DANIELE DA SILVA SALGADO OLIVEIRA

**Impacto do monitoramento telefônico de enfermagem nos
sintomas e na qualidade de vida de pacientes no pós-operatório
de câncer de esôfago e estômago**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Ciências em Gastroenterologia

Orientador: Prof. Dr. Ulysses Ribeiro Júnior

**São Paulo
2019**

DANIELE DA SILVA SALGADO OLIVEIRA

**Impacto do monitoramento telefônico de enfermagem nos
sintomas e na qualidade de vida de pacientes no pós-operatório
de câncer de esôfago e estômago**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Ciências em Gastroenterologia

Orientador: Prof. Dr. Ulysses Ribeiro Júnior

**São Paulo
2019**

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Oliveira, Daniele da Silva Salgado
Impacto do monitoramento telefônico de enfermagem
nos sintomas e na qualidade de vida de pacientes no
pós-operatório de câncer de esôfago e estômago / Daniele
da Silva Salgado Oliveira. -- São Paulo, 2019.
Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Ciências em Gastroenterologia.
Orientador: Ulysses Ribeiro Júnior.

Descritores: 1.Monitoramento telefônico
2.Enfermagem 3.Neoplasias 4.Qualidade de vida
5.Gastrectomia 6.Esofagectomia

USP/FM/DBD-287/19

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Dedicatória

Dedico esta tese

*aos meus pais **Amaury e Auxiliadora**, pelo
alicerce da minha vida, por todo empenho e
esforço durante anos para minha educação;*

*a minha irmã **Julienne**, pelo apoio e exemplo
de perseverança;*

*ao meu esposo **Maycon**, pelo companheirismo,
pelo amor de cada dia e pelo incentivo no
trabalho à saúde;*

*à família e aos amigos, por estarem sempre
presentes, mesmo na minha ausência.*

*Minha eterna gratidão ao professor **Ulysses
Ribeiro Junior**, pela oportunidade, por
sempre acreditar nos meus conhecimentos e
por todos os ensinamentos.*

Agradecimentos

A Deus, por iluminar os meus caminhos e me ajudar nos momentos difíceis, permitindo que o meu sonho se tornasse realidade.

Aos meus pais, por dividirem as conquistas e dificuldades, pelo amor incondicional e por tudo que fizeram para eu alcançar meus sonhos na vida acadêmica, abdicando até mesmo dos seus próprios sonhos.

Ao meu esposo Maycon, por toda compreensão em minhas ausências, por sempre me ouvir mesmo quando cansado e por me fazer muito feliz.

A minha irmã Juliene, por ser uma pessoa maravilhosa, amiga e a razão do meu viver.

Ao meu cunhado Wilson, pela ajuda desde a graduação na realização dos meus trabalhos.

Aos meus amigos da vida e do ICESP, por sempre me apoiarem e incentivarem nas atividades acadêmicas e pelo companheirismo diário.

A minha ex-coordenadora Débora Tayana, pois, sem o seu apoio, eu não teria conseguido chegar até aqui e por sempre acreditar em mim.

Ao estatístico Alex, pela ajuda e paciência em meus momentos de dúvidas e indecisões.

Ao professor Ulysses Ribeiro Junior, pelos ensinamentos e grande paciência nas minhas ansiedades e pelo incentivo diário.

A todos os meus familiares, pelo incentivo e pelos estímulos.

Ao meu cachorro Hook, que mesmo não conseguindo “passear”, nunca deixou de demonstrar o seu amor e por sempre esquentar os meus pés durante a escrita da dissertação.

E, por fim, aos meus pacientes, pois, sem eles, nada disso seria possível e porque, mesmo em seus momentos difíceis, nos deixam lições de vida para serem cultivadas a cada dia.

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento da publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª Ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas e siglas

Lista de tabelas

Lista de figuras

Lista de quadros

Resumo

Abstract

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Câncer de esôfago	15
1.2 Câncer de estômago	17
1.3 Monitoramento telefônico	19
1.4 Qualidade de vida.....	27
1.5 Câncer e estresse	29
1.6 Dor.....	29
1.7 Satisfação do paciente em relação ao monitoramento telefônico.....	31
2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	33
3 OBJETIVOS.....	34
3.1 Objetivo geral.....	35
3.2 Objetivos específicos.....	35
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	36
4.1 Desenho de estudo.....	37
4.2 Local do estudo	37
4.3 Casuística e aspectos éticos.....	37
4.4 Aspectos demográficos	37
4.5 Definição dos grupos de estudo	38
4.5.1 Grupo Controle.....	38
4.5.2 Grupo Intervenção.....	38
4.6 Critérios de elegibilidade	38
4.6.1 Critérios de inclusão.....	38
4.6.2 Critérios de exclusão	38
4.7 Metodologia do estudo	39

4.8 Instrumentos utilizados para a coleta dos dados	40
4.8.1 Questionário de características sociodemográficas e clínicas	40
4.8.2 Questionário de Qualidade de Vida – <i>European Organization for Research and Tratamento of Cancer</i> (EORTC QLQ C30)	41
4.8.3 Questionário Termômetro de <i>Distress</i> (estresse)	43
4.8.4 Escala Categórica Verbal de Dor	44
4.8.5 Instrumento de satisfação dos pacientes.....	44
4.9 Análise estatística dos dados	44
5 RESULTADOS.....	46
5.1 Caracterização da amostra.....	47
5.2 Avaliação do questionário de qualidade de vida – EORTC QLQ C30	52
5.3 Avaliação do questionário de Termômetro de <i>Distress</i> (estresse)	66
5.4 Avaliação da escala categórica verbal de Dor.....	68
5.5 Avaliação das admissões dos pacientes no Centro de Atendimento de Intercorrências Oncológicas (CAIO)	70
5.6 Avaliação da sintomatologia dos pacientes e as intervenções de enfermagem.....	72
5.7 Avaliação do instrumento de satisfação dos pacientes.....	75
6 DISCUSSÃO	77
7 CONCLUSÕES	90
8 ANEXOS	92
9 REFERÊNCIAS	114
APÊNDICES.....	125

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

et al.	e outros
G.C.	Grupo controle
G.E.	Grupo experimental
ASCO	<i>American Society of Clinical Oncology</i>
APS	<i>American Pain Society</i>
ASA	<i>American Society of Anesthesiology</i>
CAIO	Centro de Atendimento de Intercorrências Oncológicas
CEC	Carcinoma espinocelular
CNE	Cateter nasoenteral
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CTC	<i>Common Toxicity Criteria</i>
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DRGE	Doença do refluxo gastroesofágico
EORT	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer</i>
EUA	Estados Unidos da América
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
GTT	Gastrostomia
HAD	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HbA1c	Hemoglobina glicada
HDL	Lipoproteína de alta densidade
IARC	<i>International Agency for Research on Cancer</i>
ICC	Insuficiência cardíaca congestiva
ICESP	Instituto do Câncer do Estado de São Paulo
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
KPS	<i>Karnofsky Performamance Status</i>
LHL	<i>Low density lipoproteins</i>
NCI	<i>National Cancer Institute</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAD	Pressão arterial diastólica
PAS	Pressão arterial sistólica
PS-ECOG	<i>Performance Status of Eastern Cooperative Oncology Group</i>
QV	Qualidade de vida
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
NCCN	<i>National Comprehensive Cancer Network</i>
TNM	Classificação dos tumores malignos - Estádio
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise descritiva das variáveis qualitativas, incluindo frequências absoluta e relativa e intervalo de confiança de 95% (IC95%) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção.	48
Tabela 2 - Análise descritiva das variáveis quantitativas da idade, incluindo média, desvio padrão, mediana, percentil 25 e 75 (P25-P75) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção.	48
Tabela 3 - Análise descritiva das comorbidades e avaliações pré-cirúrgica (ASA, ECOG e KPS), incluindo frequências absoluta e relativa e intervalo de confiança de 95% (IC95%) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção.	49
Tabela 4 - Análise descritiva das cirurgias, incluindo frequências absoluta e relativa e intervalo de confiança de 95% (IC95%) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção.	50
Tabela 5 - Análise descritiva dos tratamentos realizados pelos pacientes antes ou após a cirurgia, incluindo frequências absoluta e relativa e intervalo de confiança de 95% (IC95%) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção.	51
Tabela 6 - Análise descritiva do acompanhamento dos pacientes durante o estudo, incluindo frequências absoluta e relativa e intervalo de confiança de 95% (IC95%) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção.	51
Tabela 7 - Distribuição da escala verbal de dor, incluindo frequências absoluta e relativa e intervalo de confiança de 95% (IC95%) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção.	70
Tabela 8 - Análise descritiva do Contato telefônico incluindo frequências absoluta e relativa e intervalo de confiança de 95% (IC95%).	73
Tabela 9 - Distribuição dos fatores de satisfação incluindo frequências absoluta e relativa e intervalo de confiança de 95% (IC95%) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção.	76

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição do escore de Função física (<i>Physical functions</i> - PHF) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.	52
Figura 2 - Distribuição do escore de Desempenho de papel (<i>Role functioning</i> – RF) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.	53
Figura 3 - Distribuição do escore de Função cognitiva (<i>Cognitive functioning</i> – CF) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.	54
Figura 4 - Distribuição do escore sobre a Função emocional (<i>Emotional functioning</i> – EF) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.....	55
Figura 5 - Distribuição do escore da Função social (<i>Social functioning</i> – SF) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.	56
Figura 6 - Distribuição do escore de Dor (<i>Pain scale</i> – PS), entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.	57
Figura 7 - Distribuição do escore do sintoma de Fadiga (<i>Fatigue scale</i> – FS) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.	58
Figura 8 - Distribuição do escore de náusea e vômito (<i>Nausea and vomiting scale</i> – NVS) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.....	59
Figura 9 - Distribuição do escore de Dispneia (<i>Dyspnea scale</i> – DS), entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.....	60
Figura 10 - Distribuição do escore de Insônia (<i>Insomnia scale</i> – IS) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.....	61
Figura 11 - Distribuição do escore de Perda de apetite (<i>Appetite loss scale</i> – ALS) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.	62
Figura 12 - Distribuição do escore de Constipação (<i>Constipation scale</i> – ConS) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.	63
Figura 13 - Distribuição do escore de Diarreia (<i>Diarrhea scale</i> – DiS) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.....	64
Figura 14 - Distribuição do escore de Dificuldade financeira (<i>Financial difficulty scale</i> – FDS) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.....	65
Figura 15 - Distribuição do escore de Saúde global e Qualidade de vida (<i>Global health scale</i> - GHS) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.....	66
Figura 16 - Distribuição do <i>distress</i> entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.	67
Figura 17 - Quantidade de idas ao CAIO entre os grupos controle e intervenção	71

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Monitoramento telefônico <i>versus</i> doenças crônicas	22
Quadro 2 - Escores do EORTC QLQ-C30 versão 3.0.	42
Quadro 3 - Análise descritiva do CAIO, incluindo frequências absoluta e relativa e intervalo de confiança de 95% (IC95%) e nível descritivo entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção.	72

RESUMO

Oliveira DSS. *Impacto do monitoramento telefônico de enfermagem nos sintomas e na qualidade de vida de pacientes no pós-operatório de câncer de esôfago e estômago* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

Introdução: O tratamento cirúrgico é uma das opções terapêuticas utilizadas para o tratamento dos tumores de esôfago e estômago, entretanto, os pacientes, após a cirurgia, podem apresentar sintomas indesejáveis decorrentes da doença, do tipo de ressecção e também da reconstrução utilizada. Estes sintomas associados ao *distress* podem alterar a qualidade de vida destes pacientes. O monitoramento telefônico tem como propósito melhorar a adesão do paciente ao tratamento, sendo um complemento da assistência presencial. **Objetivos:** Avaliar o impacto do monitoramento e das orientações de enfermagem por telefone entre dois grupos de pacientes submetidos a procedimento cirúrgico relacionado ao câncer de esôfago ou estômago, com avaliação de sintomas, qualidade de vida, *distress*, admissões no centro de emergência e satisfação do paciente em relação ao monitoramento telefônico. **Métodos:** Estudo randomizado, realizado no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP-HCFMUSP), no período de maio de 2015 a dezembro de 2017. O estudo possui dois grupos: controle e intervenção. O grupo intervenção recebeu o monitoramento telefônico por quatro momentos após a cirurgia, com as orientações quanto à sintomatologia apresentada ao paciente. Para as avaliações durante o estudo, utilizaram-se instrumentos de qualidade de vida, *distress* e dor. Os pacientes em ambos os grupos foram acompanhados no primeiro momento pré-cirúrgico e por quatro momentos após a cirurgia. **Resultados:** Dos 81 pacientes, 40 foram randomizados para o grupo controle e 41 para o grupo intervenção, sendo a maioria dos pacientes do gênero masculino, com média de idade de 61 anos, para o grupo controle, e 64 anos, para o grupo intervenção. Em relação à avaliação da qualidade de vida, verificou-se que o domínio mais afetado foi o desempenho de papel e função social, com o menor escore em pelo menos 25% dos pacientes; nos sintomas, os mais afetados foram perda do apetite e constipação, fadiga, insônia. A saúde global atingiu média razoável, mas não demonstrou diferença estatisticamente significativa entre os grupos e os momentos. Na avaliação do termômetro de *distress*, não houve diferença entre os grupos, ($p=0,414$). Na avaliação da dor, também não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos e a maioria dos pacientes referiu ausência de dor no pré e no pós-operatório. Em ambos os grupos as frequências de admissões no centro de emergência foram semelhantes ($p=0,539$). No monitoramento telefônico com os pacientes do grupo intervenção, o sintoma mais relatado foi a dor, seguida de diarreia e náuseas. Na avaliação entre os grupos, em relação ao grau de satisfação para o atendimento do paciente, verificou-se que, no grupo intervenção, 87,5% dos pacientes avaliaram o serviço como excelente, em relação a 53,3% dos pacientes do grupo controle, ($p=0,002$). **Conclusões:** Não houve significância estatística entre os grupos controle e intervenção em relação à sintomatologia, à qualidade de vida, à dor e ao *distress*, durante o acompanhamento proposto no pré e no pós-operatório. O monitoramento telefônico não reduziu o número de admissões no serviço de emergência dos pacientes entre os grupos. O monitoramento ativo dos pacientes proporcionou maior satisfação dos pacientes do grupo intervenção, apesar do índice já elevado de satisfação com o “Alô Enfermeiro”.

Descritores: Monitoramento telefônico; Enfermagem; Neoplasias; Qualidade de vida; Gastrectomia; Esofagectomia.

ABSTRACT

Oliveira DSS. *Impact of nursing telephone monitoring on the symptoms and quality of life of patients in the postoperative period of esophageal and stomach cancer* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2019.

Introduction: Surgical treatment is one of the therapeutic options used to treat esophageal and stomach tumors; however, after surgery, patients may present adverse symptoms due to the disease, the type of resection and the reconstruction used. These symptoms associated with distress may change the quality of life of these patients. The purpose of telephone monitoring is to improve patient adherence to treatment and complementing on-site assistance. **Objectives:** To evaluate the impact of monitoring and nursing guidance by telephone between two groups of patients undergoing surgical procedure related to esophageal or stomach cancer, with symptom assessment, quality of life, distress, admissions to the emergency care and patient satisfaction to telephone monitoring. **Methods:** A randomized study, conducted at the Cancer Institute of the State of São Paulo (ICESP-HCFMUSP), from May 2015 to December 2017. The study has two groups: control and intervention. The intervention group received telephone monitoring in four moments after surgery, with guidance regarding the symptomatology presented to the patient. For the evaluations during the study, instruments of quality of life, distress and pain were used. Patients in both groups were followed at the first pre-surgical time and in four moments after surgery. **Results:** Of the 81 patients, 40 were randomized to the control group and 41 to the intervention group. Most patients were male, with a mean age of 61 years in the control group and 64 years in the intervention group. For quality of life, it was verified that the domain most affected was the performance of role and social function, with the lowest score in at least 25% of the patients; in the symptoms, the most affected were loss of appetite and constipation, fatigue, insomnia. Overall health showed a reasonable mean, but did not show statistical significance between groups and moments. In the distress evaluation, there was no statistical significance between the groups ($p=0.414$). In the evaluation of pain, there was no statistical significance between the groups and most of the patients reported absence of pain in the pre- and postoperative period. In both groups' frequency of admissions to the emergency care were similar ($p=0.539$). In telephone monitoring with patients from the intervention group, the most reported symptom was pain, followed by diarrhea and nausea. Regarding the degree of satisfaction with patient care, it was found that, in the intervention group, 87.5% of the patients rated the service as excellent compared to 53.3% in the control group ($p = 0.002$). **Conclusions:** There was no statistical significance between the control and intervention groups regarding symptomatology, quality of life, pain and distress, during the pre and postoperative follow-up. Telephone monitoring did not reduce the number of admissions to the emergency department of the patients between the groups. The active monitoring of the patients provided greater satisfaction of the patients of intervention group, despite the already high satisfaction index with the “Alô Enfermeiro”.

Descriptors: Monitoring; Nursing; Neoplasms; Quality of life; Gastrectomy; Esophagectomy.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

O câncer é a segunda causa de morte no mundo e um dos problemas mais importantes de saúde pública, com aumento significativo de casos nas últimas décadas¹.

Segundo a Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC), em 2012, em todo mundo, ocorreram 14,1 milhões de novos casos de câncer; 8,2 milhões de mortes, sendo mais prevalentes em regiões menos desenvolvidas. Estima-se que, no ano de 2030, 27 milhões de pessoas terão o diagnóstico de câncer, com 17 milhões de mortes, enquanto 75 milhões de pessoas estarão em tratamento ou seguimento por câncer. Com este relatório, a Organização Mundial de Saúde (OMS) pede que sejam intensificadas as medidas de prevenção à doença².

No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) estima, para o biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer para cada ano. Essa estimativa reflete o perfil de um país que possui os cânceres de próstata, pulmão, mama e cólon/reto entre os mais incidentes, com altas taxas, também, para os cânceres de colo de útero, estômago e esôfago. Em relação à mortalidade por câncer, esta constituiu, em 2010, quase 17% dos óbitos ocorridos no país³. Em 2016, foram registrados, no Brasil, 112.771 óbitos por câncer em homens e 99.499 em mulheres⁴.

1.1 Câncer de esôfago

O câncer de esôfago representa uma das neoplasias mais relevantes, estando entre os dez cânceres mais comuns no mundo. Segundo as estimativas da IARC, de 2012, a taxa de incidência para ambos os sexos foi de 9,0/100 mil; entretanto, este câncer acomete o sexo masculino 2,4 vezes mais do que as mulheres, podendo ser considerado o oitavo mais frequente em todo o mundo, com prevalência estimada em 2014, sendo de 45 mil casos na população norte-americana. As taxas de incidência e mortalidade são mais elevadas na Ásia Central e Oriental, bem como no Leste da África, e relativamente mais baixas no Oeste da África e em alguns países latino-americanos^{2,4,5}.

No Brasil, estimam-se 8.240 casos novos de câncer de esôfago em homens e 2.550 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019, com risco estimado de 7,99 casos novos a cada 100 mil homens e 2,38 para cada 100 mil mulheres, ocupando a sexta e a décima quinta posições, respectivamente. Em relação à distribuição geográfica, em homens, é o quinto câncer mais frequente na Região Sul, enquanto que as mulheres ocupam o décimo segundo lugar nesta região. Em relação à mortalidade, este é considerado um dos mais letais em relação aos outros cânceres. Em 2016, foram registrados 6.499 óbitos por câncer de esôfago em homens e 1.839 em mulheres⁴.

Embora a taxa de sobrevida para pacientes com câncer de esôfago tenha melhorado nas últimas décadas, ainda se mostra ruim, pois o tratamento curativo é destinado apenas para pacientes com doença precoce ou, no máximo, localmente avançado^{6,7}.

O câncer de esôfago pode ser classificado, de acordo com o tipo histológico, em epidermoide ou carcinoma espinocelular (CEC) e adenocarcinoma. O tipo histológico mais comumente encontrado ainda é o CEC, responsável por aproximadamente 76% dos casos, geralmente relacionados a fatores de risco – como tabagismo, etilismo, acalasia e consumo frequente de bebidas quentes. O adenocarcinoma é o segundo tipo histológico mais frequente e está relacionado à doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), à obesidade e ao esôfago de Barrett (displasia de alto grau, considerada uma condição pré-maligna)^{8,9,10,11,12,13}.

A obtenção de um estágio preciso (classificação tumor – nódulo – metástase TNM), é crucial para otimizar os resultados e o tratamento da doença. A sobrevida global em 5 anos continua baixa, embora algumas melhorias tenham sido alcançadas, com aumento de 5% para 17-19% nos últimos 40 anos, provavelmente devido à detecção precoce no esôfago de Barrett, às melhorias no cuidado perioperatório e ao uso de quimioterapia (QT) e radioterapia (RDT)¹³.

A disfagia é um dos primeiros sintomas a se manifestar no câncer de esôfago, ocorrendo em função dos processos obstrutivos ocasionados pelo tumor¹⁴, estando presente em 75 a 90% dos casos⁷.

O tratamento inclui QT, RDT (isolada ou combinada) e tratamento cirúrgico⁹, o qual oferece maior possibilidade de cura, podendo ser realizado também como tratamento paliativo para disfagia e/ou controle local⁷ para os cânceres que não

apresentam invasão de outras estruturas (irressecáveis) ou doenças metastáticas à distância. Para pacientes com estágio I – III que recebem tratamento cirúrgico, a sobrevida em 5 anos é de 28-40%, comparada a 10% para aqueles tratados sem ressecção¹³.

Nos primeiros meses de pós-operatório, os pacientes podem apresentar sintomas indesejáveis, como pouca aceitação alimentar, náuseas, perda de peso, astenia, diarreia, dor, disfagia e regurgitação que podem prejudicar a qualidade de vida quando comparada à condição pré-operatória¹⁵.

Quando o tratamento curativo não é possível, o alívio da disfagia e a melhora da qualidade de vida tornam-se os objetivos principais da terapêutica¹⁶.

1.2 Câncer de estômago

De todos os cânceres que ocorrem no mundo, o câncer de estômago alcançou o quinto lugar, em 2012, com prevalência de quase 1 milhão de casos – 6,8% do total de doenças. É mais frequente em países com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo ou médio. As menores taxas foram encontradas na África Ocidental, 3,3/100 mil e 2,6/100 mil para os sexos masculino e feminino, respectivamente².

A previsão global para 2025 sugere que as taxas de incidências apresentarão decréscimos anuais, da mesma maneira que a mortalidade. Em contrapartida, tem aumentado a probabilidade de sobrevida, atingindo 30% em 5 anos⁹.

Em relação à mortalidade no mundo, para ambos os sexos, é a terceira causa, com 723 mil mortes, 8,8% do total, sendo que a menor taxa é a observada na população norte-americana⁵.

Segundo o INCA, para o Brasil, no biênio 2018-2019, estimam-se 13.540 casos novos de câncer de estômago, entre homens, e 7.750, nas mulheres, com risco estimado de 13,11 casos novos para cada 100 mil homens e 7,32 para cada 100 mil mulheres. Entre homens, é o quarto mais incidente e o sexto entre as mulheres.

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de estômago em homens é o segundo mais frequente nas regiões Norte (12,35/100 mil) e Nordeste (11,17/100 mil). Na região Sudeste (13,46/100 mil), ocupa a quinta posição. Para as

mulheres, é o quinto mais frequente nas regiões Sul (8,95/100 mil), Centro-Oeste (6,52/100 mil) e Norte (5,31/100 mil). Na região Sudeste (7,41/100 mil), ocupa a sétima posição⁹.

No Brasil, ocorreram, em 2016, 9.424 óbitos por câncer de estômago, em homens, e 5.226, em mulheres^{9,4}.

Dentre as explicações sobre o declínio relacionado à mortalidade incluem-se: melhores práticas de conservação dos alimentos, tais como refrigeração; novos hábitos alimentares; melhor controle da infecção por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*); e redução do tabagismo, além da melhoria dos métodos diagnósticos e terapêuticos⁸.

O tipo histológico mais comum (mais de 90% dos casos) é o adenocarcinoma (bem diferenciado ou intestinal, pouco diferenciado ou difuso), mas podem ocorrer linfomas gástricos, sarcomas, GIST (Tumor estromal gastrointestinal), tumores neuroendócrinos e outros mais raros^{17,18,19}.

O adenocarcinoma tipo intestinal ocorre comumente em pacientes do sexo masculino, idosos, associado à presença de gastrite crônica e metaplasia intestinal decorrente da inflamação gástrica associada com a infecção pelo *H. pylori*. Já o tipo difuso ocorre em pacientes jovens, com maior igualdade entre os sexos, e tem comportamento mais agressivo²⁰.

Diversos fatores de risco podem estar associados ao surgimento do câncer de estômago, como a infecção pela bactéria *H. pylori*, além de idade avançada, hábitos de vida e alimentação (rico em sal, conservantes e defumados), exposição a drogas, tabagismo, associação a outras doenças, como a gastrite, história familiar, com componentes hereditários (presente em cerca de 10 a 15 % dos casos de câncer)^{17,19,20}.

Geralmente, existem poucos sintomas específicos para este tumor, sendo os mais frequentes: perda de peso e de apetite, sensação de plenitude gástrica, náuseas, vômitos, desconforto abdominal, fadiga, epigastralgia e melena^{8,11}.

Normalmente, a doença é diagnosticada tardiamente devido à inespecificidade dos sintomas na fase inicial da doença²¹.

O tratamento cirúrgico é uma das alternativas terapêuticas, a depender da localização, do tamanho, da extensão, da disseminação e do tipo histológico do tumor, além do tratamento de QT, RDT e endoscópico (ressecção endoscópica)^{11,19,22}.

As ressecções gástricas podem ser curativas e não curativas, sendo a curativa dividida em gastrectomia total ou subtotal (procedimento cirúrgico realizado com intenção curativa, envolvendo a ressecção do estômago e a dissecação linfonodal estendida, do tipo D2). Busca-se a ressecção R0, ou seja, sem evidências macroscópicas de tumor intracavitário após a ressecção. O tratamento paliativo pode ser a gastrectomia paliativa (visa prolongar a sobrevida ou retardar o início dos sintomas, reduzindo o volume do tumor), ou derivações como a gastrojejunostomia (realizada para aliviar sintomas, como obstruções)²².

A gastrectomia total com dissecação linfonodal estendida é considerada um procedimento de alto nível de complexidade, pois apresenta índices de morbidade e mortalidade não desprezíveis, sendo as complicações mais temidas as fístulas duodenal e a deiscência da anastomose esôfago-jejunal, observadas em 7 a 15% dos casos^{23,24}.

1.3 Monitoramento telefônico

O telefone vem sendo utilizado para diversas finalidades na Medicina, desde a triagem até o acompanhamento de pacientes crônicos; no cuidado primário de saúde e no aconselhamento de saúde, o que permite a diminuição do tempo de espera para consulta, redução do custo em locomoção de pacientes, além de melhorar o contato profissional. Para garantia da eficiência no uso do monitoramento via telefônica, há necessidade de se ter algumas competências, como: empatia; capacidade de escuta; autoconsciência em relação a seus próprios preceitos; capacidade de transmitir informações de forma clara e objetiva; capacidade de adequar informações, consideração sobre as particularidades e preocupações dos pacientes e orientar possível intervenção em cada caso²⁵. Existem poucos estudos voltados ao monitoramento de pacientes em pós-operatório de cirurgias por câncer.

O uso do telefone pela enfermagem evoluiu ao longo das décadas, vindo pela primeira vez durante a década de 1960²⁶. Em 20 de fevereiro de 2014, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) publicou o parecer nº 04/2014, que aponta a legalidade de o enfermeiro promover atendimento ao paciente via telefone como complemento à assistência presencial. Tal parecer destaca a importância da proximidade enfermeiro-paciente, viabilizando assim a melhor compreensão das necessidades como

um todo de cada indivíduo. Ressalta, ainda, a incumbência descrita no art. 17 do Código de Ética dos profissionais de enfermagem: “Prestar adequadas informações à pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de enfermagem”²⁷.

