









Impacto do monitoramento telefônico em pacientes oncológicos submetidos a esofagectomia e gastrectomia*

Impact of telephone monitoring on cancer patients undergoing esophagectomy and gastrectomy

Impacto del monitoreo telefónico en pacientes oncológicos sometidos a esofagectomía y gastrectomía

Como citar este artigo:

Oliveira DSS, Ribeiro Junior U, Sartório NA, Dias AR, Takeda FR, Ceconello I. Impact of telephone monitoring on cancer patients undergoing esophagectomy and gastrectomy. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e03679. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019023003679>

-  Daniele da Silva Salgado Oliveira¹
-  Ulysses Ribeiro Junior¹
-  Natalia de Araújo Sartório¹
-  André Roncon Dias¹
-  Flávio Roberto Takeda¹
-  Ivan Ceconello¹

* Extraído da dissertação: "Impacto do monitoramento telefônico de enfermagem nos sintomas e qualidade de vida de pacientes no pós-operatório de câncer de esôfago e estômago", Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2019

¹ Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Hospital das Clínicas, Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To evaluate telephone monitoring for symptoms, quality of life, distress, admissions to the emergency center and the satisfaction of cancer patients undergoing esophagectomy and gastrectomy. **Method:** Randomized controlled study in two groups, carried out at the Cancer Institute of the State of Sao Paulo; the intervention group received telephone monitoring for four moments after the surgery, while the control group received only institutional care. **Results:** Of the 81 patients evaluated, the domain most affected by quality of life was social relationships domain. Distress had no significant difference between groups and moments. In both groups, admissions to the emergency center were similar ($p=0.539$). Pain was the most reported symptom in telephone monitoring. There was statistical significance regarding patient satisfaction with monitoring ($p=0.002$). **Conclusion:** Telephone monitoring provided greater patient satisfaction in the intervention group, demonstrating the real impact of this process on the care of cancer patients.

DESCRIPTORS

Neoplasms; Gastrectomy; Esophagectomy; Telemonitoring; Quality of Life; Oncology Nursing.

Autor correspondente:

Daniele da Silva Salgado Oliveira
Rua Francisca Miquelina, 258,
apto 61, Bela Vista
CEP 37160-000 – São Paulo, SP, Brasil
daniele.salgado@hc.fm.usp.br

Recebido: 14/08/2019
Aprovado: 03/08/2020

INTRODUÇÃO

O telefone vem sendo utilizado em diversas finalidades na medicina, desde a triagem até o acompanhamento de pacientes crônicos, no cuidado primário de saúde e aconselhamentos de saúde, resultando na diminuição do tempo de espera para consulta, redução do custo em locomoção de pacientes, além de aprimorar o contato profissional⁽¹⁾.

O monitoramento pode ter como propósito a adesão do paciente ao tratamento, além de ser uma importante ferramenta no seu autogerenciamento. Nesse sentido, cabe ao enfermeiro estabelecer estratégias de educação, levar segurança, promover comunicação clara e efetiva, visando melhorar o tratamento e o cuidado domiciliar após um procedimento cirúrgico⁽²⁾.

A cirurgia é uma das alternativas terapêuticas para o tratamento dos tumores do esôfago e do estômago. Nos primeiros meses de pós-operatório, os pacientes podem apresentar sintomas indesejáveis, que podem prejudicar a qualidade de vida quando comparada à condição pré-operatória. O monitoramento telefônico pode ser usado para o desenvolvimento de intervenções psicoeducativas, no acompanhamento e controle dos sintomas, sendo um recurso que amplia a ação do profissional de saúde, com a assistência direcionada em cada momento do tratamento oncológico⁽³⁻⁴⁾.

A avaliação da Qualidade de Vida (QV) do paciente oncológico é um importante indicador da resposta do paciente à doença e ao tratamento. O conceito de qualidade de vida tem sido amplamente utilizado nos dias atuais e o interesse em mensurá-lo em relação aos cuidados de saúde tem aumentado nos últimos anos⁽⁵⁾.

