pontuações são convertidas para uma escala de medida de 0 a 100.

BARREIRAS ENCONTRADAS

BARREIRA SOCIOECONÔMICA: (☐)Emprego (☐)Renda (☐) Moradia (☐) Escolaridade

BARREIRA EMOCIONAL: (☐) Ansiedade (☐) Medo

BARREIRA DO SISTEMA DE SAÚDE: (☐) Escassez de recursos (☐) Dificuldade de acesso

BARREIRA CLÍNICA: (☐) Comorbidades. Qual (s)

OUTRAS BARREIRAS IDENTIFICADAS:

ENCAMINHAMENTOS PARA SERVIÇOS:

Clínica médica (☐)

Estomaterapia (☐)

Nutrição (☐)

Psicologia (☐)

Assistência social (☐)

Odontologia (☐)

Cardiologia (☐)

Outros:

OBSERVAÇÕES:

MÉDICO RESPONSÁVEL:

ENFERMEIRO(A) NAVEGADOR(A):

APÊNDICE P - Instrumentos para a Navegação de Pacientes com CCR no SUS - Cartilha de Orientação para o Paciente com Câncer Colorretal



Caminhando pela rede de Saúde

Você está recebendo o "**kit regulação**" para seguir as etapas necessárias do encaminhamento oncológico, contendo:

- Encaminhamento médico.
- Laudo Histopatológico.
- Cartilha de orientação da enfermeira oncológica.

CARTILHA PARA O PACIENTE COM CâNCER

HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS

Etapas:

- **Levar o kit com seus documentos pessoais** (identidade e cartão do SUS) à unidade básica de saúde mais próxima de seu bairro. Nesta etapa, o profissional de saúde fará a inserção do seu nome no Sistema Estadual de Regulação- SER. É importante guardar este comprovante!
- **Aguardar o contato da unidade básica de saúde** sobre a vaga com o médico oncológico. Caso necessite de atendimento médico, procure a emergência mais próxima de sua residência.
- **Comparecer a consulta** com o oncologista agendada pelo SER.

 01

CARTILHA PARA O PACIENTE COM CâNCER

Conhecendo a sua jornada

A jornada do paciente com câncer envolve várias etapas, como consultas, exames, tratamentos e interação entre o paciente, família e os profissionais de saúde.

O tratamento vai depender do tipo de câncer e das características de cada pessoa. Ele pode incluir cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou imunoterapia, sozinhos ou combinados. A equipe médica vai decidir qual é o melhor tratamento para cada caso.

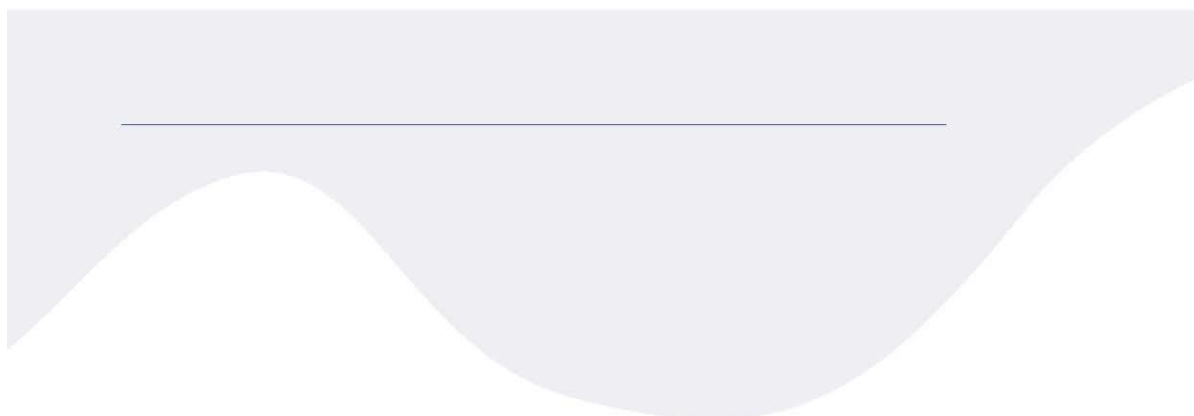
Essa jornada pode afetar a sua rotina, mas com apoio e boas orientações, é possível passar por esse processo da melhor maneira. A enfermeira navegadora ajudará em todas as etapas, desde o diagnóstico até o final do tratamento.

IMPORTANTE

- **Anote** os dias e horários das consultas, exames e tratamentos. Tenha uma pasta organizada com os resultados dos seus exames.
- **Aproveite as consultas para tirar todas as suas dúvidas** sobre o tipo de câncer e as etapas do tratamento. Lembre-se que tem direito a um acompanhante de sua confiança.
- **Pergunte** sobre o objetivo do tratamento proposto pelo médico, quais os possíveis efeitos colaterais esperados e o que fazer caso apareçam.
- Familiares e amigos são fundamentais durante o tratamento.
- **Não deixe de pedir ajuda!**
- **Escolha atividades** de lazer que mais goste: leitura de livros, caminhadas, filmes, séries, planos para o futuro, etc.

Se o médico autorizar e você se sentir bem, tente continuar trabalhando ou estudando. Se sentir que vai te ajudar muito durante esse período.

 02



Cartilha para o
paciente com câncer

Conhecendo seus Direitos

Pacientes com câncer tem acesso a direitos garantidos por lei. Caso tenha alguma dúvida, solicite atendimento no Serviço Social de sua Unidade. Veja abaixo algum desses direitos:

- ☞ *Daque do FGTS;*
- ☞ *Auxílio doença aposentadoria por invalidez;*
- ☞ *Afastamento do trabalho;*
- ☞ *Isenção de imposto de renda;*
- ☞ *Isenção de IPTU (dependendo da legislação municipal);*
- ☞ *Isenção de tarifa de transporte coletivo urbano (dependendo da legislação municipal).*



PREFEITURA
DE NITERÓI

63

Cartilha para o
paciente com câncer

Conhecendo as modalidades do tratamento



Cirurgia

A cirurgia oncológica é um tipo de tratamento usado para remover tumores cancerígenos do corpo.



Quimioterapia

A quimioterapia é um tratamento que usa medicamentos para atingir todas as partes do corpo, destruindo as células cancerígenas que são invisíveis a olho nu. Esses medicamentos podem ser aplicados de diferentes formas: pela veia, pela boca, pelo músculo ou abaixo da pele. O tratamento é administrado por enfermeiros especializados, e a duração vai depender do que o médico prescrever. Embora seja possível seguir a vida normalmente, o paciente pode precisar de repouso nos primeiros dias após a quimioterapia.



A quimioterapia causa dor?

O maior desconforto está relacionado a punção da veia para a administração da quimioterapia. Algumas vezes, o paciente pode sentir sensação de desconforto, coceira e falta de ar. Avise imediatamente ao enfermeiro que estiver fazendo o atendimento. Essas sensações podem ocorrer com alguns medicamentos.

Como os quimioterápicos são eliminados do corpo?

Depois que a quimioterapia faz o efeito no corpo, ela é eliminada, principalmente pela urina ou fezes. Por isso é recomendado dar duas descargas no vaso sanitário com a tampa fechada, para evitar que o medicamento se espalhe no ar.

PREFEITURA
DE NITERÓI

64

CARTELA PARA O
PACIENTE COM CâNCER

Conhecendo as modalidades do tratamento

Principais efeitos colaterais que podem ocorrer durante o tratamento da quimioterapia e como você pode lidar com eles

A quimioterapia age em todo o corpo, atacando principalmente as células que se dividem rapidamente. Por isso, os efeitos colaterais podem começar no dia seguinte, em até 14 dias ou até mais tarde, após o tratamento. Os principais efeitos colaterais são:

▶ **Diarreia:** ocorre quando há três ou mais evacuações por dia, de conteúdo amolecido ou líquido.

O que fazer:

- Evitar alimentos gordurosos, doces, condimentados e fritos;
- Dar preferência a alimentos como: arroz, batata, cenoura, banana, maçã, frango e caju;
- Beber pelo menos dois litros de líquido por dia (água, sucos e chás, por exemplo).

Procure a emergência, caso a diarreia persista por mais de dois dias.

▶ **Prisão de ventre:** ocorre quando há dificuldade em evacuar por vários dias.

O que fazer:

- Ingerir 2 a 3 litros de líquido por dia;
- Aumentar a ingestão de fibras, como: laranja, ameixa, mamão, vegetais e cereais integrais;
- Realizar exercícios físicos leves como: caminhar;

Procure a emergência, caso a prisão de ventre persista.



65

 PREFEITURA DE NITERÓI

CARTELA PARA O
PACIENTE COM CâNCER

Conhecendo as modalidades do tratamento

▶ **Náusea e vômito:** são reações comuns em muitas pessoas durante a quimioterapia.

O que fazer:

- Tomar os medicamentos prescritos pelo médico;
- Evitar alimentos gordurosos, condimentados, fritos e açucarados;
- Dar preferência aos alimentos ácidos, frios ou em temperatura ambiente;
- Comer em porções pequenas e mais vezes ao dia, ou seja, a cada 3 horas.

▶ **Queda de cabelo (alopecia):** nem todos os pacientes perdem cabelo, pois isso depende do tipo de quimioterapia. A queda pode ser total ou parcial e costuma acontecer de 14 a 21 dias após o tratamento começar. Esse efeito é temporário, e o cabelo vai voltar a crescer depois que o tratamento terminar.

O que fazer:

A equipe de saúde orientará sobre como lidar com a queda de cabelo e até sugerir acessórios capilares que podem ajudar. Procurar apoio emocional de amigos, familiares ou até de grupos de apoio pode ser muito útil.

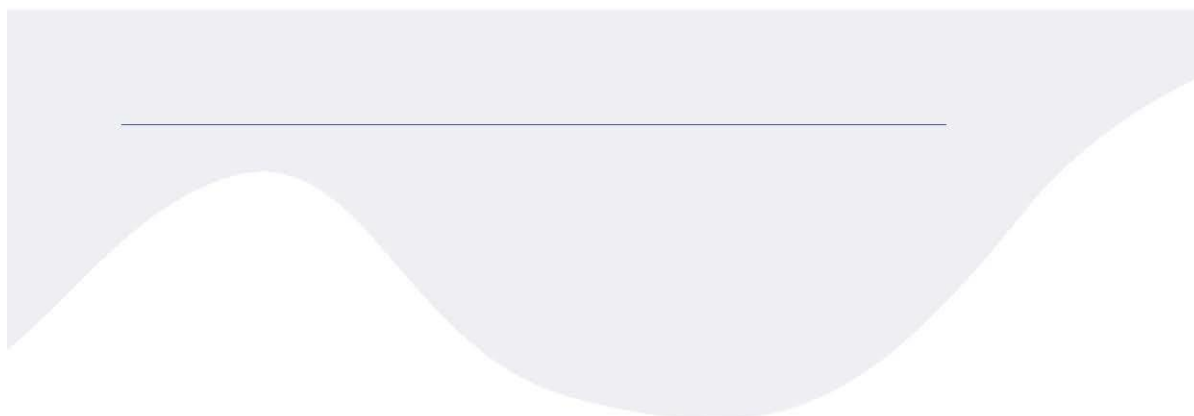
▶ **Mucosite:** é a inflamação da boca, com o aparecimento de feridas (aftas), causada pela quimioterapia.

O que fazer:

- Manter a higiene oral, principalmente após as refeições, utilizando escova de dentes com cerdas macias e creme dental não abrasivo, preferencialmente com bicarbonato de sódio;
- Evitar alimentos ácidos, condimentados e quentes.

66

 PREFEITURA DE NITERÓI



GUIA PARA O
PACIENTE COM CÂNCER

Conhecendo as modalidades do tratamento

▶ **Anemia (diminuição dos glóbulos vermelhos), Leucopenia (diminuição das células de defesa) e Plaquetopenia (diminuição de plaquetas):** a quimioterapia também afeta as células saudáveis do nosso corpo, principalmente as do sangue. As células mais afetadas são os glóbulos brancos, que ajudam a proteger o corpo contra infecções; os glóbulos vermelhos, que transportam oxigênio e nutrientes para todo o corpo; e as plaquetas, que ajudam a parar sangramentos. Se as quantidades dessas células ficarem muito baixas, podem aparecer sintomas como: cansaço, falta de ar, pele pálida, febre, manchas roxas na pele e sangramentos.

O que fazer:

- Manter boa higiene corporal e oral;
- Manter uma alimentação saudável, rica em legumes, verduras, frutas, cereais e pobre em gorduras;
- Evitar alimentos crus ou mal-cozidos;
- Proteger a pele de ferimentos ao se depilar, barbear e cortar as unhas;
- Usar preservativos na relação sexual para evitar infecções no período de baixa imunidade;
- Verificar a temperatura sempre que perceber qualquer alteração.

OBS: Procure o hospital em caso de febre igual ou superior a 37,8 °C.

GUIA PARA O
PACIENTE COM CÂNCER

Conhecendo as modalidades do tratamento

▶ **Fadiga:** cansaço extremo que não melhora mesmo após descansar. Não é só estar cansado, mas sentir-se sem energia e sem forças para realizar atividades cotidianas, como trabalhar, estudar ou até mesmo se divertir. É uma sensação de exaustão que pode afetar o corpo e a mente.

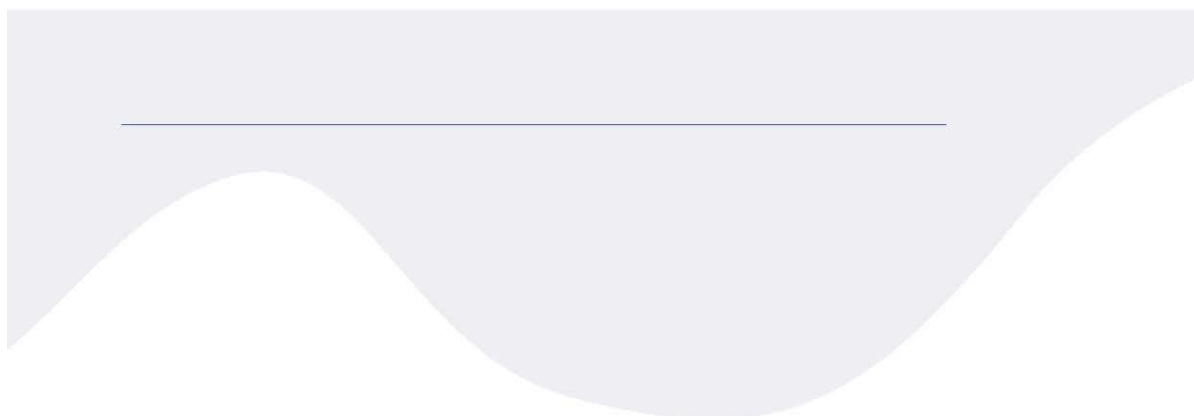
O que fazer:

- Manter o nível ideal de atividade física e ocupacional (converse com a equipe de saúde);
- Restrição dos cochilos durante o dia: limite de 20 a 30 minutos ou menos;
- Higiene do sono: evitar cafeína depois do meio-dia, estabelecer um ambiente propício para o sono, manter regularidade no horário de ir para a cama;
- Definir prioridades: agendar atividades e adiar as que não são essenciais;
- Adotar técnicas de relaxamento para gerenciar o estresse, como meditação, e participar de grupos de apoio.

▶ **Neuropatia periférica sensitiva:** é um efeito colateral causado pelo uso da Oxaliplatina (um quimioterápico que pode ser usado para tratar o câncer de intestino), que pode ser induzido ou agravado pela exposição ao frio, provocando sensações como calambros, formigamento ou perda de sensibilidade na garganta. Na maioria dos casos, essa reação é temporária e desaparece com o tempo.

O que fazer:

Evitar beber líquidos gelados ou tocar em objetos frios por até uma semana após a quimioterapia. Siga sempre as orientações do médico e enfermeiro.