O monitoramento pode ter como propósito a adesão do paciente ao tratamento, assim como às intervenções farmacológicas e não farmacológicas no manejo de sintomas, além de ser uma importante ferramenta no autogerenciamento do paciente. Para garantia desse propósito, vale destacar o importante papel do enfermeiro, juntamente com a equipe interdisciplinar, para estabelecer as estratégias de educação mais apropriadas ao perfil da população atendida, levando segurança ao paciente, promovendo comunicação clara e efetiva, demonstrando a importância dos manejos não farmacológicos dos sintomas, atuando na mudança comportamental de modo positivo, visando, desta forma, melhor adesão ao tratamento e seu cuidado domiciliar após um procedimento cirúrgico²⁸.

Aconselhamento por telefone é uma habilidade essencial para o enfermeiro ambulatorial, tornando um componente integral do cuidado de saúde. Este deve ser realizado por um enfermeiro experiente com base em conhecimentos especializados, possuindo excelente comunicação e habilidades que permitirão uma avaliação precisa. A monitorização por telefone é onde o enfermeiro está em contato direto com o paciente ou cuidador, sendo um processo interativo para resolução de problemas e atendimento individualizado ao paciente, envolvendo a avaliação dos dados coletados, identificação do problema, planejamento, implementação e avaliação²⁶.

O Conselho Internacional de Enfermagem define o *telenursing* como “o uso da tecnologia de telecomunicações em enfermagem para melhorar o atendimento ao paciente por meio de canais eletromagnéticos para transmitir voz, dados e sinais de comunicação; também é definido como a comunicação a distância, por meio de transmissões elétricas ou ópticas entre humanos”²⁹.

O Instituto do Câncer do Estado de São Paulo Octavio Frias de Oliveira (ICESP) tem disponível este recurso. Existe uma central de monitoramento telefônico (24 horas por dia), que foi nomeada como “Alô Enfermeiro”, sendo um serviço telefônico em funcionamento por 24 horas para esclarecimento de dúvidas, à distância, dos pacientes em tratamento oncológico clínico ou cirúrgico, com objetivo de proporcionar

intervenções de manejo de sinais e sintomas, baseado nos protocolos institucionais. O cenário da assistência à distância em relação aos procedimentos cirúrgicos, na “Central do Alô Enfermeiro”, acontece através das orientações pré e pós-cirúrgicas, como cuidados com curativos, manipulação de drenos, sintomas associados à doença e à cirurgia, intervenções da equipe multiprofissional aos pacientes que recusarem o tratamento cirúrgico, orientação quanto ao atendimento no Centro de Atendimento de Intercorrências Oncológicas (CAIO) em caso de gravidade; dentre outras orientações e cuidados³⁰.

Na literatura, destacam-se alguns artigos que mencionam o monitoramento, nas suas diversas vertentes, em algumas doenças crônicas, conforme demonstrado no quadro abaixo.

Quadro 1 - Monitoramento telefônico *versus* doenças crônicas

Autor / Ano	Nº paciente / Revisão	Morbidade	Objetivos	Desfecho	País
Torres <i>et al</i> (2013) ³¹	115 pacientes	Diabetes Mellitus Tipo 2	Descrever a experiência do monitoramento telefônico como estratégia educativa no autocuidado.	Fortalecer vínculos; Intervenção rápida e eletiva; Aumento da aquisição de conhecimento para a prática educativa.	Brasil
Landin <i>et al</i> (2011) ³²	26 pacientes	Diabetes Mellitus (DM)	Identificar o significado do acompanhamento telefônico sobre o preparo e a aplicação de insulina.	Valoriza o significado do monitoramento; Monitoramento se dá de forma tranquila, com atenção e tempo suficiente para o ensino e mostra uma estratégia favorável.	Brasil
Morgan <i>et al</i> (2013) ³³	210 pacientes: 106 (GE) e 104 (GC)	Diabetes Mellitus	Avaliar o monitoramento telefônico para a promoção do autocuidado associado à atividade física e à dieta	Grupo Experimental houve melhora da prática do autocuidado na atividade física e dieta, além da melhora da qualidade de vida.	Brasil
Vasconcelos <i>et al</i> (2015) ³⁴	31 pacientes: 16 (GE) e 15 (GC)	Diabetes Mellitus	Avaliar o efeito de um programa de intervenção com orientações sobre a doença, por telefone, no controle clínico e laboratorial	Melhor adesão no uso das medicações e no grupo experimental houve redução da pressão arterial e dos controles laboratoriais.	Brasil

continua

continuação					
Autor / Ano	Nº paciente / Revisão	Morbidade	Objetivos	Desfecho	País
Fernandes <i>et al</i> (2016) ³⁵	210 pacientes: 104 (GE) e 106 (GC)	Diabetes Mellitus	Avaliar a efetividade da intervenção telefônica na promoção do autocuidado relacionado à atividade física e ao seguimento de um plano alimentar em pacientes com DM comparada ao acompanhamento convencional	O contato telefônico contribuiu para a melhora das práticas de atividade física e do segmento do plano alimentar. Ligações possibilitaram diálogo, reflexão, afeito benéfico ao autocuidado dos pacientes com DM	Brasil
Becker (2011) ³⁶	26 pacientes	Diabetes Mellitus	Avaliar a competência do paciente para realizar o processo de aplicação de insulina, antes e após o acompanhamento por telefone.	O acompanhamento telefônico foi efetivo, como estratégia de intervenção de enfermagem no processo de aplicação de insulina em domicílio.	Brasil
Olivatto <i>et al</i> (2015) ³⁷	98 pacientes: 18 (GE) e 27 (GC)	Diabetes Mellitus Tipo 2	Avaliar as expectativas e a satisfação do paciente portador de DM tipo 2 em relação ao apoio para automonitoramento.	Velocidade de acesso do paciente ao profissional da saúde; Diminuição do tempo de espera para consulta, Redução do tempo e do custo na locomoção dos pacientes, Aumento da frequência dos contatos o que facilita o retorno do paciente Através da satisfação do paciente, observou-se que o profissional obteve retorno das técnicas e praticas das intervenções, ganhando tempo e qualidade nas ações educativas.	Finlândia

continua

continuação					
Autor / Ano	Nº paciente / Revisão	Morbidade	Objetivos	Desfecho	País
Vuorinen <i>et al</i> (2014) ³⁸	94 pacientes: 47 (GE) e 47 (GC)	Insuficiência Cardíaca	Verificar se o atendimento multidisciplinar associado ao monitoramento telefônico leva à diminuição da hospitalização	Não houve significância estatística no tempo (dias) de internação e no autocuidado. O grupo experimental utilizou mais os cuidados de saúde, resultando em aumento significativo na carga de trabalho da enfermagem.	Brasil
Ong <i>et al</i> (2016) ³⁹	1.437 pacientes: 715 (GE) e 722 (GC)	Insuficiência Cardíaca	Avaliar a eficácia de uma intervenção, usando o monitoramento telefônico, na redução da readmissão de ambas as causas em 180 dias.	A intervenção e os grupos de cuidados habituais não diferiram significativamente nas readmissões após a alta e na mortalidade.	Estados Unidos da América
Domingues <i>et al</i> (2011) ⁴⁰	111 pacientes: 48 (GE) e 63 (GC)	Insuficiência Cardíaca	Comparar dois grupos de intervenção de enfermagem entre os pacientes hospitalizados com monitorização telefônica após a alta hospitalar.	A intervenção educativa de enfermagem intra-hospitalar beneficiou todos os pacientes em relação ao conhecimento da doença e ao autocuidado, independentemente do contato telefônico após a alta.	Brasil
Cavalari <i>et al</i>, (2012) ⁴¹	Revisão integrativa	Doenças Crônicas	Identificar evidências disponíveis na literatura sobre os benefícios da utilização tele-enfermagem na assistência.	Demonstrou vantagens na utilização deste recurso; Para os pacientes, houve a sensação de empoderamento, melhor gerenciamento de sua doença, diminuição da ansiedade, melhora da qualidade de vida e aumento da adesão. Para os profissionais de saúde, possibilitou aumento da comunicação e apoio, melhor manejo dos sintomas, economia do tempo de trabalho. Para o sistema, houve redução da taxa de internação e do número de consultas ambulatoriais.	Brasil

continua

continuação					
Autor / Ano	Nº paciente / Revisão	Morbidade	Objetivos	Desfecho	País
Galvão <i>et al</i>, (2011) ⁴²	30 pacientes	Doenças cardiovasculares e pulmonares e Diabetes Mellitus	Verificar se o Programa de Monitoramento de pacientes portadores de doenças crônicas é uma forma eficaz para redução dos custos de tratamento e verificar a capacidade para diminuir os índices de reinternação.	Houve redução significativa dos custos nos primeiros dois anos após a implantação do programa, principalmente no grupo de doenças pulmonares, assim como nos índices de reinternação. Os outros grupos também demonstraram redução nos custos e nos índices de reinternação, porém em menor proporção.	Brasil
Schulz <i>et al</i> (2013) ⁴³	Revisão integrativa	Pós-operatório	Analisar artigos que tratam do monitoramento telefônico no pós- operatório	Melhora da adesão; Reduz a ansiedade e complicações; O monitoramento é uma alternativa viável; Momento ideal para o contato telefônico ainda é controverso.	Brasil
Cardozo <i>et al</i> (2017) ⁴⁴	40 pacientes	Prostatectomias em idosos	Analisar o efeito da intervenção de enfermagem no acompanhamento telefônico de idosos submetidos à cirurgia de prostatectomia,	O acompanhamento por telefone pode ser acessível em grande parte da população, com boa taxa de adesão, e pode ser amplamente implantado na rede de saúde.	Brasil
Delphino <i>et al</i> (2016) ⁴⁵	Revisão sistemática	Oftalmológico	Identificar o uso do “acompanhamento por telefone” como intervenção de enfermagem no pós-operatório.	Baixo custo; Melhor adesão; Escassez de estudo.	Brasil

continua

continuação					País
Autor / Ano	Nº paciente / Revisão	Morbidade	Objetivos	Desfecho	
Rodrigues <i>et al</i> (2012) ⁴⁶	40 pacientes	Câncer Hematológico	Identificar os efeitos colaterais decorrentes da QT para monitoramento telefônico e intervenções.	Uso do telefone é eficaz; Recomendado para a implantação em ambulatório.	Brasil
Sousa <i>et al</i> (2017) ⁴⁷	Revisão integrativa	Câncer Hematológico	Analisar artigos acerca do acompanhamento, por telefone, pelo enfermeiro, no pós-alta do paciente com doença onco-hematológica, na redução do evento de readmissão hospitalar.	Possibilita a proximidade do profissional com o paciente; Identificação precoce dos efeitos colaterais da quimioterapia, bem como seu controle e imediata intervenção; Escassez de estudo com esta temática.	Brasil
Petitte <i>et al</i> (2014) ⁴⁸	10 pacientes: 5 (GE) e 5 (GC)	Câncer de Pulmão	Explorar a viabilidade de telemonitorização domiciliar rural para os pacientes	Telemonitorização foi viável na área rural com alto índice de satisfação dos pacientes com câncer de pulmão	Estados Unidos da América
Mata <i>et al</i> (2014) ⁴⁹	Revisão integrativa	Câncer de Próstata	Avaliar e sintetizar as melhores evidências científicas sobre o acompanhamento telefônico de pacientes pós-prostatectomia radical.	Reduziu o nível da incerteza e da angústia dos pacientes; Foi possível determinar os efeitos benéficos do acompanhamento telefônico, sendo uma ferramenta útil; Reduziu a procura por serviços de saúde, auxiliou no controle dos efeitos adversos, reforçou as informações que foram fornecidas na alta, sanou dúvidas advindas da experiência do cuidado domiciliar.	Brasil

conclusão

Através dessa análise, encontraram-se vantagens e desvantagens do monitoramento telefônico, além de se constatar a escassez de estudos voltados à temática de monitoramento, principalmente no cuidado pós-operatório de pacientes oncológicos.

1.4 Qualidade de vida

A avaliação da Qualidade de Vida (QV) do paciente oncológico é um importante indicador da resposta do paciente à doença e ao tratamento⁵⁰.

O conceito de qualidade de vida tem sido amplamente utilizado nos dias atuais⁵¹ e o interesse em mensurá-la em relação aos cuidados de saúde tem aumentado nos últimos anos. Apesar de haver consenso sobre a importância de avaliar a qualidade de vida, seu conceito ainda é controverso⁵².

O grupo *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) considera o conceito de qualidade de vida amplo, incorporando, de forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente, conceituando como “*a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação às suas expectativas, seus padrões e suas preocupações*”⁵³.

O termo “qualidade de vida” apresenta-se em duas vertentes: uma de cunho popular e a outra relacionada ao contexto de pesquisa científica que propõe mensurar aspectos afetados pela patologia. São identificadas duas tendências conceituais na área de saúde, sendo uma como termo geral (QV geral) e a outra qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS)⁵⁴. O primeiro caso apresenta-se mais amplo, sem fazer referência específica às disfunções ou aos agravos à saúde. No segundo, o conceito inclui aspectos diretamente associado às enfermidades ou à intervenção de saúde⁵⁵.

A QVRS, segundo Patrick e Erikson, é “*o valor atribuído à duração da vida modificada por lesões, estados funcionais, percepções e oportunidades sociais que são influenciadas pela doença, dano, tratamento ou políticas públicas*”⁵⁶, sendo considerada, juntamente com a sobrevida livre de doença, um dos parâmetros mais importantes para avaliar o impacto do tratamento do câncer.

Cella *et al* (1993) propuseram que a QVRS fosse avaliada em 7 dimensões: **Bem-estar físico** (a experiência de sintomas físicos como dor, dispneia, náusea); **Bem-estar funcional** (a capacidade de participar em atividades diárias normais, como trabalho e lazer); **Bem-estar emocional** (composta por estados afetivos positivos e negativos); **Bem-estar familiar** (a capacidade de manter as relações familiares e de comunicação); **Bem-estar social** (a capacidade de participar e apreciar os papéis sociais e as atividades); **Satisfação com o tratamento** (como está se sentindo, incluindo também preocupações financeiras); **Sexualidade** (capacidade de manter a relação sexual, incluindo as percepções com a imagem corporal)⁵⁷.

Em oncologia, a pesquisa sobre qualidade de vida surgiu associada a estudos clínicos. Em 1976, o “*Cancer and Leukemia Group B*” integrou a avaliação da qualidade de vida em seus estudos. Grupos, como a *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC), incorporaram medidas de qualidade de vida nos estudos clínicos após 1980. Em 1985, promoveu-se a avaliação da qualidade de vida como resultado necessário para aprovação de novas drogas antineoplásicas pela “*Food and Drug Administration* (FDA)”⁵⁸.

A qualidade de vida em oncologia (aspectos psicológicos, sociais e de estilo de vida) pode ser definida como “*apreciação e a satisfação do paciente em seu nível atual de funcionamento, comparado com o percebido como possível ou ideal*”⁵⁸. A qualidade de vida deve ser um dos objetivos finais do cirurgião, tão importante quanto o tempo de sobrevida⁵⁹.

A avaliação da QV pode ser quantitativa ou qualitativa. A quantitativa envolve o uso de instrumentos com questões que podem gerar índices ou escores; na qualitativa, utilizam-se questionários abertos ou entrevistas semiestruturadas. Os instrumentos para avaliar a QVRS podem ser genéricos ou específicos. Os genéricos podem ser divididos em perfis de saúde (aplicados em todos os grupos de pessoas com problemas de saúde) e medidas de preferência, na qual esta medida constitui o segundo tipo de instrumento genérico (refletem as referências do paciente quanto ao tratamento e seus resultados)⁵⁸.

1.5 Câncer e estresse

Ainda hoje, o câncer é uma doença cujo significado é ameaçador para a maioria das pessoas, pois está associado ao risco de morte, e que exige, do indivíduo acometido, força e criatividade para suportar mudanças em seu estilo de vida⁶⁰.

Mitos relacionados ao câncer, associados à abrangência e à popularidade do termo estresse, levaram a *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) e a *American Psycho-social Oncology Society*, a partir de 1997, a determinarem o uso do termo *distress* para se referir ao sofrimento emocional vivenciado pelo paciente oncológico, pois este termo caracteriza adequadamente os aspectos psicossociais durante o tratamento^{61,62}.

Dentre os diversos instrumentos utilizados, a NCCN recomenda a utilização ambulatorial da ferramenta de triagem denominada “*distress thermometer*” – traduzida para “Termômetro de Estresse (TE)”⁶³.

O *distress* é definido como uma experiência emocional desagradável e multifatorial, de natureza psicológica, social ou espiritual, que interfere na capacidade de lidar com a doença, suas alterações físicas, sintomas e tratamento. Por conta disso, torna-se primordial identificar os sintomas de estresse em cada etapa das experiências oncológicas, tendo em vista que o *distress* é uma condição pouco conhecida, diagnosticada e tratada por profissionais de saúde^{60,64}.

1.6 Dor

A *International Association for the Study of Pain* (IASP) define dor como sendo uma experiência emocional e sensorial desagradável, associada a lesões reais ou potenciais, sempre subjetivas, podendo ocorrer em pacientes com câncer em estágio avançado^{65,66}.

Em 1995, a *American Society of Anesthesiologist* (ASA) e a *American Pain Society* (APS) mostraram a necessidade da criação de programas para o manuseio da dor. Alguns anos após, publicou-se uma norma que determina a obrigatoriedade da aplicação de uma escala objetiva para mensuração da dor^{67,68}.

A dor constitui um fenômeno comum, sentido pelos seres humanos e expressados de diferentes formas. Importantes avanços ocorreram nos últimos anos em relação à avaliação da dor, dentre eles, a padronização da dor como o quinto sinal vital, pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), incluindo sua localização e intensidade baseada em escalas comportamentais e parâmetros fisiológicos^{69,70}.

A dor geralmente acomete 60 a 80 % dos pacientes com câncer, sendo 25 a 30% no momento do diagnóstico. Dos pacientes com doença avançada, cerca de 70 a 90% classificam a dor como moderada a grave. Diante disso, a OMS declarou a dor associada ao câncer uma “emergência médica mundial”, publicando, em 1986, um guia de tratamento que pode proporcionar alívio da dor em 90% dos pacientes⁷¹.

A intensidade da dor deve ser quantificada e o tipo da dor deve ser caracterizado sempre que possível, incluindo a intensidade, a característica física, os ritmos e os fatores desencadeantes, bem como fatores de alívio. No contexto do câncer, os objetivos do controle da dor incluem maior sensação de conforto e melhor capacidade de desempenho para funções cotidianas⁷².

O controle da dor oncológica pode ser realizado por meio de fármacos, como anti-inflamatórios, opioides, benzodiazepínicos, corticoides, entre outros. Mesmo com a utilização de medicamentos específicos, nem sempre há sucesso na suspensão da dor, o que pode ser um processo complexo, podendo envolver aspectos emocionais, espirituais, cognitivos e sensoriais. A dor do câncer tem características de dor aguda e crônica. O sucesso da terapia da dor no paciente com câncer baseia-se principalmente no diagnóstico do mecanismo da dor (inflamatório, neuropático, isquêmico, compressivo) e, conseqüentemente, no diagnóstico da síndrome dolorosa preponderante. O sofrimento pode desempenhar papel importante na qualidade de vida do paciente^{66,71}.

A dor pós-operatória, em muitos casos, pode resultar em falhas no tratamento, retardando a recuperação e a reabilitação. O seu controle inadequado ainda é um problema na prática clínica⁷³.

1.7 Satisfação do paciente em relação ao monitoramento telefônico

Os serviços de saúde têm como principal responsabilidade oferecer assistência de alta qualidade aos pacientes. A avaliação da satisfação tem sido adotada pelas instituições como uma estratégia para compreender os fatores que influenciam na percepção da qualidade do cuidado, na perspectiva do paciente⁷⁴ e com o qual se adquire informações que beneficiam a organização desses serviços⁷⁵.

A satisfação do paciente é conceituada como o grau entre as expectativas e a percepção do indivíduo sobre o cuidado recebido. A equipe de enfermagem ocupa uma posição de destaque no processo de influenciar a satisfação do paciente com o cuidado recebido, devido ao fato de prestar assistência direta ao paciente. A avaliação de satisfação possibilita ao enfermeiro implementar mudanças em sua prática^{74,76}.

A maioria das definições sobre a satisfação dos pacientes encontrada na literatura é ancorada em aspectos subjetivos, expectativas e percepções⁷⁶ e, apesar de largamente utilizada, não há consenso a respeito do conceito de satisfação do paciente⁷⁷.

Justificativa do estudo.

2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A justificativa para este estudo provém da experiência vivenciada no Ambulatório de Cirurgia Oncológica do Aparelho Digestivo do ICESP-HCFMUSP, na qual percebeu-se a necessidade de compreensão sobre a qualidade de vida dos pacientes que passaram por procedimentos cirúrgicos extensos e como esses pacientes poderiam realizar suas atividades habituais sem que a doença ou a cirurgia interferisse diretamente na qualidade de vida.

Outro fator a ser explorado está na adesão às orientações fornecidas pela enfermagem aos pacientes para os cuidados domiciliares após a alta hospitalar, através do monitoramento telefônico. Por fim, está a importância de avaliar as idas desnecessárias dos pacientes ao centro de emergência, visto que este fato é rotineiramente habitual e de percepção notável pelos profissionais.

Com todas estas questões, podem-se destacar alguns desfechos e hipóteses a serem alcançados com o estudo, como a melhora da qualidade de vida e o *distress* desses pacientes, após a cirurgia; além de verificar se o monitoramento telefônico poderá auxiliar os pacientes quanto aos manejos dos sintomas, diminuindo suas idas ao CAIO.

Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar o impacto do monitoramento e das orientações verbais de enfermagem via telefone nos sintomas e na qualidade de vida dos pacientes, em acompanhamento ambulatorial, submetidos a procedimentos cirúrgicos relacionados aos cânceres de esôfago e estômago.

3.2 Objetivos específicos

- Comparar a sintomatologia dos pacientes, com ou sem o monitoramento ativo e as orientações verbais de enfermagem.
- Comparar a qualidade de vida dos pacientes, com ou sem o monitoramento ativo e as orientações verbais de enfermagem.
- Comparar a dor e o *distress* dos pacientes, com ou sem o monitoramento ativo e as orientações verbais de enfermagem.
- Comparar as admissões dos pacientes no Centro de Atendimento de Intercorrências Oncológicas, com ou sem o monitoramento ativo e as orientações verbais de enfermagem.
- Avaliar o grau de satisfação dos pacientes e dos familiares em relação ao monitoramento telefônico.

Material e método

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Desenho de estudo

Adotou-se um estudo prospectivo e randomizado.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo Octavio Frias de Oliveira (ICESP-HCFMUSP) no período de maio de 2015 a dezembro de 2017.

4.3 Casuística e aspectos éticos

Após a aprovação pelo Comitê de Ética do Instituto do Câncer de São Paulo (NP 734/14 de 05 de Outubro de 2014 - Anexo A) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (número do parecer 019/15, de 11 de fevereiro de 2015 – Anexo B), analisaram-se, prospectivamente, os pacientes com diagnóstico de câncer de esôfago ou estômago, com indicação de tratamento cirúrgico, no período de 2015 a 2017, no Serviço de Cirurgia Oncológica do Aparelho Digestivo do (ICESP-HCFMUSP).

As normas éticas para a realização deste estudo seguiram a Resolução número 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que subsidiou a elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C).

Durante o período de coleta, oitenta e três pacientes aceitaram participar do estudo, porém dois pacientes foram excluídos.

4.4 Aspectos demográficos

Analisaram-se os seguintes dados demográficos, em ambos os grupos, que foram comparados entre si: idade, sexo, hábitos de vida (tabagismo e etilismo), avaliações clínicas e outros tratamentos (quimioterapia e radioterapia) (Anexo D).

4.5 Definição dos grupos de estudo

Foram inicialmente considerados elegíveis os pacientes com diagnóstico de câncer de esôfago ou de estômago, admitidos no ICESP-HCFMUSP, e que foram submetidos à esofagectomia ou gastrectomia.

4.5.1 Grupo Controle

Grupo pelo qual não foi realizado o monitoramento telefônico ou a intervenção de enfermagem, conforme o estudo, recebendo somente o cuidado habitual da instituição pelo “Alô Enfermeiro”. Neste caso, o paciente entrou em contato com a instituição em busca de informações e para sanar as dúvidas existentes.

4.5.2 Grupo Intervenção

Grupo pelo qual, conforme parte do estudo, foi realizado o monitoramento telefônico ativo ou a intervenção de enfermagem, conforme os momentos pré-estabelecidos.

4.6 Critérios de elegibilidade

4.6.1 Critérios de inclusão

- Paciente maior de 18 anos, diagnosticado com câncer de esôfago e/ou estômago, com indicação de tratamento cirúrgico.

- Paciente apto a compreender o processo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que formalizou o aceite de participação na pesquisa com a assinatura do termo.

4.6.2 Critérios de exclusão

- Paciente com síndromes demenciais e/ou outras condições que impediam o entendimento e as respostas às perguntas dos enfermeiros.

- Pacientes cujo contato telefônico não foi possível.

4.7 Metodologia do estudo

Antes do procedimento cirúrgico, os pacientes foram convidados, pela pesquisadora DSO, para participarem do estudo, sendo-lhes apresentada a pesquisa e oferecido o TCLE para leitura, informando-se os objetivos, o caráter voluntário de participação, o sigilo das informações, os processos do estudo (questionários, contatos em momentos diferentes) e a realização da randomização.

Caso o paciente concordasse em participar da pesquisa, iniciou-se o processo de assinatura do TCLE, antes de qualquer procedimento do estudo. O paciente teve tempo hábil para leitura e, após sanar as dúvidas, assinou e rubricou o TCLE, assim como o pesquisador, em todas as páginas, datando a última página, sendo uma via entregue ao paciente e a outra mantida na instituição.

Após a assinatura do TCLE, realizou-se a randomização (dada por uma sequência de números), através de sorteio, pela técnica denominada aleatorização, em planilha pré-confeccionada em Excel®, bloqueada por senha, na qual o acesso era liberado somente para a inserção dos dados (iniciais do nome do paciente, data de nascimento e RGHC). Neste momento, o paciente era sorteado para o grupo controle ou o grupo intervenção (experimental).

Realizou-se, também, a coleta dos dados demográficos e clínicos, utilizando-se o formulário que se encontra no Anexo D e aplicando-se o questionário de qualidade de vida; o Termômetro de *distress* e o instrumento de avaliação da dor (Anexos E, F e G, respectivamente).

Neste primeiro momento, foi questionado se os pacientes gostariam de responder os questionários por conta própria, uma vez que eram autoaplicáveis, ou com a ajuda do pesquisador. A maioria dos pacientes optou pela ajuda do pesquisador, contudo, sem ajuda para as respostas, mas com ajuda na leitura e no preenchimento dos documentos.

Os pacientes do grupo intervenção foram informados que, após a alta hospitalar, seria realizado o contato por telefone nos seguintes momentos:

Momento do 1º. contato telefônico: Após 5 dias da alta hospitalar ou no primeiro dia útil após o quinto dia.

Momento do 2º. contato telefônico: Após 60 dias da alta hospitalar ou no primeiro dia útil após.

Momento do 3º. contato telefônico: Após 120 dias (4 meses) da alta hospitalar ou no primeiro dia útil após.

Momento do 4º. contato telefônico: Após 270 dias (9 meses) da alta hospitalar ou no primeiro dia útil após.

Todos os pacientes foram orientados que, nos retornos médicos com a equipe cirúrgica, seriam aplicados os mesmos questionários para avaliação de qualidade de vida, estresse e dor, conforme os momentos descritos:

Momento 01 (T0): Antes do procedimento cirúrgico, após a entrega do kit cirúrgico.

Momento 02 (T1): Na primeira consulta com o cirurgião, após o tratamento cirúrgico (aproximadamente 20 dias).

Momento 03 (T2): Na segunda consulta com o cirurgião, após tratamento cirúrgico (aproximadamente 3 meses).

Momento 04 (T3): Na terceira consulta com o cirurgião, após tratamento cirúrgico (aproximadamente 6 meses).