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 vida. Dessa forma, é necessário avaliar o *distress*, definido como uma experiência emocional desagradável e multifatorial, que interfere na capacidade de lidar com a doença, suas alterações físicas, sintomas e tratamento. Diante disso, torna-se primordial identificar os sintomas de estresse em cada etapa das experiências oncológicas⁽⁶⁾.

A avaliação da dor constitui-se em fenômeno comum, sentido pelos seres humanos e expressados de diferentes formas. Importantes avanços ocorreram nos últimos anos em relação à avaliação da dor, constando, entre eles, a padronização da dor como o quinto sinal vital⁽⁷⁾.

Os objetivos deste estudo foram avaliar o impacto do monitoramento ativo e orientações verbais de enfermagem por telefone nos sintomas e na qualidade de vida dos pacientes, em acompanhamento ambulatorial, submetidos a ressecções cirúrgicas do esôfago e estômago. Avaliaram-se a sintomatologia, qualidade de vida, *distress* e dor dos pacientes, além das admissões no serviço de emergência e a satisfação dos pacientes.

MÉTODO

DESENHO DO ESTUDO

Adotou-se um estudo prospectivo e randomizado.

CENÁRIO

Foi realizado no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo Octavio Frias de Oliveira (ICESP), no período de maio de 2015 a dezembro de 2017, totalizando, no período da coleta, 83 pacientes que aceitaram participar do estudo; porém, dois pacientes foram excluídos.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Foram inicialmente considerados elegíveis os pacientes com diagnóstico de câncer de esôfago e estômago com proposta terapêutica cirúrgica, admitidos no ICESP e que concordassem em participar do estudo. Os pacientes foram randomizados em dois grupos: o controle, grupo no qual não foi realizado o monitoramento telefônico ou intervenção de enfermagem, recebendo somente o cuidado institucional (Alô Enfermeiro); e o intervenção, grupo no qual, conforme parte do estudo, foi realizado o monitoramento ativo ou intervenção de enfermagem nos momentos pré-estabelecidos. O programa do Alô Enfermeiro no ICESP é uma central de monitoramento telefônico, durante 24 horas por dia, em que o paciente entra em contato com a equipe de enfermagem para esclarecimento de dúvidas, à distância, referente ao tratamento oncológico clínico ou cirúrgico, com o objetivo de proporcionar intervenções de manejo não farmacológico dos sinais e sintomas referidos pelos pacientes.

COLETA DOS DADOS

Os pacientes do grupo intervenção foram informados que, após a alta hospitalar, seria realizado o contato por telefone nos seguintes momentos: **1º contato telefônico** - Após cinco dias da alta hospitalar ou no primeiro dia útil após o quinto dia; **2º contato telefônico** - Após 60 dias da alta hospitalar ou no primeiro dia útil após; **3º contato telefônico** - Após 120 dias (4 meses) da alta hospitalar ou no primeiro dia útil após; **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).

Alguns instrumentos foram utilizados para a coleta dos dados. Dessa forma, utilizou-se o Questionário de Qualidade de Vida - *European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C30)*⁽⁸⁾, que é multidimensional e autoadministrativo, com objetivo de avaliar, de forma quantitativa, a qualidade de vida em pacientes com câncer. Esse instrumento possui escalas de avaliação: cinco subescalas funcionais (EF), que são 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 a 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 30. 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)⁽⁸⁻⁹⁾.

Utilizou-se, também, o termômetro de *distress*, que 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), no qual 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); o segundo instrumento possui 35 itens, voltados para o reconhecimento das possíveis causas do *distress*^(6,10).

A escala aplicada de dor foi a verbal numérica, que é utilizada para pacientes comunicativos e sem déficit cognitivo. Essa 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 compõe diferentes escores: 0 (ausência de dor), 1 a 3 (dor leve), 4 a 6 (dor moderada) e ≥ 7 (dor intensa/insuportável)⁽¹¹⁻¹²⁾.