CARTILHA PARA O
PACIENTE COM CÂNCER

Conhecendo as modalidades do tratamento

Além desses efeitos, outros também podem ocorrer, mas o(a) enfermeiro(a) estará à disposição para te orientar de forma personalizada, explicando o que fazer em cada situação, de acordo com o seu tratamento.

Eritema cutâneo e síndrome-mão-pé: é um efeito colateral causado por alguns quimioterápicos e por algumas drogas de alvo molecular, que pode acometer a pele das mãos e/ou dos pés. Caracteriza-se com o surgimento de vermelhidão da pele, rachaduras, descamação e formação de bolhas.

O que fazer:

- Seguir as recomendações do médico e enfermeiro sobre a prescrição e uso de analgésicos e aplicação tópica de emolientes.
- Além desses efeitos, outros também podem ocorrer, mas o(a) enfermeiro(a) estará à disposição para te orientar de forma personalizada, explicando o que fazer em cada situação, de acordo com o seu tratamento.

Erupção acneiforme: reação observada em pacientes tratados com terapia alvo, como, Cetuximabe. Caracteriza-se como vermelhidão facial e posteriormente com o aparecimento de erupções papulopustulosas.

O que fazer:

- Seguir as recomendações do médico e enfermeiro sobre a prescrição e uso de proteção solar, hidratação da pele com emolientes. O médico poderá prescrever antimicrobiano tópico ou oral.

PREFEITURA
DE NITERÓI

CARTILHA PARA O
PACIENTE COM CÂNCER

Conhecendo as modalidades do tratamento

Hiperpigmentação da pele: reação evidente nas unhas, dobras cutâneas e no trajeto venoso e pode ocorrer após algumas semanas após a administração de determinados quimioterápicos, desaparecendo entre três a quatro meses após o tratamento.

O que fazer:

- Evitar exposição solar e utilizar roupas que cubram áreas mais expostas ao sol (braços, ombros e costas);
- Proteger a face e o couro cabeludo com o uso de chapéus;
- Utilizar óculos escuros se houver hipersensibilidade ocular;
- Aplicar protetor solar com fator de proteção número 30 ou maior.

PREFEITURA
DE NITERÓI

CARTELA PARA O
PACIENTE COM CÂNCER

Radioterapia

A radioterapia é um tratamento que usa radiação para destruir ou impedir que as células do tumor cresçam.

Os principais efeitos colaterais são: cansaço, pele seca e vermelhidão na pele.



O que fazer:

- Descansar bastante;
- Fazer exercícios físicos leves;
- Beber de 2 a 3 litros de líquidos por dia (água, chás e sucos);
- Usar roupas leves;
- Proteger-se do sol;
- Manter a pele da área tratada hidratada, seguindo as orientações do médico ou enfermeiro;
- Lavar a pele da área tratada com água morna e secar com cuidado, sem esfregar. Use sabonete líquido neutro e sem perfume;
- Evitar depilar ou usar lâmina de barbear na pele. O barbeador elétrico é uma boa opção;
- Não esfregar, coçar, arranhar ou escovar a pele tratada com radiação.

 11

CARTELA PARA O
PACIENTE COM CÂNCER

Referências

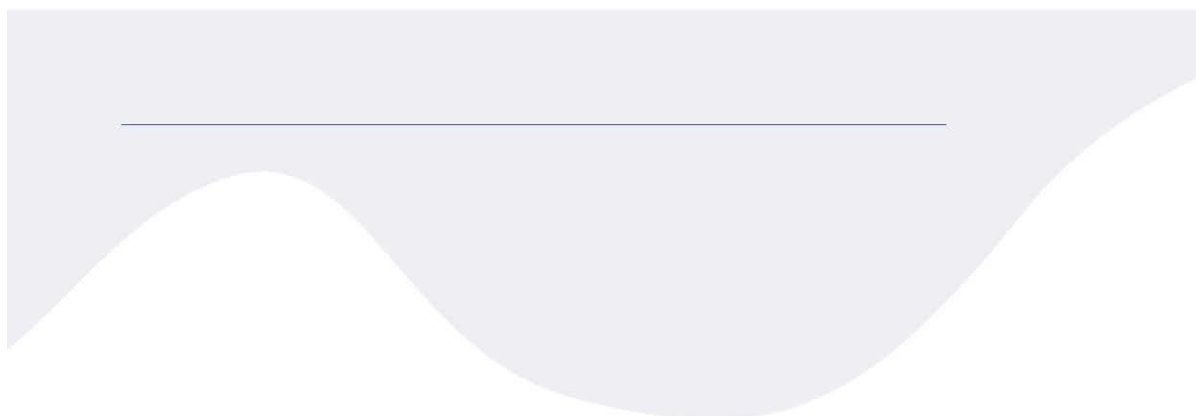
Berkey EJ. American Family Physician. 2010; 82(4): 384-8.

Bonassa EMA, gato MIR. Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos. 5.ed. São Paulo: Atheneu, 2022.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Quimioterapia: orientações aos pacientes. 3.ed. Rio de Janeiro: Inca, 2013.

Saif MW, Reardon J. Management of oxaliplatin-induced peripheral neuropathy. Ther Clin Risk Manag. 2005 Dec;1(4):249-53. PMID: 16360557; PMCID: PMC1661634.

 12



Elaborado por:
Priscila Jéssica D'Ávila Cordeiro
Enfermeira oncológica

Revisado por:
Dra Célia Maria Gouveia de Freitas
Diretora Geral



APÊNDICE Q - Seções Modificadas nos Instrumentos após Avaliação dos Especialistas na Rodada DELPHI

1) PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL

DATA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME:

NOME SOCIAL:

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO AO NASCIMENTO: () Masculino () Feminino () Sem Informação

GÊNERO REFERIDO: () Masculino () Feminino () Outro () Sem Informação

RAÇA: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena () Sem Informação

ESTADO CIVIL: () Solteiro (a) () Casado (a) () União estável () Viúvo (a) () Divorciado (a)

FILHO: () Sim. Quantos: () Não

ESCOLARIDADE:

PROFISSÃO:

OCUPAÇÃO ATUAL:

RELIGIÃO:

ACOMPANHANTE:

ENDEREÇO:

RESIDE COM:

TELEFONE PARA CONTATO:

ANAMNESE

ANTECEDENTES PESSOAIS: () HAS () DM () IAM () AVC () Câncer: _____
() Outros:

HISTÓRICO DE CÂNCER FAMILIAL: () Sim. Qual(s): () Não

PARENTE COM HISTÓRICO DE CÂNCER: IDADE AO DIAGNÓSTICO:

CIRURGIA PRÉVIA: () Sim. Qual(s): () Não

ALERGIA: () Sim. Qual(s): () Não

USO DE ANTIMICROBIANO NOS ÚLTIMOS 2 ANOS: () Sim. Classe do antimicrobiano:

Frequência: () 1x/ano. () >1x/ano () Não

TABAGISMO-Carga tabágica-número de maços de cigarro fumados por dia pelo número de anos de tabagismo: () Sim. Início: Término: () Não

ETILISMO: () Sim Início: Término: () Não

ATIVIDADE FÍSICA: () Sim. Qual(s): () Não

ATIVIDADES DE LAZER:

EXAME FÍSICO

QUEIXA PRINCIPAL:

SINAIS VITAIS:

Pressão arterial:

Temperatura:

Frequência respiratória:

Frequência cardíaca:

OBS:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () Orientado () Desorientado

COLORAÇÃO DA PELE: () Sem alterações () Cianose () Palidez () Icterícia () Eritrose.

ESTADO NUTRICIONAL: () Desnutrição () Normal () Sobrepeso () Obesidade. Grau:

PESO:

ALTURA:

Desnutrição: IMC menor que 18,5 kg/ m². Normal: IMC de 18,5 a 24,9. Sobrepeso: IMC de 25 a 29,9 Grau de obesidade: Grau I: IMC de 30 a 34,9 . Grau II: 35,0 a 39,9. Grau III: maior ou igual a 40

APARELHO CARDIOVASCULAR:() Ritmo cardíaco regular () Ritmo cardíaco irregular

APARELHO RESPIRATÓRIO: () Murmúrio vesicular presente e universal () Murmúrio vesicular diminuído. Localidade: () Murmúrio vesicular ausente. Localidade:

() Estertores () Sibilos

Abdômen:() Plano () Distendido () Globoso () Indolor () Doloroso () Presença de massa. Localidade: () Ascite () Peristalse presente () Peristalse ausente

ESTOMA: () Sim. () Ileostomia () Colostomia D () Colostomia E () Em alça () Terminal () Não

PELE PERIESTOMA: () Íntegra () Lesão. Qual (s):

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: () Normal () Prejudicada. Qual(s):

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: Frequência: Aspecto:

DOENÇA ONCOLÓGICA

DATA DA COLONOSCOPIA: () Não realizada

LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA:() Cólon direito () Cólon esquerdo () Retossigmóide () Reto extraperitoneal (médio e inferior)

DIAGNÓSTICO:

DATA DO DIAGNÓSTICO:

HISTOPATOLÓGICO:

IMUNOHISTOQUÍMICA:

CEA PRÉ-OPERATÓRIO: () Sim. Valor: () Não

CA 19-9 PRÉ-OPERATÓRIO:() Sim. Valor: () Não

EXAMES DE IMAGEM: () Sim. Qual(s) () Não

OBSTRUÇÃO INTESTINAL: () Sim () Não

ESTADIAMENTO CLÍNICO:

METÁSTASE () Sim Local: () Não

STATUS DE DESEMPENHO**ECOG:**

Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)- Avaliação do nível de função e capacidade de autocuidado.

Grau ECOG	Status ECOG
0	Totalmente ativo, capaz de realizar todas as atividades pré-doença sem restrições
0	Restrição em atividades físicas extenuantes, mas capacidade de andar e realizar trabalhos leves ou sedentários, por exemplo, trabalhos leves em casa, trabalho de escritório
1	Restrição em atividades físicas extenuantes, mas capacidade de andar e realizar trabalhos leves ou sedentários, por exemplo, trabalhos leves em casa, trabalho de escritório
1	Ambulatorial e capaz de todos os cuidados pessoais, mas incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho. Acordado e acordado por mais de 50% das horas de vigília
2	Ambulatorial e capaz de todos os cuidados pessoais, mas incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho. Acordado e acordado por mais de 50% das horas de vigília
2	Capaz de realizar apenas cuidados pessoais limitados, confinado à cama ou cadeira por mais de 50% das horas acordado
3	Capaz de realizar apenas cuidados pessoais limitados, confinado à cama ou cadeira por mais de 50% das horas acordado
3	Completamente incapacitado. Não consegue realizar nenhum autocuidado. Totalmente confinado à cama ou cadeira
4	Completamente incapacitado. Não consegue realizar nenhum autocuidado. Totalmente confinado à cama ou cadeira
4	Completamente incapacitado. Não consegue realizar nenhum autocuidado. Totalmente confinado à cama ou cadeira
5	Morto

AValiação DE DOR

Escala Visual Analógica (EVA)- Consiste em auxiliar na aferição da intensidade da dor do paciente e analisar se o tratamento está sendo efetivo.

TEM DOR? ()Sim. Intensidade: ()Não

UTILIZA MEDICAMENTO PRESCRITO PARA DOR? ()Sim. Qual (s): ()Não

TEMPO DE USO:

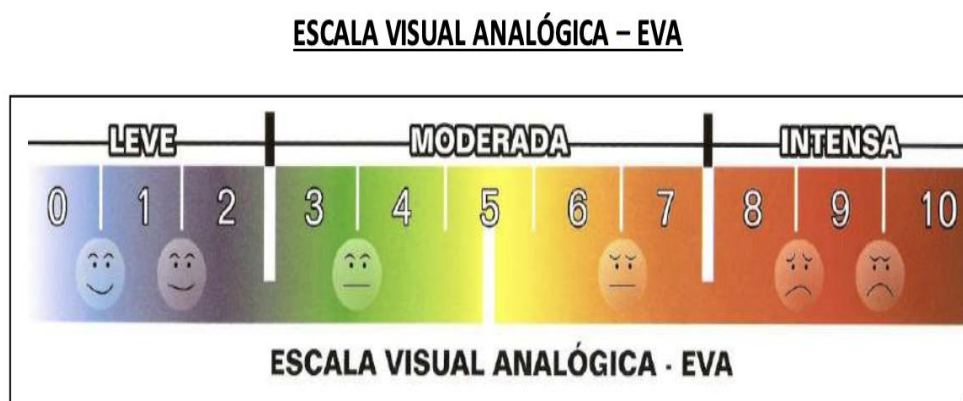
CONTROLE ANALGÉSICO EFICAZ: ()Sim ()Não

LOCALIDADE:

TEMPO DA DOR:

FATORES QUE EXACERBAM OU ATENUAM:

OBSERVAÇÕES:



AVALIAÇÃO EMOCIONAL

TERMÔMETRO DE *DISTRESS* - tem o objetivo de identificar o nível de *distress* (experiência emocional desagradável e multifatorial, de natureza psicológica (cognitiva, comportamental, emocional), social e/ou de natureza espiritual que pode interferir na habilidade de lidar eficazmente com o câncer, seus sintomas físicos e seu tratamento) e suas possíveis causas no período referente à semana anterior, incluindo o dia em que a avaliação está ocorrendo. É composta por dois instrumentos, um que analisa o nível de *distress* e outro que identifica suas possíveis causas.

Nível de *distress*:

0 a 3- Sem manifestação de *distress* Acima de 4: Com manifestação de *distress*

Problemas encontrados:

DEPENDÊNCIA DA NAVEGAÇÃO

Navegação nível 1:

Navegação nível 2:

ESCALA DE NECESSIDADE DE NAVEGAÇÃO (EANN)- Utilizada para avaliar o suporte recomendado pelo navegador/paciente.