Momento 05 (T4): Na quarta consulta com cirurgião, após tratamento cirúrgico (aproximadamente 1 ano).

4.8 Instrumentos utilizados para a coleta dos dados

4.8.1 Questionário de características sociodemográficas e clínicas

O questionário de característica sociodemográfica é composto por questões como idade, estado civil, escolaridade, religião, hábitos de vida (tabagismo e etilismo). As características clínicas foram coletadas dos prontuários (Anexo D).

4.8.2 Questionário de Qualidade de Vida – *European Organization for Research and Tratamento of Cancer* (EORTC QLQ C30)

O questionário de qualidade de vida geral (EORTC QLQ C30), conforme Anexo E, é multidimensional e autoadministrável. Tem como objetivo avaliar, de forma quantitativa, a qualidade de vida em pacientes com câncer, como sintomas, interação social, sexualidade, imagem corporal, saúde global, qualidade de vida independentemente do tipo de câncer⁷⁸. Essas características lhe conferem a indicação de melhor medida da qualidade de vida desenvolvida para pacientes com câncer na atualidade^{79,80,81}.

O instrumento é um questionário com 30 questões que avaliam os sintomas apresentados pelos pacientes na última semana, sendo composto de algumas escalas e suas respectivas questões, para que possam ser avaliadas. As escalas são: **cinco subescalas funcionais (EF)**: capacidade física (corresponde às questões de 1 a 5), desempenho de papel (corresponde às questões 6 e 7), cognitiva (questões 20 e 25), emocional (corresponde às questões 21 a 24) e social (corresponde às questões 26 e 27); **três escalas de sintomas (ES)**, como: fadiga (questões 10, 12 e 18), náusea ou vômito (questões 14 e 15) e dor (corresponde às questões 9 e 19); **itens que avaliam sintomas**, comumente relatados por pacientes com câncer, como: dispneia (questão 8), perda de apetite (questão 13), insônia (questão 11), constipação e diarreia (corresponde às questões 16 e 17); **escala de avaliação do impacto financeiro da doença e do tratamento**, correspondente à questão 28; e, por fim, a **escala de saúde global (ESG)**, que enfoca os aspectos de qualidade de vida, correspondente às questões 29 e 30⁷⁹.

Quadro 2 - Escores do EORTC QLQ-C30 versão 3.0.

Escala	Questão	Item	Nível*	Escore mínimo	Escore máximo
Medida global de saúde/QV					
MGS/QV	29 e 30	2	6	Condição física e QV ruim	Condição física e QV excelente
Escala Funcional					
Função Física	1 a 5	5	3	Confinado à cama, necessita de ajuda para tomar banho, vestir-se e comer	Pode realizar atividades físicas pesadas sem dificuldade
Desempenho de Papéis	6 e 7	2	3	Impedido de trabalhar ou realizar atividades de lazer	Não apresenta limitações no trabalho ou no lazer
Função Emocional	21 a 24	4	3	Sente-se muito irritado, tenso, deprimido e preocupado	Não se sente irritado, tenso, deprimido e preocupado
Função Cognitiva	20 e 25	2	3	Apresenta muita dificuldade em concentrar-se e recordar informações	Não apresenta dificuldade de concentração e memória
Função Social	26 e 27	2	3	A condição física e o tratamento interferem muito na vida familiar e em atividades sociais	A condição física e o tratamento não interferem na vida familiar e em atividades sociais
Escala de sintomas					
Fadiga	10,12 e 18	3	3	Não se sente cansado ou fraco e não necessita descansar	Sente-se muito fraco e cansado e necessita descansar a maior parte do tempo
Náusea e vômito	14 e 15	2	3	Não apresenta náusea ou vômito	Sente-se muito nauseado e vomita muito
Dor	9 e 19	2	3	Não sente dor	Apresenta muita dor que interfere em todas as atividades
Dispneia	8	1	3	Não apresenta dispneia	Apresenta dispneia severa
Insônia	11	1	3	Não apresenta dificuldades para dormir	Não consegue dormir
Perda de apetite	13	1	3	Apetite conservado	Anorexia severa
Constipação	16	1	3	Sem constipação	Constipação severa
Diarreia	17	1	2	Sem diarreia	Diarreia severa
Dificuldade Financeira					
Dificuldade Financeira	28	1	3	A condição física e o tratamento não provocam dificuldades financeiras	A condição física e o tratamento provocam dificuldades financeiras

* Diferença entre a maior e a menor resposta possível para cada item.

FONTE: Vendrusculo LM. Capacidade funcional e qualidade de vida de Mulheres com câncer de mama após tratamento oncológico. USP Ribeirão Preto. 2011⁸².

Para cada item, o paciente escolhe respostas, com as seguintes pontuações: 1- não, 2- pouco, 3- moderadamente ou 4 - muito. Nas questões 29 e 30 há uma escala crescente de 1 (saúde ou qualidade de vida péssima) a 7 (saúde e qualidade de vida excelentes). Todas as escalas e itens são transformados em escore de 0 a 100 e são avaliadas individualmente no estudo, de acordo com cada grupo⁸³.

Existem vários parâmetros para avaliar os escores, em relação à qualidade de vida, na qual os valores obtidos nas escalas de estado geral de saúde/QV, funções física, emocional, cognitiva e social e desempenho de papel, quanto mais próximo de 100, significam melhor funcionamento ou que estas condições estão melhores, enquanto que, nas escalas de sintomas e dificuldades financeiras, os valores obtidos próximos de 100 significam maior presença desses sintomas e dificuldades^{79,84}.

Este questionário foi avaliado no Brasil e demonstrou ser aplicável para a população avaliada com câncer⁸⁵.

4.8.3 Questionário Termômetro de *Distress* (estresse)

O Termômetro de *distress* (Anexo F) é composto por dois instrumentos, um que avalia o nível de *distress* (através da figura de um termômetro), partindo de 0 (sem *distress*) até 10 (*distress* extremo), os quais são classificados como: intervalo de 0 a 4 (*distress* leve), de 5 a 7 (experiências de *distress* que afeta a qualidade de vida) e 8 a 10 (experiência de *distress* elevado que pode trazer dificuldades nas atividades diárias). Segundo Albuquerque e Pimenta (2014)⁶⁴, gradua-se o *distress* com ponto de corte no valor de 4; assim, na pontuação menor do que 4, o paciente apresenta-se com *distress*; pontuação superior ou igual a 4 é indicativa de *distress* moderado a severo.

O outro instrumento apresenta-se com 35 itens, voltados para o reconhecimento das possíveis causas do *distress*^{60,63,64}. Trata-se de um instrumento de preenchimento simples, rápido, de fácil análise, podendo ser aplicado por qualquer profissional da área da saúde e com alta eficácia no rastreamento do *distress* no câncer, em qualquer etapa do adoecimento. Permite identificar o nível de *distress*, assim como suas possíveis causas. No Brasil, o estudo de validação deste instrumento foi publicado em 2009^{60,63}.

4.8.4 Escala Categórica Verbal de Dor

A escala de avaliação da dor (Anexo G) é aplicada para avaliação quantitativa da dor. Esta escala é utilizada rotineiramente no ICESP–HCFMUSP, como sendo o 5º sinal vital. Aplica-se o questionamento em relação ao local, à intensidade, à qualidade e à duração da dor.

Atualmente, utilizam-se cinco escalas para avaliação e mensuração da dor, como a escala verbal numérica; escala numérica visual; escala visual analógica, escala de categoria de palavras e escala comportamental.

A escala aplicada para a coleta dos dados foi a escala verbal numérica, que é utilizada para pacientes comunicativos e sem déficit cognitivo. Esta escala tem valor atribuído de 0 (ausência de dor) até 10 (pior dor imaginável). Existe correspondência entre as escalas verbal numérica e a descritiva verbal, de tal modo que compõem diferentes escores, como: 0 (ausência de dor), 1 a 3 (dor leve), 4 a 6 (dor moderada) e ≥ 7 (dor intensa/insuportável)^{86,87,88}.

4.8.5 Instrumento de satisfação dos pacientes

Este instrumento quantitativo foi elaborado para este estudo, afim de avaliar a satisfação quanto ao monitoramento ativo, o contato telefônico realizado durante o estudo no cuidado pós-operatório e a satisfação com a instituição. Aplicou-se o instrumento após o término da coleta dos dados, para os pacientes do grupo intervenção ou seus familiares e também para os pacientes do grupo controle.

A cada pergunta, atribuíram-se notas de 1 a 5, sendo 1 (satisfação mínima), 2 (satisfação ruim), 3 (satisfação regular), 4 (satisfação boa) e 5 (satisfação excelente).

4.9 Análise estatística dos dados

Os dados coletados foram organizados em uma planilha Excel (*Microsoft Office Excel* 2010), formando um banco de dados, para a realização da estatística descritiva, sendo transportados para o programa de estatística SPSS (*Satistical Package for the Social Sciences* versão 20.0).

O processo de análise de dados da presente pesquisa iniciou-se com análise descritiva, resultando em tabelas de frequências para variáveis qualitativas (ordinais ou nominais). As análises descritivas contaram, ainda, com a inclusão do intervalo de confiança para a proporção (IC95%).

Quando necessário, foram empregados métodos analíticos, como de análise bivariada, na tabela de contingência com uso do Teste Exato de *Fischer*, para variáveis qualitativas, e teste de *Mann-Whitney*, para as quantitativas. Para testar a hipótese de não modificação do grupo experimental no tempo em detrimento ao grupo controle, um modelo de ANOVA de medidas repetidas não paramétrica foi utilizado^{89,90}.

Todos os testes levaram em consideração um α bidirecional de 0,05 e foram realizados com apoio computacional dos *softwares* R (<https://www.r-project.org/>) pacote nparLD, IBM SPSS 21 (Statistical Package for the Social Sciences) e Excel 2010® (Microsoft Office).

Para cada demonstração dos dados, foi utilizado o gráfico de *boxplot* ou diagrama de caixa – que é uma ferramenta gráfica que permite visualizar a distribuição e os valores discrepantes (*outliers*) dos dados, fornecendo assim um meio complementar para desenvolver uma perspectiva sobre o caráter dos dados. Além disso, o *boxplot* também é uma disposição gráfica comparativa⁹¹.

Resultados

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da amostra

No período de maio de 2015 a dezembro de 2017, selecionaram-se 83 pacientes para o estudo. Destes, dois pacientes foram excluídos, um devido à retirada do consentimento do estudo, por parte do paciente, e o outro devido à mudança no tratamento proposto.

Portanto, analisaram-se os dados de 81 pacientes, independentemente de terem ou não completado o acompanhamento proposto pelo estudo. Destes pacientes, em relação à frequência absoluta, 40 pacientes foram randomizados para o braço do grupo controle e 41 para o braço do grupo intervenção.

A distribuição dos indivíduos participantes, segundo as características clínico-demográficas, é mostrada na Tabela 1. Houve adequada distribuição entre os dois grupos para as diversas variáveis analisadas, corroborada pela sobreposição do IC95%. Observou-se equivalência de frequência quanto a sexo, sendo mais frequente o masculino. Com relação ao diagnóstico, tanto os pacientes do grupo controle quanto os do intervenção apresentaram maior frequência do diagnóstico de câncer do estômago, 60,0% (IC95% 44,6% - 74,1%) e 65,9% (IC95% 50,7% - 78,9%), respectivamente. A maioria dos pacientes estudou apenas o 1º. grau incompleto. Em ambos os grupos, a maioria dos pacientes referiu ser ex-etilista e ex-tabagista.

Conforme observado na tabela 2, a média de idade dos grupos foi de 61 anos, para o grupo controle, e de 64 anos, para o grupo intervenção.

Tabela 1 - Análise descritiva das variáveis qualitativas, incluindo frequências absoluta e relativa e intervalo de confiança de 95% (IC95%) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção.

		Controle				Intervenção			
		N	%	IC95%		n	%	IC95%	
				Inferior	Superior			Inferior	Superior
Gênero									
	<i>Masculino</i>	27	67,5%	52,2%	80,4%	29	70,7%	55,8%	82,9%
	<i>Feminino</i>	13	32,5%	19,6%	47,8%	12	29,3%	17,1%	44,2%
Diagnóstico									
	<i>Câncer estômago</i>	24	60,0%	44,6%	74,1%	27	65,9%	50,7%	78,9%
	<i>Câncer esôfago</i>	16	40,0%	25,9%	55,4%	14	34,1%	21,1%	49,3%
Escolaridade									
	<i>Analfabeto funcional ou não</i>	3	7,5%	2,2%	18,7%	5	12,2%	4,8%	24,7%
	<i>1º. Grau incompleto</i>	15	37,5%	23,8%	52,9%	16	39,0%	25,3%	54,3%
	<i>1º. Grau completo</i>	11	27,5%	15,6%	42,5%	9	22,0%	11,5%	36,2%
	<i>2º. Grau incompleto</i>	1	2,5%	0,3%	11,1%	3	7,3%	2,1%	18,3%
	<i>2º. Grau completo</i>	6	15,0%	6,5%	28,3%	4	9,8%	3,4%	21,5%
	<i>Superior incompleto</i>	2	5,0%	1,1%	15,1%	1	2,4%	0,3%	10,8%
	<i>Superior completo</i>	2	5,0%	1,1%	15,1%	3	7,3%	2,1%	18,3%
Etilismo									
	<i>Não</i>	14	35,0%	21,7%	50,4%	16	39,0%	25,3%	54,3%
	<i>Atual</i>	3	7,5%	2,2%	18,7%	2	4,9%	1,0%	14,7%
	<i>Ex-etilista</i>	23	57,5%	42,1%	71,9%	23	56,1%	40,9%	70,4%
Tabagismo									
	<i>Não</i>	7	17,5%	8,2%	31,3%	8	19,5%	9,7%	33,5%
	<i>Atual</i>	6	15,0%	6,5%	28,3%	3	7,3%	2,1%	18,3%
	<i>Ex-tabagista</i>	27	67,5%	52,2%	80,4%	30	73,2%	58,4%	84,8%

Tabela 2 - Análise descritiva das variáveis quantitativas da idade, incluindo média, desvio padrão, mediana, percentil 25 e 75 (P25-P75) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção.

	Grupo Controle		Grupo Intervenção	
	Média ($\pm$ DP)	Mediana (P25-P75)	Média ($\pm$ DP)	Mediana (P25-P75)
Idade (anos)	61 ($\pm$ 12)	64 (56-69)	64 ($\pm$ 12)	64 (60-71)

Na tabela 3, observa-se que a maioria dos pacientes apresentava múltiplas comorbidades. Quanto às avaliações pré-cirúrgicas, aplicou-se o ASA (Sistema de classificação do estado físico), o ECOG (Escala de *Performance Status*) e o KPS (Escala de *Performance de Karnofsky*), na qual pode-se notar que, nos grupos controle e intervenção, a maioria dos pacientes apresentou ASA II; ECOG 1 e KPS de 90 de *status de performance* (Anexos H, I e J).

Tabela 3 - Análise descritiva das comorbidades e avaliações pré-cirúrgica (ASA, ECOG e KPS), incluindo frequências absoluta e relativa e intervalo de confiança de 95% (IC95%) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção.

		Grupo Controle				Grupo Intervenção			
		N	%	IC95%		n	%	IC95%	
				Inferior	Superior			Inferior	Superior
Comorbidades									
	Não	17	42,5%	28,1%	57,9%	20	48,8%	34,0%	63,7%
	Sim	23	57,5%	42,1%	71,9%	21	51,2%	36,3%	66,0%
ASA									
	I	5	12,5%	4,9%	25,2%	3	7,3%	2,1%	18,3%
	II	22	55,0%	39,7%	69,6%	22	53,7%	38,6%	68,2%
	III	11	27,5%	15,6%	42,5%	16	39,0%	25,3%	54,3%
	IV	2	5,0%	1,1%	15,1%	0	0,0%	.	.
ECOG									
	0	11	27,5%	15,6%	42,5%	10	24,4%	13,3%	39,0%
	1	18	45,0%	30,4%	60,3%	20	48,8%	34,0%	63,7%
	2	8	20,0%	9,9%	34,2%	9	22,0%	11,5%	36,2%
	3	2	5,0%	1,1%	15,1%	2	4,9%	1,0%	14,7%
	4	1	2,5%	0,3%	11,1%	0	0,0%	-	-
KPS									
	20	1	2,5%	0,3%	11,1%	0	0,0%	-	-
	60	2	5,0%	1,1%	15,1%	1	2,4%	0,3%	10,8%
	70	3	7,5%	2,2%	18,7%	7	17,1%	8,0%	30,6%
	80	8	20,0%	9,9%	34,2%	12	29,3%	17,1%	44,2%
	90	19	47,5%	32,7%	62,7%	17	41,5%	27,4%	56,7%
	100	7	17,5%	8,2%	31,3%	4	9,8%	3,4%	21,5%

No que se refere ao tratamento cirúrgico, pôde-se verificar que 60,0% dos pacientes, do grupo controle, e 65,9%, do grupo intervenção, realizaram gastrectomia e que os pacientes que realizaram esofagectomia foram 40,0%, do grupo controle, e 34,1% do grupo intervenção (Tabela 4).

Nas esofagectomias, o acesso cirúrgico com maior frequência, foi o transtorácico. Já, nas gastrectomias, a parcial ocorreu com maior frequência em ambos os grupos, sendo 30,0% (IC95% 17,6% - 45,2%) para o grupo controle e 39,0% (IC95% 25,3% - 54,3%) para o grupo intervenção. A ressecção cirúrgica curativa predominou em ambos os grupos.

Tabela 4 - Análise descritiva das cirurgias, incluindo frequências absoluta e relativa e intervalo de confiança de 95% (IC95%) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção.

	Grupo Controle				Grupo Intervenção				
	N	%	IC95%		N	%	IC95%		
			Inferior	Superior			Inferior	Superior	
Cirurgia realizada									
Gastrectomia	24	60,0%	44,6%	74,1%	27	65,9%	50,7%	78,9%	
Esofagectomia	16	40,0%	25,9%	55,4%	14	34,1%	21,1%	49,3%	
Método cirúrgico									
Esofagectomia									
Trans-hiatal	6	15,0%	6,5%	28,3%	7	17,1%	8,0%	30,6%	
Transtorácica	9	22,5%	11,8%	37,1%	7	17,1%	8,0%	30,6%	
Laparotomia	1	2,5%	0,3%	11,1%	1	2,4%	0,3%	10,8%	
Gastrectomia									
Total	7	17,5%	8,2%	31,3%	4	9,8%	3,4%	21,5%	
Parcial	12	30,0%	17,6%	45,2%	16	39,0%	25,3%	54,3%	
Gastro-jejunostomia	5	12,5%	4,9%	25,2%	6	14,6%	6,3%	27,7%	
Via cirúrgica									
Convencional	24	60,0%	44,6%	74,1%	27	65,9%	50,7%	78,9%	
Videolaparoscópica	16	40,0%	25,9%	55,4%	14	34,1%	21,1%	49,3%	
Tipo cirúrgico									
Curativa	31	77,5%	62,9%	88,2%	26	63,4%	48,2%	76,8%	
Paliativa	9	22,5%	11,8%	37,1%	15	36,6%	23,2%	51,8%	

Conforme a tabela 5, em relação ao tratamento proposto antes ou depois do procedimento cirúrgico, pôde-se observar que 70,0% (IC95% 54,8% - 82,4%) dos pacientes do grupo controle realizaram quimioterapia e que 32,5% (IC95% 19,6% - 47,8%) realizaram radioterapia; em relação ao grupo intervenção, a maioria, em frequência relativa, realizou tratamento quimioterápico, com 53,7% (IC95% 38,6% - 68,2%) e 78,0% (IC95% 63,8% - 88,5%), assim como a maioria não realizou tratamento radioterápico.

Tabela 5 - Análise descritiva dos tratamentos realizados pelos pacientes antes ou após a cirurgia, incluindo frequências absoluta e relativa e intervalo de confiança de 95% (IC95%) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção.

		Grupo Controle				Grupo Intervenção			
		N	%	IC95%		N	%	IC95%	
				Inferior	Superior			Inferior	Superior
Quimioterapia									
	Não	12	30,0%	17,6%	45,2%	19	46,3%	31,8%	61,4%
	Sim	28	70,0%	54,8%	82,4%	22	53,7%	38,6%	68,2%
Radioterapia									
	Não	27	67,5%	52,2%	80,4%	32	78,0%	63,8%	88,5%
	Sim	13	32,5%	19,6%	47,8%	9	22,0%	11,5%	36,2%

Dentre os 81 pacientes do estudo, a maioria, em frequência relativa, terminou o acompanhamento conforme proposto na pesquisa, sendo 57,5% (IC95% 42,1% - 71,9%) no grupo controle e 68,3% (IC95% 53,2% - 80,9%) no grupo intervenção. Durante o acompanhamento, 22,5% dos pacientes, no grupo controle, e 12,2%, no grupo intervenção, perderam o seguimento do estudo. Em relação ao óbito, 20,0% dos pacientes, do grupo controle, e 19,5%, do grupo intervenção, faleceram em algum momento do estudo (Tabela 6).

Tabela 6 - Análise descritiva do acompanhamento dos pacientes durante o estudo, incluindo frequências absoluta e relativa e intervalo de confiança de 95% (IC95%) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção.

	Grupo Controle					Grupo Intervenção			
	N	%	IC95%		N	%	IC95%		
			Inferior	Superior			Inferior	Superior	
Acompanhamento									
Finalizado	23	57,5%	42,1%	71,9%	28	68,3%	53,2%	80,9%	
Perdeu seguimento	9	22,5%	11,8%	37,1%	5	12,2%	4,8%	24,7%	
Óbito	8	20,0%	9,9%	34,2%	8	19,5%	9,7%	33,5%	

5.2 Avaliação do questionário de qualidade de vida – EORTC QLQ C30

Para avaliar a qualidade de vida, aplicou-se o instrumento específico – o questionário EORTC QLQ C30.

Em relação a este instrumento de avaliação, destacam-se as escalas funcionais. A escala de função física demonstrou que pelo menos 50% dos pacientes do grupo controle, nos momentos T0, T3 e T4, apresentaram escore acima de 86,7 – o que corresponde a melhor funcionamento físico. No grupo intervenção, este fato aconteceu somente no quinto momento (T4). Pode-se verificar, também, que, no momento T4, em ambos os grupos, pelo menos 50% dos pacientes apresentaram escore de 86,7, mostrando-se homogêneos. O maior escore (100,0) ocorreu antes do procedimento cirúrgico, no grupo controle, mas não houve significância estatística entre os grupos e os momentos ($p=0,652$) (Figura 1).

p -valor grupo*tempo=0,652

Figura 1 - Distribuição do escore de Função física (*Physical functions* - PHF) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.

Na figura 2, mostra-se o desempenho de papel (rotina) entre os grupos e os momentos. Verifica-se que pelo menos 75% dos pacientes apresentaram escore de 100,0, nos momentos T0 e T4, em ambos os grupos; que pelo menos 25% dos pacientes, no grupo controle, apresentaram menor escore (33,3), nos momentos T1 e T3; e que o grupo intervenção, nos momentos T0 e T2, teve escore de 50,0.

p -valor grupo*tempo=0,244

Figura 2 - Distribuição do escore de Desempenho de papel (*Role functioning* – RF) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.

Na avaliação da função cognitiva, pelo menos 75% dos pacientes, em ambos os grupos e em todos os momentos, apresentaram escore equivalente a 100,0, mostrando melhor desempenho cognitivo na população do estudo, mas pelo menos 25% dos pacientes, no grupo controle, apresentaram o menor escore (50,0) nos momentos T1 e T2.

p -valor grupo*tempo=0,385

Figura 3 - Distribuição do escore de Função cognitiva (*Cognitive functioning* – CF) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.

A figura 4 avalia a função emocional; pode-se observar que em ambos os grupos, nos momentos T0, T2 e T4, pelo menos 50% dos pacientes apresentaram escores homogêneos (75,0, 75,0 e 83,3 – respectivamente), não apresentando funções emocionais graves que pudessem afetar a qualidade de vida. Pôde-se notar, porém, que pelo menos 25% dos pacientes apresentaram o menor escore (41,7), no grupo controle, no momento T2, seguido do escore 45,8, no grupo intervenção, no mesmo momento.

p -valor grupo*tempo=0,837

Figura 4 - Distribuição do escore sobre a Função emocional (*Emotional functioning* – EF) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.

Em relação à função social, pôde-se verificar que pelo menos 75% dos pacientes, em ambos os grupos e em todos os momentos, apresentaram o escore de 100,0, pelo qual se conclui que a condição física e o tratamento não interferiram nas atividades sociais. Contudo, podemos observar que, no momento T2, no grupo controle, pelo menos 25% dos pacientes apresentaram escore menor do que 33,3 – o que pode indicar que a condição física e o tratamento interferiram nas atividades sociais nesses indivíduos neste momento. Nesta avaliação, também não houve significância estatística entre os grupos e os momentos ($p=0,698$).

p -valor grupo*tempo= 0,698

Figura 5 - Distribuição do escore da Função social (*Social functioning* – SF) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.

De acordo com as escalas de sintomas, pôde-se observar que a dor de pelo menos 50% dos pacientes, no momento T0, em ambos os grupos, foi zero (0,0), não apresentando nenhuma dor durante as avaliações. Nos momentos T2, T3 e T4, pelo menos 50% dos pacientes apresentaram escore de 16,7, sendo então homogêneos. O maior escore em relação à dor aconteceu nos momentos T1 e T2, em ambos os grupos, de modo que pelo menos 75% dos pacientes apresentaram o escore de 50,0. Nesta comparação, não houve significância estatística entre os grupos e os momentos ($p=0,905$).

p -valor grupo*tempo= 0,905

Figura 6 - Distribuição do escore de Dor (*Pain scale* – PS), entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.

No que se refere ao sintoma fadiga, a figura abaixo demonstra que pelo menos 50% dos pacientes, no momento T0, em ambos os grupos, apresentaram escore menor (11,1). No momento T1, no grupo controle, pelo menos 75% dos pacientes apresentaram escore maior (88,9), podendo a fadiga interferir na qualidade de vida desses pacientes.

p -valor grupo*tempo= 0,830

Figura 7 - Distribuição do escore do sintoma de Fadiga (*Fatigue scale* – FS) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.

Em relação aos sintomas de náusea e vômito, pode-se perceber que pelo menos 50% dos pacientes não apresentaram náusea e vômito em ambos os grupos e em todos os momentos, mas, nos momentos T1 e T2, pelo menos 75% dos pacientes do grupo controle apresentaram escore maior (66,7).

p -valor grupo*tempo= 0,726

Figura 8 - Distribuição do escore de náusea e vômito (*Nausea and vomiting scale* – NVS) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.

As análises dos itens únicos para avaliação de sintomas adicionais relatados pelos pacientes com câncer foram: dispneia, perda de apetite, insônia, constipação e diarreia.

Na figura 9, pode-se observar, na avaliação do sintoma dispneia, que menos de 50% dos pacientes, em ambos os grupos e momentos, não apresentaram dispneia. Pelo menos 75% dos pacientes do grupo controle, no momento T1, apresentaram o maior escore (66,7), resultando numa interferência na qualidade de vida destes pacientes.

p -valor grupo*tempo= 0,574

Figura 9 - Distribuição do escore de Dispneia (*Dyspnea scale* – DS), entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.

Em relação à insônia, pelo menos 50% dos pacientes do grupo controle, nos momentos T2 e T3, não apresentaram insônia. Dos pacientes avaliados, pelo menos 75% apresentaram maior escore (66,7), em ambos os grupos, nos momentos T0 e T1, e apenas no grupo controle, no T2. No grupo intervenção, neste momento (T2), pelo menos 75% apresentaram insônia (escore de 83,3).

p -valor grupo*tempo= 0,897

Figura 10 - Distribuição do escore de Insônia (*Insomnia scale* – IS) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.

A perda do apetite também foi avaliada, visto que, no grupo controle, no momento T1, pelo menos 75% dos pacientes apresentaram escore maior (100,0). No momento T4, em ambos os grupos, pelo menos 50% dos pacientes apresentaram apetite preservado, com escore de zero (0,0).

p -valor grupo*tempo= 0,264

Figura 11 - Distribuição do escore de Perda de apetite (*Appetite loss scale* – ALS) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.

