Revista Concilium, Vol. 22, Nº 5
DOI: 10.53660/CLM-491-571
ISSN: 1414-7327

Acompanhamento de pacientes com câncer após radioterapia por enfermeiro-líder: revisão integrativa

Nurse-led follow-up of cancer patients after radiotherapy: integrative review

Giovanna Diniz de Almeida[1], Giovana Paula Rezende Simino[2], Paula Elaine Diniz dos Reis[3], Elaine Barros Ferreira[3]*

RESUMO

Este estudo tem o objetivo de identificar quais são as estratégias lideradas por enfermeiros adotadas para acompanhamento do paciente com câncer após radioterapia. Trata-se de revisão integrativa da literatura. A busca foi realizada nas bases de dados CINAHL, Cochrane Library, LILACS, PubMed, Scopus e Web of Science. A qualidade metodológica foi avaliada pelas recomendações do Instituto Joanna Briggs®. Sete estudos foram incluídos. As estratégias de acompanhamento de pacientes incluíram algoritmo para padronização de consultas e manejo de sintomas, contato telefônico, aconselhamento presencial realizado por enfermeiros capacitados, com intervenção de reabilitação sexual combinada com livreto de informações para o paciente e clínica virtual de acompanhamento para controle do PSA. Seis estudos apresentaram baixo risco de viés, e um risco de viés moderado. Os resultados foram encorajadores quanto ao acompanhamento realizado pelo enfermeiro-líder, uma vez que os resultados dos estudos individuais demonstraram que as práticas de acompanhamento podem ser seguras e efetivas.

Palavras-chave: Padrões de Prática em Enfermagem; Radioterapia; Neoplasias; Assistência ao Convalescente; Revisão

ABSTRACT

This study aimed to identify which nurse-led strategies are adopted to follow up cancer patients after radiotherapy. This is an integrative literature review. The search was performed in the CINAHL, Cochrane Library, LILACS, PubMed, Scopus, and Web of Science databases. Methodological quality was evaluated according to the Joanna Briggs® Institute recommendations. Seven studies were included. Patient follow-up strategies included an algorithm for standardizing consultations and symptom management, telephone contact, face-to-face counseling by trained nurses, a sexual rehabilitation intervention combined with a patient information booklet, and a virtual follow-up clinic for PSA control. Six studies had a low risk of bias and a moderate risk of bias. The results were encouraging regarding the nurse-led follow-up since individual studies showed that follow-up practices could be safe and effective.

Keywords: Practice Patterns, Nurses'; Radiotherapy; Neoplasms; Aftercare; Review

[1] Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
2 Universidade Federal de Minas Gerais
[3] Universidade de Brasília
*E-mail: elainebf@unb.br

INTRODUÇÃO

A radioterapia é uma das principais modalidades terapêuticas antineoplásicas. Mais de 50% de todos os pacientes com câncer serão submetidos à radioterapia, seja isoladamente ou em combinação com cirurgia e quimioterapia (ALLEN, HER, JAFFRAY, 2017). Consiste em um método de tratamento local ou loco-regional do câncer, que utiliza equipamentos e técnicas variadas para irradiar áreas do corpo prévia e adequadamente demarcadas, permitindo a máxima preservação dos tecidos normais adjacentes. A radiação pode ser fornecida por meio de um feixe externo (teleterapia), quando não há contato direto com o paciente, ou implantando fontes radioativas em cavidades ou tecidos (braquiterapia) (CITRIN, 2017).

A exposição à radiação ionizante ocasiona radiotoxicidades relacionadas à área irradiada, que ocorrem, sobretudo, a partir do final da segunda semana de aplicação da radiação. Os efeitos adversos mais frequentes são: fadiga e alterações na pele da área irradiada, denominadas radiodermatites. De acordo com as especificidades das áreas irradiadas, os pacientes podem apresentar alterações no paladar, disfagia, mucosite, xerostomia, especialmente na região de cabeça e pescoço; disfagia e náuseas, na região torácica; e alteração do ritmo intestinal e ardência ao urinar, na região pélvica (BRASIL, 2020).

Desde o início da radioterapia, o paciente recebe acompanhamento multiprofissional, passando pela consulta de enfermagem com periodicidade semanal ou quinzenal. O acompanhamento com o enfermeiro é fundamental para orientação e avaliação dos principais sinais e sintomas que o paciente possa apresentar, bem como a influência da doença e da terapêutica em sua qualidade de vida (BRASIL, 2020).

Embora o número de sobreviventes tenha aumentado por causa da evolução de tratamentos disponíveis, a sobrevivência não implica necessariamente em uma vida livre de problemas físicos e psicossociais relacionados à doença e ao seu tratamento (AARONSON et al., 2014). O tratamento geralmente envolve uma terapia ou a combinação delas e pode ter vários efeitos colaterais em potencial. Além do desconforto físico, o impacto psicológico é significativo. Os pacientes podem experimentar ansiedade, depressão, incerteza e desesperança (LEDEBOER et al., 2005; NEILSON et al., 2013; SHIRAZ et al., 2014). O pós-tratamento inicial, quando os pacientes recebem menos apoio dos profissionais de saúde do que eles tiveram durante o tratamento, é um dos mais vulneráveis períodos na trajetória do sobrevivente (MOORE, FORD, FARAH, 2014; SEMPLE et al, 2008).