Escala de avaliação de necessidade de navegação (EANN*)			
Categoria	Questionamentos chave direcionados aos pacientes	Crítérios	Pontuação
Entendimento do paciente em relação ao diagnóstico	O que seu médico lhe falou sobre o que é o seu problema de saúde?	Compreende o seu diagnóstico	1
	Se sim, o que ele (ela) lhe disse?	Compreende parcialmente o diagnóstico	2
	De tudo que foi dito, o que você entendeu?	Paciente não compreendeu nada ou a maior parte do que lhe foi dito sobre o seu diagnóstico	3
Capacidade de comunicação	Observar a capacidade de comunicação do paciente durante as suas respostas aos questionamentos:	S/ dificuldade de comunicação	1
	Há algumas barreiras físicas que impossibilite?	Apresenta alguma dificuldade de comunicação	2
	Há barreiras de linguagem, cognitivas ou culturais que dificultem parcial ou completamente a sua capacidade de comunicação?	Não consegue se comunicar	3
Entendimento da trajetória de tratamento	O seu médico lhe falou sobre como será seu tratamento? Se sim, o que ele falou?	Compreende bem a trajetória de tratamento	1
	Você entendeu o que lhe foi dito? Se sim, o que você entendeu?	Compreende parcialmente a trajetória de tratamento	2
	Você sabe quais serão as etapas do seu tratamento e como eles irão ser realizadas?	Não compreende a trajetória de tratamento	3
Capacidade de organização para realização do tratamento	Você tem alguma dificuldade para vir nas consultas, tratamentos, e/ou para realizar exames? Se sim, quais são elas?	Paciente consegue se organizar para comparecer as consultas, tratamentos e/ou para realização de exames necessários	1
	Você gostaria de receber ajuda de alguém para organizar seus horários de consultas, tratamentos e exames? Se sim, como esta pessoa poderia ajudar?	Paciente tem dificuldade em se organizar para comparecer as consultas, tratamentos e /ou realização de exames necessários e necessita de auxílio para isso	2
Acesso aos serviços/ sistema de saúde (condições de transporte, deslocamento entre os serviços necessários ao seu tratamento dentro e fora da instituição de saúde)	Você tem alguma dificuldade de ir ao hospital e/ou outro local (ambulatórios, centros de diagnóstico por imagem, laboratórios, outros hospitais) para realizar o seu tratamento? Se sim, qual (is)?	Tem facilidade em acessar o serviço por meio de transporte (público ou privado) e sabe localizar o local (hospital ou outro serviço) do seu tratamento	1
	Você sabe onde fica o hospital e os setores no qual você faz seu tratamento? Se sim, onde?		
	Você tem algum transporte (público ou privado) para vir ao hospital? Se sim, qual?	Tem facilidade em acessar o transporte (público ou privado) para se deslocar até o serviço de saúde e dificuldade em localizar o hospital/serviço do seu tratamento (outros motivos)	2
	Você tem como ir ao hospital e/ou outros locais para realizar o seu tratamento? Se sim, como você vai até lá?	Dificuldade em acessar um transporte (público ou privado) para se deslocar ao hospital/serviço para o tratamento e dificuldade para se deslocar até o local (hospital/setor) para o tratamento	3
Apoio/suporte familiar	Você vem acompanhado de algum familiar e/ou cuidador quando vem nas consultas e/ou realizar o seu tratamento? Se sim, quem?	Há apoio e acompanhamento total: a família/cuidador participam das decisões e dos cuidados e acompanham o paciente em todos os momentos do tratamento	1
	Você tem apoio familiar, amigo (a) e/ou cuidador durante a realização do tratamento? Se sim, quem?	Há apoio e acompanhamento parcial: família/cuidador participam das decisões e dos cuidados acompanham o paciente em alguns momentos do tratamento	2
	Com quem conversa, além dos profissionais do hospital/ serviço, sobre o seu problema de saúde, tratamento e sobre as mudanças que estão ocorrendo?	Ausência de apoio: paciente não tem familiar/cuidador que participa e acompanha o seu tratamento	3
Pontuação total:			
Navegação Nível 1: Navegação realizada por um navegador acadêmico e um navegador profissional na maior parte do tempo, com suporte do enfermeiro navegador.	LEGENDA PONTUAÇÃO MÍNIMA: 6 PONTOS PONTUAÇÃO MÁXIMA: 17 PONTOS	6 A 9 PONTOS: SEM NECESSIDADE DE NAVEGAÇÃO	
Navegação Nível 2: Navegação realizada pelo enfermeiro		10 A 12 PONTOS: NECESSIDADE DE NAVEGAÇÃO NÍVEL 1	
		13 A 17 PONTOS: NECESSIDADE DE NAVEGAÇÃO NÍVEL 2	

TRATAMENTO PRESCRITO

CIRURGIA *UPFRONT*: () Sim. Qual: DATA: () Não
 ENCAMINHAMENTO PARA DEFINIÇÃO DE NEOADJUVÂNCIA: () Sim () Não
 TRATAMENTO PALIATIVO () Sim () Não
 () Cirurgia. Qual:
 () QT
 () RXT
 () Outro. Qual:

BARREIRAS IDENTIFICADAS

BARREIRA SOCIOECONÔMICA: ☐ Emprego ☐ Renda ☐ Moradia ☐ Escolaridade
☐ Transporte ☐ Rede de apoio

BARREIRA EMOCIONAL: ☐ Ansiedade ☐ Medo

BARREIRA DO SISTEMA DE SAÚDE: ☐ Escassez de recursos ☐ Dificuldade de acesso

BARREIRA CLÍNICA: ☐ Comorbidades. Qual (s)

OUTRAS BARREIRAS IDENTIFICADAS:

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Diagnóstico: Autogestão ineficaz da saúde

Relacionado à:

- ☐ Comprometimento inadequado com um plano de ação
- ☐ Dificuldade em manejar um regime terapêutico complexo
- ☐ Dificuldade em navegar por sistemas de saúde complexos
- ☐ Outros

Caracterizado por:

- ☐ Desatenção aos sinais da doença
- ☐ Desatenção aos sintomas da doença
- ☐ Falha em comparecer a compromissos agendados com profissional de saúde
- ☐ Outras:

Resultados esperados:

- ☐ Conhecimento: Recursos de saúde
- ☐ Outros

Intervenção: Orientação quanto ao sistema de saúde

- ☐ Explicar sobre o sistema de atendimento à saúde, como funciona e o que o paciente/família pode esperar dele
- ☐ Auxiliar o paciente ou família a coordenar o atendimento à saúde e a comunicação
- ☐ Outras

Diagnóstico: Autogestão ineficaz da náusea

Relacionado à:

- ☐ Dificuldade em manejar um regime terapêutico complexo
- ☐ Ação inadequada para abordar fatores modificáveis
- ☐ Quimioterapia
- ☐ Outros

Caracterizado por:

- ☐ Fadiga
- ☐ Fraqueza
- ☐ Tontura
- ☐ Outras:

Resultados esperados:

- ☐ Controle de náusea e vômito
- ☐ Outros

Intervenção: Controle da náusea

- ☐ Identificar fatores que possam causar ou contribuir para a náusea
- ☐ Certificar-se da efetividade de medicamentos antieméticos que são dados para evitar náusea
- ☐ Outras:

Diagnóstico: Ingestão nutricional inadequada

Relacionado à:

- ☐ Apetite inadequado
- ☐ Aversão a alimentos
- ☐ Integridade da mucosa oral prejudicada
- ☐ Outras

Caracterizado por:

- ☐ Ingestão de alimentos menor que a ingestão diária recomendada
- ☐ Mucosas pálidas
- ☐ Perda de peso não intencional apesar da ingestão adequada de alimentos
- ☐ Outras

Resultados esperados:

- ☐ Apetite
- ☐ Outros

Intervenção: Controle da nutrição

- ☐ Determinar preferências alimentares do paciente
- ☐ Orientar o paciente sobre as necessidades nutricionais
- ☐ Outras:

Diagnóstico: Risco de ingestão nutricional inadequada

Relacionado à:

- ☐ Apetite inadequado
- ☐ Aversão a alimentos
- ☐ Integridade da mucosa oral prejudicada
- ☐ Outras

Resultados esperados:

- ☐ Apetite
- ☐ Outros

Intervenção: Controle da nutrição

- ☐ Determinar preferências alimentares do paciente
- ☐ Orientar o paciente sobre as necessidades nutricionais
- ☐ Outras

Diagnóstico: Eliminação intestinal prejudicada

Relacionado à:

- ☐ Alimentação precoce com fórmulas
- ☐ Desnutrição
- ☐ Ingestão inadequada de fibras
- ☐ Outros

Caracterizado por:

- ☐ Constipação
- ☐ Diarreia
- ☐ Urgência fecal
- ☐ Outras

Resultados esperados:

- ☐ Eliminação intestinal
- ☐ Outros

Intervenção: Controle intestinal

- ☐ Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de diarreia, constipação e impactação
- ☐ Orientar o paciente sobre alimentos específicos que ajudam a promover a regularidade intestinal
- ☐ Outras:

Diagnóstico: Risco de eliminação intestinal prejudicada

Relacionado à:

- ☐ Alimentação precoce com fórmulas
- ☐ Desnutrição
- ☐ Ingestão inadequada de fibras
- ☐ Outros

Resultados esperados:

- ☐ Eliminação intestinal
- ☐ Outros

Intervenção: Controle intestinal

- ☐ Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de diarreia, constipação e impactação
- ☐ Orientar o paciente sobre alimentos específicos que ajudam a promover a regularidade intestinal
- ☐ Outras:

Diagnóstico: Carga excessiva de fadiga

Relacionado à:

- ☐ Desnutrição
- ☐ Ingestão nutricional inadequada
- ☐ Ansiedade excessiva
- ☐ Outros

Caracterizado por:

- ☐ Apatia
- ☐ Cansaço
- ☐ Necessidade de descanso aumentada

☐ Outras

Resultados esperados:

☐ Resistência

☐ Outros

Intervenção: Controle de energia

☐ Avaliar a condição fisiológica do paciente quanto a deficiências que resultem em fadiga no contexto de idade

☐ Determinar a percepção do paciente quanto às causas da fadiga

☐ Outras:

Diagnóstico: Risco de recuperação cirúrgica retardada

Relacionado à:

☐ Dor persistente

☐ Náusea persistente

☐ Vômito persistente

☐ Outros

Resultados esperados:

☐ Recuperação cirúrgica: Pós-operatório imediato

☐ Outros

Intervenção: Coordenação pré-operatória

☐ Determinar a capacidade de cuidados pessoais

☐ Rever as prescrições do médico

☐ Outras:

Diagnóstico: Autoestima inadequada situacional

Relacionado à:

☐ Autoexpectativas não realistas

☐ Comportamento de apego inadequado

☐ Medo de rejeição

☐ Outros

Caracterizado por:

☐ Comportamento indeciso

☐ Subestima a capacidade de lidar com a situação

☐ Verbalizações de autonegação

☐ Outras

Resultados esperados:

☐ Autoestima

☐ Outros

Intervenção: Melhora do enfrentamento

☐ Fornecer informações factuais sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico

☐ Encorajar o domínio gradual da situação

☐ Outras:

Diagnóstico: Risco de infecção

Relacionado à:

- ☐ Desnutrição
- ☐ Dificuldades em manejar o cuidado de feridas
- ☐ Resposta imune prejudicada
- ☐ Outros

Resultados esperados:

- ☐ Controle de riscos
- ☐ Outros

Intervenção: Controle da quimioterapia

- ☐ Orientar o paciente e a família sobre as formas de prevenir infecção, como evitar multidões u usar boas técnicas de higiene e lavagem das mãos
- ☐ Orientar o paciente a relatar imediatamente febres, calafrios
- ☐ Outras:

Diagnóstico: Risco de integridade da mucosa oral prejudicada

Relacionado à:

- ☐ Quimioterapia
- ☐ Outros

Resultados esperados:

- ☐ Saúde oral
- ☐ Outros

Intervenção: Manutenção da saúde oral

- ☐ Estabelecer uma rotina de cuidados com a boca
- ☐ Recomendar o uso de uma escova de dente de cerdas macias
- ☐ Outras:

Diagnóstico: Dor aguda

Relacionado à:

- ☐ Agente biológico lesivo
- ☐ Agente físico lesivo
- ☐ Uso inapropriado de agente químico
- ☐ Outros

Caracterizado por:

- ☐ Características da dor avaliadas por um instrumento de avaliação padronizado e validado
- ☐ Expressão facial de dor
- ☐ Relato verbal de dor
- ☐ Outras

Resultados esperados:

- ☐ Controle dos sintomas
- ☐ Outros

Intervenção: Controle da dor

- ☐ Assegurar cuidados analgésicos para o paciente

- () Explorar com o paciente os fatores que melhoram/pioram a dor
 () Outras:

Diagnóstico: Rede de apoio social inadequada

Relacionado à:

- () Habilidades sociais inadequadas
 () Rede social limitada
 () Confiança inadequada na competência dos outros para fornecer apoio adequado

Caracterizado por:

- () Percepção de apoio emocional diminuído
 () Percepção de apoio informativo diminuído
 () Percepção de apoio instrumental diminuído
 () Outras

Resultados esperados:

- () Bem-estar familiar
 () Outros

Intervenção: Apoio familiar

- () Determinar a carga psicológica do prognóstico para a família
 () Facilitar a comunicação de preocupações/sentimentos entre o paciente e sua família ou entre familiares
 () Outras:

ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Orientado sobre o laudo com encaminhamento para o serviço de oncologia pelo médico;
- Fornecida a cartilha de orientação pela enfermeira navegadora e esclarecido sobre o sistema de regulação com o caminho a ser percorrido pelo paciente para a inserção na rede de saúde;
- Orientado sobre as fases do tratamento prescrito e suas possíveis reações adversas.

ENCAMINHAMENTOS PARA SERVIÇOS:

Clínica médica ()
 Fisioterapia ()
 Estomaterapia ()
 Nutrição ()
 Psicologia ()
 Assistência social ()
 Odontologia ()
 Cardiologia ()
 Outros:

OBSERVAÇÕES:

MÉDICO (a) RESPONSÁVEL:

ENFERMEIRO(a) NAVEGADOR(a):

2) CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO NEOADJUVANTE E ADJUVANTE DE PACIENTE COM CÂNCER COLORRETAL

**DATA:
IDENTIFICAÇÃO**

PACIENTE:
PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA: Data: () Não se aplica
STATUS DA CIRURGIA: () R0 - Sem resíduo tumoral () R1 - Resíduo microscópico () R2 -
Resíduo macroscópico
COMPLICAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA: () Sim. Qual(s) () Não
HISTOPATOLÓGICO:
DATA DO HISTOPATOLÓGICO:
ESTADIAMENTO PATOLÓGICO:
COMPLICAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA: () Sim. Qual(s) () Não
HISTOPATOLÓGICO:
DATA DO HISTOPATOLÓGICO:
ESTADIAMENTO PATOLÓGICO:
MARGEM CIRÚRGICA LIVRE: () Sim () Não
LINFADENECTOMIA: () Acima de 12 linfonodos () Abaixo de 12 linfonodos
LINFONODOS LIVRES DE NEOPLASIA: () Sim () Não
IMUNOHISTOQUÍMICA: () pMMR () dMMR () Baixa probabilidade de MSI () Alta
probabilidade de MSI () Não avaliado
MARCADORES MOLECULARES: () RAS () BRAF () EGFR () VEGF () Her2 () Não
avaliado

TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

ADJUVANTE () NEOADJUVANTE ()
LOCAL DO TRATAMENTO:
ONCOLOGISTA CLÍNICO RESPONSÁVEL:
PROTOCOLO ANTINEOPLÁSICO:
CICLO:
SESSÃO:
VIA: () Periférica () Oral () Central . Tipo de cateter:
DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO:
DATA DO TÉRMINO DO TRATAMENTO:
REAÇÕES ADVERSAS () Sim. Qual(is): () Não
GRADUAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS- CTCAE 5.0:
QLQ-CR29:

TRATAMENTO RADIOTERÁPICO

ADJUVANTE () NEOADJUVANTE ()
LOCAL DO TRATAMENTO:
ONCOLOGISTA CLÍNICO RESPONSÁVEL:
RADIOTERAPÊUTA RESPONSÁVEL:

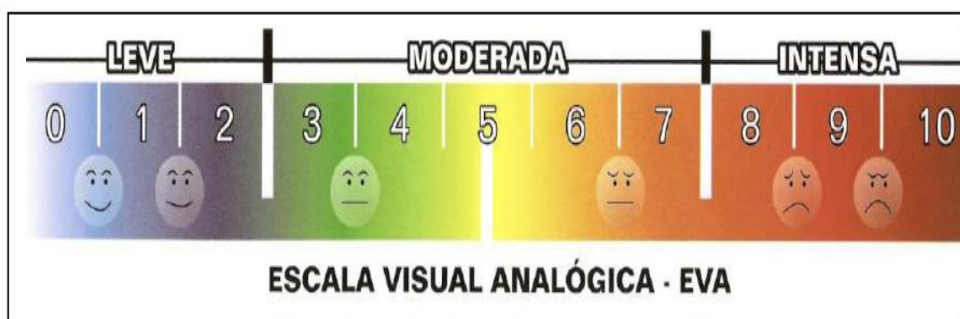
CONCOMITANTE À QUIMIOTERAPIA: ()Sim ()Não
 PROTOCOLO RADIOTERÁPICO:
 SESSÃO:
 DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO:
 REAÇÕES ADVERSAS ()Sim. Qual(s): ()Não
 GRADUAÇÃO DA RADIODERMITE- RTOG:
 QLQ:

AVALIAÇÃO DE DOR

Escala Visual Analógica (EVA)- Consiste em auxiliar na aferição da intensidade da dor do paciente e analisar se o tratamento está sendo efetivo.