Em relação à constipação, pelo menos 50% dos pacientes do grupo controle, nos momentos T0, T2, T3 e T4, não apresentaram constipação, mas, no momento T1, pelo menos 75% dos pacientes referiram escore maior (100,0).

p-valor grupo*tempo= 0,123

Figura 12 - Distribuição do escore de Constipação (*Constipation scale* – ConS) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.

No que se refere ao sintoma de diarreia, pelo menos 50% dos pacientes, em todos os momentos, nos dois grupos, não apresentaram diarreia. Nos momentos T1, T3 e T4, em ambos os grupos, pelo menos 75% dos pacientes apresentaram escore maior de 33,3.

p -valor grupo*tempo=0,936

Figura 13 - Distribuição do escore de Diarreia (*Diarrhea scale* – DiS) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.

Em relação à dificuldade financeira, pelo menos 50% dos pacientes, em ambos os grupos, nos momentos T0, T3 e T4, não relataram dificuldade financeira, com escore de zero (0,0). No grupo intervenção, no momento T1, pelo menos 75% dos pacientes apresentaram maior escore (100,0), de maneira na qual a condição física e o tratamento poderiam interferir na dificuldade financeira. Outro fator avaliado foi que pelo menos 50% dos pacientes, em ambos os grupos, apresentaram escore homogêneo (33,3) nos momentos T1 e T2.

p -valor grupo*tempo= 0,957

Figura 14 - Distribuição do escore de Dificuldade financeira (*Financial difficulty scale* – FDS) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.

Na figura 15, avalia-se a medida global de saúde e a qualidade de vida, e pode-se observar que pelo menos 75% dos pacientes do grupo controle, nos momentos T0 e T4, apresentaram escore de 100,0 e que, no grupo intervenção, este fato se deu no momento T4, com condição física e qualidade de vida excelentes. Em ambos os grupos, no momento T1, pelo menos 25% dos pacientes apresentaram escore menor (50,0).

p -valor grupo*tempo=0,603

Figura 15 - Distribuição do escore de Saúde global e Qualidade de vida (*Global health scale* - GHS) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.

5.3 Avaliação do questionário de Termômetro de *Distress* (estresse)

Em relação ao nível de *distress* relatado pelos pacientes, conforme descrito na figura 16, pode-se perceber que, em todos os momentos das aplicações do questionário, pelo menos 50% dos pacientes, em ambos os grupos, referiram *distress* de nível 2 (*distress* leve).

No pré-operatório (T0), em ambos os grupos, pelo menos 25% dos pacientes não referiram *distress* – mesmo existindo fatores sinalizados pelos pacientes como possíveis causas do *distress*. Este fato aconteceu também no grupo controle, nos momentos T2 e T4.

Nos momentos T2 e T3, no grupo controle, pelo menos 50% dos pacientes referiram *distress* nos níveis de 4,5 e 5,0, com uma experiência de *distress* que pode afetar a qualidade de vida dos pacientes; já, no grupo intervenção, pelo menos 50% dos pacientes referiram *distress* de nível 3, nos momentos pré-operatório e nos momentos T2 e T3 – após o procedimento cirúrgico, com nível de *distress* leve.

Outro fator analisado demonstra que, tanto no grupo controle quanto no intervenção, nos dois primeiros momentos após a cirurgia (T1 e T2), pelo menos 75% dos pacientes relataram *distress* de nível 6.

Alguns valores discrepantes também puderam ser observados. Alguns pacientes mencionaram *distress*, em ambos os grupos e momentos, de nível de 8 a 10, de maneira na qual esse *distress* pode trazer dificuldade nas atividades diárias. Pelas análises, não houve significância estatística entre os grupos estudados e os momentos da aplicação do questionário ($p=0,414$).

p-valor grupo*tempo=0,414

Figura 16 - Distribuição do *distress* entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos.

Dentre as principais causas possíveis do *distress*, podemos mencionar os problemas emocionais como os mais prevalentes, relatados pelos pacientes dos grupos controle e intervenção, no momento pré-operatório: 50% (N=18) dos pacientes referiram nervosismo; enquanto 51,4% (N=18) dos pacientes, do grupo controle, e 48,6% (N=17), do grupo intervenção, relataram a tristeza como uma das causas do *distress*.

Em relação aos problemas físicos, os mais relatados foram a dificuldade em dormir, com 51,1% (N=23) dos pacientes do grupo controle e 48,9% (N=22) dos pacientes do grupo intervenção, no momento pré-operatório; seguido de dor, com 57,6% dos pacientes do grupo intervenção, no primeiro momento (T1) após a cirurgia, em comparação com 42,4% (N=14) dos pacientes do grupo controle. A fadiga também foi um dos problemas físicos mais relatados pelos pacientes, com 62,1% (N=18) do grupo controle. No grupo intervenção, este problema foi relatado por 37,9% (N=11) dos pacientes, no segundo momento após a cirurgia (T2).

Os problemas menos referidos pelos pacientes como causa do *distress* foram os físicos, como a mucosite: 51,9% dos pacientes, no grupo intervenção, e 48,1%, no grupo controle, relataram não associar esse problema como causa de *distress*. Assim como a febre, com 50% dos pacientes, em ambos os grupos, referindo não apresentar este sintoma relacionado ao *distress* no momento pré-cirúrgico. O envolvimento religioso também foi um dos problemas citados e que não interferem no *distress*, em pelo menos 50% dos pacientes em ambos os grupos no pré-operatório. Conforme os anexos K e L, podem ser verificadas as principais causas que os pacientes dos grupos controle e intervenção referiram na semana da aplicação do questionário e que puderam desencadear o *distress*.

5.4 Avaliação da escala categórica verbal de Dor

Realizou-se a avaliação da dor em escala qualitativa ordinal, na qual pode-se observar que, no primeiro momento (T0) pré-operatório, 75% (IC95% 60,2% -86,4%) dos pacientes do grupo controle não apresentaram dor, assim como 85,4% (IC95% 72,3% - 93,7%) dos pacientes do grupo intervenção. Observa-se, também, que 12,5%

(IC95% 4,9% - 25,2%) dos pacientes do grupo controle e 7,3% (IC95% 2,1% - 18,3%) do grupo intervenção referiram dor moderada.

No primeiro momento após a cirurgia (T1), 42,1% (IC95% 27,5% - 57,9%) dos pacientes do grupo controle não apresentaram dor, enquanto, nesta mesma porcentagem (42,1%), os pacientes referiram dor leve. No grupo intervenção, 41,7% (IC95% 26,7% - 57,9%) apresentaram dor leve. Em relação à dor intensa/insuportável, nenhum paciente (0%) do grupo controle referiu apresentar este nível de dor; já, no grupo intervenção, 2,8% (IC95% 0,3% - 12,3%) apresentaram dor intensa/insuportável.

A maioria dos pacientes, em ambos os grupos, no momento T2, referiram ausência de dor, sendo, no grupo intervenção 58,3% (IC95% 42,1% - 73,3%) e, no grupo controle, 52,9% (IC95% 36,5% - 68,9%); seguidas de dor leve, com 32,4% (IC95% 18,6% - 49,0%), no grupo controle, e 27,8% (IC95% 15,3% - 43,7%), no grupo intervenção. No momento T3, os dados foram semelhantes ao do momento T2, com a maioria dos pacientes referindo ausência de dor em ambos os grupos: o controle, com 62,1% (IC95% 44,0% - 77,9%), e o grupo intervenção, com 58,1% (IC95% 40,6% - 74,1%) dos pacientes.

No último momento da avaliação, 67,9% (IC95% 49,5% - 82,8%) dos pacientes do grupo intervenção não apresentaram dor, seguido de 14,3% (IC95% 5,0% - 30,5%) dos pacientes que referiram dor leve e moderada. No grupo controle, 60,9% (IC95% 40,6% - 78,6%) dos pacientes referiram ausência de dor, enquanto 8,7% (IC95% 1,9% - 25,1%) referiram dor moderada e intensa/insuportável.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos e os momentos nas avaliações da escala categórica verbal de dor.

Tabela 7 - Distribuição da escala verbal de dor, incluindo frequências absoluta e relativa e intervalo de confiança de 95% (IC95%) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção.

	GRUPO CONTROLE				GRUPO INTERVENÇÃO				p-valor*
	N	%	IC95%		n	%	IC95%		
			Inferior	Superior			Inferior	Superior	
Primeiro momento (T0)									
Ausência de dor	30	75,0%	60,2%	86,4%	35	85,4%	72,3%	93,7%	0,246
Dor leve	3	7,5%	2,2%	18,7%	1	2,4%	0,3%	10,8%	
Dor moderada	5	12,5%	4,9%	25,2%	3	7,3%	2,1%	18,3%	
Dor intensa/insuportável	2	5,0%	1,1%	15,1%	2	4,9%	1,0%	14,7%	
Segundo momento (T1)									
Ausência de dor	16	42,1%	27,5%	57,9%	12	33,3%	19,7%	49,5%	0,159
Dor leve	16	42,1%	27,5%	57,9%	15	41,7%	26,7%	57,9%	
Dor moderada	6	15,8%	6,9%	29,7%	8	22,2%	11,1%	37,6%	
Dor intensa/insuportável	0	0,0%	-	-	1	2,8%	0,3%	12,3%	
Terceiro momento (T2)									
Ausência de dor	18	52,9%	36,5%	68,9%	21	58,3%	42,1%	73,3%	0,485
Dor leve	11	32,4%	18,6%	49,0%	10	27,8%	15,3%	43,7%	
Dor moderada	4	11,8%	4,1%	25,6%	3	8,3%	2,4%	20,6%	
Dor intensa/insuportável	1	2,9%	0,3%	12,9%	2	5,6%	1,2%	16,6%	
Quarto momento (T3)									
Ausência de dor	18	62,1%	44,0%	77,9%	18	58,1%	40,6%	74,1%	0,552
Dor leve	6	20,7%	9,1%	37,8%	8	25,8%	13,0%	42,9%	
Dor moderada	4	13,8%	4,8%	29,5%	5	16,1%	6,4%	31,8%	
Dor intensa/insuportável	1	3,4%	0,4%	15,0%	0	0,0%	-	-	
Quinto momento (T4)									
Ausência de dor	14	60,9%	40,6%	78,6%	19	67,9%	49,5%	82,8%	0,383
Dor leve	5	21,7%	8,8%	41,3%	4	14,3%	5,0%	30,5%	
Dor moderada	2	8,7%	1,9%	25,1%	4	14,3%	5,0%	30,5%	
Dor intensa/insuportável	2	8,7%	1,9%	25,1%	1	3,6%	0,4%	15,5%	

*Teste de tendência linear

5.5 Avaliação das admissões dos pacientes no Centro de Atendimento de Intercorrências Oncológicas (CAIO)

Em relação à análise referente ao número de idas dos pacientes ao CAIO, durante o acompanhamento do estudo, pôde-se observar que, em ambos os grupos, o número de admissões de pacientes foi semelhante (mediana=1), sendo 25 pacientes admitidos no CAIO oriundos do grupo controle e 23 pacientes do grupo intervenção, sem diferença entre eles ($p=0,539$). Mostrou-se, também, que, no grupo controle, um paciente foi admitido no CAIO por 19 vezes, enquanto, no grupo intervenção, a admissão de um paciente aconteceu o máximo 7 vezes durante o estudo e por diversos motivos.

p -valor (teste de Mann-Whitney):0,539

Figura 17 - Quantidade de idas ao CAIO entre os grupos controle e intervenção

Durante as avaliações destes pacientes no CAIO, a maioria, em ambos os grupos, não foi avaliada pela equipe cirúrgica através de interconsultas, sendo 60,0% (IC95% 40,6% - 77,3%) no grupo controle e 69,6% (IC95% 49,3% - 85,2%) no grupo intervenção.

Em relação à internação desses pacientes após a ida ao CAIO, observou-se que 40,0% (IC95% 22,7% - 59,4%) dos pacientes eram do grupo controle e 34,8% (IC95% 18,0% - 55,1%) do grupo intervenção; não havendo diferença entre os grupos e a ida ao CAIO ($p=0,771$).

Outro fator analisado incluiu a verificação se os pacientes que foram admitidos no CAIO entraram em contato com o “Alô Enfermeiro” dentro de 24 horas antes da admissão, através de alguma orientação ou conduta de enfermagem. Verificou-se que a maioria dos pacientes, mesmo ciente da existência deste meio de comunicação, não utilizou este serviço antes do comparecimento no pronto socorro, podendo-se notar que 68% (IC95% 48,5% - 83,6%) dos pacientes do grupo controle e 73,9% (IC95% 53,9% - 88,3%) do grupo intervenção não utilizaram este serviço.

Quadro 3 - Análise descritiva do CAIO, incluindo frequências absoluta e relativa e intervalo de confiança de 95% (IC95%) e nível descritivo entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção.

	CONTROLE				INTERVENÇÃO				P
			IC95%				IC95%		
	N	%	Inferior	Superior	N	%	Inferior	Superior	
Avaliação da equipe cirúrgica									
Não	15	60,0%	40,6%	77,3%	16	69,6%	49,3%	85,2%	0,556
Sim	10	40,0%	22,7%	59,4%	7	30,4%	14,8%	50,7%	
Internação									
Não	15	60,0%	40,6%	77,3%	15	65,2%	44,9%	82,0%	0,771
Sim	10	40,0%	22,7%	59,4%	8	34,8%	18,0%	55,1%	
Contato no “Alô Enfermeiro” 24h									
Não	17	68,0%	48,5%	83,6%	17	73,9%	53,9%	88,3%	0,447
Sim	8	32,0%	16,4%	51,5%	6	26,1%	11,7%	46,1%	

5.6 Avaliação da sintomatologia dos pacientes e as intervenções de enfermagem

Na análise das intervenções de enfermagem dos pacientes randomizados, para este grupo, avaliou-se a sintomatologia apresentada após o procedimento cirúrgico e a realização das intervenções, conforme cada sintoma apresentado.

Em todos os quatro momentos do contato telefônico, verificou-se que o sintoma mais relatado pelos pacientes foi a dor, nas mais diversas regiões do corpo. No primeiro contato, 52,6% (IC95% 37,1% - 67,8%) dos pacientes referiram dor, seguidos de 44,4% (IC95% 29,2% - 60,6%) no segundo contato, 48,4% (IC95% 31,6% - 65,5%) no terceiro contato e 34,5% (IC95% 19,3% - 52,6%) no quarto contato.

Em relação aos locais das dores dos pacientes, podemos mencionar que, no primeiro contato, 55,0% (IC95% 33,8% - 74,9%) referiram dor na região da ferida operatória, no segundo contato, 52,9% (IC95% 30,3% - 74,6%) dos pacientes relataram dor na região abdominal, assim como no terceiro e no quarto contatos, com 66,7% (IC95% 41,6% - 86,0%) e 40,0% (IC95% 15,3% - 69,6%), respectivamente.

Os outros sintomas apresentados pelos pacientes, no primeiro contato, foram diarreia, com 26,3% (IC95% 14,4% - 41,7%); seguida de náusea, com 21,1% (IC95% 10,5% - 35,8%); e vômito/constipação, com 15,8% (IC95% 6,9% - 29,7%). No segundo contato, a falta de apetite, depois da dor, foi o sintoma mais relatado, com 27,8%

(IC95% 15,3% - 43,7%); seguido por náusea e diarreia, com 19,4% (IC95% 9,1% - 34,4%). No terceiro contato, o sintoma mais mencionado, após a dor, foi também a falta de apetite, com 25,8% (IC95% 15,4% - 46,3%) dos pacientes, podendo-se registrar também que, neste contato, 9,7% (IC95% 2,8% - 23,6%) dos pacientes relataram sangramentos. No quarto momento, os pacientes referiram a náusea como um dos sintomas mais presentes, depois da dor, com 27,6% (IC95% 14,0% - 45,4%) e o vômito/diarreia, com 13,8% (IC95% 4,8% - 29,5%) dos pacientes.

As dúvidas referidas pelos pacientes, em relação aos cuidados domiciliares com o dreno e cateter nasoenteral (CNE), aconteceram somente no primeiro contato e em menor porcentagem, sendo que 2,6% (IC95% 0,3% - 11,6%) dos pacientes referiram alguma dúvida com o dreno e 5,3% (IC95% 1,1% - 15,8%) dos pacientes com o cateter nasoenteral.

Em relação aos sinais de infecção na ferida operatória, esses foram mencionados, pelos pacientes, no primeiro e no terceiro contatos: 2,6% (IC95% 0,3% - 11,6%) e 3,2% (IC95% 0,4% - 14,1%), respectivamente.

Tabela 8 - Análise descritiva do Contato telefônico incluindo frequências absoluta e relativa e intervalo de confiança de 95% (IC95%).

	N	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Primeiro contato				
Náuseas	8	21,1%	10,5%	35,8%
Vômito	6	15,8%	6,9%	29,7%
Diarreia	10	26,3%	14,4%	41,7%
Constipação	6	15,8%	6,9%	29,7%
Dor	20	52,6%	37,1%	67,8%
Local da Dor:				
<i>Garganta</i>	1	5,0%	0,5%	21,1%
<i>Estômago</i>	2	10,0%	2,1%	28,4%
<i>Ferida operatória</i>	11	55,0%	33,8%	74,9%
<i>Costas</i>	1	5,0%	0,5%	21,1%
<i>Abdominal</i>	4	20,0%	7,2%	40,8%
<i>Dreno</i>	1	5,0%	0,5%	21,1%
Distensão abdominal	3	7,9%	2,3%	19,6%
Infecção da Ferida Operatória	1	2,6%	0,3%	11,6%
Dreno	1	2,6%	0,3%	11,6%
Cateter Nasoenteral	2	5,3%	1,1%	15,8%

Continua

				Continuação
	N	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Segundo contato				
Náuseas	7	19,4%	9,1%	34,4%
Vômito	5	13,9%	5,5%	27,8%
Diarreia	7	19,4%	9,1%	34,4%
Constipação	1	2,8%	0,3%	12,3%
Mucosite	1	2,8%	0,3%	12,3%
Dor	16	44,4%	29,2%	60,6%
Local da Dor:				
<i>Estômago</i>	2	11,8%	2,5%	32,7%
<i>Ferida operatória</i>	3	17,6%	5,2%	40,0%
<i>Costas</i>	1	5,9%	0,6%	24,4%
<i>Abdominal</i>	9	52,9%	30,3%	74,6%
<i>Cefaleia</i>	1	5,9%	0,6%	24,4%
Falta de apetite	10	27,8%	15,3%	43,7%
Terceiro contato				
Náuseas	8	25,8%	13,0%	42,9%
Vômito	5	16,1%	6,4%	31,8%
Diarreia	6	19,4%	8,5%	35,6%
Constipação	3	9,7%	2,8%	23,6%
Mucosite	1	3,2%	0,4%	14,1%
Dor	15	48,4%	31,6%	65,5%
Local da Dor:				
<i>Estômago</i>	2	13,3%	2,9%	36,3%
<i>Abdominal</i>	10	66,7%	41,6%	86,0%
<i>Cefaleia</i>	1	6,7%	0,7%	27,2%
<i>Torácica</i>	1	6,7%	0,7%	27,2%
<i>Generalizada</i>	1	6,7%	0,7%	27,2%
Falta de apetite	9	29,0%	15,4%	46,3%
Febre	1	3,2%	0,4%	14,1%
Sangramento	3	9,7%	2,8%	23,6%
Infecção da Ferida Operatória	1	3,2%	0,4%	14,1%
Quarto contato				
Náuseas	8	27,6%	14,0%	45,4%
Vômito	4	13,8%	4,8%	29,5%
Diarreia	4	13,8%	4,8%	29,5%
Constipação	2	6,9%	1,5%	20,3%
Mucosite	1	3,4%	0,4%	15,0%
Dor	10	34,5%	19,3%	52,6%
Local da Dor:				
<i>Estômago</i>	2	20,0%	4,4%	50,3%
<i>Ferida operatória</i>	1	10,0%	1,1%	38,1%
<i>Abdominal</i>	4	40,0%	15,3%	69,6%
<i>Dreno</i>	1	10,0%	1,1%	38,1%
<i>Cefaleia</i>	1	10,0%	1,1%	38,1%
<i>Generalizada</i>	1	10,0%	1,1%	38,1%
Falta de apetite	1	3,4%	0,4%	15,0%
Distensão abdominal	1	3,4%	0,4%	15,0%
Dreno	1	3,4%	0,4%	15,0%

Conclusão

5.7 Avaliação do instrumento de satisfação dos pacientes

Na avaliação da satisfação dos pacientes em relação ao contato telefônico pelo “Monitoramento ativo”, como parte das atividades da instituição e deste estudo específico, pode-se verificar que o sucesso nos contatos ocorreu em 94,1% dos pacientes do grupo intervenção e 62,5% dos pacientes do grupo controle, havendo significância estatística entre os grupos ($p=0,004$). Esses contatos efetivos aconteceram, em maior parte, com os próprios pacientes ao invés dos seus familiares, sendo 93,3% (IC95% 72,8% - 99,3%) no grupo controle e 68,8% (IC95% 51,6% - 82,7%) no grupo intervenção.

Na avaliação entre os grupos, em relação ao grau de satisfação para o atendimento do paciente, verificou-se que, no grupo intervenção, 87,5% (IC95% 73,0% - 95,6%) dos pacientes avaliaram o serviço como excelente, em relação a 53,3% (IC95% 29,4% - 76,1%) dos pacientes do grupo controle, ($p=0,002$).

Em relação ao impacto dos telefonemas durante o estudo com os pacientes do grupo intervenção, a maioria dos pacientes, 93,8% (IC95% 81,4% - 98,7%), referiu impacto positivo nos cuidados pós-operatórios após a alta hospitalar.

No que se refere à satisfação dos pacientes com a instituição, 80,0% (IC95% 55,6% - 94,0%) dos pacientes, do grupo controle, e 93,8% (IC95% 81,4% - 98,7%), do grupo intervenção, referiram excelência aos atendimentos da instituição, seguido de uma boa satisfação, em ambos os grupos, com 20% (IC95% 6,0% - 44,4%), no grupo controle, e 6,3% (IC95% 1,3% - 18,6%), no grupo intervenção.

Tabela 9 - Distribuição dos fatores de satisfação incluindo frequências absoluta e relativa e intervalo de confiança de 95% (IC95%) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção.

	GRUPO CONTROLE					GRUPO INTERVENÇÃO				p-valor*
	N	%	Intervalo de Confiança		N	%	Intervalo de Confiança			
			Inferior	Superior			Inferior	Superior		
Contato com sucesso										
Não	9	37,5%	20,4%	57,4%	2	5,9%	1,2%	17,6%	0,004	
Sim	15	62,5%	42,6%	79,6%	32	94,1%	82,4%	98,8%		
Satisfação**										
Bom	2	13,3%	2,9%	36,3%	4	12,5%	4,4%	27,0%	0,002	
Excelente	8	53,3%	29,4%	76,1%	28	87,5%	73,0%	95,6%		
Nunca utilizou	5	33,3%	14,0%	58,4%	0	0,0%				
Impacto dos telefonemas***										
Não					0	0,0%			-	
Sim					30	93,8%	81,4%	98,7%		
Não soube relatar					2	6,3%	1,3%	18,6%		
Paciente ou familiar****										
Familiar	1	6,7%	0,7%	27,2%	10	31,3%	17,3%	48,4%	0,063	
Paciente	14	93,3%	72,8%	99,3%	22	68,8%	51,6%	82,7%		

*Teste exato de Fischer

**De 1 a 5, qual nota o(a) Sr.(a) daria para o atendimento pelo Monitoramento telefônico? (1 a 5)

***Os telefonemas que realizamos para a sua casa ajudaram nos cuidados pós-operatórios?

****Avaliação com paciente ou familiar

Discussão

6 DISCUSSÃO

Dividiram-se os 81 pacientes deste estudo em dois grupos, o controle (n=40), na qual se fez o acompanhamento através das aplicações dos instrumentos de avaliação nos retornos médicos, e o grupo intervenção (n=41), no qual, além deste acompanhamento nos retornos, realizaram-se as intervenções de enfermagem pelo contato telefônico. O grupamento ocorreu por aleatorização e foram equivalentes, possibilitando a comparação quando da utilização dos instrumentos e da caracterização das amostras.

No que se refere aos cânceres de esôfago e estômago, há prevalência de pacientes do gênero masculino, sendo que a incidência aumenta significativamente com a idade^{92,93,94}.

Em relação ao gênero dos participantes, no estudo de Ruivo (2017)¹⁴, observou-se predominância de acometimento do gênero masculino, na proporção de 8:00 para a neoplasia de esôfago e 11:5 para neoplasia de estômago. Neste estudo, a predominância dos pacientes do gênero masculino ocorreu em ambos os grupos, sendo, no grupo controle, 67,5% (n=27) dos pacientes do gênero masculino (IC95% 52,2% - 80,4%), distribuídos em 37,5% (n=15) dos pacientes com neoplasia de estômago e 30% (n=12) com neoplasia de esôfago. No grupo intervenção, 70,7% (n=29) dos pacientes eram do gênero masculino (IC95% 55,8% - 82,9%), incluindo 43,90% (n=18) com neoplasia de estômago e 26,82% (n=11) com neoplasia de esôfago.

A média de idade no grupo controle foi de 61 (± 12) anos, variando de 27 anos a 81 anos. No grupo intervenção, a média de idade foi de 64 (± 12) anos, de 31 anos a 89 anos. Em seu estudo, Pinheiro, Marcondes e Souza (2012)⁹² avaliaram 69 pacientes submetidos à esofagectomia e mostraram que a média de idade era de 63 anos, com prevalência de homens 75% (n=52); outro estudo, com 43 pacientes com câncer gástrico, mostrou que 72,1% (n=31) eram homens, com média de idade ao diagnóstico de 60-63 anos. Num estudo realizado em Minas Gerais, com 109 pacientes, observou-se que o câncer de esôfago foi predominante em pacientes com idade superior aos 51 anos e em pacientes do gênero masculino⁹⁵. Todas essas análises são confirmadas com o que é descrito na literatura, denotando que a incidência de câncer aumenta marcadamente

com a idade, sendo que o câncer de estômago atinge, em sua maioria, homens por volta dos 60-70 anos, e que cerca de 65% dos pacientes têm mais de 50 anos; enquanto que, no câncer de esôfago, a maior frequência é em homens, mas diagnosticados com mais de 50 anos⁹⁶.

Em relação ao tipo das neoplasias é descrito na literatura que a estimativa é em maior número para os pacientes com câncer de estômago em relação ao câncer de esôfago. Neste estudo, houve equivalência no resultado desta análise, mesmo não apresentando significância estatística obteve-se maior número de pacientes com câncer de estômago com 60,0% (n=24) em relação aos pacientes com câncer de esôfago com 40,0% (n=16) no grupo controle e no grupo intervenção, 95,9% (n=27) dos pacientes possuíam diagnóstico com câncer de estômago e 34,1% (n=14) com câncer de esôfago.

Com relação à escolaridade, no Brasil, um estudo com 24 pacientes, na cidade de São José do Rio Preto, em São Paulo¹⁴, mostrou que os pacientes com neoplasia de esôfago e/ou estômago apresentaram baixo nível educacional, assim como um estudo, no Ceará, com 607 pacientes com neoplasia gástrica, mostrou que 63,5% dos pacientes eram analfabetos ou com o primeiro grau incompleto⁹⁷. Magalhães *et al* (2008)⁹⁸ demonstraram, em estudo com 70 pacientes com câncer de estômago, que 61% (n=43) dos pacientes não tinham concluído o ensino fundamental. No presente estudo, pode-se verificar que a maioria dos pacientes, em ambos os grupos, têm o 1º. grau incompleto, sendo 37,5% (n=15), no grupo controle, e 39% (n=16), no grupo intervenção. No grupo controle, 7,5% (n=3) dos pacientes são analfabetos enquanto, no grupo intervenção, 12,2% (n=5). Esses dados podem ser justificados pelo grau de desconhecimento dos pacientes quanto aos fatores de risco do câncer e também pela dificuldade de compreensão dos fatores de prevenção e tratamento^{99,100}.