Avaliou-se a satisfação dos pacientes através de um instrumento quantitativo elaborado para mensurar a satisfação quanto ao serviço institucional e ao contato telefônico realizado durante o estudo no cuidado pós-operatório, bem como a satisfação com a instituição. A cada pergunta foram atribuídas notas de 1 a 5, sendo 1 (satisfação mínima), 2 (satisfação ruim), 3 (satisfação regular), 4 (satisfação boa) e 5 (satisfação excelente).

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

O processo de análise dos dados iniciou com análise descritiva, com a inclusão do Intervalo de Confiança para a proporção (IC 95%). Quando necessário, foram empregados métodos analíticos, como de análise bivariada, na tabela de contingência com uso de Teste Exato de Fischer, para variáveis qualitativas. Considerou-se um α bidirecional de 0,05.

ASPECTOS ÉTICOS

Após a aprovação pelo Comitê de Ética do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (NP 734/14 de 05 de outubro de 2014) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sob o Parecer n. 019, de 11 de fevereiro de 2015, analisaram-se,

prospectivamente, os pacientes com diagnóstico de câncer de esôfago ou estômago com indicação de tratamento cirúrgico. Os participantes que demonstraram aceite em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. O desenvolvimento da pesquisa seguiu as Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos, conforme estabelece a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012.

RESULTADOS

Foram selecionados 83 pacientes para o estudo, sendo dois excluídos: um devido à retirada do consentimento do estudo por parte do paciente, e o outro em decorrência da mudança no tratamento proposto. Os dados de 81 pacientes foram avaliados independentemente de terem ou não completado o acompanhamento proposto pelo estudo. Destes, 40 pacientes foram randomizados para o braço do grupo controle e 41 para o braço do grupo intervenção. Houve adequada distribuição entre os dois grupos para as diversas variáveis analisadas, conforme demonstrado na Tabela 1.

A maioria dos pacientes 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% do intervenção perderam o seguimento do estudo. Em relação ao óbito, 20,0% dos pacientes do grupo controle e 19,5% do intervenção faleceram em algum momento do estudo.

Quanto ao questionário de qualidade de vida EORTC QLQ C30, na avaliação do desempenho de papel/rotina entre os grupos e os momentos, 75% dos pacientes apresentaram escore de 100,0 nos momentos T0 e T4 em ambos os grupos, sendo que pelo menos 25% dos pacientes no grupo controle apresentaram um menor escore (33,3) nos momentos T1 e T3. A avaliação da função cognitiva de pelo menos 75% dos pacientes em ambos os grupos e em todos os momentos apresentou escore equivalente a 100,0, mostrando um melhor desempenho cognitivo na população do estudo. Porém, pelo menos 25% dos pacientes no grupo controle apresentaram o menor escore (50,0) nos momentos T1 e T2. Na função emocional em ambos os grupos nos momentos T0, T2 e T4, pelo menos 50% dos pacientes apresentaram escore homogêneos (75,0, 75,0 e 83,3 respectivamente), não apresentando funções emocionais graves que pudessem afetar a qualidade de vida. No entanto, pelo menos 25% dos pacientes apresentaram o menor escore (41,7) no grupo controle, no momento T2. Em relação à função social, pelo menos 75% dos pacientes em ambos os grupos e em todos os momentos apresentaram o escore de 100,0, na qual a condição física e o tratamento não interferiram nas atividades sociais. Entretanto, no momento T2 do grupo controle, pelo menos 25% dos pacientes apresentaram um menor escore de 33,3, sendo que a condição física e o tratamento poderiam interferir nas atividades sociais. Nesta avaliação, não houve significância estatística entre os grupos e os momentos ($p=0,698$).