TEM DOR? ()Sim. Intensidade: ()Não
 UTILIZA MEDICAMENTO PRESCRITO PARA DOR? ()Sim. Qual (s): ()Não
 TEMPO DE USO:
 CONTROLE ANALGÉSICO EFICAZ: ()Sim ()Não
 LOCALIDADE:
 TEMPO DA DOR:
 FATORES QUE EXACERBAM OU ATENUAM:
 OBSERVAÇÕES:

ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA



AVALIAÇÃO EMOCIONAL

TERMÔMETRO DE *DISTRESS* - tem o objetivo de identificar o nível de *distress* (experiência emocional desagradável e multifatorial, de natureza psicológica (cognitiva, comportamental, emocional), social e/ou de natureza espiritual que pode interferir na habilidade de lidar eficazmente com o câncer, seus sintomas físicos e seu tratamento) e suas possíveis causas no período referente à semana anterior, incluindo o dia em que a avaliação está ocorrendo. É composta por dois instrumentos, um que analisa o nível de *distress* e outro que identifica suas possíveis causas.

Nível de *distress*:

0 a 3- sem manifestação de *distress*

Acima de 4- com manifestação de *distress*

Problemas encontrados:

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

EORTC QLQ – CR29- European Organization of Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire.

Escalas *	Número		Níveis **	Definições	
	Questões	Itens		Escore mínimo=0 (piso)	Escore máximo=10 (teto)
Escalas Funcionais					
IC	45 a 47	3	3	Não se sentiu insatisfeito com seu corpo. Não se sentiu menos atraente ou menos feminina/ masculino como consequência do tratamento/doença.	Sentiu-se muito insatisfeito com seu corpo. Sentiu-se muito menos feminina/masculino como consequência do tratamento/doença
A	43	1	3	Não se sente preocupado com a sua saúde no futuro	Sente-se muito preocupado com a sua saúde no futuro
P	44	1	3	Não se preocupou com seu peso	Preocupou-se muito com o seu peso
ISM	56	1	3	Não esteve interessado em sexo.	Esteve muito interessado em sexo.
ISF	58	1	3	Não esteve interessado em sexo	Esteve muito interessado em sexo
Escala de Sintomas / Problemas					
FU	31 e 32	2	3	Não urinou muito durante o dia e a noite.	Urinou muitas vezes durante o dia ou a noite.
SMF	38 e 39	2	3	Não apresentou muco e sangue nas fezes	Apresentou abundante presença de muco e sangue nas fezes
FE	52 e 53	2	3	Não apresentou Frequência de evacuações durante o dia e a noite	Apresentou Frequência intensa de evacuações durante o dia e a noite
IU	33	1	3	Não teve incontinência urinária	Intensa Frequência urinária
D	34	1	3	Não apresentou dor ao urinar	Apresentou dor intensa ao urinar
DA	35	1	3	Não apresentou dor abdominal	Apresentou dor abdominal intensa
DN	36	1	3	Não apresentou dor nas nádegas	Apresentou dor intensa nas nádegas
BI	37	1	3	Não apresentou distensão abdominal	Apresentou abdômen muito dilatado
BS	40	1	3	Não apresentou xerostomia	Apresentou xerostomia intensa
QC	41	1	3	Não apresentou alterações no cabelo	Apresentou alterações no cabelo intensas
DSB	42	1	3	Não apresentou alterações no paladar	Apresentou intensa alterações no paladar
F	49	1	3	Não apresentou eliminação de gases	Apresentou intensa eliminação de gases
IF	50	1	3	Não apresentou incontinência fecal	Apresentou incontinência fecal frequente
PF	51	1	3	A pele em volta do estoma / ânus esteve íntegra	Apresentou dermatite na pele em torno do estoma e/ou perianal
V	54	1	3	Não se sentiu envergonhado devido ao estoma	Sentiu-se muito envergonhado devido ao estoma
PEST	55	1	3	Não apresentou dificuldades para cuidar do estoma	Apresentou muitos problemas para cuidar do estoma
I	57	1	3	Não apresentou impotência	Apresentou impotência severa
DISP	59	1	3	Não apresentou dispareunia	Apresentou dispareunia severa
*Sigla das escalas: IC= Imagem Corporal, A= Ansiedade, P= Peso, ISM= Interesse Sexual Masculino, ISF= Interesse Sexual Feminino, FU= Frequência Urinária, SMF= Sangue e Muco nas Fezes, FE= Frequência de Evacuações, IU= Incontinência Urinária, D= Disúria, DA= Dor Abdominal, DN= Dor nas Nádegas, BI= Barriga Inchada, BS= Boca Seca, QC= Queda de Cabelo, DSB= Dificuldade no Sabor dos Alimentos, F= Flatulência, IF= Incontinência Fecal, PF= Pele Ferida, V= Vergonha, PEST= Problemas Relacionados ao Estoma, I= Impotência, DISP= Dispareunia. ** Diferença entre a maior e a menor resposta possível de cada item.					

BARREIRAS ENCONTRADAS

BARREIRA SOCIOECONÔMICA: () Emprego () Renda () Moradia () Escolaridade () Transporte () Rede de apoio

BARREIRA EMOCIONAL: () Ansiedade () Medo

BARREIRA DO SISTEMA DE SAÚDE: () Escassez de recursos () Dificuldade de acesso

BARREIRA CLÍNICA: () Comorbidades. Qual (s)

OUTRAS BARREIRAS IDENTIFICADAS:

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Diagnóstico: Autogestão ineficaz da saúde

Relacionado à:

- () Comprometimento inadequado com um plano de ação
- () Dificuldade em manejar um regime terapêutico complexo
- () Dificuldade em navegar por sistemas de saúde complexos
- () Outros

Caracterizado por:

- () Desatenção aos sinais da doença
- () Desatenção aos sintomas da doença
- () Falha em comparecer a compromissos agendados com profissional de saúde
- () Outras:

Resultados esperados:

- () Conhecimento: Recursos de saúde
- () Outros

Intervenção: Orientação quanto ao sistema de saúde

- () Explicar sobre o sistema de atendimento à saúde, como funciona e o que o paciente/família pode esperar dele
- () Auxiliar o paciente ou família a coordenar o atendimento à saúde e a comunicação
- () Outras

Diagnóstico: Autogestão ineficaz da náusea

Relacionado à:

- () Dificuldade em manejar um regime terapêutico complexo
- () Ação inadequada para abordar fatores modificáveis
- () Quimioterapia
- () Outros

Caracterizado por:

- () Fadiga
- () Fraqueza
- () Tontura
- () Outras:

Resultados esperados:

- () Controle de náusea e vômito
- () Outros

Intervenção: Controle da náusea

- ☐ Identificar fatores que possam causar ou contribuir para a náusea
- ☐ Certificar-se da efetividade de medicamentos antieméticos que são dados para evitar náusea
- ☐ Outras:

Diagnóstico: Ingestão nutricional inadequada

Relacionado à:

- ☐ Apetite inadequado
- ☐ Aversão a alimentos
- ☐ Integridade da mucosa oral prejudicada
- ☐ Outras

Caracterizado por:

- ☐ Ingestão de alimentos menor que a ingestão diária recomendada
- ☐ Mucosas pálidas
- ☐ Perda de peso não intencional apesar da ingestão adequada de alimentos
- ☐ Outras

Resultados esperados:

- ☐ Apetite
- ☐ Outros

Intervenção: Controle da nutrição

- ☐ Determinar preferências alimentares do paciente
- ☐ Orientar o paciente sobre as necessidades nutricionais
- ☐ Outras:

Diagnóstico: Risco de ingestão nutricional inadequada

Relacionado à:

- ☐ Apetite inadequado
- ☐ Aversão a alimentos
- ☐ Integridade da mucosa oral prejudicada
- ☐ Outras

Resultados esperados:

- ☐ Apetite
- ☐ Outros

Intervenção: Controle da nutrição

- ☐ Determinar preferências alimentares do paciente
- ☐ Orientar o paciente sobre as necessidades nutricionais
- ☐ Outras

Diagnóstico: Eliminação intestinal prejudicada

Relacionado à:

- ☐ Alimentação precoce com fórmulas
- ☐ Desnutrição
- ☐ Ingestão inadequada de fibras
- ☐ Outros

Caracterizado por:

- ☐ Constipação
- ☐ Diarreia
- ☐ Urgência fecal
- ☐ Outras

Resultados esperados:

- ☐ Eliminação intestinal
- ☐ Outros

Intervenção: Controle intestinal

- ☐ Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de diarreia, constipação e impactação
- ☐ Orientar o paciente sobre alimentos específicos que ajudam a promover a regularidade intestinal
- ☐ Outras:

Diagnóstico: Risco de eliminação intestinal prejudicada

Relacionado à:

- ☐ Alimentação precoce com fórmulas
- ☐ Desnutrição
- ☐ Ingestão inadequada de fibras
- ☐ Outros

Resultados esperados:

- ☐ Eliminação intestinal
- ☐ Outros

Intervenção: Controle intestinal

- ☐ Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de diarreia, constipação e impactação
- ☐ Orientar o paciente sobre alimentos específicos que ajudam a promover a regularidade intestinal
- ☐ Outras:

Diagnóstico: Carga excessiva de fadiga

Relacionado à:

- ☐ Desnutrição
- ☐ Ingestão nutricional inadequada
- ☐ Ansiedade excessiva
- ☐ Outros

Caracterizado por:

- ☐ Apatia
- ☐ Cansaço
- ☐ Necessidade de descanso aumentada
- ☐ Outras

Resultados esperados:

- ☐ Resistência
- ☐ Outros

Intervenção: Controle de energia

- ☐ Avaliar a condição fisiológica do paciente quanto a deficiências que resultem em fadiga no contexto de idade
- ☐ Determinar a percepção do paciente quanto às causas da fadiga
- ☐ Outras:

Diagnóstico: Recuperação cirúrgica retardada

Relacionado à:

- ☐ Dor persistente
- ☐ Náusea persistente
- ☐ Vômito persistente
- ☐ Outros

Caracterizado por:

- ☐ Cicatrização da área cirúrgica interrompida
- ☐ Tempo excessivo necessário à recuperação
- ☐ Tempo prolongado de internação hospitalar
- ☐ Outras

Resultados esperados:

- ☐ Recuperação cirúrgica: Pós-operatório imediato
- ☐ Outros

Intervenção: Coordenação pré-operatória

- ☐ Determinar a capacidade de cuidados pessoais
- ☐ Rever as prescrições do médico
- ☐ Outras:

Diagnóstico: Risco de recuperação cirúrgica retardada

Relacionado à:

- ☐ Dor persistente
- ☐ Náusea persistente
- ☐ Vômito persistente
- ☐ Outros

Resultados esperados:

- ☐ Recuperação cirúrgica: Pós-operatório imediato
- ☐ Outros

Intervenção: Coordenação pré-operatória

- ☐ Determinar a capacidade de cuidados pessoais
- ☐ Rever as prescrições do médico
- ☐ Outras:

Diagnóstico: Autoestima inadequada situacional

Relacionado à:

- ☐ Autoexpectativas não realistas
- ☐ Comportamento de apego inadequado
- ☐ Medo de rejeição

☐ Outros

Caracterizado por:

- ☐ Comportamento indeciso
- ☐ Subestima a capacidade de lidar com a situação
- ☐ Verbalizações de autonegação
- ☐ Outras

Resultados esperados:

- ☐ Autoestima
- ☐ Outros

Intervenção: Melhora do enfrentamento

- ☐ Fornecer informações factuais sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico
- ☐ Encorajar o domínio gradual da situação
- ☐ Outras:

Diagnóstico: Risco de infecção

Relacionado à:

- ☐ Desnutrição
- ☐ Dificuldades em manejar o cuidado de feridas
- ☐ Resposta imune prejudicada
- ☐ Outros

Resultados esperados:

- ☐ Controle de riscos
- ☐ Outros

Intervenção: Controle da quimioterapia

- ☐ Orientar o paciente e a família sobre as formas de prevenir infecção, como evitar multidões u usar boas técnicas de higiene e lavagem das mãos
- ☐ Orientar o paciente a relatar imediatamente febres, calafrios
- ☐ Outras:

Diagnóstico: Integridade da mucosa oral prejudicada

Relacionado à:

- ☐ Quimioterapia
- ☐ Outros

Caracterizado por:

- ☐ Dor oral
- ☐ Edema oral
- ☐ Hiperemia
- ☐ Outras

Resultados esperados:

- ☐ Saúde oral
- ☐ Outros

Intervenção: Manutenção da saúde oral

- ☐ Estabelecer uma rotina de cuidados com a boca

- ☐ Recomendar o uso de uma escova de dente de cerdas macias
- ☐ Outras:

Diagnóstico: Dor aguda

Relacionado à:

- ☐ Agente biológico lesivo
- ☐ Agente físico lesivo
- ☐ Uso inapropriado de agente químico
- ☐ Outros

Caracterizado por:

- ☐ Características da dor avaliadas por um instrumento de avaliação padronizado e validado
- ☐ Expressão facial de dor
- ☐ Relato verbal de dor
- ☐ Outras

Resultados esperados:

- ☐ Controle dos sintomas
- ☐ Outros

Intervenção: Controle da dor

- ☐ Assegurar cuidados analgésicos para o paciente
- ☐ Explorar com o paciente os fatores que melhoram/pioram a dor
- ☐ Outras:

Diagnóstico: Rede de apoio social inadequada

Relacionado à:

- ☐ Habilidades sociais inadequadas
- ☐ Rede social limitada
- ☐ Confiança inadequada na competência dos outros para fornecer apoio adequado

Caracterizado por:

- ☐ Percepção de apoio emocional diminuído
- ☐ Percepção de apoio informativo diminuído
- ☐ Percepção de apoio instrumental diminuído
- ☐ Outras

Resultados esperados:

- ☐ Bem-estar familiar
- ☐ Outros

Intervenção: Apoio familiar

- ☐ Determinar a carga psicológica do prognóstico para a família
- ☐ Facilitar a comunicação de preocupações/sentimentos entre o paciente e sua família ou entre familiares
- ☐ Outras:

ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM:**ENCAMINHAMENTOS PARA SERVIÇOS:**

Clínica Médica ()

Fisioterapia ()

Estomaterapia ()

Nutrição ()

Psicologia ()

Assistência social ()

Odontologia ()

Cardiologia ()

Outros:

ENFERMEIRO (a) NAVEGADOR(a):

APÊNDICE R - Versões Consolidadas dos Instrumentos após o Tratamento dos Dados

PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL

Data: ____/____/____

Prontuário: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Sexo: () M () F
 Nome Social: _____ Gênero: () Homem () Mulher () Não binário
 Data nascimento: ____/____/____ Idade: _____
 Raça: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena () Sem Informação
 Estado civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () União estável () Viúvo(a) () Divorciado(a)
 Filho(a): () Sim, Quantos: ____ () Não
 Escolaridade: _____
 Religião: _____
 Profissão: _____ Ocupação atual: _____
 Acompanhante: _____ Reside com: _____
 Endereço: _____
 Telefone para contato: _____

ANAMNESE

Antecedentes pessoais: () HAS () DM () IAM () AVC () Câncer: _____
 () Outros: _____
 Histórico de câncer familiar: () Sim, Qual(s): _____ () Não
 Parente com histórico de câncer: _____
 Idade ao diagnóstico: _____
 Cirurgia prévia: () Sim, Qual(s): _____ () Não
 Alergia: () Sim, Qual(s): _____ () Não
 Uso de antimicrobiano nos últimos 2 anos: () Sim, Classe do antimicrobiano: _____
 Frequência: () 1x/ano, () >1x/ano () Não
 Tabagismo-Carga tabágica-número de maços de cigarro fumados por dia pelo número de anos de tabagismo: () Sim, Início: _____ Término: _____ () Não
 Etilismo: () Sim Início: _____ Término: _____ () Não
 Atividade física: () Sim, Qual(s): _____ () Não
 Atividades de lazer: _____

**PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM CÂNCER
COLORRETAL**

EXAME FÍSICO

QUEIXA PRINCIPAL: _____

Sinais vitais: PA: _____ x _____ mmHg FC: _____ FR: _____ Temp.: _____

Peso: _____ kg Altura: _____

Obs.: _____

Nível de consciência: () Orientado () Desorientado

Coloração da pele: () Sem alterações () Cianose () Palidez () Icterícia () Eritrose.