Na avaliação de tabagismo e etilismo, pode-se observar que 82,5% dos pacientes do grupo controle têm ou já tiveram o hábito do uso do tabaco e 55% já tiveram ou têm o hábito quanto ao consumo de álcool. No grupo intervenção, 61% dos pacientes referiram ser ou já terem sido etilistas, enquanto 80,5% dos pacientes referiram ter feito ou fazer uso do tabaco. Já, em relação ao diagnóstico e aos hábitos, podemos observar que, no grupo controle, 37,5% (n=15) dos pacientes com câncer de estômago fizeram ou fazem uso do álcool, enquanto que, no caso de câncer de esôfago, 27,5% (n=11) dos pacientes referiram que tiveram ou têm este hábito. No grupo

intervenção, 48,78% (n=20) dos pacientes com diagnóstico de câncer de estômago referiram que tiveram ou têm o hábito do tabaco e 31,70% (n=13) dos pacientes com câncer de esôfago relataram o hábito do tabagismo em algum momento da vida. Diferentemente, no estudo de Monteiro (2009)¹⁰, os pacientes com câncer de esôfago apresentaram maior hábito, sendo 72,2% destes pacientes com etilismo e 59,3% com o uso do tabaco. A maioria dos pacientes com diagnóstico de câncer de estômago possui hábito do tabagismo ou etilismo, geralmente descrito na literatura, pois é sabidamente comprovado que estes fatores aumentam o risco para desenvolvimento dos cânceres de esôfago e estômago^{20,96}.

Quanto às técnicas cirúrgicas utilizadas, neste estudo, notou-se que, no grupo controle, 60,0% (n=24) dos pacientes realizaram gastrectomia, sendo que 30,0% (n=12) de forma parcial, enquanto, no grupo intervenção, 65,9% (n=27) realizaram gastrectomia, sendo 39% (n=16) delas pelo método parcial. Em relação às esofagectomias, no grupo controle, 40,0% (n=16) realizaram esta cirurgia, tendo, como método mais predominante, a transtorácica, em 22,5% (n=9) dos pacientes. No grupo intervenção, 34,1% (n=14) realizaram a esofagectomia e os métodos trans-hiatal e transtorácicos foram os mais realizados, com 17,1% (n=7).

É de se esperar que os procedimentos maiores, como a gastrectomia total e a esofagectomia, sejam mais associados às complicações, bem como aos maiores níveis de sintomatologia, inerentes à cirurgia realizada, levando-se, conseqüentemente, à pior qualidade de vida¹⁰¹.

De acordo com o tipo e o estágio das neoplasias do trato digestivo, podem ocorrer algumas alterações orgânicas que contribuem para a redução do bem-estar e da qualidade de vida do paciente¹⁰². A qualidade de vida dos pacientes se tornou essencial no tratamento do câncer. Medir a qualidade de vida também implica na obtenção de informações necessárias para a reabilitação dos pacientes oncológicos^{103,104,105}.

Relativamente aos resultados do instrumento EORTC QLQ-C30, eles possibilitam caracterizar a qualidade de vida dos pacientes com cânceres de estômago e esôfago.

Iniciando a análise pelas escalas funcionais, verificou-se, neste estudo, que o desempenho de papel e a função social no grupo controle, no primeiro e segundo momentos da aplicação do questionário após a cirurgia, evidenciou o menor escore

(33,3) em pelo menos 25% dos pacientes, o que interfere na qualidade de vida desses pacientes. No grupo intervenção, o menor escore (45,8) foi na função emocional – em pelo menos 25% dos pacientes, no terceiro momento da aplicação do questionário. Não foi possível estabelecer significância estatística entre os grupos e os momentos da aplicação dos questionários, na avaliação das escalas funcionais (desempenho de papel: $p=0,244$ e função social: $p=0,698$). Um estudo realizado no Rio Grande do Sul⁸³, com 41 pacientes, mostrou que o desempenho de papel é a função que mais afeta a qualidade de vida, encontrando-se em escore mais baixo (64,61), mostrando que os pacientes podem apresentar dificuldade na realização das atividades de lazer e de trabalho. A alteração da percepção do papel do paciente também ocorreu no estudo de Lagergren (2007)¹⁰⁶ e McKernan (2008)⁸¹, sendo que, dentro desta escala, a função emocional, seguida da função física, apresentaram os escores mais baixos, apontando que os pacientes sentem-se irritados, tensos, deprimidos, preocupados e têm dificuldade na realização de tarefas diárias¹⁰⁷. No estudo de Pereira (2013)¹⁵, analisaram-se 24 pacientes esofagectomizados. Ao se comparar a qualidade de vida dos dois tipos histológicos do câncer de esôfago, houve diferença significativa no domínio da capacidade funcional e igualdade em todos os outros domínios.

Em contrapartida, em ambos os grupos, neste estudo, mostrou-se que pelo menos 75% dos pacientes, nos grupos controle e intervenção, em todos os momentos, apresentaram o maior escore (100,0) nas funções cognitiva e social – o que também ocorreu em outros estudos¹⁰⁷. O estudo de Eberhardt *et al* (2015)⁸³ mostrou que, dentro da escala funcional, o escore mais elevado é relativo à função cognitiva, com escore de 82,90 – que está relacionado à capacidade de concentração e memória –, seguido das funções social (78,10), física (71,80) e emocional (70,25). Alcântara (2008)⁵⁹ avaliou, em seu estudo, a qualidade de vida de pacientes oncológicos com adenocarcinoma gástrico avançado e o efeito da gastrectomia, demonstrando que o desempenho de papel apresentou melhora estatisticamente significativa, na comparação com o primeiro mês de pós-operatório, porém, não apresentou diferença no pré-operatório e no terceiro mês de pós-operatório.

Pela avaliação da escala de saúde global e qualidade de vida, pode-se perceber, no estudo de Eberhardt (2015)⁸³, que os sujeitos consideram razoável a sua saúde (média de 69,95, com desvio padrão de 18,86). No estudo de Menezes (2015)¹⁰¹, a

análise de desempenho global revelou média de 80,4 (+/- 22,6 pontos). No presente estudo, pelo menos 75% dos pacientes do grupo controle referiram melhor saúde global e qualidade de vida no pré-operatório e no quinto momento da aplicação do questionário. Nos pacientes do grupo intervenção, este fato ocorreu somente no último momento da aplicação do questionário no pós-operatório. De todo modo, não houve significância estatística entre os grupos ($p=0,603$). No estudo de Diaz *et al* (2003)¹⁰⁸, não se encontrou significância estatística na qualidade de vida global em pacientes submetidos à gastrectomia curativa, assim também como no estudo de Alcântara (2008)⁵⁹, no qual, tanto para o primeiro, quanto para o terceiro mês de pós-operatório, não houve significância estatística comparada à qualidade de vida do pré-operatório, mostrando que a gastrectomia em câncer de estômago avançado pode ser aceitável.

Em relação ao questionário EORTC QLQ-C30, a avaliação das escalas de sintomas apresentados pelos pacientes permite verificar se há influência direta ou indireta na qualidade de vida dos pacientes. No estudo de Bonessa (2009)¹⁰⁹, mostrou-se que a perda de apetite, a fadiga e a insônia tiveram médias mais altas do que os demais sintomas, o que interfere negativamente na qualidade de vida dos pacientes. A perda de apetite apresenta destaque como o sintoma mais frequente ou de maior impacto na vida dos pacientes. A fadiga, no estudo de Lagergren (2007)¹⁰⁶, foi o sintoma de maior impacto na vida de 148 pacientes com câncer esofágico e de 86 com câncer gástrico.

No estudo de Eberhardt (2015)⁸³, a diarreia e a dispneia foram os sintomas menos frequentes, sendo que o sintoma predominante foi a perda de apetite, com escore 33,29, seguido por fadiga (31,05) e insônia (30,09). A única variável estatisticamente significativa, comparando-se com o gênero, foram náusea e vômito, pois as mulheres sentiram-se mais nauseadas e com mais episódios de vômito do que os homens. Percebeu-se também relevância estatística na variável perda de apetite em relação ao ciclo de vida, sendo que os adultos apresentam escore maior do que os idosos.

Em relação à avaliação deste estudo, nota-se que os sintomas com maior escore (100,0) foram a perda do apetite e a constipação – em pelo menos 75% dos pacientes do grupo controle, no primeiro momento pós-operatório, mostrando que esses sintomas podem piorar a qualidade de vida desses pacientes. No grupo intervenção, o maior escore foi de 83,3 e está relacionado à insônia em pelo menos 75% dos pacientes no terceiro momento da aplicação do questionário. Não houve significância estatística entre

os grupos e os momentos da aplicação do questionário (perda de apetite: $p=0,264$; constipação: $p=0,123$; insônia: $p=0,897$).

Os sintomas com menor escore, zero (0,0), ocorreram em pelo menos 25% dos pacientes, resultando em ausência de sintomas, tais como: náusea e vômito, dispneia, insônia, perda de apetite, constipação e diarreia – em todos os momentos da aplicação do questionário e em ambos os grupos.

No estudo de Alcântara (2008)⁵⁹, houve melhora estatística ($p=0,009$), com diminuição do sintoma de constipação, no primeiro mês de pós-operatório de gastrectomia, e piora na avaliação, no terceiro mês ($p=0,005$), talvez decorrente do ajuste da dieta entre o primeiro e o terceiro mês.

No estudo de Menezes (2015)¹⁰¹, mostrou-se uma análise comparativa de qualidade de vida entre pacientes que evoluíram sem intercorrências *versus* pacientes que cursaram com alguma complicação no pós-operatório, ambas em pacientes com câncer de estômago, revelou maior sintomatologia nos pacientes que tiveram complicações após a cirurgia, como disfagia, refluxo e boca seca, os quais não foram associados à piora da qualidade de vida e do desempenho funcional do indivíduo, o que permitiu inferir que há outros fatores que influenciam de forma mais impactante na qualidade de vida e não apenas o nível de sintomatologia relatada pelo paciente.

No estudo de Finley et al. (1995)¹¹⁰, em avaliação após três meses de esofagectomia, observou-se que 18% dos pacientes apresentaram diarreia. No estudo de Graduskas, Rubikas e Saferis (2006)¹¹¹, que avaliou a qualidade de vida após a esofagectomia, náuseas e vômitos tiveram melhoras significantes após três meses de cirurgia. Neste estudo, demonstrou-se que a diarreia apresentou escore maior, de 33,3, em ambos os grupos, independentemente do diagnóstico, em pelo menos 75% dos pacientes nos momentos pós-cirúrgico. Em relação aos sintomas de náuseas e vômitos, observou-se maior escore (66,7) em pelo menos 75% dos pacientes no grupo controle, nos primeiros dois momentos pós-cirúrgico.

Em relação às dificuldades financeiras, este estudo demonstrou que o maior escore, de 100,0, aconteceu no grupo intervenção, no primeiro momento após a cirurgia, mas sem significância estatística entre os grupos e os momentos da aplicação dos questionários ($p=0,957$). Em outro estudo, mencionou-se piora das condições

financeiras, no primeiro mês pós-operatório, sem modificações estatísticas na comparação com o terceiro mês após a cirurgia de gastrectomia⁵⁹.

No que se refere à avaliação do questionário de termômetro de *distress*, no presente estudo, demonstrou-se que pelo menos 75% dos pacientes, de ambos os grupos, nos momentos T1 e T2, apresentaram o *distress* de nível 6, o que pode afetar a qualidade de vida destes pacientes. Ademais, no momento pré-operatório, pelo menos 25% dos pacientes referiram não apresentar *distress*.

No estudo de Lera e cols. (2011)⁶³, os autores analisaram 40 pacientes idosos com câncer em tratamento quimioterápico. A pontuação média foi de 4,20, equivalente a alto estresse (corte maior ou igual a 4), sendo que o total de idosos que apresentaram alto estresse foi de 65%.

Neste estudo, antes do procedimento cirúrgico, o nível de *distress* aconteceu entre 4, 5 e 5,0 em pelo menos 75% dos pacientes. Após a cirurgia, o *distress* foi maior nos dois primeiros momentos. Esses achados mostram que o *distress* varia no momento em que está sendo avaliado, conforme a proposta do tratamento.

O estudo de Albuquerque (2014)⁶⁴ avaliou o *distress* do paciente oncológico a partir da opinião de seus familiares, sendo entrevistados 140 familiares. Dentre os fatores associados ao *distress*, problemas físicos (100%), emocionais (85,7%, $p=0,000$) e práticos (80%, $p=0,010$) foram os mais relatados. Problemas familiares (29,3%, $p=0,08$) e espirituais (17,1%, $p=0,07$) apareceram em menor proporção. Já, os fatores associados ao *distress* mais relatados pelos familiares foram preocupação (80,4%), tristeza (74,5%), nervosismo (78,4%), dor e fadiga (67,6%), problema com a alimentação (57,8%), dificuldade para dormir (57,1%), medo (56,9%) e existência do plano de saúde (53,6%). Estudos com autorrelato de pacientes também encontraram relação entre *distress* e sintomas físicos (94%, $p=0,005$) e emocionais (84,3%, $p=0,000$)^{60,112}.

Um estudo com 333 pacientes ambulatoriais com câncer observou que, dos pacientes que relataram *distress*, 65,9% tinham fadiga, 64,9% dor e 62,4% ansiedade e nervosismo¹¹².

A avaliação de *distress* se faz necessária diante do crescimento exponencial de pacientes com câncer. Nesses indivíduos, ocorre redução da capacidade orgânica de

resposta ao estresse, tornando cada vez mais necessária a adoção de abordagem ampla, para que possamos intervir, de maneira adequada, nos possíveis fatores relacionados ao acontecimento do estresse durante o tratamento oncológico¹¹³.

A dor é um dos sintomas esperados nos pacientes oncológicos e também no pós-operatório. Se não tratada de maneira adequada, a dor pode produzir piora da qualidade de vida e aumento de mortalidade⁶⁹.

Um estudo, realizado na Suíça, avaliou a dor de 12.179 pacientes em pós-operatório imediato, evidenciando que na admissão, 73% dos pacientes não apresentaram dor, 23% dor leve e 4% dor intensa, enquanto que, no momento da alta, 87% não apresentaram dor, 13% dor leve e 0,1% dor severa, o que diverge em termos percentuais; ou seja, menor porcentagem de dor tanto na admissão quanto na alta¹¹⁴. No presente estudo, pode-se perceber que a maioria dos pacientes do grupo controle referiu ausência de dor no pré-operatório (75%, no grupo controle, e 85,4% dos pacientes do grupo intervenção), assim como no pós-operatório, nos momentos T2, T3 e T4, podendo-se observar, neste estudo, que a porcentagem de dor em relação à ausência dela, nos momentos pós-operatórios, foi menor do que no pré-operatório. No primeiro pós-operatório, os pacientes do grupo controle referiram ausência de dor e dor leve (ambos 42,1%), No grupo intervenção, a maioria dos pacientes referiu dor leve (41,7%), no primeiro momento após a cirurgia.

No estudo de Meier (2017)⁷³, a intensidade da dor na admissão do paciente ao tratamento cirúrgico evidenciou a pior dor imaginável em 16 pacientes (4,8%); 24 pacientes (7,1%) referiram dor intensa; a dor moderada foi referida por 8 pacientes (24,1%); a dor leve, por 16 pacientes (4,8%); e 197 pacientes (58,6%) não referiram dor. Na alta, a pior dor imaginável foi relatada por 1 paciente (0,3%); a dor intensa foi relatada por 4 pacientes (1,2%); a moderada por 5 pacientes (15,2%); e a dor leve por 100 pacientes (29,8%). Cento e oitenta pacientes (53,6%) não referiram dor. Evidenciou-se que os pacientes submetidos a procedimentos oncológicos foram os que mais relataram dor, seguidos pelos traumas, vasculares e hemodinâmicos.

O seguimento telefônico esteve relacionado à continuidade dos cuidados pós-operatório por ocasião da alta hospitalar, oferecendo ensino e orientações aos pacientes, conforme as suas necessidades^{115,116}. O uso do telefone é uma das possibilidades da telemedicina e surgiu como importante estratégia na assistência às pessoas com doença

crônica³³. Sabe-se que os enfermeiros podem ser considerados importantes agentes de informação, surgindo, com isso, muitos desafios e oportunidades na promoção do cuidado.

Neste estudo, buscou-se avaliar a sintomatologia apresentada após o procedimento cirúrgico, de modo randomizado, comparando-se o grupo intervenção e controle, pela qual pôde-se perceber que a dor foi o sintoma mais prevalente em todos os contatos telefônicos, seguido de diarreia, falta de apetite, náusea e vômito. Em um estudo sobre o acompanhamento por telefone, após a alta hospitalar com os pacientes onco-hematológicos, demonstrou-se que os sintomas mais comuns apresentados em domicílio foram náusea, mucosite, constipação e fadiga – e que o conhecimento sobre os sintomas e seu manejo, por meio deste tipo de acompanhamento, foram o diferencial para torná-los menos intensos e até possíveis de serem controlados pelos próprios pacientes, promovendo o autocuidado e a melhor qualidade de vida⁴⁷. Este fato mostrou-se discrepante em relação ao instrumento de dor aplicado nos momentos das visitas ambulatoriais, pois a maioria dos pacientes referiu ausência de dor, podendo concluir que o protocolo de dor, aplicado na prática ambulatorial na instituição, mostrou-se efetivo, fazendo com que a dor do paciente no ambiente hospitalar, seja avaliada de forma criteriosa e eficiente, diferente do que acontece no domicílio.

Um estudo de monitoramento telefônico à distância, na recuperação cirúrgica, avaliou várias literaturas, nos mais diversos tipos de cirurgia, verificando-se abrangência nos cuidados relacionados às intervenções na dor, na náusea, no vômito e na ferida operatória. Através do contato telefônico, os enfermeiros tiveram oportunidade de ajudar os pacientes a desenvolverem estratégias para programar as intervenções pertinentes a cada caso⁴³.

Em relação à infecção de sítios cirúrgicos, no estudo de Whitby (2002)¹¹⁷, demonstrou-se que os pacientes conseguiram identificar sinais e sintomas, porém, frequentemente, confundiram secreção serosa com pus, o que dificultou uma intervenção segura via telefone. No presente estudo, mesmo este sintoma sendo pouco mencionado, com 2,6%, no primeiro contato, e 3,2%, no terceiro contato, esta dificuldade de diferenciação, entre pus e secreção serosa, também foi evidenciada pelos pacientes nos contatos telefônicos. No anexo M, podem-se verificar as principais

orientações fornecidas aos pacientes, conforme os sintomas apresentados e as dúvidas existentes no momento dos contatos telefônicos.

Outro fator avaliado neste estudo foi a ida dos pacientes ao CAIO, não havendo diferença entre o número de idas e os grupos, mesmo diante da expectativa de que os pacientes do grupo intervenção, que receberam os contatos telefônicos e as orientações de enfermagem, pudessem procurar menos o pronto socorro em comparação com o grupo que não recebeu as intervenções de enfermagem.

Em contrapartida, um destaque importante a ser mencionado é a ida ao CAIO de um paciente do grupo controle, por dezenove vezes, sendo que a maioria dos motivos estava relacionada à tração acidental do cateter nasoenteral o que nos leva a especular que, se esse paciente estivesse recebido as intervenções de enfermagem por telefone, talvez este fato pudesse ter sido solucionado ambulatorialmente, não havendo necessidade de tantas idas ao CAIO.

As idas ao CAIO demonstraram que não se tratava necessariamente de algum problema relacionado ao tratamento cirúrgico, pois grande parte das solicitações de interconsultas não foram direcionadas à equipe cirúrgica. Por outro lado, a maioria dos pacientes não permaneceu internados, o que indica que as idas poderiam ser sobre sintomas não urgentes e passíveis de resolução via ambulatorial ou por telefone. Em ambos os grupos, mesmo sabendo-se da existência de um serviço como “Alô Enfermeiro” e o trabalho do grupo intervenção, no qual se poderia entrar em contato com a enfermeira pesquisadora, a maioria dos pacientes, que vieram ao CAIO, não realizou este contato antes da admissão no pronto socorro.

O estudo de Domingues (2011)⁴⁰ comparou dois grupos de intervenções de enfermagem entre pacientes com doenças crônicas hospitalizados devido à insuficiência cardíaca descompensada. O grupo intervenção recebeu ação educativa de enfermagem durante a hospitalização, seguida de monitorização por telefone após a alta hospitalar. O grupo controle recebeu apenas a intervenção hospitalar. A combinação de monitorização por telefone pós-alta e a educação intra-hospitalar não foi mais eficaz do que a educação hospitalar isolada, de modo que o número de visitas à emergência e de re-hospitalização foi semelhante em ambos os grupos. Aquele estudo relata, também, que, embora a educação tenha melhorado o conhecimento do paciente em relação à sua doença e ao autocuidado, essas mudanças não foram suficientes para reduzir a re-

hospitalização. No estudo de Berkley (2010)¹¹⁸, demonstrou-se que o monitoramento por telessaúde, pela enfermagem, reduziu as internações e as visitas ao setor de emergência e cirurgia de pacientes com doença crônica cardíaca.

Pelo estudo de Mata (2014)⁴⁹, observou-se que o grupo intervenção, quando comparado ao grupo controle, apresentou redução na procura por serviço de saúde, utilizando menos os recursos no pós-operatório de prostatectomia, reduzindo o número de readmissões e, conseqüentemente, gerando economia para o setor de saúde.

Estudos mostram o papel do profissional de saúde como o de facilitador da aprendizagem, despertando nos pacientes a autonomia e a habilidade necessária para o gerenciamento do cuidado da própria saúde^{119,120}. O acompanhamento por telefone pode ser um instrumento facilitador na educação em saúde, uma vez que sua flexibilidade e a prática do enfermeiro, associadas a este acompanhamento, podem produzir mudanças significativas na capacidade de ajustamento à nova condição de saúde, destacando a importância do conhecimento técnico e clínico das intervenções do enfermeiro.

A oncologia é um campo frutífero para o uso da tecnologia de telessaúde, já que os pacientes requerem longos períodos de cuidados com monitorização cuidadosa e consistente⁴⁷.

Um estudo mostrou que o acompanhamento pós-operatório por telefone, já comum em países desenvolvidos, pode ser transposto para a realidade brasileira, mesmo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), graças ao seu baixo custo e à alta adesão ao tratamento, mas, ainda não é muito utilizado para pacientes cirúrgicos^{44,45}.

No estudo de Schulz (2013)⁴³, os pacientes que receberam informações sobre os cuidados, por telefone, sentiram-se satisfeitos, desde que as orientações acontecessem individualmente e que atendessem às necessidades específicas de cada paciente. Eles referiram se sentir mais confortáveis e satisfeitos com as respostas pertinentes às suas dúvidas, avaliando positivamente o monitoramento telefônico.

O acompanhamento telefônico, além de oferecer informações e retirar dúvidas dos pacientes, aumenta a satisfação de quem recebe os cuidados⁴⁵. Olivatto e colaboradores (2015)³⁷ demonstraram ser alta a satisfação dos pacientes em relação ao monitoramento telefônico, fazendo com que os profissionais aperfeiçoem as técnicas das intervenções.

Neste estudo, com relação ao grau de satisfação dos pacientes e/ou dos familiares, o monitoramento telefônico elevou o grau de satisfação quando comparado ao já eficaz “Alô Enfermeiro”. Os pacientes do grupo intervenção relataram que houve impacto positivo nos contatos telefônicos do estudo nos cuidados domiciliares pós-operatórios. Obteve-se a percepção, nos momentos do monitoramento telefônico, que os pacientes sentiram-se mais confortáveis e gratos, com as dúvidas sendo dirimidas e demonstrando contentamento por estarem sendo acompanhados de perto. O profissional também sente-se satisfeito, devido ao *feedback* positivo e ao reconhecimento em relação à atividade realizada, atingindo os objetivos propostos.

Tendo em vista o avanço tecnológico e a facilidade de acesso às informações, a perspectiva futura em relação ao monitoramento telefônico em pacientes de pós-operatório e as intervenções de enfermagem deverão ser em busca de novas tecnologias, incluindo a criação de aplicativos digitais e telefônicos para que os pacientes possam ser acompanhados diariamente em relação aos sintomas apresentados e o surgimento de dúvidas que possam ser esclarecidas em tempo real, para assim obter maior sucesso das intervenções. Ademais, amplia-se a oportunidade para que os enfermeiros reforcem as informações e tranquilizem os pacientes para a melhora na continuidade do cuidado.

A criação de diários eletrônicos de sintomas e a implementação de protocolos direcionados às condutas de enfermagem podem permitir tomadas de decisões e autonomia a estes profissionais, permitindo identificar situações passíveis de intervenção precoce e motivos que levem a antecipação de consultas médicas. Com esta triagem, poderá ser possível alocar o paciente no local certo, podendo até mesmo reduzir as idas ao pronto atendimento.

Conclusões

7 CONCLUSÕES

Dentre as condições de realização desta pesquisa, pode-se concluir que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos controle e intervenção em relação à sintomatologia, à qualidade de vida, à dor e ao *distress*, durante o acompanhamento proposto.

O monitoramento telefônico não reduziu o número de admissões no serviço de emergência dos pacientes do grupo intervenção quando comparado aos do grupo controle.

O monitoramento ativo dos pacientes proporcionou maior satisfação dos pacientes do grupo intervenção, apesar do índice já elevado de satisfação com o “Alô Enfermeiro”.

Anexos

8 ANEXOS

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (NP 734/14 de 05 de Outubro de 2014)

São Paulo, 05 de outubro de 2014

Registro: NP 734/14

Ref. Solicitação de execução de estudo: **Monitoramento e orientações verbais de enfermagem nos sintomas e qualidade de vida de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos relacionados diretamente ao esôfago e estômago.**

Pesquisador responsável: Dr. Ulysses Ribeiro Junior / Dra. Daniele da Silva Salgado

CONSIDERAÇÕES

O objetivo do estudo é avaliar o impacto do monitoramento e orientações verbais de enfermagem, em acompanhamento ambulatorial, submetidos a procedimentos cirúrgicos relacionados ao esôfago e estômago, avaliando o grau de sintomatologia e qualidade de vida, aplicando instrumentos validados, além de quantificar as admissões dos pacientes ao pronto socorro do ICESP-HCFMUSP.

Trata-se de uma pesquisa prospectiva, exploratória com coleta de dados de um total de 60 pacientes, maiores de 18 anos, diagnosticados com câncer de esôfago ou estômago, atendidos no Ambulatório do aparelho digestivo do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. Serão divididos em dois grupos de estudo: caso/controle, no monitoramento e aplicação das intervenções de enfermagem durante 1 ano em cinco momentos pré estabelecidos antes e após o procedimento.

OBRIGAÇÕES DO PESQUISADOR

Antes do início dos procedimentos relacionados ao estudo:

- Iniciar as atividades do estudo somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FMUSP para execução no ICESP segundo a Res. 466/12;
- Fornecer cópia da Carta de Aprovação e Relatório Semestral com ciência da CEP ao NP- ICESP;
- Enviar Publicação dos resultados do estudo;

Informamos que sua solicitação foi DEFERIDA.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Paulo Marcelo Gehm Hoff
Diretor Geral

Prof. Dr. Paulo M. Hoff
Diretor Geral
ICESP

Versão 02 de abril de 2014

Instituto do Câncer do Estado de São Paulo Octavio Frias de Oliveira (ICESP) - Organização Social de Saúde

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Parecer nº019/15)

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 11/02/2015, APROVOU o Protocolo de Pesquisa nº 019/15, intitulado: “MONITORAMENTO E ORIENTAÇÕES VERBAIS DE ENFERMAGEM NOS SINTOMAS E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS RELACIONADOS DIRETAMENTE AO ESÔFAGO E ESTÔMAGO” apresentado pelo Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – Octavio Frias de Oliveira.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar, ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador(a) Responsável: Ulysses Ribeiro Júnior

Pesquisador(a) Executante: Daniele da Silva Salgado

CEP-FMUSP, 11 de Fevereiro de 2015.