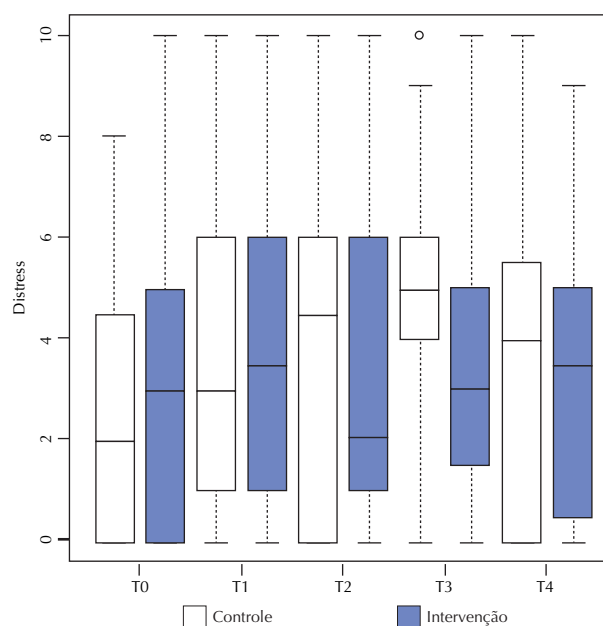
Tabela 1 – Análise descritiva das variáveis qualitativas, incluindo frequências absoluta e relativa e intervalo de confiança de 95% (IC95%) entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção – ICESP, São Paulo, Brasil, 2015-2017.

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

De acordo com as escalas de sintomas, os sintomas de náusea e vômito ocorreram em pelo menos 50% dos pacientes em ambos os grupos e em todos os momentos. Em relação à insônia, pelo menos 50% dos pacientes do grupo controle nos momentos T2 e T3 não apresentaram insônia, mas pelo menos 75% apresentaram um maior escore (66,7) em ambos os grupos nos momentos T0 e T1 e o grupo controle no T2. No grupo intervenção, nesse momento (T2), pelo menos 75% apresentaram insônia (escore de 83,3). Na avaliação da perda do apetite no grupo controle no momento T1, pelo menos 75% dos pacientes apresentaram um maior escore (100,0), podendo estar relacionado a uma perda do apetite intensa. No momento T4, em ambos os grupos, pelo menos 50% dos pacientes apresentaram apetite preservado, com escore de zero (0,0). 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 um maior escore (100,0), o que pode corresponder a uma constipação importante.

Na avaliação da saúde global e na qualidade de vida (Figura 1), observou-se que pelo menos 75% dos pacientes do grupo controle nos momentos T0 e T4 apresentaram um escore de 100,0, sendo que no grupo intervenção esse fato se deu no momento T4 com condição física e qualidade de vida excelentes. Ambos os grupos, no momento T1, tiveram 25%

dos pacientes com um menor escore (50,0), prejudicando a condição física e a qualidade de vida.



p -valor grupo*tempo=0,414.

Figura 1 – Distribuição do *distress* entre os indivíduos dos grupos controle e intervenção e os momentos – ICESP, São Paulo, Brasil, 2015-2017.

Em relação ao nível de *distress* relatados pelos pacientes, percebe-se que em todos os momentos pelo menos 50% dos pacientes em ambos os grupos referiram *distress* de nível 2 (*distress* leve), não havendo significância estatística entre os grupos estudados e os momentos da aplicação do questionário ($p=0,414$).

Dentre as principais causas possíveis do *distress*, podemos mencionar os problemas emocionais como os mais prevalentes relatados pelos pacientes do grupo controle e intervenção no momento pré-operatório. Em relação aos problemas físicos, os mais relatados foram a dificuldade em dormir, seguida da fadiga. Os problemas menos referidos como causa do *distress* foram os físicos, como a mucosite e a febre. O envolvimento religioso também foi um dos problemas citados que não interferem no *distress*.

Em relação à avaliação da dor em uma escala qualitativa ordinal, no primeiro momento após a cirurgia (T1), 42,1% (IC95% 27,5% - 57,9%) dos pacientes do grupo controle não apresentaram dor, sendo que essa mesma porcentagem (42,1%) referiu 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 esse nível de dor, enquanto que no grupo intervenção 2,8% (IC95% 0,3% - 12,3%) apresentaram dor intensa/insuportável. No último momento da avaliação, 67,9% (IC95% 49,5% - 82,8%) dos pacientes do grupo intervenção não apresentaram dor, e no grupo controle a ausência de dor se deu em 60,9% (IC95% 40,6% - 78,6%) dos pacientes. Dentre essas avaliações, não houve significância estatística entre os grupos e os momentos.