Estado nutricional: () Desnutrição () Normal () Sobrepeso () Obesidade. Grau:
Desnutrição: IMC menor que 18,5 kg/m². Normal: IMC de 18,5 a 24,9. Sobrepeso: IMC de 25 a 29,9 Grau de obesidade:
Grau I: IMC de 30 a 34,9. Grau II: 35,0 a 39,9. Grau III: maior ou igual a 40

Aparelho cardiovascular: () Ritmo cardíaco regular () Ritmo cardíaco irregular

Aparelho respiratório: () Murmúrio vesicular presente e universal () Murmúrio vesicular diminuído.

Localidade: () Murmúrio vesicular ausente. Localidade: () Estertores () Sibilos

Abdômen: () Plano () Distendido () Globoso () Indolor () Doloroso () Presença de massa.

Localidade: () Ascite () Peristalse presente () Peristalse ausente

Estoma: () Não () Sim. **Tipo:** () Ileostomia () Colostomia D () Colostomia E
 () Em alça () Terminal

Pele periestoma: () Íntegra () Lesão. Qual(s): _____

Eliminação urinária: () Normal () Prejudicada. Qual(s): _____

Eliminação intestinal: Frequência: _____ Aspecto: _____

DOENÇA ONCOLÓGICA

Data da colonoscopia: ____/____/____ () Não realizada

Localização anatômica: () Cólon direito () Cólon esquerdo () Retossigmoide () Reto extraperitoneal (médio e inferior)

Diagnóstico: _____

Data do diagnóstico: ____/____/____

Histopatológico: _____

Imunohistoquímica: _____

CEA Pré-operatório: () Sim. Valor: _____ () Não

CA 19-9 Pré-operatório: () Sim. Valor: _____ () Não

Exames de imagem: () Sim. Qual(s): _____ () Não

Obstrução intestinal: () Sim () Não

Estadiamento clínico: _____ Metástase: () Sim Local: _____ () Não

**PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM CÂNCER
COLORRETAL**

STATUS DE DESEMPENHO-Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)- Avaliação do nível de função e capacidade de autocuidado. ECOG:

Grau ECOG	Status ECOG
0	Totalmente ativo, capaz de realizar todas as atividades pré-doença sem restrições
0	Restrição em atividades físicas extenuantes, mas capacidade de andar e realizar trabalhos leves ou sedentários, por exemplo, trabalhos leves em casa, trabalho de escritório
1	Restrição em atividades físicas extenuantes, mas capacidade de andar e realizar trabalhos leves ou sedentários, por exemplo, trabalhos leves em casa, trabalho de escritório
1	Ambulatorial e capaz de todos os cuidados pessoais, mas incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho. Acordado e acordado por mais de 50% das horas de vigília
2	Ambulatorial e capaz de todos os cuidados pessoais, mas incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho. Acordado e acordado por mais de 50% das horas de vigília
2	Capaz de realizar apenas cuidados pessoais limitados, confinado à cama ou cadeira por mais de 50% das horas acordado
3	Capaz de realizar apenas cuidados pessoais limitados, confinado à cama ou cadeira por mais de 50% das horas acordado
3	Completamente incapacitado. Não consegue realizar nenhum autocuidado. Totalmente confinado à cama ou cadeira
4	Completamente incapacitado. Não consegue realizar nenhum autocuidado. Totalmente confinado à cama ou cadeira
4	Completamente incapacitado. Não consegue realizar nenhum autocuidado. Totalmente confinado à cama ou cadeira
5	Morto

AVALIAÇÃO DE DOR

Escala Visual Analógica (EVA) - Consiste em auxiliar na aferição da intensidade da dor do paciente e analisar se o tratamento está sendo efetivo.

Queixa de dor? () Sim. Intensidade: _____ () Não

Utiliza medicamento prescrito para dor? () Sim. Qual (s): _____ () Não

Tempo de uso: _____ Controle de analgésico eficaz: () Sim () Não

Localidade: _____ Tempo da dor: _____

Fatores que exacerbam ou atenuam: _____

Observações:

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA



PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL

AVALIAÇÃO EMOCIONAL

Termômetro de Distress - tem o objetivo de identificar o nível de distress (experiência emocional desagradável e multifatorial, de natureza psicológica (cognitiva, comportamental, emocional), social e/ou de natureza espiritual que pode interferir na habilidade de lidar eficazmente com o câncer, seus sintomas físicos e seu tratamento) e suas possíveis causas no período referente à semana anterior, incluindo o dia em que a avaliação está ocorrendo. É composta por dois instrumentos, um que analisa o nível de distress e outro que identifica suas possíveis causas.

Nível de distress: _____

0 a 3- Sem manifestação de distress Acima de 4: Com manifestação de distress

Problemas encontrados: _____

ESCALA DE NECESSIDADE DE NAVEGAÇÃO (EANN)

Utilizada para avaliar o suporte recomendado pelo navegador/paciente.

Escala de avaliação de necessidade de navegação (EANN)			
Categoria	Questionamentos chave direcionados aos pacientes	Critérios	Pontuação
Entendimento do paciente em relação ao diagnóstico	O seu médico lhe falou sobre o que é o seu problema de saúde?	Compreende o seu diagnóstico	1
	Se sim, o que ele (ela) lhe disse?	Compreende parcialmente o diagnóstico	2
	De tudo que foi dito, o que você entendeu?	Paciente não compreendeu nada ou a maior parte do que lhe foi dito sobre o seu diagnóstico	3
Capacidade de comunicação	Observar a capacidade de comunicação do paciente durante as suas respostas aos questionamentos.	Se: dificuldade de comunicação	1
	Há algumas barreiras físicas que impedem?	Apresenta alguma dificuldade de comunicação	2
	Há barreiras de linguagem, cognitivas ou culturais que dificultam parcial ou completamente a sua capacidade de comunicação?	Não consegue se comunicar	3
Entendimento da trajetória de tratamento	O seu médico lhe falou sobre como será seu tratamento? Se sim, o que ele falou?	Compreende bem a trajetória de tratamento	1
	Você entendeu o que lhe foi dito? Se sim, o que você entendeu?	Compreende parcialmente a trajetória de tratamento	2
	Você sabe quais serão as etapas do seu tratamento e como eles irão ser realizadas?	Não compreende a trajetória de tratamento	3
Capacidade de organização para realização do tratamento	Você tem alguma dificuldade para vir nas consultas, tratamentos, ou para realizar exames? Se sim, quais são elas?	Paciente consegue se organizar para comparecer as consultas, tratamentos e/ou para realização de exames necessários	1
	Você gostaria de receber ajuda de alguém para organizar seus horários de consultas, tratamentos e exames? Se sim, como esta pessoa poderia ajudar?	Paciente tem dificuldade em se organizar para comparecer as consultas, tratamentos e/ou realização de exames necessários e necessita de auxílio para isso	2
Acesso aos serviços/ sistema de saúde (condições de transporte, deslocamento entre os serviços necessários ao seu tratamento dentro e fora da instituição de saúde)	Você tem alguma dificuldade de ir ao hospital ou outro local (ambulatório, centros de diagnóstico por imagem, laboratório, outros hospitais) para realizar o seu tratamento? Se sim, qual (is)?	Tem facilidade em acessar o serviço por meio de transporte (público ou privado) e sabe localizar o local (hospital ou outro serviço) do seu tratamento	1
	Você sabe onde fica o hospital e os setores no qual você faz seu tratamento? Se sim, onde?	Tem facilidade em acessar o transporte (público ou privado) para se deslocar até o serviço de saúde e dificuldade em localizar o hospital/serviço do seu tratamento (outros motivos)	2
	Você tem algum transporte (público ou privado) para vir ao hospital? Se sim, qual?	Dificuldade em acessar um transporte (público ou privado) para se deslocar ao hospital/serviço para o tratamento e dificuldade para se deslocar até o local (hospital/serviço) para o tratamento	3
Apoio/suporte familiar	Você vem acompanhado de algum familiar ou cuidador quando vem nas consultas e/ou realizar o seu tratamento? Se sim, quem?	Há apoio e acompanhamento total: a família/cuidador participam das decisões e dos cuidados e acompanham o paciente em todos os momentos do tratamento	1
	Você tem apoio familiar, amigo (a) ou cuidador durante a realização do tratamento? Se sim, quem?	Há apoio e acompanhamento parcial: familiar/cuidador participam das decisões e dos cuidados e acompanham o paciente em alguns momentos do tratamento	2
	Com quem conversa, além dos profissionais do hospital/serviço, sobre o seu problema de saúde, tratamento e sobre as mudanças que estão ocorrendo?	Ausência de apoio: paciente não tem familiar/cuidador que participe e acompanhe o seu tratamento	3
Pontuação total: _____			
Navegação Nível 1: Navegação realizada por um navegador acadêmico e um navegador profissional na maior parte do tempo, com suporte do enfermeiro navegador		LEGENDA PONTUAÇÃO MÍNIMA: 6 PONTOS PONTUAÇÃO MÁXIMA: 17 PONTOS	6 A 9 PONTOS: SEM NECESSIDADE DE NAVEGAÇÃO
Navegação Nível 2: Navegação realizada pelo enfermeiro			10 A 12 PONTOS: NECESSIDADE DE NAVEGAÇÃO NÍVEL 1
			13 A 17 PONTOS: NECESSIDADE DE NAVEGAÇÃO NÍVEL 2

**PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM CÂNCER
COLORRETAL**

TRATAMENTO PRESCRITO

Cirurgia *up-front*: () Sim. Qual: _____ **DATA:** ____/____/____ () Não

Encaminhamento para definição de neoadjuvância: () Sim () Não

Tratamento paliativo: () Sim () Não

Tipo de tratamento: () Cirurgia. Qual: _____ () QT () RXT
() Outro.

Qual: _____

BARREIRAS IDENTIFICADAS

Barreira socioeconômica: () Emprego () Renda () Moradia () Escolaridade () Transporte
() Rede de apoio

Barreira emocional: () Ansiedade () Medo

Barreira do sistema de saúde: () Escassez de recursos () Dificuldade de acesso

Barreira clínica: () Comorbidades.

Qual(s): _____

Outras barreiras identificadas:

PROCESSO DE ENFERMAGEM

() Diagnóstico: Autogestão ineficaz da saúde

Relacionado à:

- () Comprometimento inadequado com um plano de ação
- () Dificuldade em manejar um regime terapêutico complexo
- () Dificuldade em navegar por sistemas de saúde complexos
- () Outros:

Caracterizado por:

- () Desatenção aos sinais da doença
- () Falha em consultas
- () Relato de dificuldade em seguir o regime terapêutico
- () Expressão de frustração ou desmotivação diante do autocuidado
- () Incapacidade de manejar os sintomas ou efeitos adversos
- () Outros:

Resultados esperados:

- () Conhecimento: Recursos de saúde
- () Outros:

Intervenção: Orientação quanto ao sistema de saúde

- () Explicar sobre o sistema de atendimento à saúde, como funciona e o que o paciente/família pode esperar dele
- () Auxiliar o paciente ou família a coordenar o atendimento à saúde e a comunicação
- () Outras:

() Diagnóstico: Ingestão nutricional inadequada

:

Relacionado à:

- () Apetite inadequado
- () Aversão a alimentos
- () Integridade da mucosa oral prejudicada
- () náuseas e vômitos
- () Outros:

Caracterizado por:

- () Ingestão de alimentos menor que a ingestão diária recomendada
- () Mucosas pálidas
- () Perda de peso não intencional
- () Fadiga, apatia e fraqueza
- () Outras:

**PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM CÂNCER
COLORRETAL**

Resultados esperados: ☐ Melhora do apetite ☐ Demonstração de níveis adequados de energia ☐ Manutenção ou aumento de peso, conforme plano de cuidados ☐ Outros:	Intervenção: Controle da nutrição ☐ Determinar preferências alimentares do paciente ☐ Orientar o paciente sobre as necessidades nutricionais ☐ Controle de náuseas e vômitos ☐ Envolver nutricionista no plano de cuidados ☐ Outras:
() Diagnóstico: Autogestão ineficaz da náusea	
Relacionado à: ☐ Comprometimento inadequado com um plano de ação ☐ Dificuldade em manejar um regime terapêutico complexo ☐ Déficit de conhecimento sobre estratégias de manejo da náusea ☐ Experiências prévias negativas com náusea/vômito ☐ Outros	Caracterizado por: ☐ Relato de dificuldade em manejar a náusea ☐ Demonstra falhas em implementar estratégias preventivas ou de alívio ☐ Uso inadequado de antieméticos prescritos ☐ Incapacidade de identificar fatores desencadeantes ☐ Relata frustração, ansiedade ou desmotivação diante da persistência dos sintomas ☐ Outros:
Resultados esperados: ☐ Controle de náusea e vômito ☐ Adesão ao regime terapêutico ☐ Outros:	Intervenção: Controle da náusea ☐ Identificar fatores que possam causar ou contribuir para a náusea ☐ Certificar-se da efetividade de medicamentos antieméticos que são dados para evitar náusea ☐ Avaliar frequência, intensidade e fatores desencadeantes da náusea. ☐ Orientar sobre pequenas refeições leves, evitar odores fortes. ☐ Outras:
() Diagnóstico: Risco de ingestão nutricional inadequada	
Relacionado à: ☐ Apetite inadequado ☐ Aversão a alimentos ☐ Integridade da mucosa oral prejudicada ☐ Outros:	Caracterizado por: ☐ Ingestão de alimentos menor que a ingestão diária recomendada ☐ Mucosas pálidas ☐ Perda de peso não intencional apesar da ingestão adequada de alimentos ☐ Outros:
Resultados esperados: ☐ Apetite ☐ Outros:	Intervenção: Controle da nutrição ☐ Determinar preferências alimentares do paciente ☐ Orientar o paciente sobre as necessidades nutricionais ☐ Outras:
() Diagnóstico: Eliminação intestinal prejudicada	
Relacionado à: ☐ Alimentação precoce com fórmulas ☐ Desnutrição ☐ Ingestão inadequada de fibras ☐ Outros:	Caracterizado por: ☐ Constipação ☐ Diarreia ☐ Urgência fecal ☐ Outros:
Resultados esperados: ☐ Eliminação intestinal ☐ Outros:	Intervenção: Controle Intestinal ☐ Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de diarreia, constipação e impaction ☐ Orientar o paciente sobre alimentos específicos que ajudam a promover a regularidade intestinal ☐ Outras:

**PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM CÂNCER
COLORRETAL**

() Diagnóstico: Risco de eliminação intestinal prejudicada	
Relacionado à: ☐ Alimentação precoce com fórmulas ☐ Desnutrição ☐ Ingestão inadequada de fibras ☐ Outros:	Caracterizado por: ☐ Constipação ☐ Diarreia ☐ Urgência fecal ☐ Outros:
Resultados esperados: ☐ Eliminação intestinal ☐ Outros:	Intervenção: Controle Intestinal ☐ Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de diarreia, constipação e impactação ☐ Orientar o paciente sobre alimentos específicos que ajudam a promover a regularidade intestinal ☐ Outras:
() Diagnóstico: Carga excessiva de fadiga	
Relacionado à: ☐ Desnutrição ☐ Ingestão nutricional inadequada ☐ Ansiedade excessiva ☐ Distúrbios do sono ☐ Tratamento antineoplásico (quimioterapia, radioterapia, etc) ☐ Outros:	Caracterizado por: ☐ Relato verbal de fadiga persistente ☐ Diminuição da capacidade de concentração e memória ☐ Desmotivação para atividades diárias ☐ Descanso ou sono não restaurador ☐ Diminuição da tolerância ao exercício ☐ Necessidade de descanso aumentada ☐ Outros:
Resultados esperados: ☐ Uso eficaz de períodos de descanso ☐ Demonstra estratégias eficazes de enfrentamento ☐ Realiza atividades planejadas sem aumento excessivo da fadiga ☐ Outros:	Intervenção: Controle de energia ☐ Avaliar a condição fisiológica do paciente quanto a deficiências que resultem em fadiga no contexto de idade ☐ Determinar a percepção do paciente quanto às causas da fadiga ☐ Outras:
() Diagnóstico: Risco de recuperação cirúrgica retardada	
Relacionado à: ☐ Dor persistente ☐ Náusea persistente ☐ Vômito persistente ☐ Desnutrição ☐ Mobilidade reduzida ☐ Mobilidade reduzida / repouso prolongado ☐ Outros:	Caracterizado por: ☐ Desnutrição ou déficit nutricional ☐ Infecção (risco aumentado ou infecção prévia) ☐ Cirurgia de grande porte ou prolongada ☐ Tabagismo ☐ Presença de doenças crônicas (ex.: diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca, doença pulmonar) ☐ Outros:
Resultados esperados: ☐ Recuperação cirúrgica: Pós-operatório imediato ☐ Outros:	Intervenção: Coordenação pré-operatória ☐ Observar e ensinar paciente sobre sinais de complicações (infecção, deiscência) ☐ Avaliar intensidade da dor usando escala apropriada ☐ Incentivar deambulação precoce e exercícios respiratórios ☐ Orientar paciente/família sobre cuidados com a ferida operatória e dreno ☐ Avaliar ingestão alimentar e necessidades nutricionais ☐ Outras:

**PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM CÂNCER
COLORRETAL**

() Diagnóstico: Autoestima inadequada situacional	
Relacionado à: ☐ Alterações físicas (estoma, alopecia, cicatrizes cirúrgicas) ☐ Alterações no papel social (afastamento do trabalho, dependência do cuidador) ☐ Estresse e mudanças de vida importantes ☐ Outros:	Caracterizado por: ☐ Comportamento de apego inadequado ☐ Medo de rejeição ☐ Preocupação com a imagem corporal ☐ Diminuição do desempenho ou motivação em atividades de vida diária ☐ Outros:
Resultados esperados: ☐ Verbalização de autoaceitação ☐ Demonstração de confiança em si ☐ Busca de apoio social ☐ Outros:	Intervenção: Melhora do enfrentamento ☐ Incentivar expressão de sentimentos e preocupações ☐ Encorajar o domínio gradual da situação ☐ Ouvir ativamente e demonstrar empatia ☐ Estimular contato com grupos de apoio ☐ Auxiliar a lidar com mudanças físicas (uso de perucas, roupas adaptadas, dispositivos para estoma) ☐ Outras:
() Diagnóstico: Risco de integridade da mucosa oral prejudicada	
Relacionado à: ☐ Quimioterapia ☐ Outros:	Caracterizado por: ☐ Toxicidade quimioterápica ☐ Imunossupressão ☐ Neutropenia e plaquetopenia ☐ Estado nutricional inadequado ☐ Outros:
Resultados esperados: ☐ Saúde oral ☐ Outros:	Intervenção: Manutenção da saúde oral ☐ Estabelecer uma rotina de cuidados com a boca ☐ Recomendar o uso de uma escova de dente de cerdas macias ☐ Orientar uso de soluções salinas/bicarbonato ao invés de enxaguantes alcoólicos ☐ Monitorar diariamente a cavidade oral quanto a eritema, ulceração, sangramento ☐ Outras:
() Diagnóstico: Risco de infecção	
Relacionado à: ☐ Desnutrição ☐ Dificuldades em manejar o cuidado de feridas ☐ Resposta imune prejudicada ☐ Outros:	Caracterizado por: ☐ Procedimento invasivo (cirurgia, cateter, drenos, sondas, etc) ☐ Doença crônica (diabetes, câncer, DPOC, insuficiência renal, etc.) ☐ Estado imunossuprimido (uso de corticoides, quimioterapia, HIV) ☐ Desnutrição ☐ Tabagismo ☐ Outros:
Resultados esperados: ☐ Técnicas de higiene adequadas ☐ Mantém integridade da pele e mucosas ☐ Sinais vitais dentro dos limites normais ☐ Ausência de sinais de infecção (febre, secreção purulenta, rubor, dor intensa) ☐ Outros:	Intervenção: Prevenção de infecção ☐ Monitorar sinais e sintomas de infecção ☐ Inspeccionar feridas cirúrgicas, cateteres e dispositivos invasivos ☐ Avaliar cicatrização, presença de secreção, odor ou deiscência ☐ Incentivar higiene de mãos ☐ Orientar paciente/família sobre sinais de infecção ☐ Ensinar técnicas corretas de higiene pessoal e cuidados domiciliares. ☐ Outras:

**PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM CÂNCER
COLORRETAL**

() Diagnóstico: Dor aguda	
Relacionado à: ☐ Agentes lesivos físicos (cirurgia) ☐ Quimioterapia (mucosite, neuropatia periférica, infiltração, extravasamento, etc) ☐ Procedimentos invasivos (drenos, sondas, cateteres) ☐ Outros:	Caracterizado por: ☐ Características da dor avaliadas por um instrumento de avaliação padronizado e validado ☐ Expressão facial de dor ☐ Relato verbal de dor ☐ Outras:
Resultados esperados: ☐ Alívio da dor em escala $\leq 3/10$ ☐ Utilização de estratégias de alívio não farmacológico ☐ Reconhecimento dos fatores desencadeantes da dor ☐ Outros:	Intervenção: Controle da dor ☐ Avaliar intensidade, localização, duração e fatores agravantes/atenuantes ☐ Assegurar cuidados analgésicos para o paciente ☐ Explorar com o paciente os fatores que melhoram/pioram a dor ☐ Outras:
() Diagnóstico: Rede de apoio social inadequada	
Relacionado à: ☐ Alteração no papel social/familiar (doença, incapacidade, desemprego) ☐ Rede social limitada ☐ Confiança inadequada na competência dos outros para fornecer apoio adequado ☐ Dificuldades financeiras ☐ Alterações emocionais (tristeza, depressão, ansiedade) ☐ Outros:	Caracterizado por: ☐ Relata falta de apoio de familiares, amigos ou cuidadores ☐ Expressa sentimentos de solidão, isolamento, abandono ☐ Demonstra dificuldade em obter recursos sociais ou comunitários ☐ Baixa adesão ao tratamento por ausência de suporte ☐ Outros:
Resultados esperados: ☐ Suporte social ☐ Bem-estar emocional ☐ Envolvimento familiar ☐ Outros:	Intervenção: Apoio familiar ☐ Identificar rede de apoio existente (família, amigos, comunidade, serviços de saúde). ☐ Facilitar encaminhamento para grupos de apoio, ONGs, serviços sociais ☐ Estimular a manter contatos sociais importantes ☐ Encaminhar para suporte multiprofissional ☐ Reforçar importância da rede familiar no enfrentamento da doença ☐ Outras:
ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM	
• Orientado sobre o laudo com encaminhamento para o serviço de oncologia pelo médico; • Fornecida a cartilha de orientação pela enfermeira navegadora e esclarecido sobre o sistema de regulação com o caminho a ser percorrido pelo paciente para a inserção na rede de saúde; • Orientado sobre as fases do tratamento prescrito e suas possíveis reações adversas.	
ENCAMINHAMENTOS PARA SERVIÇOS	
Clínica médica () Fisioterapia () Estomatologia () Nutrição () Psicologia () Assistência social () Odontologia () Cardiologia () Outros: _____	

OBSERVAÇÕES:

MÉDICO(A) RESPONSÁVEL:

ENFERMEIRO(A) NAVEGADOR(A):

**CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO NEOADJUVANTE ADJUVANTE
DE PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL**

Data: ____/____/____

Prontuário: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Sexo: () M () F
 Nome Social: _____ Gênero: () Homem () Mulher () Não binário
 Data nascimento: ____/____/____ Idade: _____

TRATAMENTO CIRÚRGICO

Descrição cirúrgica _____ Data: ____/____/____ () Não se aplica
 Status da cirurgia: () R0 - Sem resíduo tumoral () R1 - Resíduo microscópico () R2 - Resíduo macroscópico
 Complicações pós-operatória: () Sim. Qual(s): _____ () Não
 Histopatológico: _____
 Data do histopatológico: ____/____/____
 Estadiamento patológico: _____
 Margem cirúrgica livre: () Sim () Não
 Linfadenectomia: () Acima de 12 linfonodos () Abaixo de 12 linfonodos
 Linfonodos livres de neoplasia: () Sim () Não
 Imunohistoquímica: () pMMR () dMMR () Baixa probabilidade de MSI ()
 Alta probabilidade de MSI () Não avaliado
 Marcadores moleculares: () RAS () BRAF () EGFR () VEGF () Her2

TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

Adjuvante () Neoadjuvante ()
 Local do tratamento: _____
 Oncologista clínico responsável: _____
 Protocolo antineoplásico: _____
 Ciclo: _____
 Sessão: _____
 Via: () Periférica () Oral () Central . Tipo de cateter: _____
 Data início do tratamento: ____/____/____
 Data do término do tratamento: ____/____/____
 Reações adversas: () Sim. Qual(is): _____ () Não
 Graduação dos eventos adversos – CTCA 5.0: _____
 QLQ-CR29: _____

**CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO NEOADJUVANTE ADJUVANTE
DE PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL**

TRATAMENTO RADIOTERÁPICO

Adjuvante () Neoadjuvante ()

Local do tratamento: _____

Oncologista clínico responsável: _____

Radioterapeuta responsável: _____

Protocolo radioterápico: _____

Dose: _____

Sessão: _____

Data início do tratamento: ____/____/____

Data do término do tratamento: ____/____/____

Reações adversas: () Sim. Qual(is): _____ () Não

Graduação da radiodermatite RTOG: _____

QLQ: _____

AValiação de Dor

Escala Visual Analógica (EVA) - Consiste em auxiliar na aferição da intensidade da dor do paciente e analisar se o tratamento está sendo efetivo.

Queixa de dor? () Sim. Intensidade: _____ () Não

Utiliza medicamento prescrito para dor? () Sim. Qual (s): _____ () Não

Tempo de uso: _____ Controle de analgésico eficaz: () Sim () Não

Localidade: _____ Tempo da dor: _____

Fatores que exacerbam ou atenuam: _____

Observações:



AValiação Emocional

Termômetro de Distress - tem o objetivo de identificar o nível de distress (experiência emocional desagradável e multifatorial, de natureza psicológica (cognitiva, comportamental, emocional), social e/ou de natureza espiritual que pode interferir na habilidade de lidar eficazmente com o câncer, seus sintomas físicos e seu tratamento) e suas possíveis causas no período referente à semana anterior, incluindo o dia em que a avaliação está ocorrendo. É composta por dois instrumentos, um que analisa o nível de distress e outro que identifica suas possíveis causas.

Nível de distress: _____

0 a 3- Sem manifestação de distress Acima de 4: Com manifestação de distress

Problemas encontrados: _____

**CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO NEOADJUVANTE ADJUVANTE
DE PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL**

AValiação da Qualidade de Vida

EORTC QLQ – CR29- European Organization of Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire.

Resultado da avaliação: _____

Escalas *	Número Questões	Ítems	Níveis **	Definições
				Escore mínimo=0 (piso)
				Escore máximo=10 (teto)
Escalas Funcionais				
IC	45 a 47	3	3	Não se sentiu insatisfeito com seu corpo. Não se sentiu menos atraente ou menos feminina/ masculino como consequência do tratamento/doença.
A	43	1	3	Não se sente preocupado com a sua saúde no futuro
P	44	1	3	Não se preocupou com seu peso
ISM	56	1	3	Não esteve interessado em sexo.
ISF	58	1	3	Não esteve interessado em sexo
Escala de Sintomas / Problemas				
FU	31 e 32	2	3	Não urinou muito durante o dia e a noite.
SMF	38 e 39	2	3	Não apresentou muco e sangue nas fezes
FE	52 e 53	2	3	Não apresentou Frequência de evacuações durante o dia e a noite
IU	33	1	3	Não teve incontinência urinária
D	34	1	3	Não apresentou dor ao urinar
DA	35	1	3	Não apresentou dor abdominal
DN	36	1	3	Não apresentou dor nas nádegas
BI	37	1	3	Não apresentou distensão abdominal
BS	40	1	3	Não apresentou xerostomia
QC	41	1	3	Não apresentou alterações no cabelo
DSB	42	1	3	Não apresentou alterações no paladar
F	49	1	3	Não apresentou eliminação de gases
IF	50	1	3	Não apresentou incontinência fecal
PF	51	1	3	A pele em volta do estoma / ânus esteve íntegra
V	54	1	3	Não se sentiu envergonhado devido ao estoma
PEST	55	1	3	Não apresentou dificuldades para cuidar do estoma
I	57	1	3	Não apresentou impotência
DISP	59	1	3	Não apresentou dispareunia
*Sigla das escalas: IC= Imagem Corporal, A= Ansiedade, P= Peso, ISM= Interesse Sexual Masculino, ISF= Interesse Sexual Feminino, FU= Frequência Urinária, SMF= Sangue e Muco nas Fezes, FE= Frequência de Evacuações, IU= Incontinência Urinária, D= Disúria, DA= Dor Abdominal, DN= Dor nas Nádegas, BI= Barriga Inchada, BS= Boca Seca, QC= Queda de Cabelo, DSB= Dificuldade no Sabor dos Alimentos, F= Flatulência, IF= Incontinência Fecal, PF= Pele Ferida, V= Vergonha, PEST= Problemas Relacionados ao Estoma, I= Impotência, DISP= Dispareunia.				
** Diferença entre a maior e a menor resposta possível de cada item.				

**CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO NEOADJUVANTE ADJUVANTE
DE PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL**

PROCESSO DE ENFERMAGEM

() Diagnóstico: Autogestão ineficaz da saúde

Relacionado à: ☐ Comprometimento inadequado com um plano de ação ☐ Dificuldade em manejar um regime terapêutico complexo ☐ Dificuldade em navegar por sistemas de saúde complexos ☐ Outros:	Caracterizado por: ☐ Desatenção aos sinais da doença ☐ Falha em consultas ☐ Relato de dificuldade em seguir o regime terapêutico ☐ Expressão de frustração ou desmotivação diante do autocuidado ☐ Incapacidade de manejar os sintomas ou efeitos adversos ☐ Outros:
Resultados esperados: ☐ Conhecimento: Recursos de saúde ☐ Outros:	Intervenção: Orientação quanto ao sistema de saúde ☐ Explicar sobre o sistema de atendimento à saúde, como funciona e o que o paciente/família pode esperar dele ☐ Auxiliar o paciente ou família a coordenar o atendimento à saúde e a comunicação ☐ Outras:

() Diagnóstico: Ingestão nutricional inadequada

Relacionado à: ☐ Apetite inadequado ☐ Aversão a alimentos ☐ Integridade da mucosa oral prejudicada ☐ náuseas e vômitos ☐ Outros:	Caracterizado por: ☐ Ingestão de alimentos menor que a ingestão diária recomendada ☐ Mucosas pálidas ☐ Perda de peso não intencional ☐ Fadiga, apatia e fraqueza ☐ Outras:
Resultados esperados: ☐ Melhora do apetite ☐ Demonstração de níveis adequados de energia ☐ Manutenção ou aumento de peso, conforme plano de cuidados ☐ Outros:	Intervenção: Controle da nutrição ☐ Determinar preferências alimentares do paciente ☐ Orientar o paciente sobre as necessidades nutricionais ☐ Controle de náuseas e vômitos ☐ Envolver nutricionista no plano de cuidados ☐ Outras:

() Diagnóstico: Autogestão ineficaz da náusea

Relacionado à: ☐ Comprometimento inadequado com um plano de ação ☐ Dificuldade em manejar um regime terapêutico complexo ☐ Déficit de conhecimento sobre estratégias de manejo da náusea ☐ Experiências prévias negativas com náusea/vômito ☐ Outros:	Caracterizado por: ☐ Relato de dificuldade em manejar a náusea ☐ Demonstra falhas em implementar estratégias preventivas ou de alívio ☐ Uso inadequado de antieméticos prescritos ☐ Incapacidade de identificar fatores desencadeantes ☐ Relata frustração, ansiedade ou desmotivação diante da persistência dos sintomas ☐ Outros:
Resultados esperados: ☐ Controle de náusea e vômito ☐ Adesão ao regime terapêutico ☐ Outros:	Intervenção: Controle da náusea ☐ Identificar fatores que possam causar ou contribuir para a náusea ☐ Certificar-se da efetividade de medicamentos antieméticos que são dados para evitar náusea ☐ Avaliar frequência, intensidade e fatores desencadeantes da náusea. ☐ Orientar sobre pequenas refeições leves, evitar odores fortes. ☐ Outras:

**CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO NEOADJUVANTE ADJUVANTE
DE PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL**

() Diagnóstico: Risco de ingestão nutricional inadequada	
Relacionado à: ☐ Apetite inadequado ☐ Aversão a alimentos ☐ Integridade da mucosa oral prejudicada ☐ Outros:	Caracterizado por: ☐ Ingestão de alimentos menor que a ingestão diária recomendada ☐ Mucosas pálidas ☐ Perda de peso não intencional apesar da ingestão adequada de alimentos ☐ Outros:
Resultados esperados: ☐ Apetite ☐ Outros:	Intervenção: Controle da nutrição ☐ Determinar preferências alimentares do paciente ☐ Orientar o paciente sobre as necessidades nutricionais ☐ Outras:
() Diagnóstico: Eliminação intestinal prejudicada	
Relacionado à: ☐ Alimentação precoce com fórmulas ☐ Desnutrição ☐ Ingestão inadequada de fibras ☐ Outros:	Caracterizado por: ☐ Constipação ☐ Diarreia ☐ Urgência fecal ☐ Outros:
Resultados esperados: ☐ Eliminação intestinal ☐ Outros:	Intervenção: Controle intestinal ☐ Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de diarreia, constipação e impactação ☐ Orientar o paciente sobre alimentos específicos que ajudam a promover a regularidade intestinal ☐ Outras:
() Diagnóstico: Risco de eliminação intestinal prejudicada	
Relacionado à: ☐ Alimentação precoce com fórmulas ☐ Desnutrição ☐ Ingestão inadequada de fibras ☐ Outros:	Caracterizado por: ☐ Constipação ☐ Diarreia ☐ Urgência fecal ☐ Outros:
Resultados esperados: ☐ Eliminação intestinal ☐ Outros:	Intervenção: Controle intestinal ☐ Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de diarreia, constipação e impactação ☐ Orientar o paciente sobre alimentos específicos que ajudam a promover a regularidade intestinal ☐ Outras:
() Diagnóstico: Carga excessiva de fadiga	
Relacionado à: ☐ Desnutrição ☐ Ingestão nutricional inadequada ☐ Ansiedade excessiva ☐ Distúrbios do sono ☐ Tratamento antineoplásico (quimioterapia, radioterapia, etc) ☐ Outros:	Caracterizado por: ☐ Relato verbal de fadiga persistente ☐ Diminuição da capacidade de concentração e memória ☐ Desmotivação para atividades diárias ☐ Descanso ou sono não restaurador ☐ Diminuição da tolerância ao exercício ☐ Necessidade de descanso aumentada ☐ Outros:

**CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO NEOADJUVANTE ADJUVANTE
DE PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL**

Resultados esperados: ☐ Uso eficaz de períodos de descanso ☐ Demonstra estratégias eficazes de enfrentamento ☐ Realiza atividades planejadas sem aumento excessivo da fadiga ☐ Outros:	Intervenção: Controle de energia ☐ Avaliar a condição fisiológica do paciente quanto a deficiências que resultem em fadiga no contexto de idade ☐ Determinar a percepção do paciente quanto às causas da fadiga ☐ Outras:
() Diagnóstico: Risco de recuperação cirúrgica retardada	
Relacionado à: ☐ Dor persistente ☐ Náusea persistente ☐ Vômito persistente ☐ Desnutrição ☐ Mobilidade reduzida ☐ Mobilidade reduzida / repouso prolongado ☐ Outros:	Caracterizado por: ☐ Desnutrição ou déficit nutricional ☐ Infecção (risco aumentado ou infecção prévia) ☐ Cirurgia de grande porte ou prolongada ☐ Tabagismo ☐ Presença de doenças crônicas (ex.: diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca, doença pulmonar) ☐ Outros:
Resultados esperados: ☐ Recuperação cirúrgica: Pós-operatório imediato ☐ Outros:	Intervenção: Coordenação pré-operatória ☐ Observar e ensinar paciente sobre sinais de complicações (infecção, deiscência) ☐ Avaliar intensidade da dor usando escala apropriada ☐ Incentivar deambulação precoce e exercícios respiratórios ☐ Orientar paciente/família sobre cuidados com a ferida operatória e dreno ☐ Avaliar ingestão alimentar e necessidades nutricionais ☐ Outras:
() Diagnóstico: Autoestima inadequada situacional	
Relacionado à: ☐ Alterações físicas (estoma, alopecia, cicatrizes cirúrgicas) ☐ Alterações no papel social (afastamento do trabalho, dependência do cuidador) ☐ Estresse e mudanças de vida importantes ☐ Outros:	Caracterizado por: ☐ Comportamento de apego inadequado ☐ Medo de rejeição ☐ Preocupação com a imagem corporal ☐ Diminuição do desempenho ou motivação em atividades de vida diária ☐ Outros:
Resultados esperados: ☐ Verbalização de autoaceitação ☐ Demonstração de confiança em si ☐ Busca de apoio social ☐ Outros:	Intervenção: Melhora do enfrentamento ☐ Incentivar expressão de sentimentos e preocupações ☐ Encorajar o domínio gradual da situação ☐ Ouvir ativamente e demonstrar empatia ☐ Estimular contato com grupos de apoio ☐ Auxiliar a lidar com mudanças físicas (uso de perucas, roupas adaptadas, dispositivos para estoma) ☐ Outras:
() Diagnóstico: Risco de integridade da mucosa oral prejudicada	
Relacionado à: ☐ Quimioterapia ☐ Outros:	Caracterizado por: ☐ Toxicidade quimioterápica ☐ Imunossupressão ☐ Neutropenia e plaquetopenia ☐ Estado nutricional inadequado ☐ Outros:
Resultados esperados: ☐ Saúde oral ☐ Outros:	Intervenção: Manutenção da saúde oral ☐ Estabelecer uma rotina de cuidados com a boca ☐ Recomendar o uso de uma escova de dente de cerdas macias ☐ Orientar uso de soluções salinas/bicarbonato ao invés de enxaguantes alcoólicos

**CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO NEOADJUVANTE ADJUVANTE
DE PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL**

	☐ Monitorar diariamente a cavidade oral quanto a eritema, ulceração, sangramento ☐ Outras:
() Diagnóstico: Risco de infecção	
Relacionado à: ☐ Desnutrição ☐ Dificuldades em manejar o cuidado de feridas ☐ Resposta imune prejudicada ☐ Outros:	Caracterizado por: ☐ Procedimento invasivo (cirurgia, cateter, drenos, sondas, etc) ☐ Doença crônica (diabetes, câncer, DPOC, insuficiência renal, etc.) ☐ Estado imunossuprimido (uso de corticoides, quimioterapia, HIV) ☐ Desnutrição ☐ Tabagismo ☐ Outros:
Resultados esperados: ☐ Técnicas de higiene adequadas ☐ Mantém integridade da pele e mucosas ☐ Sinais vitais dentro dos limites normais ☐ Ausência de sinais de infecção (febre, secreção purulenta, rubor, dor intensa) ☐ Outros:	Intervenção: Prevenção de infecção ☐ Monitorar sinais e sintomas de infecção ☐ Inspeccionar feridas cirúrgicas, cateteres e dispositivos invasivos ☐ Avaliar cicatrização, presença de secreção, odor ou deiscência ☐ Incentivar higiene de mãos ☐ Orientar paciente/família sobre sinais de infecção ☐ Ensinar técnicas corretas de higiene pessoal e cuidados domiciliares. ☐ Outras:
() Diagnóstico: Dor aguda	
Relacionado à: ☐ Agentes lesivos físicos (cirurgia) ☐ Quimioterapia (mucosite, neuropatia periférica, infiltração, extravasamento, etc) ☐ Procedimentos invasivos (drenos, sondas, cateteres) ☐ Outros:	Caracterizado por: ☐ Características da dor avaliadas por um instrumento de avaliação padronizado e validado ☐ Expressão facial de dor ☐ Relato verbal de dor ☐ Outras:
Resultados esperados: ☐ Alívio da dor em escala $\leq 3/10$ ☐ Utilização de estratégias de alívio não farmacológico ☐ Reconhecimento dos fatores desencadeantes da dor ☐ Outros:	Intervenção: Controle da dor ☐ Avaliar intensidade, localização, duração e fatores agravantes/atenuantes ☐ Assegurar cuidados analgésicos para o paciente ☐ Explorar com o paciente os fatores que melhoram/pioram a dor ☐ Outras:
() Diagnóstico: Rede de apoio social inadequada	
Relacionado à: ☐ Alteração no papel social/familiar (doença, incapacidade, desemprego) ☐ Rede social limitada ☐ Confiança inadequada na competência dos outros para fornecer apoio adequado ☐ Dificuldades financeiras ☐ Alterações emocionais (tristeza, depressão, ansiedade) ☐ Outros:	Caracterizado por: ☐ Relata falta de apoio de familiares, amigos ou cuidadores ☐ Expressa sentimentos de solidão, isolamento, abandono ☐ Demonstra dificuldade em obter recursos sociais ou comunitários ☐ Baixa adesão ao tratamento por ausência de suporte ☐ Outros:

CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA O TRATAMENTO NEOADJUVANTE ADJUVANTE DE PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL	
Resultados esperados: ☐ Suporte social ☐ Bem-estar emocional ☐ Envolvimento familiar ☐ Outros:	Intervenção: Apoio familiar ☐ Identificar rede de apoio existente (família, amigos, comunidade, serviços de saúde). ☐ Facilitar encaminhamento para grupos de apoio, ONGs, serviços sociais ☐ Estimular a manter contatos sociais importantes ☐ Encaminhar para suporte multiprofissional ☐ Reforçar importância da rede familiar no enfrentamento da doença ☐ Outras:
BARREIRAS IDENTIFICADAS	
Barreira socioeconômica: ☐ Emprego ☐ Renda ☐ Moradia ☐ Escolaridade ☐ Transporte ☐ Rede de apoio Barreira emocional: ☐ Ansiedade ☐ Medo Barreira do sistema de saúde: ☐ Escassez de recursos ☐ Dificuldade de acesso Barreira clínica: ☐ Comorbidades. Qual(s): _____ Outras barreiras identificadas: _____	
PROCESSO DE ENFERMAGEM	
ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM	
- Orientado sobre o laudo com encaminhamento para o serviço de oncologia pelo médico; - Fornecida a cartilha de orientação pela enfermeira navegadora e esclarecido sobre o sistema de regulação com o caminho a ser percorrido pelo paciente para a inserção na rede de saúde; - Orientado sobre as fases do tratamento prescrito e suas possíveis reações adversas.	
ENCAMINHAMENTOS PARA SERVIÇOS	
Clínica médica ☐ Fisioterapia ☐ Estomaterapia ☐ Nutrição ☐ Psicologia ☐ Assistência social ☐ Odontologia ☐ Cardiologia ☐ Outros: _____	

OBSERVAÇÕES:

ENFERMEIRO(A) NAVEGADOR(A):

3) Cartilha para o Paciente com Câncer Colorretal

Foi sugerido a inclusão do ícone do SUS e a mudança do título “Cartilha para o paciente oncológico” para “Cartilha para Pacientes com Câncer Colorretal”.

Cartilha para o Paciente com Câncer Colorretal



CAUSE DA MARIÓTI
PACIENTE COM CÂNCER
COLORREctal

Conhecendo as modalidades do tratamento

 **Cirurgia**
A cirurgia oncológica é um tipo de tratamento usado para remover tumores cancerígenos do corpo.

 **Quimioterapia**
A quimioterapia é um tratamento que usa medicamentos para atingir todas as partes do corpo, destruindo as células doentes que são invisíveis a olho nu. Esses medicamentos podem ser aplicados de diferentes formas: pela veia, pela boca, pelo músculo ou abaixo da pele. O tratamento é administrado por enfermeiros especializados, e a duração vai depender do que o médico prescrever. Embora seja possível seguir a vida normalmente, o paciente pode precisar de repouso nos primeiros dias após a quimioterapia.

A quimioterapia causa dor?
O maior desconforto está relacionado à punção da veia para a administração da quimioterapia. Algumas vezes, o paciente pode sentir sensação de desconforto, coceira e falta de ar. Avise imediatamente ao enfermeiro que estiver fazendo o atendimento. Essas sensações podem ocorrer com alguns medicamentos.

Como os quimioterápicos são eliminados do corpo?
Depois que a quimioterapia faz o efeito no corpo, ela é eliminada, principalmente pela urina ou fezes. Por isso, é recomendado dar duas descargas no vaso sanitário com a tampa fechada, para evitar que o medicamento se espalhe no ar.



 04

CAUSE DA MARIÓTI
PACIENTE COM CÂNCER
COLORREctal

Conhecendo as modalidades do tratamento

Principais efeitos colaterais que podem ocorrer durante o tratamento de quimioterapia e como você pode lidar com eles

A quimioterapia age em todo o corpo, atacando principalmente as células que se dividem rapidamente. Por isso, os efeitos colaterais podem começar no dia seguinte, em até 14 dias ou até mais tarde, após o tratamento. Os principais efeitos colaterais são:

► **Diarreia:** ocorre quando há três ou mais evacuações por dia, de conteúdo amolecido ou líquido.

O que fazer:

- Evitar alimentos gordurosos, doces, condimentados e fritos.
- Dar preferência a alimentos como: arroz, batata, cenoura, banana, maçã, frango e caju.
- Beber pelo menos dois litros de líquido por dia (água, sucos e chás, por exemplo).

Procure a emergência, caso a diarreia persista por mais de dois dias.

► **Prisão de ventre:** ocorre quando há dificuldade em evacuar por vários dias.

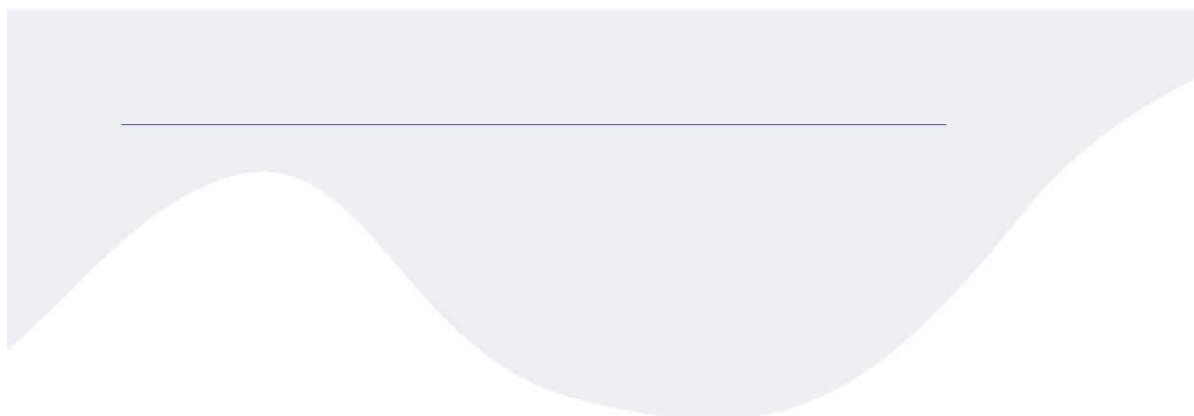
O que fazer:

- Ingerir 2 a 3 litros de líquido por dia.
- Aumentar a ingestão de fibras, como: laranja, ameixa, mamão, vegetais e cereais integrais.
- Realizar exercícios físicos leves como, caminhar.

Procure a emergência, caso a prisão de ventre persista.



 05



CARTÃO PARA O
PACIENTE COM CÂNCER
GASTROINTEL

Conhecendo as modalidades do tratamento

► **Náusea e vômito:** são reações comuns em muitas pessoas durante a quimioterapia.