Prof. Dr. Roger Chammas

Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de
Medicina e-mail: cep.fm@usp.br

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Página 1 de 4

Versão 1.0 de 28 de maio de 2014

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº _____ SEXO: .M ☐ F ☐
 DATA NASCIMENTO: ____/____/_____
 ENDEREÇO: _____ Nº ____ APTO: ____
 BAIRRO: _____ CIDADE: _____
 CEP: _____ TELEFONE: DDD (____) _____

2. RESPONSÁVEL LEGAL _____
 NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº _____ SEXO: .M ☐ F ☐
 DATA NASCIMENTO: ____/____/_____
 ENDEREÇO: _____ Nº ____ APTO: ____
 BAIRRO: _____ CIDADE: _____
 CEP: _____ TELEFONE: DDD (____) _____

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: ***“Monitoramento e orientações verbais de enfermagem nos sintomas e qualidade de vida de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos relacionados diretamente ao esôfago e estômago”***

2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: **Prof. Dr. Ulysses Ribeiro Junior**
 CARGO/FUNÇÃO: Médico Coordenador do Serviço de Cirurgia Oncológica do Aparelho Digestivo – ICESP CRM: 56.337

UNIDADE DO HCFMUSP: Serviço de Cirurgia Oncológica do Aparelho Digestivo do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – ICESP

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:
 RISCO MÍNIMO ☐ RISCO MÉDIO ☐
 RISCO BAIXO ☒ RISCO MAIOR ☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 1 ano e 6 meses

Rubrica do Paciente _____

Profissional que obteve o consentimento: _____

Página 2 de 4

Versão 1.0 de 28 de maio de 2014

1. Desenho do estudo e objetivo(s)

Convido o (a) Sr.(a) para participar de uma pesquisa que pretende avaliar a qualidade de vida, orientar quanto aos sintomas relacionados à cirurgias no esôfago ou no estômago e verificar quantos pacientes vão ao CAIO (Centro de Atendimento de Intercorrências Oncológicas do ICESP) após a cirurgia. Para isso iremos questioná-lo para saber como está a sua vida, o que você está sentindo e sobre os cuidados domiciliares após a sua cirurgia.

2. Procedimentos não rotineiros que serão realizados:

Caso você aceite participar desta pesquisa, um sorteio será realizado para determinar quais pacientes receberão o contato da enfermagem por telefone, durante 1 ano, após a cirurgia, para avaliar os sintomas e orientar de acordo com dúvidas, cuidados e necessidades do paciente no pós operatório. Todos os pacientes da pesquisa, responderão questionários em 5 momentos após as consultas com o cirurgião:

- 1º momento - primeira consulta de enfermagem será realizada no dia em que for definido o tratamento cirúrgico, aplicando questionários de perguntas e respostas antes da cirurgia;
- 2º momento - segunda consulta de enfermagem junto com o primeiro retorno com o cirurgião após a cirurgia que será aplicado pela 2ª vez os mesmos questionários;
- 3º momento- terceira consulta de enfermagem será no 2º retorno com o cirurgião, aplicando pela 3ª vez os mesmos questionário;
- 4º momento - quarta consulta de enfermagem junto com o 3º retorno com o cirurgião após a cirurgia que será aplicado pela 4ª vez os mesmos questionários;
- 5º momento - quinta consulta de enfermagem junto com o quarto retorno com o cirurgião após a cirurgia que será aplicado pela 5ª vez os mesmos questionários.

O tempo de duração previsto para o envolvimento do voluntário com a pesquisa é de um ano para a coleta dos dados (aplicar instrumentos e contato telefônico), e o tempo médio que você levará para responder os questionários é de aproximadamente 1 hora.

3. Procedimentos rotineiros e como são realizados:

Se você não aceitar participar desta pesquisa, nada mudará em relação ao seu tratamento, ficando a enfermagem sempre a disposição para orientá-lo e tirar dúvidas durante o tratamento, não alterando nada a rotina das consultas.

4. Descrição dos desconfortos e riscos esperados nos procedimentos dos itens 2 e 3:

Trata-se de uma pesquisa onde serão feitas ligações telefônicas e aplicados questionários, portanto. Não haverá coleta de exames, nem será feito nenhum procedimento invasivo em você.

5. Benefícios para o participante:

Os participantes poderão se beneficiar em relação à melhoria da qualidade de vida, avaliação da sintomatologia apresentada após a cirurgia e garantir o auto-cuidado domiciliar mais eficiente, através das ligações telefônicas periódicas da enfermagem..

Rubrica do Paciente

Profissional que obtive o consentimento:

Página 3 de 4

Versão 1.0 de 28 de maio de 2014

6. Relação de procedimentos alternativos que possam ser vantajosos, pelos quais o paciente pode optar:

Caso você aceite participar desta pesquisa, durante o seu acompanhamento, se algum problema for detectado, você será encaminhado para o tratamento específico dentro do nosso serviço de modo a melhor atendê-lo. Se optar por não participar desta pesquisa, o seu tratamento será realizado normalmente, conforme a rotina padrão e, da mesma forma, você será encaminhado ao melhor tratamento disponível para sua doença dentro desta instituição.

7. Garantia de acesso aos responsáveis pela pesquisa:

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o **Prof. Dr. Ulysses Ribeiro Junior** que pode ser encontrado no endereço Av. Dr. Arnaldo, 251 - Cerqueira César, São Paulo - SP - CEP: 01246-000 4º andar. Telefone: (11) 3893-2820. (acho que podemos colocar o seu nome também aqui, juntamente com o endereço e fone) Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP-FMUSP): **Av. Dr. Arnaldo, 251 - Cerqueira César - São Paulo - SP - 21º andar – sala 36- CEP: 01246-000** Tel: 3893-4401/4407 E-mail: cep.fm@usp.br

8. Garantia da liberdade da retirada de consentimento

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

9. Direito de confidencialidade

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não será divulgada a identificação de nenhum paciente.

10. Direito de ser informado sobre os resultados da pesquisa:

Você tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

11. Despesas e compensações

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Você terá o direito de solicitar indenização no caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Rubrica do Paciente _____

Profissional que obteve o consentimento: _____

Página 4 de 4
Versão 1.0 de 28 de maio de 2014

12. Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Os dados coletados serão voltados somente para finalidade desta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **“Monitoramento e orientações verbais de enfermagem nos sintomas e qualidade de vida de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos relacionados diretamente ao esôfago e estômago”**.

Eu discuti com equipe responsável pela pesquisa sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assino 2 (duas) vias deste documento, as quais uma ficará com o médico e sua equipe e a outra via será entregue para mim.

Assinatura do paciente/representante legal

Data ____/____/____

Assinatura da testemunha

Data ____/____/____

(para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do profissional que obteve o consentimento

Data ____/____/____

ANEXO D – Dados sociodemográficos e clínicos

- **Nome:** _____ **Data de nascimento:** ____/____/____
- **RGHC:** _____
- **Sexo:** 1. Feminino 2. Masculino
- **Raça:** 1. Branco 2. Amarelo 3. Pardo 4. Negro
- **Diagnóstico médico:** 1. Câncer de esôfago 2. Câncer gástrico
- **Escolaridade:** 1. Analfabeto 2. 1º. grau incompleto 3. 1º. grau completo
4. 2º. grau incompleto 5. 2º. grau completo 6. Superior completo 7. Superior incompleto
- **Profissão:** _____
- **Estado civil:** 1. Casado 2. Solteiro 3. Viúvo 4. Separado/Divorciado 5. Outros _____
- **Número de filhos:** _____
- **Cidade onde reside:** _____
- **Reside com:** 1. Pais 2. Família 3. Parentes 4. Sozinho 5. Outros: _____
- **Casa de alvenaria:** 1. Sim 2. Não
- **Rede de esgoto:** 1. Sim 2. Não
- **Religião:** _____
- **Etilista:** 1. Sim 2. Não 3. Ex. etilista
Frequência: 1. 1x/sem 2. 2x/sem 3. 3x/sem 4. 4x/sem 5. 5x/sem 6. 6x/sem 7. Todo dia
- **Tabagista:** 1. Sim 2. Não 3. Ex. tabagista
Frequência: 1. 1x/sem 2. 2x/sem 3. 3x/sem 4. 4x/sem 5. 5x/sem 6. 6x/sem 7. Todo dia
- **Comorbidades:** 1. Sim 2. Não

ANEXO E - Questionário EORTC QLQ-C30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer) Versão 3.0

Nós estamos interessados em alguns dados sobre você e sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas, fazendo um círculo no número que melhor se aplique a você. Não há respostas certas ou erradas. A informação que você fornecer permanecerá estritamente confidencial.

Por favor, preencha suas iniciais: _____

Sua data de nascimento (dia, mês, ano): ____/ ____/ ____

Data de hoje (dia, mês, ano): ____/ ____/ ____

Não= 1 Pouco= 2 Moderadamente= 3 Muito= 4

1. Você tem qualquer dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo, carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?
2. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma longa caminhada?
3. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma curta caminhada fora de casa?
4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?
5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?

Durante a última semana:

6. Tem sido difícil fazer suas atividades diárias?
7. Tem sido difícil ter atividades de divertimento ou lazer?
8. Você teve falta de ar?
9. Você tem tido dor?
10. Você precisou repousar?
11. Você tem tido problemas para dormir?
12. Você tem se sentido fraco/a?
13. Você tem tido falta de apetite?
14. Você tem se sentido enjoado/a?
15. Você tem vomitado?

Durante a última semana:

16. Você tem tido prisão de ventre?
17. Você tem tido diarreia?
18. Você esteve cansado/a?
19. A dor interferiu em suas atividades diárias?
20. Você tem tido dificuldade para se concentrar em coisas, como ler jornal ou ver televisão?
21. Você se sentiu nervoso/a?
22. Você esteve preocupado/a?
23. Você se sentiu irritado/a facilmente?
24. Você se sentiu deprimido/a?
25. Você tem tido dificuldade de se lembrar das coisas?
26. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida familiar?
27. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades sociais?
28. A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras?

Para as seguintes perguntas, por favor, faça um círculo em volta do número entre 1 e 7 que melhor se aplica a você.

29. Como você classificaria a sua saúde em geral, durante a última semana?
Péssima 1 2 3 4 5 6 7 Ótima
30. Como você classificaria a sua qualidade de vida geral, durante a última semana?
Péssima 1 2 3 4 5 6 7 Ótima

ANEXO F - Termômetro de *distress* (língua inglesa e portuguesa)

The Distress Thermometer

<p>First please circle the number (0-10) that best describes how much distress you have been experiencing in the past week including today.</p> <div style="text-align: center;"> </div>	<p>Second, please indicate if any of the following has been a problem for you in the past week including today. Be sure to check YES or NO for each.</p> <table border="0"> <tr> <th>YES</th> <th>NO</th> <th>Practical Problems</th> <th>YES</th> <th>NO</th> <th>Physical Problems</th> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Child Care</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Appearance</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Housing</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Bathing/dressing</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Insurance/financial</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Breathing</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Transportation</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Changes in urination</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Work/school</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Constipation</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Family Problems</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Diarrhoea</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Dealing with children</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Eating</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Dealing with partner</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Fatigue</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Dealing with close</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Feeling Swollen</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Friend/relative</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Fevers</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Emotional Problems</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Getting around</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Depression</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Indigestion</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Fears</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Memory/concentration</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Nervousness</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Mouth sores</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Sadness</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Nausea</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Worry</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Nose dry/congested</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Loss of interest in usual activities</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Pain</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Spiritual/religious concerns</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Sexual</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Skin dry itchy</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Sleep</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Tingling in hands/feet</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td><u>Other problems</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td>_____</td> </tr> </table>	YES	NO	Practical Problems	YES	NO	Physical Problems	☐	☐	Child Care	☐	☐	Appearance	☐	☐	Housing	☐	☐	Bathing/dressing	☐	☐	Insurance/financial	☐	☐	Breathing	☐	☐	Transportation	☐	☐	Changes in urination	☐	☐	Work/school	☐	☐	Constipation			Family Problems	☐	☐	Diarrhoea	☐	☐	Dealing with children	☐	☐	Eating	☐	☐	Dealing with partner	☐	☐	Fatigue	☐	☐	Dealing with close	☐	☐	Feeling Swollen	☐	☐	Friend/relative	☐	☐	Fevers			Emotional Problems	☐	☐	Getting around	☐	☐	Depression	☐	☐	Indigestion	☐	☐	Fears	☐	☐	Memory/concentration	☐	☐	Nervousness	☐	☐	Mouth sores	☐	☐	Sadness	☐	☐	Nausea	☐	☐	Worry	☐	☐	Nose dry/congested	☐	☐	Loss of interest in usual activities	☐	☐	Pain	☐	☐	Spiritual/religious concerns	☐	☐	Sexual				☐	☐	Skin dry itchy				☐	☐	Sleep				☐	☐	Tingling in hands/feet						<u>Other problems</u>						_____						_____
YES	NO	Practical Problems	YES	NO	Physical Problems																																																																																																																																																		
☐	☐	Child Care	☐	☐	Appearance																																																																																																																																																		
☐	☐	Housing	☐	☐	Bathing/dressing																																																																																																																																																		
☐	☐	Insurance/financial	☐	☐	Breathing																																																																																																																																																		
☐	☐	Transportation	☐	☐	Changes in urination																																																																																																																																																		
☐	☐	Work/school	☐	☐	Constipation																																																																																																																																																		
		Family Problems	☐	☐	Diarrhoea																																																																																																																																																		
☐	☐	Dealing with children	☐	☐	Eating																																																																																																																																																		
☐	☐	Dealing with partner	☐	☐	Fatigue																																																																																																																																																		
☐	☐	Dealing with close	☐	☐	Feeling Swollen																																																																																																																																																		
☐	☐	Friend/relative	☐	☐	Fevers																																																																																																																																																		
		Emotional Problems	☐	☐	Getting around																																																																																																																																																		
☐	☐	Depression	☐	☐	Indigestion																																																																																																																																																		
☐	☐	Fears	☐	☐	Memory/concentration																																																																																																																																																		
☐	☐	Nervousness	☐	☐	Mouth sores																																																																																																																																																		
☐	☐	Sadness	☐	☐	Nausea																																																																																																																																																		
☐	☐	Worry	☐	☐	Nose dry/congested																																																																																																																																																		
☐	☐	Loss of interest in usual activities	☐	☐	Pain																																																																																																																																																		
☐	☐	Spiritual/religious concerns	☐	☐	Sexual																																																																																																																																																		
			☐	☐	Skin dry itchy																																																																																																																																																		
			☐	☐	Sleep																																																																																																																																																		
			☐	☐	Tingling in hands/feet																																																																																																																																																		
					<u>Other problems</u>																																																																																																																																																		

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.

Extremo Distress

Sem Distress

Indique o 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

S	N	Na	<u>Problemas Práticos</u>	S	N	Na	<u>Problemas Físicos</u>
☐	☐	☐	Cuidar de criança	☐	☐	☐	Aparência
☐	☐	☐	Cuidar da casa	☐	☐	☐	Tomar banho se vestir
☐	☐	☐	Plano de saúde financeiro	☐	☐	☐	Respiração
☐	☐	☐	Transporte	☐	☐	☐	Mudanças ao urinar
☐	☐	☐	Trabalho escola	☐	☐	☐	Constipação
			<u>Problemas Familiares</u>	☐	☐	☐	Diarréia
☐	☐	☐	Filhos	☐	☐	☐	Alimentação
☐	☐	☐	Companheiro(a)	☐	☐	☐	Fadiga
			<u>Problemas Emocionais</u>	☐	☐	☐	Sentindo-se inchado
☐	☐	☐	Depressão	☐	☐	☐	Dores nos olhos e boca
☐	☐	☐	Medo	☐	☐	☐	Indigestão
☐	☐	☐	Nervosismo	☐	☐	☐	Memória concentração
☐	☐	☐	Ansiedade	☐	☐	☐	Alcance afim
☐	☐	☐	Preocupação	☐	☐	☐	Náusea
☐	☐	☐	Perda de interesse em atividades usuais	☐	☐	☐	Nariz seco congestionado
			<u>Problemas Espirituais/Religiosos</u>	☐	☐	☐	Dores
☐	☐	☐	Desenvolvimento	☐	☐	☐	Sexual
			<u>Problemas Espirituais/Religiosos</u>	☐	☐	☐	Pele seca coceira
				☐	☐	☐	Dormir
				☐	☐	☐	Mãos pés formigando

Outros Problemas: _____

Figura 1 – Termômetro de *Distress* (Versão 1.0 em português)

ANEXO G - Escala categórica verbal de dor

Escala de descritores verbais de dor. São Paulo, 2019

Escala de Descritores Verbais

sem dor	dor leve	dor moderada	dor intensa	dor insuportável
------------	-------------	-----------------	----------------	---------------------

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003. Disponível em: <http://www.dgsaude.pt>

Fonte: Consenso Brasileiro de Dor – Ministério da Saúde.

ANEXO H - Escala de *Performance de Karnofsky* – KPS

Grau	Definição
100	Normal; ausência de queixas, sem evidência de doença.
90	Capaz de realizar atividades normais; sintomas mínimos.
80	Atividade normal com esforço; alguns sintomas; inapto para o trabalho; apto para viver em casa e cuidar de muitas de suas necessidades.
70	Não requer assistência para cuidados pessoais; incapaz de realizar atividades normais.
60	Requer assistência ocasional; necessita de cuidados a maior parte do tempo.
50	Requer considerável assistência e frequentes cuidados; inapto para cuidar de si mesmo; requer cuidados hospitalares.
40	Incapacitado; requer cuidados especiais e assistência.
30	Severamente incapacitado, hospitalizado, morte não iminente.
20	Muito doente, cuidados de suporte ativo necessário.
10	Moribundo; processo fatal progredindo rapidamente.

Fonte: Péus D, Newcomb N, Hofer S. Appraisal of the Karnofsky Performance Status and proposal of a simple algorithmic system for its evaluation. BMC Med Inform Decis Mak. 2013; 13:72¹²¹

ANEXO I - Escala de *Performance Status* – ECOG

Grau	Definição
0	Totalmente ativo, capaz de continuar todo o desempenho de pré-doença, sem restrição.
1	Restritos para atividade física extenuante, porém capazes de realizar um trabalho de natureza leve ou sedentária.
2	Completamente capaz para o autocuidado, mas incapaz de realizar quaisquer atividades de trabalho; fora do leito por mais de 50% do tempo.
3	Capacidade de autocuidado limitada, restrito ao leito ou à cadeira mais de 50% do tempo de vigília.
4	Completamente limitado, não pode exercer qualquer autocuidado; restrito ao leito ou à cadeira.
5	Morto

Fonte: 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 Dec; 5(6): 649-55¹²².

ANEXO J - Sistema de Classificação do Estado Físico – ASA

Estado físico	Definição	Mortalidade
I	Paciente sadio sem alterações orgânicas	0,06 – 0,08%
II	Paciente com alteração sistêmica leve ou moderada causada pela doença cirúrgica ou sistêmica	0,27 – 0,40%
III	Paciente com alteração sistêmica grave de qualquer causa com limitação funcional	1,8 – 4,3%
IV	Paciente com alteração sistêmica grave que representa risco de vida	7,8 – 23%
V	Paciente moribundo que não é esperado sobreviver sem cirurgia	9,4 – 51%
VI	Morte cerebral declarada Paciente doador de órgão	
E	Condição de emergência	

Fonte: <http://www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm>

ANEXO K - Frequências absoluta e relativa das possíveis causas relacionadas ao *distress*, nos momentos das aplicações do questionário no grupo controle.

Problemas	T0		T1		T2		T3		T4	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cuidar de criança										
Não	25	51,0%	25	46,3%	20	43,5%	20	44,4%	11	35,5%
Sim	3	60,0%	7	100,0%	5	71,4%	0	0,0%	4	66,7%
Não se aplica	12	44,4%	6	46,2%	9	52,9%	9	69,2%	8	57,1%
Cuidar da casa										
Não	35	50,7%	23	46,0%	20	44,5%	17	42,5%	13	39,4%
Sim	5	45,5%	10	71,4%	9	75,0%	9	64,3%	7	53,9%
Não se aplica	0	0,0%	5	50,0%	5	38,5%	3	50,0%	3	60,0%
Plano de saúde										
Não	9	45,0%	23	50,0%	22	50,0%	21	48,8%	11	35,5%
Sim	1	50,0%	3	60,0%	4	57,1%	2	40,0%	2	50,0%
Não se aplica	30	50,9%	12	52,2%	8	42,1%	6	50,0%	10	62,5%
Transporte										
Não	33	49,3%	24	49,0%	20	47,6%	21	47,7%	13	36,1%
Sim	7	50,0%	9	59,3%	10	52,6%	6	54,6%	7	58,3%
Não se aplica	0	0,0%	5	55,6%	4	44,4%	2	40,0%	3	100,0%
Trabalho/escola										
Não	20	48,8%	27	50,9%	21	46,7%	20	44,4%	13	39,4%
Sim	5	62,5%	3	60,0%	5	71,4%	2	100,0%	4	57,1%
Não se aplica	15	46,9%	8	50,0%	8	44,4%	7	53,9%	6	54,6%
Filhos										
Não	35	50,7%	29	51,8%	25	46,3%	20	44,4%	17	42,5%
Sim	2	33,3%	6	50,0%	4	40,0%	6	66,7%	4	57,1%
Não se aplica	3	50,0%	3	50,0%	5	83,3%	3	50,0%	2	50,0%
Companheiro(a)										
Não	34	50,8%	31	52,5%	25	44,6%	25	49,0%	17	42,5%
Sim	0	0,0%	3	60,0%	1	50,0%	1	33,3%	1	50,0%
Não se aplica	6	42,9%	4	40,0%	8	66,7%	3	50,0%	5	55,6%
Depressão										
Não	37	52,1%	35	55,6%	24	45,3%	24	46,2%	19	43,2%
Sim	3	30,0%	3	33,6%	7	50,0%	4	66,7%	3	60,0%
Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	3	100%	1	50,0%	1	50,0%
Medos										
Não	31	49,2%	33	54,1%	28	51,9%	23	46,9%	20	45,5%
Sim	9	50,0%	5	45,5%	4	30,8%	4	44,4%	2	40,0%
Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	2	66,7%	2	100,0%	1	50,0%
Nervosismo										
Não	19	48,7%	21	52,5%	16	43,2%	13	43,3%	10	38,5%
Sim	21	50,0%	16	48,5%	15	51,7%	15	53,6%	13	56,5%
Não se aplica	0	0,0%	1	100,0%	3	75,0%	1	50,0%	0	0,0%
Tristeza										
Não	22	47,8%	26	53,1%	23	46,0%	19	43,2%	13	40,6%
Sim	18	51,4%	12	50,0%	9	52,9%	9	64,3%	10	55,6%
Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	2	66,7%	1	50,0%	0	0,0%
Preocupação										
Não	16	53,3%	21	61,8%	12	41,4%	14	45,2%	12	46,2%
Sim	24	47,1%	16	43,2%	20	52,6%	15	53,6%	11	45,8%
Não se aplica	0	0,0%	1	33,3%	2	66,7%	0	0,0%	0	0,0%
Perda do interesse em atividades usuais										
Não	31	50,8%	29	50,0%	19	42,2%	19	42,2%	14	37,8%
Sim	9	45,0%	7	53,9%	13	56,2%	9	64,3%	9	69,2%
Não se aplica	0	0,0%	2	66,7%	2	100,0%	1	100,0%	0	0,0%

continua

continuação											
Problemas		T0		T1		T2		T3		T4	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Religião											
	Não	40	50,0%	32	54,2%	24	53,3%	23	50,0%	16	40,0%
	Sim	0	0,0%	4	30,8%	6	37,5%	4	40,0%	4	57,1%
	Não se aplica	0	0,0%	2	100,0%	4	44,4%	2	50,0%	3	75,0%
Aparência											
	Não	29	47,5%	30	51,7%	21	42,0%	24	50,0%	19	50,0%
	Sim	11	55,0%	7	50,0%	9	60,0%	4	40,0%	3	27,3%
	Não se aplica	0	0,0%	1	50,0%	4	80,0%	1	50,0%	1	50,0%
Tomar banho e se vestir											
	Não	39	51,3%	29	49,2%	25	45,5%	23	46,0%	20	44,4%
	Sim	1	20,0%	8	61,5%	6	50,0%	4	50,0%	2	40,0%
	Não se aplica	0	0,0%	1	50,0%	3	100,0%	2	100,0%	1	100,0%
Respiração											
	Não	32	46,4%	26	48,2%	23	43,4%	20	42,6%	18	43,9%
	Sim	8	66,7%	11	61,1%	9	60,0%	7	63,6%	4	57,1%
	Não se aplica	0	0,0%	1	50,0%	2	100,0%	2	100,0%	1	33,3%
Mudança ao urinar											
	Não	33	52,4%	30	53,6%	27	49,1%	19	39,6%	20	43,5%
	Sim	7	38,9%	7	43,8%	5	41,7%	10	83,3%	3	60,0%
	Não se aplica	0	0,0%	1	50,0%	2	66,7%	0	0,0%	0	0,0%
Constipação											
	Não	26	47,3%	34	53,1%	29	47,5%	24	46,2%	21	45,7%
	Sim	14	53,9%	3	33,3%	3	50,0%	4	66,7%	2	50,0%
	Não se aplica	0	0,0%	1	100,0%	2	66,7%	1	50,0%	0	0,0%
Diarreia											
	Não	31	51,7%	28	50,0%	21	42,9%	19	43,2%	15	42,9%
	Sim	9	42,9%	9	56,3%	11	64,7%	8	57,1%	7	46,7%
	Não se aplica	0	0,0%	1	50,0%	2	50,0%	2	100,0%	1	100,0%
Alimentação											
	Não	31	51,7%	24	53,3%	21	47,7%	16	42,1%	16	45,7%
	Sim	9	42,9%	12	46,2%	11	45,8%	12	57,1%	7	43,8%
	Não se aplica	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%	1	100,0%	0	0,0%
Fadiga											
	Não	30	50,0%	24	51,1%	14	36,8%	17	46,0%	12	40,0%
	Sim	10	47,6%	13	50,0%	18	62,1%	11	50,0%	11	55,0%
	Não se aplica	0	0,0%	1	100,0%	2	66,7%	1	100,0%	0	0,0%
Sentindo-se inchado											
	Não	34	47,9%	31	51,7%	25	43,1%	25	45,5%	19	44,2%
	Sim	6	60,0%	6	46,2%	7	77,8%	3	75,0%	4	50,0%
	Não se aplica	0	0,0%	1	100,0%	2	66,7%	1	100,0%	0	0,0%
Febre											
	Não	40	50,0%	36	51,4%	31	47,0%	27	46,6%	22	44,9%
	Sim	0	0,0%	1	50,0%	1	100,0%	1	100,0%	1	100,0%
	Não se aplica	0	0,0%	1	50,0%	2	66,7%	1	100,0%	0	0,0%
Dar uma volta/circular											
	Não	32	48,5%	24	49,0%	21	43,8%	22	44,0%	17	42,5%
	Sim	8	53,5%	13	54,2%	11	57,9%	6	75,0%	6	54,6%
	Não se aplica	0	0,0%	1	100,0%	2	66,7%	1	50,0%	0	0,0%
Indigestão											
	Não	25	49,0%	26	47,3%	25	45,5%	20	45,5%	19	48,7%
	Sim	15	50,0%	9	56,2%	7	58,3%	8	53,3%	4	33,3%
	Não se aplica	0	0,0%	3	100,0%	2	66,7%	1	100,0%	0	0,0%

continua

continuação										
Problemas	T0		T1		T2		T3		T4	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Memória/concentração										
Não	27	48,2%	27	55,1%	20	46,5%	19	43,2%	14	36,8%
Sim	13	52,0%	10	43,5%	12	48,0%	9	60,0%	9	69,2%
Não se aplica	0	0,0%	1	50,0%	2	100,0%	1	100,0%	0	0,0%
Mucosite/afta										
Não	38	48,1%	33	48,5%	28	44,4%	25	48,1%	22	44,0%
Sim	2	100,0%	4	100,0%	3	75,0%	2	66,7%	1	100,0%
Não se aplica	0	0,0%	1	50,0%	3	100,0%	2	40,0%	0	0,0%
Náusea										
Não	32	51,6%	29	50,0%	19	42,2%	16	37,2%	20	47,6%
Sim	8	42,1%	9	56,3%	13	59,1%	11	78,6%	3	37,6%
Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	2	66,7%	2	66,7%	0	0,0%
Nariz seco										
Não	25	50,0%	31	51,7%	27	45,8%	23	45,1%	20	45,5%
Sim	15	48,4%	7	50,0%	5	62,5%	5	62,5%	3	42,9%
Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	5	66,7%	1	100,0%	0	0,0%
Dores										
Não	24	48,0%	24	58,5%	15	44,1%	21	52,5%	12	40,0%
Sim	16	51,6%	14	42,4%	16	51,6%	7	41,2%	11	55,0%
Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	3	60,0%	1	33,3%	0	0,0%
Sexual										
Não	27	51,9%	31	55,4%	19	39,6%	26	50,0%	18	45,0%
Sim	3	33,3%	3	50,0%	6	66,7%	2	40,0%	1	33,3%
Não se aplica	10	50,0%	4	33,3%	9	69,2%	1	33,3%	4	50,0%
Pele seca/cocceira										
Não	26	50,0%	27	54,0%	22	50,0%	20	47,6%	19	48,7%
Sim	14	48,3%	11	47,8%	9	42,9%	8	47,1%	4	33,3%
Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	3	60,0%	1	100,0%	0	0,0%
Dormir										
Não	17	47,2%	22	55,0%	19	50,0%	16	43,2%	11	37,9%
Sim	23	51,1%	16	47,1%	13	44,8%	13	59,1%	12	54,6%
Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	2	66,7%	0	0,0%	0	0,0%
Mãos e pés formigando										
Não	30	50,9%	29	52,7%	26	49,1%	22	44,0%	21	47,7%
Sim	10	45,5%	9	50,0%	6	42,9%	6	66,7%	2	28,6%
Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	2	66,7%	1	100,0%	0	0,0%

Conclusão

ANEXO L - Frequências absoluta e relativa das possíveis causas relacionadas ao *distress*, nos momentos das aplicações do questionário no grupo intervenção.