Em relação à análise referente à quantidade de idas dos pacientes ao Centro de Atendimento de Intercorrências

Oncológicas (CAIO) durante o acompanhamento do estudo, pôde-se observar que, em ambos os grupos, o número de admissões dos pacientes foi semelhante (mediana=1), sendo 25 admitidos no CAIO do grupo controle e 23 pacientes do grupo intervenção, ($p=0,539$).

Na análise das intervenções de enfermagem dos pacientes randomizados para este grupo, foi avaliada a sintomatologia apresentada por eles após o procedimento cirúrgico e realizadas as intervenções conforme cada sintoma apresentado. Em todos os quatro momentos, observou-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, seguido 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. Os outros sintomas apresentados no primeiro contato foram a diarreia, seguida da náusea, vômito e constipação. Nos segundo e terceiro contatos, a falta de apetite, depois da dor, foi o sintoma mais relatado, enquanto que no quarto momento os pacientes referiram a náusea como um dos sintomas mais presentes depois da dor, assim como o vômito e a diarreia.

A avaliação entre os grupos em relação ao grau de satisfação para o atendimento pelo monitoramento ativo via telefônica demonstrou que, no grupo intervenção, 87,5% (IC95% 73,0% - 95,6%) dos pacientes avaliaram esse serviço como excelente, em relação a 53,3% (IC95% 29,4% - 76,1%) dos pacientes do grupo controle ($p=0,002$). (Tabela 2)

Tabela 2 – 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 – ICESP, São Paulo, Brasil, 2015-2017.

	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

O seguimento telefônico permite a continuidade dos cuidados pós-operatórios por ocasião da alta hospitalar, oferecendo ensino e orientações aos pacientes de acordo com as necessidades⁽¹³⁾. O uso do telefone é uma das possibilidades da telemedicina, surgindo como uma importante estratégia na assistência às pessoas com doença crônica⁽¹⁴⁾.

Para obter eficiência no uso do monitoramento via telefônica, há 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, bem como capacidade de adequar informações, consideração sobre as particularidades e preocupações dos pacientes, e orientar possível intervenção em cada caso⁽¹⁾.

No presente estudo, buscou-se avaliar a sintomatologia apresentada após o procedimento cirúrgico para os pacientes randomizados para o grupo intervenção, na qual se percebeu 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, sendo que o conhecimento sobre esses sintomas e seu manejo por meio do acompanhamento é o diferencial para torná-los menos intensos e até mesmo possíveis de serem controlados pelos próprios pacientes, o que promove o autocuidado e a melhor qualidade de vida⁽¹⁵⁾.

Neste estudo, em relação a qualidade de vida, pôde-se verificar que o desempenho de papel e a função social no grupo controle, no primeiro e segundo momento da aplicação do questionário após a cirurgia, evidenciaram o menor escore (33,3) em pelo menos 25% dos pacientes, o que poderá interferir na qualidade de vida. Um estudo realizado no Rio Grande do Sul⁽⁹⁾, com 41 pacientes, mostrou que o desempenho de papel é a função que mais afeta a qualidade de vida, já que foi encontrado em um escore mais baixo (64,61), mostrando que os pacientes podem apresentar dificuldade na realização das atividades de lazer e de trabalho. Em outro estudo, foram analisados 24 pacientes esofagectomizados em que, ao 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⁽⁴⁾.

Em contrapartida, em ambos os grupos neste estudo, podemos mencionar que pelo menos 75% dos pacientes do grupo controle e intervenção em todos os momentos apresentaram o maior escore (100,0) nas funções cognitiva e social. Mostrou-se num estudo 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, seguida da função social, física e emocional⁽⁹⁾.

A avaliação das escalas de sintomas apresentados pelos pacientes permite avaliar se irão influenciar direta ou indiretamente na qualidade de vida dos pacientes.