O que fazer:

- Tomar os medicamentos prescritos pelo médico.
- Evitar alimentos gordurosos, condimentados, fritos e açucarados.
- Dar preferência aos alimentos ácidos, frios ou em temperatura ambiente.
- Comer em porções pequenas e mais vezes ao dia, ou seja, a cada 3 horas.

► **Queda de cabelo (alopecia):** nem todos os pacientes perdem cabelo, pois isso depende do tipo de quimioterapia. A queda pode ser total ou parcial e costuma acontecer de 14 a 21 dias após o tratamento começar. Esse efeito é temporário, e o cabelo vai voltar a crescer depois que o tratamento terminar.

O que fazer:

A equipe de saúde orientará sobre como lidar com a queda de cabelo e até sugerir acessórios capilares que podem ajudar. Procurar apoio emocional: de amigos, familiares ou até de grupos de apoio pode ser muito útil.

► **Mucosite:** é a inflamação da boca, com o aparecimento de feridas (aftas), causada pela quimioterapia.

O que fazer:

- Manter a higiene oral, principalmente após as refeições, utilizando escova de dentes com cerdas macias e creme dental não abrasivo, preferencialmente contendo bicarbonato de sódio.
- Evitar alimentos ácidos, condimentados e quentes.

CC

CARTÃO PARA O
PACIENTE COM CÂNCER
GASTROINTEL

Conhecendo as modalidades do tratamento

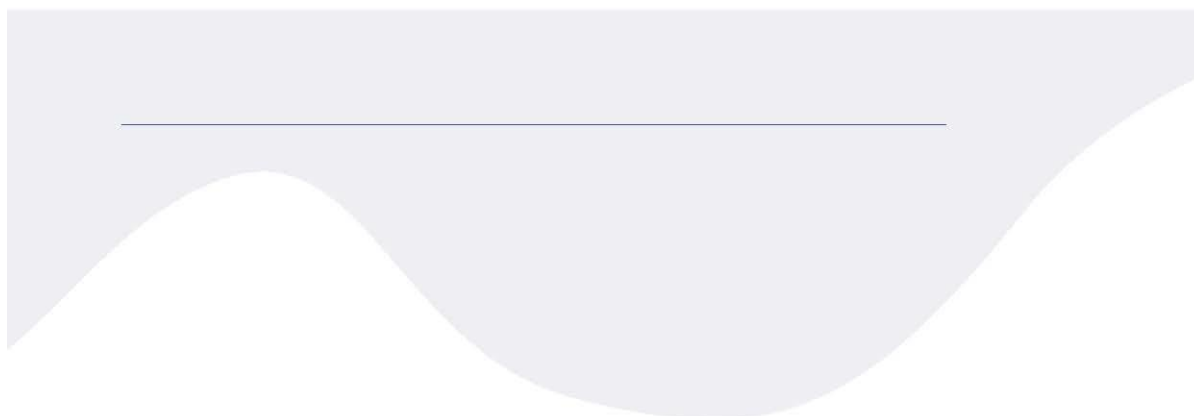
► **Anemia (diminuição dos glóbulos vermelhos), Leucopenia (diminuição das células de defesa) e Plaquetopenia (diminuição de plaquetas):** a quimioterapia também afeta as células saudáveis do nosso corpo, principalmente as do sangue. As células mais afetadas são os glóbulos brancos, que ajudam a proteger o corpo contra infecções; os glóbulos vermelhos, que transportam oxigênio e nutrientes para todo o corpo; e as plaquetas, que ajudam a parar sangramentos. Se as quantidades dessas células ficarem muito baixas, podem aparecer sintomas como: cansaço, falta de ar, pele pálida, febre, manchas roxas na pele e sangramentos.

O que fazer:

- Manter boa higiene corporal e oral.
- Manter uma alimentação saudável, rica em legumes, verduras, frutas, cereais e pobre em gorduras.
- Evitar alimentos crus ou mal-cozidos (carnes, peixes e ovos).
- Lavar bem as frutas, verduras e legumes.
- Proteger a pele de ferimentos ao se depilar, barbear e cortar as unhas.
- Usar preservativos na relação sexual para evitar infecções no período de baixa imunidade.
- Verificar a temperatura sempre que perceber qualquer alteração.

OBS: Procure o hospital em caso de febre igual ou superior a 37,8 °C.

CC



CAVERINA MARCO
PACIENTE COM CÂNCER
COLORISTAL

Conhecendo as modalidades do tratamento

Fadiga: cansaço extremo que não melhora mesmo após descansar. Não é só estar cansado, mas sentir-se sem energia e sem forças para realizar atividades cotidianas, como trabalhar, estudar ou até mesmo se divertir. É uma sensação de exaustão que pode afetar o corpo e a mente.

O que fazer:

- Manter o nível ideal de atividade física e ocupacional (converse com a equipe de saúde);
- Restrição dos cochilos durante o dia: limite de 20 a 30 minutos ou menos;
- Higiene do sono: evitar cafeína depois do meio-dia, estabelecer um ambiente propício para o sono, manter regularidade no horário de ir para a cama;
- Definir prioridades: agendar atividades e adiar as que não são essenciais;
- Adotar técnicas de relaxamento para gerenciar o estresse como meditação, e participar de grupos de apoio.

Neuropatia periférica sensitiva: é um efeito colateral causado pelo uso da Oxaliplatina (um quimioterápico, que pode ser usado para tratar o câncer de intestino), que pode ser induzido ou agravado pela exposição ao frio, provocando sensações como câimbras, formigamento ou perda de sensibilidade na garganta. Na maioria dos casos, essa reação é temporária e desaparece com o tempo.

O que fazer:

Evitar beber líquidos gelados ou tocar em objetos frios por até uma semana após a quimioterapia. Siga sempre as orientações do médico e enfermeiro.

CAVERINA MARCO
PACIENTE COM CÂNCER
COLORISTAL

Conhecendo as modalidades do tratamento

Eritema cutâneo e síndrome-mão-pé: é um efeito colateral causado por alguns quimioterápicos e por algumas drogas de alvo molecular, que pode acometer a pele das mãos e/ou dos pés. Caracteriza-se com o surgimento de vermelhidão na pele, rachaduras, descamação e formação de bolhas.

O que fazer:

- Seguir as recomendações do médico e enfermeiro sobre a prescrição e uso de analgésicos e aplicação tópica de emolientes.

Erupção acneiforme: reação observada em pacientes tratados com terapia alvo, como Cetuximabe. Caracteriza-se como vermelhidão facial e posteriormente, com o aparecimento de erupções papulopustulosas.

O que fazer:

- Seguir as recomendações do médico e enfermeiro sobre a prescrição e uso de proteção solar, hidratação da pele com emolientes. O médico poderá prescrever antimicrobiano tópico ou oral.



INSTITUTO DE
ONCOLOGIA

CO



INSTITUTO DE
ONCOLOGIA

DO

CAUSADA POR: PACIENTE COM CÂNCER COLORECTAL

Conhecendo as modalidades do tratamento

Hiperpigmentação da pele: reação evidente nas unhas, dobras cutâneas e no trajeto venoso e pode ocorrer após algumas semanas após a administração de determinados quimioterápicos, desaparecendo entre três a quatro meses após o tratamento.

O que fazer:

- Evitar exposição solar e utilizar roupas que cubram áreas mais expostas ao sol (braços, ombros e coxas).
- Proteger a face e o couro cabeludo com o uso de chapéus.
- Utilizar óculos escuros se houver hipersensibilidade ocular.
- Aplicar protetor solar com fator de proteção número 30 ou maior.

Além desses efeitos, outros também podem ocorrer, mas o (a) enfermeiro (a) estará à disposição para te orientar de forma personalizada, explicando o que fazer em cada situação, de acordo com o seu tratamento.

10

Radioterapia

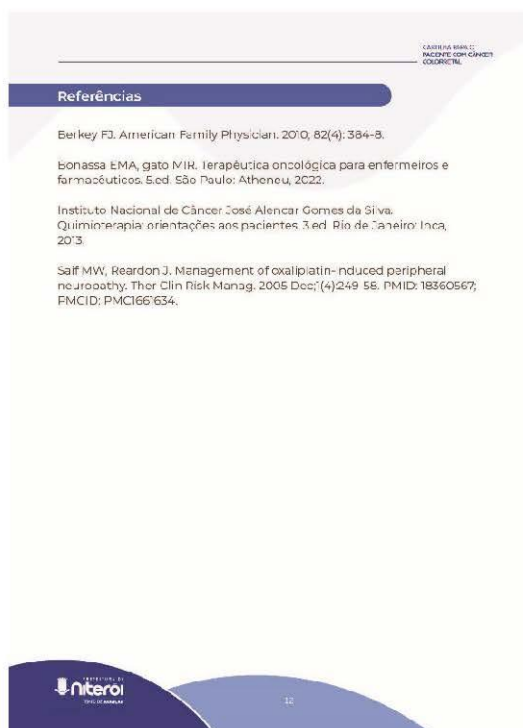
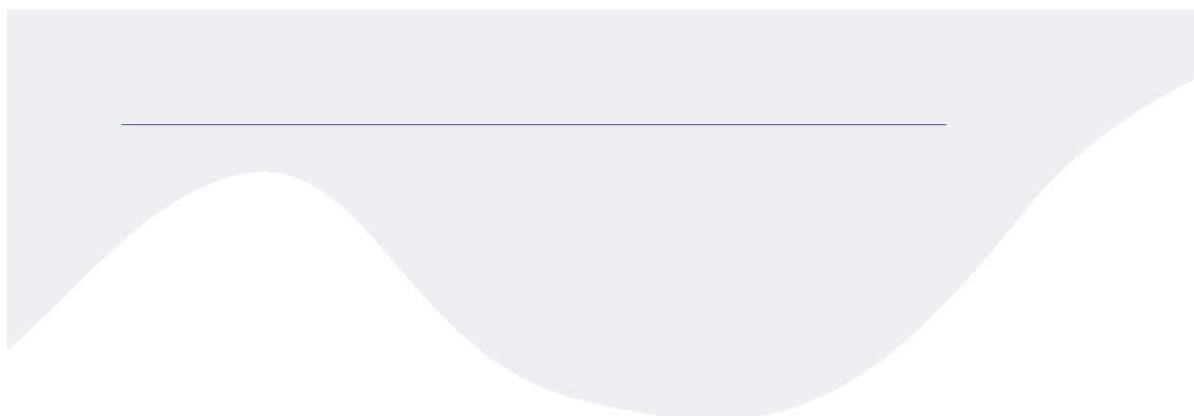
A radioterapia é um tratamento que usa radiação para destruir ou impedir que as células do tumor cresçam.

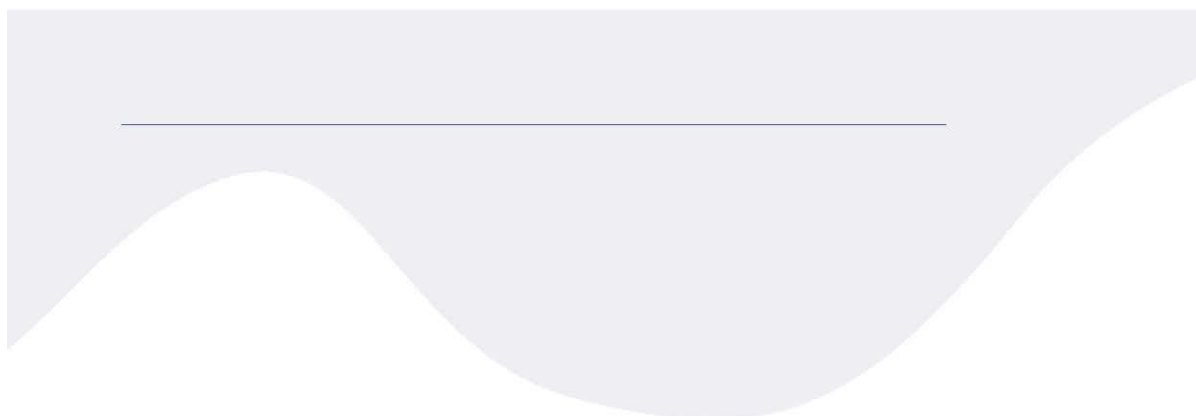
Os principais efeitos colaterais são: cansaço, pele seca e vermelhidão na pele.

O que fazer:

- Descansar bastante.
- Fazer exercícios físicos leves.
- Beber de 2 a 3 litros de líquidos por dia (água, chás e sucos).
- Usar roupas leves.
- Proteger-se do sol.
- Manter a pele da área tratada hidratada, seguindo as orientações do médico ou enfermeiro.
- Lavar a pele da área tratada com água morna e secar com cuidado, sem esfregar. Use sabonete líquido neutro e sem perfume.
- Evitar depilar ou usar lâmina de barbear na pele. O barbeador elétrico é uma boa opção.
- Não esfregar, coçar, arranhar ou escovar a pele tratada com radiação.

11



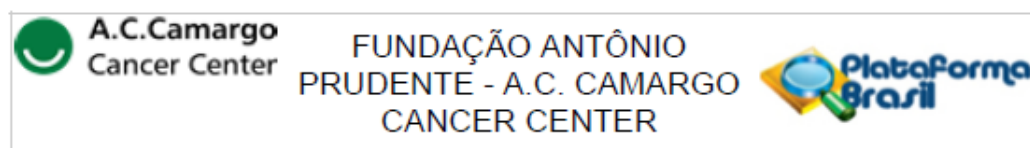


Elaborado por:
Priscila Jéssica D'Ávila Cordeiro
Enfermeira oncológica

Revisado por:
Dra Célia Maria Gouveia de Freitas
Diretora Geral



ANEXO A - Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa-CEP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Construção e validação de instrumentos para a navegação de pacientes com câncer colorretal no Sistema Único de Saúde

Pesquisador: PRISCILA JESSICA D AVILA CORDEIRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 82538024.2.0000.5432

Instituição Proponente: FUNDACAO ANTONIO PRUDENTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Parcial

Detalhe:

Justificativa:

Data do Envio: 02/02/2025

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.411.130

Apresentação da Notificação:

Apresentação do relatório parcial de projeto acima.

Objetivo da Notificação:

Apresentação do relatório parcial, demonstrando final da fase 2, construção de instrumentos para navegação do estudo acima. Submetido pela mestrando Priscila Jessica de Avila Cordeiro.

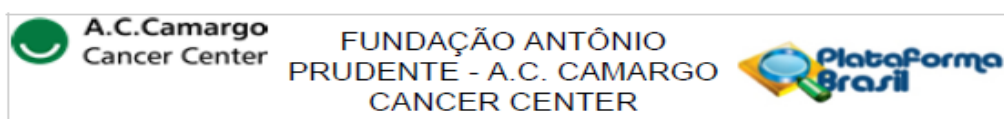
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os dados apresentados não alteram os riscos e benefícios na submissão do projeto.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Vide: "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211, Liberdade
Bairro: Liberdade **CEP:** 01.509-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2189-5020 **Fax:** (11)2189-5020 **E-mail:** cep_accamargo@accamargo.org.br



Continuação do Parecer: 7.411.130

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide: "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide: "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos no relatório parcial do projeto submetido pela aluna de mestrado Priscila Jessica de Ávila Cordeiro, sendo assim, este Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do AC Camargo Cancer Center manifesta-se pela sua aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Não foram observados óbices éticos no relatório parcial do projeto submetido pela aluna de mestrado Priscila Jessica de Ávila Cordeiro, sendo assim, este Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do AC Camargo Cancer Center manifesta-se pela sua aprovação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Envio de Relatório Parcial	Relatorio_acompanhamento_projeto_de_pesquisaassinado.pdf	02/02/2025 13:07:38	PRISCILA JESSICA D AVILA CORDEIRO	Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 26 de Fevereiro de 2025

Assinado por:
DIEGO RODRIGUES MENDONÇA E SILVA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Professor Antônio Prudente, 211, Liberdade
Bairro: Liberdade CEP: 01.509-010
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)2189-5020 Fax: (11)2189-5020 E-mail: cep_accamargo@accamargo.org.br