Problemas	T0		T1		T2		T3		T4	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cuidar de criança										
Não	24	49,0%	29	53,7%	26	56,5%	25	55,6%	20	64,5%
Sim	2	40,0%	0	0,0%	2	28,6%	2	100,0%	2	33,3%
Não se aplica	15	55,6%	7	53,9%	8	47,1%	4	30,8%	6	42,9%
Cuidar da casa										
Não	34	49,3%	27	54,0%	25	55,6%	23	57,5%	20	60,6%
Sim	6	54,6%	4	28,6%	3	25,0%	5	35,7%	6	46,2%
Não se aplica	1	100,0%	5	50,0%	8	61,5%	3	50,0%	2	40,0%
Plano de saúde										
Não	11	55,0%	23	50,0%	22	50,0%	22	51,2%	20	64,5%
Sim	1	50,0%	2	40,0%	3	42,9%	3	60,0%	2	50%
Não se aplica	29	49,2%	11	47,8%	11	57,9%	6	50,0%	6	37,5%
Transporte										
Não	34	50,8%	25	51,0%	22	52,4%	23	52,3%	23	63,6%
Sim	7	50,0%	7	43,8%	9	47,4%	5	45,5%	5	41,7%
Não se aplica	0	0,0%	4	44,4%	5	55,6%	3	60,0%	0	0,0%
Trabalho/escola										
Não	21	51,2%	26	49,1%	24	53,3%	25	55,6%	20	60,6%
Sim	3	37,5%	8	40,0%	2	28,6%	0	0,0%	3	42,9%
Não se aplica	7	53,1%	8	50,0%	10	55,6%	6	46,2%	5	45,5%
Filhos										
Não	34	49,3%	27	48,2%	29	53,7%	25	55,6%	23	57,5%
Sim	4	66,7%	6	50,0%	6	60,0%	3	33,3%	3	42,9%
Não se aplica	3	50,0%	3	50,0%	1	16,7%	3	50,0%	2	50,0%
Companheiro(a)										
Não	33	49,3%	28	47,5%	31	55,4%	26	51,0%	23	57,5%
Sim	0	0,0%	2	40,0%	1	50,0%	2	66,7%	1	50,0%
Não se aplica	8	57,1%	6	60,0%	4	33,3%	3	50,0%	4	44,4%
Depressão										
Não	34	47,9%	28	44,4%	29	54,7%	28	53,9%	25	56,8%
Sim	7	70,0%	6	66,7%	07	50,0%	2	33,3%	2	40,0%
Não se aplica	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%	1	50,0%	1	50,0%
Medos										
Não	32	50,8%	28	45,9%	26	48,2%	26	53,1%	24	54,6%
Sim	9	50,0%	6	54,9%	9	69,2%	5	55,6%	3	60,0%
Não se aplica	0	0,0%	2	100,0%	1	33,3%	0	0,0%	1	50,0%
Nervosismo										
Não	20	51,3%	19	47,5%	21	56,8%	17	56,7%	16	61,5%
Sim	21	50,0%	17	51,5%	14	48,9%	3	46,4%	10	43,5%
Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	1	25,0%	1	50,0%	2	100,0%
Tristeza										
Não	24	52,2%	23	46,9%	27	54,0%	25	56,8%	19	59,4%
Sim	17	48,6%	12	50,0%	8	47,1%	5	35,7%	8	44,4%
Não se aplica	0	0,0%	1	100,0%	1	33,3%	1	50,0%	1	100,0%
Preocupação										
Não	14	46,7%	13	38,2%	17	58,6%	17	54,8%	14	53,9%
Sim	27	52,9%	21	56,8%	18	47,4%	13	46,4%	13	54,2%
Não se aplica	0	0,0%	2	66,7%	1	33,3%	1	100,0%	1	100,0%

continua

continuação										
Problemas	T0		T1		T2		T3		T4	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Perda do interesse em atividades usuais										
Não	30	49,2%	29	50,0%	26	57,8%	26	57,8%	23	62,2%
Sim	11	55,0%	6	46,2%	10	43,5%	5	35,7%	4	30,8%
Não se aplica	0	0,0%	1	33,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
Religião										
Não	40	50,0%	27	45,8%	21	46,7%	23	50,0%	24	60,0%
Sim	1	100,0%	9	69,2%	10	62,5%	6	60,0%	3	42,9%
Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	5	55,6%	2	50,0%	1	25,0%
Aparência										
Não	32	52,5%	28	48,3%	29	58,0%	24	50,0%	19	50,0%
Sim	9	45,0%	7	50,0%	6	40,0%	6	60,0%	8	72,7%
Não se aplica	0	0,0%	1	50,0%	1	20,0%	1	50,0%	1	50,0%
Tomar banho e se vestir										
Não	37	48,7%	30	50,9%	30	54,6%	27	54,0%	25	55,6%
Sim	4	80,0%	5	38,5%	6	50,0%	4	50,0%	3	60,0%
Não se aplica	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Respiração										
Não	37	53,6%	28	51,9%	30	56,6%	27	57,5%	23	56,1%
Sim	4	33,3%	7	38,9%	6	40,0%	4	36,4%	3	42,9%
Não se aplica	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	66,7%
Mudança ao urinar										
Não	30	47,6%	26	46,4%	28	50,9%	29	60,4%	26	56,5%
Sim	11	61,1%	9	56,3%	7	58,3%	2	16,7%	2	40,0%
Não se aplica	0	0,0%	1	50,0%	1	33,3%	0	0,0%	0	0,0%
Constipação										
Não	29	52,7%	30	46,9%	32	52,5%	28	53,9%	25	54,4%
Sim	12	46,2%	6	66,7%	3	50,0%	2	33,3%	2	50,0%
Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	1	33,3%	1	50,0%	1	100,0%
Diarreia										
Não	33	51,6%	28	50,0%	28	57,1%	25	56,8%	20	57,1%
Sim	8	47,1%	7	43,8%	6	35,3%	6	42,9%	8	53,3%
Não se aplica	0	0,0%	1	50,0%	2	50,0%	0	0,0%	0	0,0%
Alimentação										
Não	29	48,3%	21	46,7%	23	52,3%	22	57,9%	19	54,3%
Sim	12	57,1%	14	53,9%	13	54,2%	9	42,9%	9	56,3%
Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Fadiga										
Não	30	50,0%	23	48,9%	24	63,2%	20	54,1%	18	60,0%
Sim	11	52,4%	13	50,0%	11	37,9%	11	50,0%	9	45,0%
Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	1	33,3%	0	0,0%	1	100,0%
Sentindo-se inchado										
Não	37	52,1%	29	48,3%	33	56,9%	30	54,6%	24	55,8%
Sim	4	40,0%	7	53,0%	2	22,2%	1	25,0%	4	50,0%
Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	1	33,3%	0	0,0%	0	0,0%
Febre										
Não	40	50,0%	34	48,6%	35	53,0%	31	53,5%	27	55,1%
Sim	1	100,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Não se aplica	0	0,0%	1	50,0%	1	33,3%	0	0,0%	1	100,0%
Dar uma volta/circular										
Não	34	51,5%	25	51,0%	27	56,3%	28	56,0%	23	57,5%
Sim	7	46,7%	11	45,8%	8	42,1%	2	25,0%	5	45,5%
Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	1	33,3%	1	50,0%	0	0,0%

continua

continuação										
Problemas	T0		T1		T2		T3		T4	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Indigestão										
Não	26	51,0%	29	52,7%	30	54,6%	24	54,6%	20	51,3%
Sim	15	50,0%	7	43,8%	5	41,7%	7	46,7%	8	66,7%
Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	1	33,3%	0	0,0%	0	0,0%
Memória/concentração										
Não	29	51,8%	22	44,9%	23	53,5%	25	56,8%	24	63,2%
Sim	12	48,0%	13	56,5%	13	52,0%	6	40,0%	4	30,8%
Não se aplica	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Mucosite/afta										
Não	41	51,9%	35	51,5%	35	55,6%	27	51,9%	28	56,0%
Sim	0	0,0%	0	0,0%	1	25,0%	1	33,3%	0	0,0%
Não se aplica	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	3	60,0%	0	0,0%
Náusea										
Não	30	48,4%	29	50,0%	26	57,8%	27	62,8%	22	52,4%
Sim	11	57,9%	7	43,8%	9	40,9%	3	21,4%	5	62,5%
Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	1	33,3%	1	33,3%	1	100,0%
Nariz seco										
Não	25	50,0%	29	48,3%	32	54,2%	28	54,9%	24	54,6%
Sim	16	51,6%	7	50,0%	3	37,5%	3	37,5%	4	57,1%
Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	1	33,3%	0	0,0%	0	0,0%
Dores										
Não	26	52,0%	17	41,5%	19	55,9%	19	47,5%	18	60,0%
Sim	15	48,4%	19	57,6%	15	48,4%	10	58,8%	9	45,0%
Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	2	40,0%	2	66,7%	1	100,0%
Sexual										
Não	25	48,1%	25	44,6%	29	60,4%	26	50,0%	22	55,0%
Sim	6	66,7%	3	50,0%	3	33,3%	3	60,0%	2	66,7%
Não se aplica	10	50,0%	8	66,7%	4	30,8%	2	66,7%	4	50,0%
Pele seca/coceira										
Não	26	50,0%	23	46,0%	22	50,0%	22	52,4%	20	51,3%
Sim	15	51,7%	12	52,2%	12	57,1%	9	52,9%	8	66,7%
Não se aplica	0	0,0%	1	100,0%	2	40,0%	0	0,0%	0	0,0%
Dormir										
Não	19	52,8%	18	45,0%	19	50,0%	21	56,8%	18	62,1%
Sim	22	48,9%	18	52,9%	16	55,2%	9	40,9%	10	45,5%
Não se aplica	0	0,0%	0	0,0%	1	33,3%	1	100,0%	0	0,0%
Mãos e pés formigando										
Não	29	49,2%	26	47,3%	27	50,9%	28	56,0%	23	52,3%
Sim	12	54,6%	9	50,0%	8	57,1%	3	33,3%	5	71,4%
Não se aplica	0	0,0%	1	100,0%	1	33,3%	0	0,0%	0	0,0%

conclusão

ANEXO M - Sintomas apresentados pelos pacientes durante o contato telefônico *versus* intervenções de enfermagem. São Paulo, 2019.

Sintomas apresentados	Intervenções de enfermagem (orientações verbais)
Náuseas	Usar corretamente as medicações prescritas
	Realizar pequenas refeições ao dia e fracionadas em intervalo de tempo menor
	Evitar odores e frituras
	Mastigar os alimentos devagar
	Preferir alimentos em temperatura ambiente a frios
Vômitos	Usar corretamente as medicações anti- eméticas prescritas, com 30 minutos antes das refeições.
	Realizar pequenas refeições ao dia e fracionadas em intervalo de tempo menor
	Evitar odores e frituras
	Mastigar os alimentos devagar
	Preferir alimentos em temperatura ambiente a frios
	Vir ao CAIO em caso de piora (mais de 3 episódios/dia)
Mucosite	Realizar bochecho com bicarbonato de sódio ou chá de camomila após as refeições
	Evitar alimentos cítricos
Diarreia	Ingerir alimentos constipantes e pobres em fibra
	Ingerir alimentos constipantes e pobres em fibra
	Evitar derivados do leite
	Encaminhar para o “Alô Nutrição” se a diarreia for após início de suplementos
Constipação	Preferir alimentos ricos em fibras, frutas laxativas.
	Aumentar a ingestão hídrica
	Usar corretamente as medicações laxativas prescritas
	Preferir derivados do leite
Falta de Appetite	Ingerir alimentos de sua preferência
	Orientar agendamento com a nutricionista
Sangramento	Vir ao CAIO para avaliação, após relato do tipo e da quantidade de sangramento.
Dor	Usar corretamente as medicações prescritas, intercalando e realizando as medicações de resgate.
	Entrar em contato pelo “Alô Enfermeiro”, caso a dor não melhore.
Sinais de infecção em ferida operatória	Observar o local para hiperemia, saída de secreção purulenta, febre e se estiver presente alguns destes sinais, vir ao CAIO para avaliação.
Dreno	Realizar medições 2 vezes ao dia (ou sempre que necessário) do líquido do dreno e anotar
	Cuidar para não tracionar o dreno acidentalmente
	Vir ao CAIO, se não apresentar débito em 24 horas ou se sair acidentalmente.
	Realizar troca do curativo, após a retirada do dreno, 1x/dia ou se apresentar sujidade.

Referências

9 REFERÊNCIAS

1. Guerra MR, Gallo CVM, Mendonça e Silva GA. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2005; 51(3): 227-234
2. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2012: Cancer incidence and mortality worldwide.[base de dados na internet]. Lyon, França: IARC; 2012. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS. *Sistema de informação sobre mortalidade: mortalidade proporcional por grupos de causas* [base de dados na internet] Brasília (DF): DATASUS, 2018. Disponível em <http://datasus.gov.br>
4. Brasil. Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. Atlas de mortalidades por câncer [base de dados na Internet]. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2018. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/mortalidadeweb>
5. Ferley J, Soerjomataram I, Ervik M, et al. GLOBOCAN 2012 V1.0, Incidência de câncer e mortalidade em todo o mundo: IARC CancerBase nº11 [Internet]. Lyon, França: Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer; 2013. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr> .
6. Tustumi F, Takeda FR, Kimura CMS, Sallum RAA, Ribeiro Junior U, Cecconello I. Esophageal carcinoma: is squamous cell carcinoma different disease compared to adenocarcinoma? A transversal study in a quaternary high volume hospital in Brazil. *Arq. Gastroenterol*. 2016; 53(1): 44-8.
7. Alves VS. Perfil nutricional e ingestão dietética dos pacientes com câncer de esôfago submetidos à esofagectomia acompanhados no ambulatório de nutrição cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
8. Hoff PMG. Tratado de Oncologia. Editores associados: Artur Katz [et al]. São Paulo, Ed. Atheneu, 2013.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional José de Alencar Gomes da Silva. *Estimativa 2016*. Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em: maio 2017.
10. Monteiro NML, Araújo DF, Soares EB, Vieira JPFB, Santos MRM, Junior PPLO, Delgado TSJ. Câncer de esôfago: Perfil das manifestações clínicas, histológicas, localização e comportamento metastático em pacientes submetidos a tratamento oncológico em um centro de referência em Minas Gerais. *Rev. Bras. de Cancerologia*, 2009; 55(1): 27-32.

11. Birrer JA, Soares RSA, Lana LD, Silva RM. Avaliação das orientações pré-operatório prestadas a clientes da Unidade Clínica cirúrgica do Hospital Universitário de Santa Maria (UFSM). Biblioteca Lascasas, 2012; 8(3).
12. Takeda FR. Estudo comparativo dos resultados da esofagectomia trans-hiatal com a transtorácica por toracoscopia no adenocarcinoma da junção esôfago/gástrica. [Tese] São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2017.
13. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®): Guidelines Esophagel and Esophagogastric Junction cancers. Versão1, 2014. Disponível em: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/esophageal.pdf.
14. Ruivo EAB, Mello JRC, Cavenaghi OM, Ferreira LL. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com neoplasia de esôfago e estômago em um hospital escola de São José do Rio Preto, SP. Rev. Fac. Ciênc Med Sorocaba. 2017; 19(4): 189-95.
15. Pereira MR, Lopes LR, Andreollo NA. Qualidade de vida de doentes esofagectomizados: adenocarcinoma *versus* carcinoma epidermoide. Rev. Col. Bras, 2013; 40(1):003-010.
16. Thuler FP, Forones NM, Ferrari. Neoplasia avançada de esôfago- diagnóstico ainda muito tardio. Arq Gastroenterol, 2006, jul-set; 43(3).
17. Zilberstein B, Malheiros C, Lourenço LG, Kassab B, Jacob CE, Weston AC, Brescian CJC, Castro O, Rodrigues GR. Consenso Brasileiro sobre câncer gástrico: diretrizes para o câncer gástrico no Brasil. ABCD Arq. Bras. Cir. Digestiva, 2013; 26(1):2-6
18. Lauren P. The two histological main types of gastric carcinoma: diffuse and so called intestinal types carcinomas: na attempt at histo-clinical classification. *Acta Pathol Microbiol Scand*. 1965; 64:31-49
19. Junior ONA, Alexandre AATV, Barbosa DRMM, Meireles MS, Pinheiro MV, Pinheiro ATM. Perfil epidemiológico e histopatológico do câncer gástrico em um hospital de Fortaleza – CE. Cadernos ESP, Ceará, 2011, 5(2):26-33.
20. Ramos MFKP, Ribeiro Júnior U, Viscondi JKY, Zilberstein B, Cecconello I, Eluf-Neto J. Risk factors associated with the development of gastric cancer - case-control study. Rev Assoc Med Bras (1992). 2018 Jul;64(7):611-619.
21. Valle TD, Turrini RNT, Poveda VB. Fatores intervenientes para o início do tratamento de pacientes com câncer de estômago e colorretal. Rev. Latino Am. Enfermagem. Vol 25. Ribeirão Preto, 2017.
22. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®): Japanese Guidelines for the treatment of gastric cancer. Versão 4, 2014.

23. Andreollo NA, Lopes LR, Coelho Neto, JS. Complicações pós-operatórias após gastrectomia total no câncer gástrico. Análise de 300 doentes. ABCD, Arq Bras Cir. Dig, 2011 apr/jun;24(2):126-130.
24. Mello BS, Lucena AF, Echer IC, Luzia MF. Pacientes com câncer gástrico submetidos à gastrectomia: uma revisão integrativa. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS), 2010 dez;31(4): 803-11.
25. Chaves EC, Oyama SMR. Abordagem telefônica como estratégia para promoção da saúde. Rev. Gaúcha de Enfermagem, 2007; 28(2): 171-9.
26. Hickey M, Newton S. *Telephone Triage for Oncology Nurses. Second Edition. Oncology Nursing Society*. Pittsburgh, PA, 2012.
27. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Brasília: Conselho; 20 de fev. 2014. Parecer nº 04/2014/CTLN/COFEN; [aprox. 2p]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-n-042014ctlncofen_50387.html
28. Winkeljohn D. Adherence to Oral Cancer Therapies: Nursing Interventions. Clin J Oncol Nurs. 2010 Mar; 14(4):461-6.
29. International Council of Nursing. (2009). Telenursing fact sheet. Retrieved from http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/18b_FS-telenursing.pdf
30. Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP). Monitoramento telefônico ao paciente/Alô Enfermeiro. São Paulo: ICESP, 2019. Disponível em: <http://www.icesp.org.br/espaco-do-paciente/alo-enfermeiro>
31. Torres HC, Reis IA, Roque C, Faria P. Monitoramento telefônico como estratégia educativa para o autocuidado das pessoas com diabetes na atenção primária. Cienc. Enferm., 2013, 19(1):95-105.
32. Landin CAP, Teixeira CRS, Kusumota L, Travagim DAS, Becker TAC, Balaminit T, Carvalho EC. O significado do ensino por telefone sobre a insulina para as pessoas com diabetes *Mellitus*. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, 2011 set; 32(3):554-60.
33. Morgan BS. Avaliação do monitoramento telefônico na promoção do autocuidado em diabetes na atenção primária em saúde. 2012. 73f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, UFMG, Belo Horizonte, 2013.
34. Vasconcelos HCA. Controle do diabetes mellitus tipo 2: análise de um programa de intervenção com informações sobre a doença via chamadas telefônicas. [Tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2015.
35. Fernandes BSM, Reis IA, Torres HC. Evaluation of the telephone intervention in the promotion of diabetes self care: a randomized clinical Trial. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016; 24:e2719.

36. Becker TAC, Teixeira CRS, Zanetti ML. Nursing intervention in insulin administration: telephone follow-up. *Acta Paul Enferm.* 2012;25 (número especial 1):67-73.
37. Olivatto GM, Teixeira CRS, Pereira MCA, Becker TAC, Hodniki PP, Istilli PT. ATEM DIMEL. Apoio telefônico para o monitoramento em diabetes mellitus tipo 2: expectativas e satisfação dos pacientes. *Rev. Elet Gestão & Saúde.* 2015; 6(2):1588-1600.
38. Vuorinen AA, Leppänen J, Lähteenmäki J. Use of home telemonitoring to support multidisciplinary care of heart failure patients in Finland: randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2014 dec; 16(12):e282.
39. Ong MK, Romano OS, Edgington S, Aronow HU, Auerbach AD, Black JT. et al. Effectiveness of remote patient monitoring after discharge of hospitalized patients with heart failure: the better effectiveness after transition-heart failure (BEAT-HF) randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2016 mar; 176(3):310-18.
40. Domingues FB, Clausell N, Aliti GB, Dominguez DR, Rabelo ER. Education and telephone monitoring by nurses of patients with heart failure: randomized clinical trial. *Arq Bras Cardiol* 2011; 96(3):233-39.
41. Cavalari E, Mello BLD, Oliveira AS, Alves LMM. Utilização da telenfermagem às pessoas com doenças crônicas: revisão integrativa. *J Health Inform.* 2012 dec; 4(Spec):220-5.
42. Galvão CR, Pinochet LHC, Vieira MA, Miquelão R. Análise de indicadores de monitoramento de pacientes portadores de doenças crônicas: estratégia de redução de custos. *O Mundo da Saúde.* 2011; 35(4):427-437.
43. Schulz RS, Santana RF, Oliveira BGRB, Carvalho MR, Faleiro TB, Gonçalves RCS. Monitoramento telefônico a distancia na recuperação cirúrgica: revisão integrativa. *CuidArte Enfermagem*, 2013; 7(2):107-112
44. Cardozo AS, Santana RF, Rocha ICM, Cassiano KM, Mello TD, Melo UG. Acompanhamento por telefone como intervenção de enfermagem na recuperação cirúrgica de idosos prostatectomizados. *Rev. Enferm UFPE on line.*, 2017, Recife, 11(8):3005-12.
45. Delphino TM, Souza PA, Santana RF. Telemonitoramento como intervenção no pós-operatório de facectomia: revisão sistemática da literatura. *Rev. Min Enferm.* 2016; 20:e937.
46. Rodrigues AB, Oliveira PP, Onofre PSC, Martin LGR, Belinelo RGS, Coutinho MM. Intervenções de enfermagem e monitorização por telefone de indivíduos com câncer hematológico em tratamento ambulatorial. *J Nurs on line*, 2012, Ago; 6(8):1832-40.
47. Sousa RM, Espírito Santo FH, Pinheiro FM. Acompanhamento por telefone no pós-alta dos pacientes onco-hematológicos: revisão integrativa da literatura. 2017; 7:e1824.

48. Pettitte TM, Narsavage GL, Chen YJ, Coole C, Forth T, Frick KD. et al. Feasibility study: home telemonitoring for patients with lung cancer in a mountainous rural area. *Oncol Nurs Forum*. 2014 march; 41(2):153-61.
49. Mata LRF, Silva AC, Pereira MG, Carvalho EC. Acompanhamento telefônico de pacientes pós-prostatectomia radical: revisão sistemática. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(2): 337-45.
50. Nicolissi AC, Sawada NO. Fatores que influenciam a qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(1): 125-30.
51. Nucci NAG. Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo. [Tese de doutorado]. Ribeirão Preto/SP: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP; 2003.
52. Schroeter D. Validação e reprodutibilidade de dois questionários específicos para avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer de ovário. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2011.
53. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assesment (WHOQOL): position paper from World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41(10): 1403-1409.
54. Zandonai AP, Cardozo FMC, Nieto IN, Sawada NO. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos. Revisão integrativa da literatura latino-americana. *Rev. Eletr. Enf.* [internet]. 2010; 12(3): 554-61. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12n3a20.htm>.
55. Seidl, EMF, Zannon CMLC. Qualidade de Vida e Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Publica*, 2004 20(2): 580-8.
56. Patrick DL, Erikson P. Health status and health policy: quality of life in health care evolution and resource allocation New York/Oxford: Oxford University Press, 1993. 478p.
57. Cella, DF, Tulsky DS, Gray G, Sarrafian B, Linn E, Bonomi A, Silberman M, Yellen SB, Winicour P, Brannon J. The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: Development and Validation of the General Measure. *J. Clin. Oncol*, 1993; 11: 570-579
58. Santos EMM. Câncer colorretal: qualidade de vida em pacientes tratados com intenção curativa. [Dissertação de mestrado], São Paulo: Fundação Antônio Prudente, 2003.
59. Alcântara PSM. Avaliação da qualidade de vida pré e pós-operatória no primeiro e terceiro mês em pacientes submetidos à gastrectomia eletiva por adenocarcinoma gástrico. [Tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
60. Decat CSA, Laros JÁ, Araújo TCCF. Termômetro de *Distress*: validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos. *Psico-USF*, 2009; 14(3): 253-260.

61. National Comprehensive. Cancer Network. NCCN Clinical Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®): distress Management. NCCN [internet]. 2012 [cited 2012 November 14]. Available from: <http://www.oralcancerfoundation.org/treatment/pdf/distress.pdf>.
62. Greenberg DB, Hughes MK, Holland JC, Golant M, Levenson JA, Loscalzo MJ, Pirl WF. Quick reference for oncology clinicians: the psychiatric and psychological dimensions of cancer symptom management. *Psychooncology* [internet], 2007 [cited 2012 November 14]; 16(5): 502-3.
63. Lera AT, Miranda MC, Trevisan LLB, Antonangelo DV, Zanellato RM, Tateyama LTC, Fede ABS, Xavier OS, *et al.* Aplicação do instrumento termômetro de estresse em pacientes idosos com câncer: estudo piloto. *Rev. Bras. Clin. Med. São Paulo*, 2011; 9(2): 112-6.
64. Albuquerque KA, Pimenta CAM. *Distress* do paciente oncológico: prevalência e fatores associados na opinião de familiares. *Rev. Bras Enferm.*, 2014; 67(5): 744-51.
65. Bottega HF, Fontana TR. A dor como quinto sinal vital: utilização de escala de avaliação por enfermeiro de um hospital geral. *Texto Contexto Enferm.*, 2010; 19(2):283-90.
66. Costa AIS, Chaves MD. Dor em pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. *Rev. Dor. São Paulo*, 2012; 13(1): 45-9.
67. Joint Commission releases new pain management standards. *Rep Med Guidel Outcomes Res.*, 2000;11:7-10. 9.
68. Berry PH, Dahl JL. The new JCAHO pain standards: implications for pain management nurses. *Pain Manag Nurs.* 2000;1:3-12.
69. Moro TE, Brilha TG, Mariano RK. Implantação de protocolo para avaliação e manuseio da dor aguda na sala de recuperação pós-anestésica de hospital terciário de Sorocaba. *Rev. Fac Ciênc Méd.*, 2012; 14(3):95-9.
70. Santos LM, Pereira MP, Santos LFN, Santana RCB. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Bras. Enferm.*, 2012; 65(1):27-33.
71. Rangel O, Telles C. Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. *Rev. do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UFRJ*, 2012.
72. Wiermann EG, Diz MDPE; Caponero R, Lages PSM, Araujo CZS; Bettega RTC, Souto AKB. Consenso Brasileiro sobre Manejo de Dor relacionado ao câncer. *Rev. Bras. de Oncologia Clínica*, São Paulo, 2014.
73. Meier AC, Siqueira FD, Pretto CR, Colet CF, Gomes JS, Stumm EMF, *et al.* Análise da intensidade, aspectos sensoriais e afetivos da dor de pacientes em pós-operatório imediato. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 2017; 38(2):e62010.