Observaram-se perda de apetite, fadiga e insônia com médias mais altas do que os demais, o que interferiu 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 foi o sintoma de maior impacto na vida de 148 pacientes com câncer esofágico e 86 com câncer gástrico, com relevância estatística na variável perda de apetite em relação ao ciclo de vida, sendo que os adultos apresentaram um escore maior que os idosos⁽⁹⁾.

No estudo que avaliou os pacientes após três meses de esofagectomia, observou-se que 18% dos pacientes apresentaram diarreia⁽¹⁶⁾. Em outro estudo, avaliando 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 dois primeiros momentos pós-cirúrgicos⁽¹⁷⁾.

No que se refere à avaliação do questionário de termômetro de *distress*, verificou-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 dos pacientes. O estudo de Lera (2011)⁽¹¹⁾, ao analisar 40 pacientes idosos com câncer em tratamento quimioterápico, obteve a pontuação média 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%. A avaliação de *distress* faz-se necessária diante do crescimento populacional de pacientes com câncer, pois ocorre uma redução da capacidade orgânica de resposta ao estresse, tornando cada vez mais necessária a adoção de uma abordagem ampla para esses pacientes, para que se possa intervir de maneira adequada frente aos possíveis fatores relacionados ao acontecimento do estresse durante o tratamento oncológico⁽¹⁸⁾.

A dor é um dos sintomas esperados nos pacientes oncológicos e no pós-operatório que, se não tratada de maneira adequada, pode produzir aumento de mortalidade⁽⁷⁾. Em um estudo realizado na Suíça, avaliou-se 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 e 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 alta⁽⁷⁾. No presente estudo, pôde-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. Além disso, observou-se também neste estudo que a porcentagem de dor em relação à ausência dela nos momentos pós-operatórios foi menor do que no pré-operatório.

Outro fator avaliado neste estudo foi a ida dos pacientes ao CAIO, não havendo diferença significativa entre os grupos. As idas ao CAIO demonstraram que não necessariamente se

tratava de algum problema relacionado ao tratamento cirúrgico, pois grande parte das solicitações de interconsultas não foi direcionada à equipe cirúrgica. Por outro lado, a maioria dos pacientes não permaneceu internada, o que indica que as idas poderiam se tratar de sintomas não urgentes e passíveis de resolução via ambulatorial ou por telefone. Num estudo, observou-se que o grupo intervenção, quando comparado ao grupo controle, apresentou redução na procura por serviço de saúde, utilizando menos recursos no pós-operatório de prostatectomia, o que reduziu o número de readmissões e, consequentemente, gerou economia para o setor de saúde⁽¹⁹⁾. Estudos mostram o papel do profissional de saúde como facilitador da aprendizagem, despertando nos pacientes a autonomia e a habilidade necessária para o gerenciamento do cuidado da própria saúde⁽²⁰⁾. O acompanhamento por telefone pode ser um instrumento facilitador na educação em saúde pela sua flexibilidade. Nesse sentido, a prática do enfermeiro associada ao acompanhamento pode produzir mudanças significativas na capacidade de ajustamento à nova condição de saúde, em que se destaca a importância do conhecimento técnico e clínico das intervenções do enfermeiro, com esse acompanhamento sendo realizado em diversos setores.

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 consistente⁽¹⁵⁾. 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 alta adesão ao tratamento, embora ainda não seja muito utilizado para pacientes cirúrgicos^(13,21).

O acompanhamento telefônico, além de oferecer informações e esclarecer dúvidas dos pacientes, aumenta a satisfação de quem recebe os cuidados⁽²¹⁾. Nessa direção, um estudo

demonstrou ser alta a satisfação dos pacientes em relação ao monitoramento telefônico, fazendo com que os profissionais aperfeiçoem as técnicas das intervenções⁽²²⁾.

Neste estudo, referente ao monitoramento ativo dos pacientes e o preconizado pelo hospital (Alô Enfermeiro), houve maior grau de satisfação dos pacientes e familiares no grupo intervenção, apesar do elevado grau de satisfação com o atendimento por demanda, conforme demonstrado com o grupo controle. Além disso, a qualidade e a satisfação do serviço no atendimento prestado obtiveram também maior grau.

A literatura científica, escassa em relação às intervenções, demonstra resultados que vão ao encontro das expectativas dos pacientes, sugerindo a forma pela qual identificam, de enfermagem por telefone, os pacientes oncológicos em tratamento ambulatorial e também em cuidados no pós-operatório com fator que dificulta a comparação dos resultados obtidos. O adequado cuidado institucional já estabelecido com o Alô Enfermeiro e as graves condições clínicas e de comorbidades dos pacientes com câncer do esôfago e do estômago talvez impossibilitaram o encontro de diferentes resultados comparativos entre os grupos estudados.

CONCLUSÃO

Dentre as condições de realização desta pesquisa, pode-se concluir que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos controle e intervenção em relação a sintomatologia, qualidade de vida, dor e *distress*, durante o acompanhamento proposto no pré e pós-operatório.

O monitoramento telefônico não reduziu o número de admissões no serviço de emergência dos pacientes do grupo intervenção em relação ao grupo controle. O monitoramento ativo proporcionou uma maior satisfação dos pacientes do grupo intervenção em relação à satisfação do grupo controle com o Alô Enfermeiro. Abordagem telefônica configura-se, dessa forma, como estratégia para promoção da saúde.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o monitoramento telefônico nos sintomas, qualidade de vida, *distress*, admissões no centro de emergência e a satisfação do paciente oncológico submetido a esofagectomia e gastrectomia. **Método:** Estudo randomizado em dois grupos, realizado no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo; sendo que o grupo intervenção recebeu o monitoramento telefônico por quatro momentos após a cirurgia, enquanto que o grupo controle recebeu apenas o atendimento institucional. **Resultados:** Dos 81 pacientes avaliados, o domínio mais afetado na qualidade de vida foi o desempenho de papel. O *distress* não mostrou diferença entre os grupos e momentos. Em ambos os grupos, as admissões no centro de emergência foram semelhantes ($p=0,539$). A dor foi o sintoma mais relatado no monitoramento telefônico. Houve significância estatística em relação à satisfação do paciente com o monitoramento ($p=0,002$). **Conclusão:** O monitoramento telefônico proporcionou maior satisfação dos pacientes no grupo intervenção, demonstrando o real impacto desse processo no cuidado do paciente oncológico.

DESCRITORES

Neoplasias; Gastrectomia; Esofagectomia; Telemonitoramento; Qualidade de Vida; Enfermagem Oncológica.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el monitoreo telefónico en los síntomas, en la calidad de vida, en el *distrés*, en las admisiones en el centro de emergencias y en la satisfacción del paciente oncológico sometido a esofagectomía y gastrectomía. **Método:** Se trata de un estudio aleatorizado en dos grupos, realizado en el Instituto del Cáncer del Estado de São Paulo, en el que el grupo intervención recibió el monitoreo telefónico en cuatro momentos tras la cirugía, mientras que el grupo control recibió solamente la atención institucional. **Resultados:** De los 81 pacientes evaluados, el dominio más afectado en la calidad de vida fue el desempeño del papel. El *distrés* no mostró diferencia entre los grupos y los momentos. En ambos grupos, las admisiones en el centro de emergencia eran similares ($p=0,539$). El dolor era el síntoma más informado en el monitoreo telefónico. Se encontró una significación estadística relacionada con la satisfacción del paciente y el monitoreo ($p=0,002$). **Conclusión:** El monitoreo telefónico brindó más satisfacción a los pacientes en el grupo intervención y demostró el impacto real de este proceso en el cuidado del paciente oncológico.

DESCRIPTORES

Neoplasias; Gastrectomía; Esofagectomía; Telemonitorización; Calidad de Vida; Enfermería Oncológica.