74. Dorigan GH, Guirardello EB. Satisfação do paciente em uma unidade de gastroenterologia. *Acta Paul Enferm*, 2010; 23(4): 500-5.
75. Freitas JS, Silva AEBC, Minamisava R, Bezerra ALQ, Sousa MRG. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2014; 22(3): 454-60.
76. Oliveira AML, Guirardello EB. Satisfação do paciente com cuidado de enfermagem: comparação entre hospitais. *Rev. Esc. Enf. USP*, 2006, 40(1): 71-77.
77. Lopes JL, Cardoso MLAP, Alves VLS, D’Innocenzo M. Satisfação de clientes sobre cuidado de enfermagem no contexto hospitalar. *Acta Paul Enferm.*, 2009;22(2): 136-41.
78. *European Organization for Research and Tratamento of Cancer - EORTC QLQ C30. Scoring Manual*. Brussels: Eortc, 2001
79. Ribeiro JP, Pinto C , Santos C. Validation study of the portuguese version of the QLC-C30 V.3. *Psic., Saúde & Doenças*, 2008, 9 (1), 89-102.
80. Franceschini J, Jardim JR, Fernandews ALG, Jamnik S, Santoro IL. Reprodutibilidade da versão em português do Brasil do European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire em conjunto com seu módulo específico para câncer de pulmão. *J Bras. Pneumol*. 2010 sept-oct; 36(5):595-602.
81. McKernan M, McMillan DC, Anderson JR, Angerson WJ, Stuart RC. The relationship between quality of life (EORTC QLQ-30) and survival in patients with gastro-oesophageal cancer. *British Journal of Cancer* 2008; 98:888-893.
82. Vendrusculo LM. Capacidade funcional e Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama após o tratamento oncológico. [Dissertação]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2011.
83. Eberhardt AC, Rosanelli CLSP, Berlezi EM, Kolankiewicz AB, Loro MM, Lins SLB. Perfil e qualidade de vida de pacientes com câncer de esôfago e estômago. *Ver. Enferm UFPE on line.*; 2015, Recife, 9(12):1214-22.
84. Sawada NO, Nicolussi AC, Okino L, Cardozo FMC, Zago MMF. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. *Rev. Esc Enferm USP*, 2009; 43(3): 581-7.
85. Silva FA. Validação e reprodutividade de questionários de qualidade de vida específicos para câncer de mama. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Fundação Antonio Prudente, 2008.
86. PORTUGAL. Ministério da saúde. Direcção Geral da Saúde. Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/06/2003. Disponível em: <http://www.dgsaude.pt>>Acesso em 25 ago. 2018.

87. Pereira LV, Souza FAEF. Mensuração e Avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, 1998, 6(3): 77-84.
88. Souza FAEF. Dor: o quinto sinal vital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, 2002, 10(3): 446-7.
89. Noguchi K, et al. Nonparametric Analysis of Longitudinal Data in Factorial Experiments. *Fev.*, 2015
90. Noguchi K, et al. nparLD: An R. Software Package for the Nonparametric Analysis of Longitudinal Data in Factorial Experiments. *Journal of Statistical Software*. September, 2012; 50(12).
91. ABG Consultoria Estatística. Disponível em [https://www.abgconsultoria.com.br/Boxplot - Como interpretar_ - ABG Consultoria Estatística.html](https://www.abgconsultoria.com.br/Boxplot_-_Como_interpretar_-_ABG_Consultoria_Estatistica.html)
92. Pinheiro FAZ, Marcondes CA, Sousa MP. Análise epidemiológica das neoplasias de esôfago atendidas no Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade do Ceará (UFC) – período de 2001 a 2010. *GED Gastroenterol Endosc Dig*. 2012;31(1): 1-6.
93. Silva DRM. Câncer de esôfago no Centro-Oeste do Brasil: incidência, mortalidade e tendências. [Dissertação]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2012.
94. Silva RM, Soares RSA, Lana LD, Birrer JA, Mostardeiro SCTS. Orientações pré-operatórias recebidos por pacientes submetidas à cirurgia oncológica. *Rev. Cient. Sena Aires*. 2017; 6(2):116-25.
95. Campos ECR, Pinheiro EBA, Baldissera RL, Kamei DJ, Santos FMR, Guedes A, *et al.* Análise dos fatores prognósticos no tratamento cirúrgico do câncer gástrico. *Rev.*
96. Brasil Ministério da Saúde Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) Estimativa 2018: Incidência de câncer do Brasil [internet] Rio de Janeiro INCA 2018 [acesso em 20 de jan de 2019]
97. Arregi MM, Ferrer DP, Assis EC, Paiva FD, Sobral LB, André NF, *et al.* Perfil clínico-epidemiológico das neoplasias de estômago atendidas no Hospital do Câncer do Instituto do Câncer do Ceará, no período de 2000-2004. *Rev Bras Cancerol*. 2009; 55(2): 121-8.
98. Magalhães LP, Oshima CTF, Souza LG, Lima JM, Carvalho L, Forones NM. Variação de peso, grau de escolaridade, saneamento básico, etilismo, tabagismo e hábito alimentar pregresso em pacientes com câncer de estômago. *Arq Gastroenterol*. 2008; 45(2): 111-16.

99. Campelo JCL, Lima LC. Perfil clínico epidemiológico do câncer gástrico precoce em um hospital de referência em Teresina, Piauí. *Rev Bras Cancerologia*. 2012; 58(1): 15-20.
100. Queiroga RC, Pernambuco AP. Câncer de esôfago: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. *Rev Bras Cancerologia*. 2006; 52(2): 173-8.
101. Menezes JN, Caxeiro GL, Takahara IA, Fava BEC, Torres MC, Apodaca FR. Análise da qualidade de vida de pacientes gastrectomizados por adenocarcinoma gástrico [Dissertação]. Universidade de Mogi das Cruzes. 2015.
102. Merhi VAL, Tristão AP, Moretto MC, Fugulin NM, Mclellan KCP, Aquino JLB. Estudo comparativa de indicadores nutricionais em pacientes com neoplasias do trato digestório. *ABCD Arq Bras Cir Dig.*, 2008; 21(3): 114-9
103. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, *et al.* The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst*. 1993; 85:365-76.
104. Grzankowski KS, Carney M. Quality of life in Ovarian Cancer. *Cancer Control*. 2011; 18(1): 52-58.
105. Bodurka-Bervers D, *et al.* Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecologic Oncology*. 2000; 78:302-308.
106. Lagergren P, Fayers P, Conroy T, Stein HJ, Sezer O, Hardwick R. Clinical and psychometric validation of a questionnaire module, the EORTCT QLQ-OG25, to assess health-related quality of life in patients with cancer of the oesophagus, the oesophago-gastric junction and the stomach. *Eur J Cancer*. 2007; 43(14): 2066-73.
107. Nascimento TG. Neutropenia e qualidade de vida em mulheres com câncer de mama durante tratamento quimioterápico. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2012.
108. Díaz LA, Oteiza MF, Ciga MA, Aizcorbe M, Cobo F, Trujillo R. Impact of surgical procedure for gastric cancer on quality of life. *Br J Surg*. 2003; 90(1): 91-4.
109. Bonassa EMA, Santana TR. *Enfermagem em terapêutica oncológica*. Atheneu. São Paulo, 2005.
110. Finley RJ, Lamy A; Clifton J, Evans KG, Fradet G, Nelems B. Gastrointestinal function following esophagectomy for malignancy. *The American Journal of Surgery*. 1995; 169(5):471-75.
111. Gradauskas P, Rubikas R, Saferis V. Changes in quality of life after esophageal resection for carcinoma. *Medicine (Kaunas)*. 2006; 42(3): 187-94.
112. Graves KD, Arnold SM, Love CL, Kirsh KL, Moore PG, Passik SD. Distress screening in a multidisciplinary lung cancer clinic: prevalence and predictors of clinically significant distress. 2007; 55(2):215-24.

113. Balducci L, Ershler WB. Cancer and ageing: a nexus at several levels. *Nat Rev Cancer*. 2005; 5(8): 655-62.
114. Ganter MT, Blumenthal S, Dübendorfer S, Brunnschweiler S, Hofer S, Klaghofer R, *et al.* The length of stay in the post-anesthesia care unit correlates with pain intensity, nausea and vomiting on arrival. *Perioper Med*. 2014; 3(10): 1-9.
115. Inman DI, Maxson PM, Johnson KM, Myers RP, Holland DE. The impact of follow-up educational telephone calls on patients after radical prostatectomy: finding value in low margin activities. *Urol Nurs*, 2011; 31(2): 83-91.
116. Godden B. Postoperative phone calls: is there another way? *J Peri Anest Nurs Forum*. 2010; 25(6): 404-8.
117. Whitby M, McLawsy ML, Collopyz B, Looke DFL, Doidge S, Henderson B, *et al.* Post-discharge surveillance: can patients reliably diagnose surgical wound infections? *J Hosp Infect*. 2002; 52(3): 155-60.
118. Berkler R, Bauer AS, Rawland C. How telehealth can increase the effectiveness of chronic heart failure management. *Nurs Times*. 2010; 106 (26):14-5.
119. Pereira DA, Costa NMSC, Sousa ALM, Jardim PCBV, Zanini CRO. The effect of education intervention on the disease knowledge of diabetes mellitus patients. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2012; 20(3): 478-85.
120. Imazu MFM, Faria BN, Arruda GO, Sales CA, Marcon SS. Effectiveness of individual and group interventions for people with type 2 diabetes. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2015; 3(2): 200-7.
121. Péus D, Newcomb N, Hofer S. Appraisal of the Karnofsky Performance Status and proposal of a simple algorithmic system for its evaluation. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2013; 13:72
122. 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 Dec; 5(6): 649-55

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE A - Orientações de Enfermagem Preconizadas no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo: Orientações dos Manejos não farmacológico dos sintomas

- Alteração de paladar:

- Enxaguar a boca antes das refeições;
- Utilizar balas azedas e/ou ácidas ou gotas de limão (30 gotas em 1 copo de 200 ml) ou gelatina de limão (se não estiver com feridas na boca);
- Utilizar temperos naturais em maior quantidade, como: manjerição, orégano, hortelã, coentro e etc.;
- Substituir os talheres de metal pelos de plástico, caso sinta sabor residual metálico.
- Fazer bochechos com chá de camomila antes das refeições;
- Servir os alimentos à temperatura intermediária/ambiente;
- Evitar alimentos muito quentes ou muito gelados.
- Qualquer dúvida, entre em contato com o “Alô Enfermeiro”.

- Constipação Intestinal (Prisão de ventre):

- Beba muito líquido, em torno de oito copos por dia
- Fracione a dieta em 5 ou 6 refeições diárias, respeitando os horários estabelecidos;
- Prefira frutas laxativas: ameixa, laranja, mamão, abacate, ameixa seca, manga, banana nanica;
- Ingerir líquidos em abundância: chás, sucos e principalmente água;
- Consumir legumes e verduras, preferencialmente crus;
- Dê preferência a frutas com casca e bagaço, quando possível;
- Ingerir farelo de cereais: arroz, aveia, trigo; produtos integrais: arroz, pães, torradas;
- Prefira leguminosas regularmente: ervilha, feijão, grão-de-bico, lentilha, soja;
- Dê preferência a leite e derivados: iogurte, leite fermentado, mingau de aveia;

- Evite: ricota fresca, queijo branco; sagu, tapioca, maisena, arroz; frutas como banana prata, banana maçã, pera e maçã sem casca, goiaba sem casca e sem sementes, caju e sucos de melão, goiaba, caju, pera e maçã;
- Se permanecer 3 ou mais dias sem evacuar, entrar em contato com o “Alô Enfermeiro”.

- Diarreia:

- Fracione a dieta em 5 ou 6 refeições diárias, respeitando os horários estabelecidos
- Ingerir líquidos em abundância: chás, sucos coados sem açúcar, água de coco e principalmente água;
- Sucos de frutas deverão ser coados: como limonada, suco de caju, maçã e laranja sem açúcar;
- Prefira: alimentos como batatas, chuchu, cenoura cozida, aipim, inhame, cará, creme de arroz, arroz, macarrão com molho caseiro coado, farinhas, torradas, biscoito água e sal ou de maisena, carnes sem gordura e grelhadas (frango, peixe ou boi) e leite de soja; banana-maçã, maçã e pera sem casca, goiaba sem casca e semente, caju.
- Evite: leite e derivados; margarina, manteiga, toucinho, banha, creme de leite, chantilly e gorduras em geral; frutas cruas em geral; frutas e sementes oleaginosas como abacate, coco, nozes, amêndoas, amendoim, castanha de caju e castanha-do-pará; condimentos picantes (páprica, pimenta, mostarda, catchup); conservas em geral (picles, azeitona, palmito, aspargos, milho e ervilha); açúcar, doces concentrados (goiabada, marmelada), doces em calda (pêssego, abacaxi) e chocolates; embutidos (salsicha, linguiça, presunto, salame, mortadela, etc); cereais integrais como trigo, pães integrais, aveia e farelo de trigo; leguminosas em geral como: feijão, ervilha, lentilha e grão de bico (consumir apenas o caldo); hortaliças e verduras folhosas cruas; alimentos que causam flatulência (gases), como: couve-flor, brócolis, repolho e ovo.
- Se apresentar 4 ou mais episódios de evacuação, entrar em contato com o “Alô Enfermeiro”.

<ul style="list-style-type: none">• OBS: Se a diarreia for muito persistente, faça um soro caseiro, desta forma:

1 copo de água + 1 colher de sopa rasa de açúcar + 1 colher (de cafezinho) rasa de sal

- Mucosite (Ferida na boca):

- Higienização das bochechas, dentes e língua deverá ser realizada 3 vezes ao dia mesmo para os pacientes com alimentação via sonda;
- Utilizar sempre escova de dente com cerdas EXTRAMACIAS. Posicione a escova entre a gengiva e o dente, inclinando-a para as raízes, e realize movimentos vibratórios curtos. Depois, a escova de dente deverá realizar movimento vertical de varredura das gengivas em direção às pontas dos dentes, sendo repetido em todas as suas faces.
- Higienizar a língua passando a escova de dente sobre na língua no sentido de trás para frente.
- Usar fio dental 1 vez ao dia. Utilizar, preferencialmente, fio ou fita dental encerado. Fio deverá ser cuidadosamente guiado através do ponto de contato dos dentes apenas com o intuito de remover restos alimentares aderidos entre os dentes. Se observar um sangramento excessivo e que persista por mais de 1 hora, suspender o uso do fio dental por 7 dias;
- Higienização de mucosas e céu da boca deverá ser realizada com uma gaze úmida enrolada no dedo indicador, passar por toda a mucosa bucal (gengiva, bochecha e palato);
- Suspender o uso de próteses totais (dentaduras) ou parciais removíveis – aumentam o trauma na mucosa, aumentando a severidade e duração das lesões;
- Manter boca e lábios hidratados;
- Não consumir bebidas alcoólicas e produtos derivados do tabaco;
- Os bochechos deverão ser realizados de acordo com a prescrição médica ou do dentista.
- Prefira: alimentos fáceis de mastigar e engolir (purê, suflê, mingau, pudim, gelatina etc.); alimentos frios ou em temperatura ambiente (nem gelado e nem quente); e, em casos graves, alimentos líquidos ou liquidificados.
- Evite: alimentos ácidos, picantes, condimentados e salgados; alimentos duros (grelhados, fritos), secos (bolachas, pão, torrada, arroz branco solto) e difíceis de mastigar; alimentos quentes. Em caso de anemia, com recomendação de ingestão de frutas e sucos ricos em vitamina C, dar preferência às frutas não ácidas, como: laranja lima, goiaba, manga e caju.
- Se apresentar lábios muito avermelhados ou qualquer lesão na boca, entrar em contato com o “Alô Enfermeiro”.

- Náuseas e Vômito:

- Escove os dentes ou lave a boca com frequência.
- Não se alimente durante os episódios de vômitos. Aguarde um tempo para voltar a se alimentar;
- Realizar pequenas refeições em menor intervalo de tempo: quanto mais tempo de estômago vazio, mais enjoado você pode ficar;
- Prefira alimentos frios ou em temperatura ambiente;
- Comer devagar e mastigar bem os alimentos;
- Beber sucos ou chupar gelo ou picolés de frutas cítricas, como limão (se não estiver com feridas na boca) nos intervalos das refeições;
- Ingerir de oito a dez copos de líquidos entre as refeições
- Realizar as refeições em lugares bem arejados.
- Evite: ingerir líquidos durante o almoço e jantar; frituras e alimentos gordurosos; doces concentrados (doces em compota, goiabada, marmelada); condimentos fortes (pimenta, catchup, mostarda, molho inglês e etc); deitar-se após as refeições; manter-se na cozinha durante preparo das refeições; preparações em temperaturas extremas, preferindo preparações à temperatura ambiente ou alimentos frios; líquidos cafeinados, incluindo refrigerantes à base de colas, café e chás.
- Tomar os medicamentos indicados para náuseas cerca de 30 minutos antes das refeições e medicações que possam levar a náuseas;
- Anotar e comunicar o enfermeiro, pelo “Alô Enfermeiro”, caso a náusea e os vômitos persistam, mesmo após tomar os medicamentos.
- Não escove os dentes logo após o episódio de vômito. O ácido do vômito em conjunto com a abrasão causada pela escovação pode aumentar o desgaste do esmalte do dente;
- Após o episódio de vômito, realize bochecho com água para higienização da boca. Se os episódios de vômitos tiverem uma frequência maior do que quatro vezes ao dia, realizar bochechos com água bicarbonatada após o vômito – função de neutralizar a acidez do vômito;
- Suspender, sempre que possível, o uso de próteses totais (dentaduras) ou parciais removíveis durante a fase de náusea e vômito – podem aumentar traumas em mucosa, náusea e vômitos;
- Manter boca e lábios hidratados;
- Em caso de mau hálito, pode se fazer uso de goma de mascar SEM açúcar.

- Escovação: Utilizar sempre escova de dente com cerdas macias. Posicione a escova entre a gengiva e o dente, inclinando-a para as raízes, e realize movimentos vibratórios curtos. Depois, a escova de dente deverá realizar movimento vertical de varredura das gengivas em direção às pontas dos dentes, sendo repetido em todas as suas faces.
- Higienização da língua: passar a escova de dente sobre na língua no sentido de trás para frente.
- Fio dental: utilizar, preferencialmente, fio ou fita dental encerado. Fio deverá ser cuidadosamente guiado através do ponto de contato dos dentes apenas com o intuito de remover restos alimentares aderidos entre os dentes. O fio dental não deverá tocar as gengivas.
- Higienização de mucosas: com uma gaze úmida enrolada no dedo indicador, passar por toda a mucosa bucal (gengiva, bochecha e céu da boca).
- Bochechos: Se indicados, deverão ser realizados de acordo com a prescrição médica ou odontológica.
- Se apresentar 2 ou mais episódios de vômitos, entrar em contato com o “Alô Enfermeiro”.

- Plaquetopenia (Diminuição de plaquetas – risco de sangramento):

- Escovar os dentes com uma escova macia e sem realizar movimentos muito bruscos que possam provocar alguma lesão nas gengivas, bochechas ou língua;
- Não utilize fio dental nesse período para limpeza dos dentes;
- Atentar para sangramento nasal, oral, gengival e esclera ocular;
- Tomar cuidado com quedas, esbarrões, tropeços e cortes;
- Cuidado ao se depilar ou se barbear, dê preferência a aparelhos elétricos no lugar de lâminas;
- Não realizar esportes e atividades físicas que possam causar impactos violentos ou lesões corporais;
- Cuidado ao assuar o nariz, não sopre com muita força para evitar romper um vaso e ocasionar um sangramento;
- Cuidado ao manipular objetos cortantes ou com ponta; evite o corte de cutículas dos pés e mãos; em caso de sofrer um corte, pressione o local firmemente por um período, esperando parar o sangramento, caso persista, comparecer ao ICESP - CAIO ou ligue para o “Alô Enfermeiro”;
- Atentar para palidez cutânea e cansaço físico;

- Em caso de acidentes domésticos, ligar imediatamente para o “Alô Enfermeiro” ou comparecer ao ICESP - CAIO;
- Atentar para presença de sangue na urina, no vômito ou nas fezes;
- Tomar cuidado no momento da relação sexual, para não causar lesões corporais.
- Vide orientação de higiene bucal.

- Neutropenia (Diminuição da imunidade – risco de infecção):

- Lavar as mãos e utensílios com água e sabão, antes de iniciar o preparo dos alimentos;
- Utilizar somente alimentos com data de validade dentro do prazo;
- Observar a qualidade da embalagem. Se apresentar sinais de violação, amassados ou ferrugem não consumir;
- Não guardar alimentos já preparados de um dia para o outro;
- Lavar bem todas as frutas e verduras que for comer e deixá-las de molho em solução clorada por 20 minutos (1 litro de água com 1 colher de sopa de água sanitária), ou utilizar produtos industrializados para desinfecção e seguir recomendações do fabricante, descritas nos rótulos. Enxaguar com água própria para consumo.
- Prefira: água filtrada e fervida por 15 minutos ou mineral; alimentos bem cozidos, assados ou fritos; frutas de casca grossa (melão, melancia, laranja e etc), desde que realizada a desinfecção; legumes (chuchu, cenoura, batata, vagem e etc) e verduras (almeirão, escarola, acelga e etc) deverão ser consumidos cozidos ou bem refogados; leite pasteurizado e fervido;
- Evite: frios e embutidos (mortadela, salame, presunto, queijo e etc); frutas de casca fina (uva, caqui, morango e etc); alimentos provenientes de restaurantes ou lanchonetes; carnes, verduras e legumes crus; produtos de pastelarias (coxinha, empadinha, croquete, pastel); sucos e vitaminas de frutas naturais preparados em restaurantes ou similares; queijos frescos, curados e ricotas; lanches (*fast food*, padaria, lanchonete);
- Lavar, sempre, as mãos com água e sabão antes das refeições, antes e após usar o banheiro, assuar o nariz, tossir, espirrar ou tocar em animais domésticos tanto na residência quanto fora dela;
- Não manter contato com pessoas portadoras de doenças contagiosas, exemplo gripe, catapora, conjuntivite, entre outros;

- Não frequentar locais fechados e com aglomerações de pessoas, como igrejas, cinemas, teatros, etc;
- Cuide de sua pele evitando coçá-la com as unhas, lembre-se que as unhas podem arrastar agentes infecciosos. Não esprema cravos e espinhas;
- Verificar a temperatura corporal, no caso de febre ($>38^{\circ}\text{C}$ ou $<35^{\circ}\text{C}$), ligar para o “Alô Enfermeiro” e comparecer ao ICESP no CAIO;
- Manter-se afastado de crianças que receberam vacinas contra pólio ou catapora;
- Se estiver utilizando qualquer tipo de cateter ou sonda, observe se surgir alguma secreção, vermelhidão, inchaço ou dor, comunique imediatamente, pelo “Alô Enfermeiro”, e compareça ao ICESP no CAIO.
- Se, eventualmente, acontecer um corte, limpe-o imediatamente com água e sabão, comunique o seu médico, caso a cicatrização demore mais do que o de costume ou se aparecer secreções, vermelhidão, calor local e dor;
- Manter-se afastado de animal de estimação, não permitir que o mesmo durma em sua cama, não limpar dejetos de gato, cachorro e pássaros.
- Atentar queimação ao urinar, diminuição do volume da urina, ligar para o “Alô Enfermeiro”.
- Atentar para presença de tosse, coriza (nariz escorrendo), ligar para o “Alô Enfermeiro”.
- Atentar para presença de feridas na boca, ligar para o “Alô Enfermeiro”.
- Atentar para bolhas com presença de prurido (coceira na pele), ligar para o “Alô Enfermeiro”.
- Atentar para presença de diarreia e comunicar
- Atentar para presença de taquicardia (coração acelerado), dispneia (falta de ar), calafrio, desmaio e alteração do estado de consciência, compareça ao CAIO imediatamente.
- Evite utilizar lâminas de barbear para depilação e realizar a retirada de cutículas.
- Higienização de bochechas, dentes e língua deverá ser realizada 3 vezes ao dia mesmo para os pacientes com alimentação via sonda;

- Usar fio dental 1 vez ao dia. Se observar um sangramento excessivo e que persista por mais de 1 hora, suspender o uso do fio dental por 7 dias.
- Suspender o uso de próteses totais (dentaduras) ou parciais removíveis – aumentam o trauma na mucosa, aumentando a severidade e duração das lesões;
- Manter boca e lábios hidratados;
- Sempre que houver dúvidas, solicite informações ao serviço de odontologia oncológica (dentista) do ICESP.

- Cuidados com o paciente no pós-operatório de esofagectomia e gastrectomia em domicílio

- Lavar a ferida cirúrgica ("corte") com água e sabonete neutro
- Secar delicadamente o local com uma toalha limpa
- Deixar corte e pontos, se estiverem secos, sem o curativo para ajudar na cicatrização.
- Não aplicar pomadas e cremes no "corte", a não ser que estejam prescritos pelo médico ou indicados pelo enfermeiro.
- Alimentar-se de refeições pequenas e frequentes. Seguir orientação de nutricionista quanto ao tipo de alimentação
- Comparecer às consultas de acompanhamento nutricional
- Após cada refeição, permanecer sentado ou com a cabeceira elevada por uma hora.
- Evitar irritantes (ex: álcool, tabaco, café e bebidas muito quentes).
- Realizar a higiene oral normalmente após as refeições
- Evitar esforços físicos (ex: carregar peso e subir escadas)
- Avisar médico e/ou enfermeiro se houver perda de peso
- Manter unhas das mãos e dos pés aparadas e limpas
- Utilizar roupas confortáveis que não apertem o local da cirurgia
- Realizar caminhadas moderadamente
- Seguir as medicações conforme receita médica

Em caso de sonda para alimentação:

- Diluir os medicamentos, seguindo as orientações do enfermeiro
- Checar se está bem fixada
- Realizar a higiene interna das narinas diariamente, com cotonete delicadamente
- Seguir o manual de orientação ao paciente fornecido pelo hospital

Caso estiver com dreno, os cuidados são:

- Verificar todos os dias o aumento ou a diminuição do líquido drenado
- Anotar em uma folha o dia e a quantidade
- Trocar o curativo do dreno todos os dias, ou sempre que necessário.
- Manter a extensão do dreno bem fixada na pele
- Evitar tracionar o dreno para não tirá-lo de seu posicionamento
- Observar se o líquido do dreno parar de drenar repentinamente em um intervalo de 4 a 6 horas. Comunicar o enfermeiro ou o médico
- Se estiver com dreno de sucção, manter o vácuo interno para facilitar a saída de líquido.
- O líquido drenado tende a diminuir com os passar dos dias
- Caso a ferida cirúrgica apresente pus, vermelhidão, calor, inchaço ou se o paciente tiver dor ou febre por mais de 24 horas, intervalo longo entre as evacuações ou perda excessiva de peso, entrar em contato com o “Alô Enfermeiro”.