REFERÊNCIAS

1. Chaves EC, Oyama SMR. Abordagem telefônica como estratégia para promoção da saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2007;28(2):171-9.
2. Winkeljohn D. Adherence to oral cancer therapies: nursing interventions. *Clinj Oncol Nurs.* 2010;14(4):461-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912013000100002>
3. Stamm B, Girardon-Perlini NMO, Pasqualoto AS, Beuter M, Magnago TSBS. Intervenção telefônica para manejo da ansiedade de pacientes oncológicos: ensaio clínico randomizado. *Acta Paul Enferm.* 2018;31(2):137-43. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800021>
4. Pereira MR, Lopes LR, Andreollo NA. Qualidade de vida de doentes esofagectomizados: adenocarcinoma versus carcinoma epidermóide. *Rev Col Bras.* 2013;40(1):3-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912013000100002>
5. Nicolissi AC, Sawada NO. Factors that influence the quality of life of patients with colon and rectal cancer. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(1):125-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000100020>
6. Albuquerque KA, Pimenta CAM. Distress of cancer patients: prevalence and associated factors in the opinion of family. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(5):744-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670511>
7. Mier AC, Siqueira FD, Pretto CR, Colet CF, Gomes JS, Stumm EMF, et al. Analysis of intensity, sensory and affective aspects of pain of patients in immediate postoperative care. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(2):e62010. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/19831447.2017.02.62010>
8. Ribeiro JP, Pinto C, Santos C. Validation study of the Portuguese version of the QLCC30 V.3. *Psic Saúde Doenças.* 2008;9(1):89-102.
9. Eberhardt AC, Rosanelli CLSP, Berlezi EM, Kolankiewicz AB, Loro MM, Lins SLB. Profile and quality of life of patients with esophageal and gastric cancers. *Rev Enferm UFPE.* 2015;9(12):1214-22. doi: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.8127-71183-1SM.0912201521>
10. Lera AT, Miranda MC, Trevisan LLB, Antonangelo DV, Zanellato RM, Tateyama LTC, 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.
11. Pereira LV, Souza FAEF. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão. *Rev Latino Am Enfermagem.* 1998;6(3):77-84.
12. Souza FAEF. Dor: o quinto sinal vital. *Rev Latino Am Enfermagem.* 2002;10(3):446-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000300020>
13. Cardozo AS, Santana RF, Rocha ICM, Cassiano KM, Mello TD, Melo UG. Phone follow-ups as a nursing intervention in the surgical recovery of prostatectomized elderly. *Rev Enferm UFPE.* 2017;11(8):3005-12. doi: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.11064-98681-4-ED.1108201703>
14. Landim CAP, Teixeira CRS, Kusumota L, Travagim DAS, Becker TAC, Balamint T, et al. O significado do ensino por telefone sobre a insulina para pessoas com diabetes mellitus. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(3):554-60. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000300017>
15. Sousa RM, Espírito Santo FH, Pinheiro FM. Phone follow-up of onco-hematology patients post-discharge: integrating review of literature. *Rev Enferm Centro Oeste Mineiro.* 2017;7:e1824. doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1824>
16. Finley RJ, Lamy A, Clifton J, Evans KG, Fradet G, Nelems B. Gastrointestinal function following esophagectomy for malignancy. *Am J Surg.* 1995;169(5):471-5. doi: [10.1016/s0002-9610\(99\)80197-4](https://doi.org/10.1016/s0002-9610(99)80197-4)
17. Gradauskas P, Rubikas R, Saferis V. Changes in quality of life after esophageal resection for carcinoma. *Medicine (Kaunas).* 2006;42(3):187-94.
18. Balducci L, Ershler WB. Cancer and ageing: a nexus at several levels. *Nat Rev Cancer.* 2005;5(8):655-62. doi: [10.1038/nrc1675](https://doi.org/10.1038/nrc1675)
19. Mata LRF, Silva AC, Pereira MG, Carvalho EC. Telephone follow-up of patients after radical prostatectomy: a systematic review. *Rev Latino Am Enfermagem.* 2014;22(2):337-45. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3314.2421>
20. 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. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S010411692012000300008>
21. Delphino TM, Souza PA, Santana RF. Telemonitoring as intervention in the postoperative facectomy: systematic review of the literature. *Rev Min Enferm.* 2016;20:e937. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160007>
22. 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):15881600. doi: <http://dx.doi.org/10.18673/ges.v6i2.22487>