A maioria dos pacientes deseja receber apoio profissional para lidar com as consequências do pós-tratamento. Além de reclamações físicas, pacientes reportam dificuldades em lidar com o aspecto emocional da doença e do tratamento recebido e reconstruir a autoconfiança para seguir em frente com suas vidas ao lado de amigos e familiares (PEETERS et al., 2018). Para pacientes com doenças com potencial impacto a longo prazo na funcionalidade e na qualidade de vida, os

enfermeiros geralmente estão em uma excelente posição para liderar o acompanhamento, porque eles desempenham papel central no processo de cuidar (ELISSEN et al., 2013).

O termo "nurse-led" tem sido utilizado para definir a prática clínica liderada por enfermeiros generalistas, devidamente capacitados ou especialistas, que acompanham de forma integral seus pacientes caso a caso. O papel da enfermagem nessa prática envolve avaliação, admissão, educação, tratamento, monitoramento, alta e encaminhamento a outros profissionais de saúde (CHAN et al., 2018).

Este estudo tem o objetivo de identificar na literatura quais são as estratégias, lideradas por enfermeiros, adotadas para acompanhamento do paciente com câncer após radioterapia.

MÉTODOS

Trata-se de revisão integrativa da literatura, na qual foram seguidos os seis passos propostos por Mendes, Silveira e Galvão (2008), a saber: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; 2) estabelecimento de critérios de elegibilidade, busca e seleção dos estudos primários; 3) definição e categorização dos dados extraídos dos estudos; 4) avaliação crítica dos estudos incluídos na revisão; 5) síntese dos resultados da revisão e 6) apresentação da revisão e síntese do conhecimento.

A questão norteadora da pesquisa – "Quais as estratégias lideradas por enfermeiros estão descritas na literatura para acompanhamento de pacientes com câncer após radioterapia?" – foi formulada utilizando a estratégia PICO, do acrônimo paciente, intervenção, comparação e outcomes (GALVÃO, PEREIRA, 2014).

Foram incluídos estudos que avaliaram estratégias lideradas por enfermeiros adotadas para acompanhamento do paciente com câncer após radioterapia. Foram excluídos (1) estudos nos quais os pacientes não haviam sido submetidos à radioterapia; (2) estudos que não avaliassem estratégias lideradas por enfermeiros (nurse-led) adotadas para acompanhamento do paciente; (3) estudos que acompanhassem os pacientes durante a radioterapia; (4) estudos que incluíram pacientes submetidos à quimioterapia, radioterapia e/ou cirurgia e não apresentaram resultados individuais por tipo de tratamento; (5) estudos de caso, revisões, resumos apresentados em congressos e conferências, protocolos de estudos, cartas ao editor, opiniões pessoais, dissertações, teses, capítulos de livros e manuais institucionais; (6) estudos indisponíveis para leitura na íntegra.

Foram incluídas publicações em português, inglês e espanhol e não foram aplicados limites quanto ao ano de publicação. A busca foi realizada no dia 3 de fevereiro de 2020, nas seguintes bases de dados: *Current Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Cochrane Library CENTRAL*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), US National Library of Medicine (PubMed), Scopus e Web of Science.

A estratégia de busca utilizada no PubMed incluiu descritores controlados dispostos no *Medical Subject Headings* (MeSH) combinados com os operadores booleanos AND e OR, a saber

(“Nurse-led”[All Fields] OR "Nurse-managed centres"[All Fields] OR "Nurse Navigator"[All Fields]) AND ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms" [All Fields] OR "cancer"[All Fields] OR "radiotherapy" [Subheading] OR "radiotherapy" [All Fields] OR "radiotherapy" [MeSH Terms] OR "radiation therapy" [All Fields]). No LILACS utilizamos a estratégia de busca trilíngue, com Descritores em Ciências da Saúde (DECS) em português, inglês e espanhol (tw:(“Nurse-led” OR “Padrões de Prática em Enfermagem” OR “Practice Patterns, Nurses” OR “Pautas de la Práctica en Enfermería”)) AND (tw:(“Radioterapia” OR “Radiotherapy”)). Para as demais bases foi utilizada a estratégia de busca adaptada (“Nurse-led” OR "Nurse-managed centres" OR "Nurse Navigator") AND ("neoplasms" OR "cancer" OR "radiotherapy" OR "radiation therapy"). As estratégias foram adaptadas de acordo com as especificidades de cada base.

Após a busca nas referidas bases de dados, os resultados foram exportados para o Endnote web (EndNote Basic®, Thomson Reuters) para exclusão das duplicatas. Após remoção das duplicatas, os resultados foram exportados para a plataforma Rayyan (Rayyan®, Qatar Computing Research Institute), na qual foi realizada a leitura de títulos e resumos, de forma independente, por dois revisores (GDA e EBF). Os artigos que não correspondiam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos foram excluídos.

Os artigos selecionados nessa primeira etapa que atendiam aos critérios de elegibilidade foram lidos na íntegra por dois revisores de forma independente (GDA e EBF). Quaisquer divergências foram discutidas pelos dois revisores até o consenso sobre os estudos que seriam incluídos na revisão.

A extração de dados dos artigos foi feita por meio de leitura minuciosa dos estudos e construção de tabela contendo os seguintes pontos: a. característica dos estudos: autor, ano, país e método; b. características da população: diagnóstico, tamanho da amostra (n) e idade média em anos (mín-máx); c. características da intervenção (nurse led): objetivo, grupo de intervenção (n) e período de acompanhamento; e d. características dos desfechos: desfechos avaliados, instrumentos de avaliação e resultados principais.

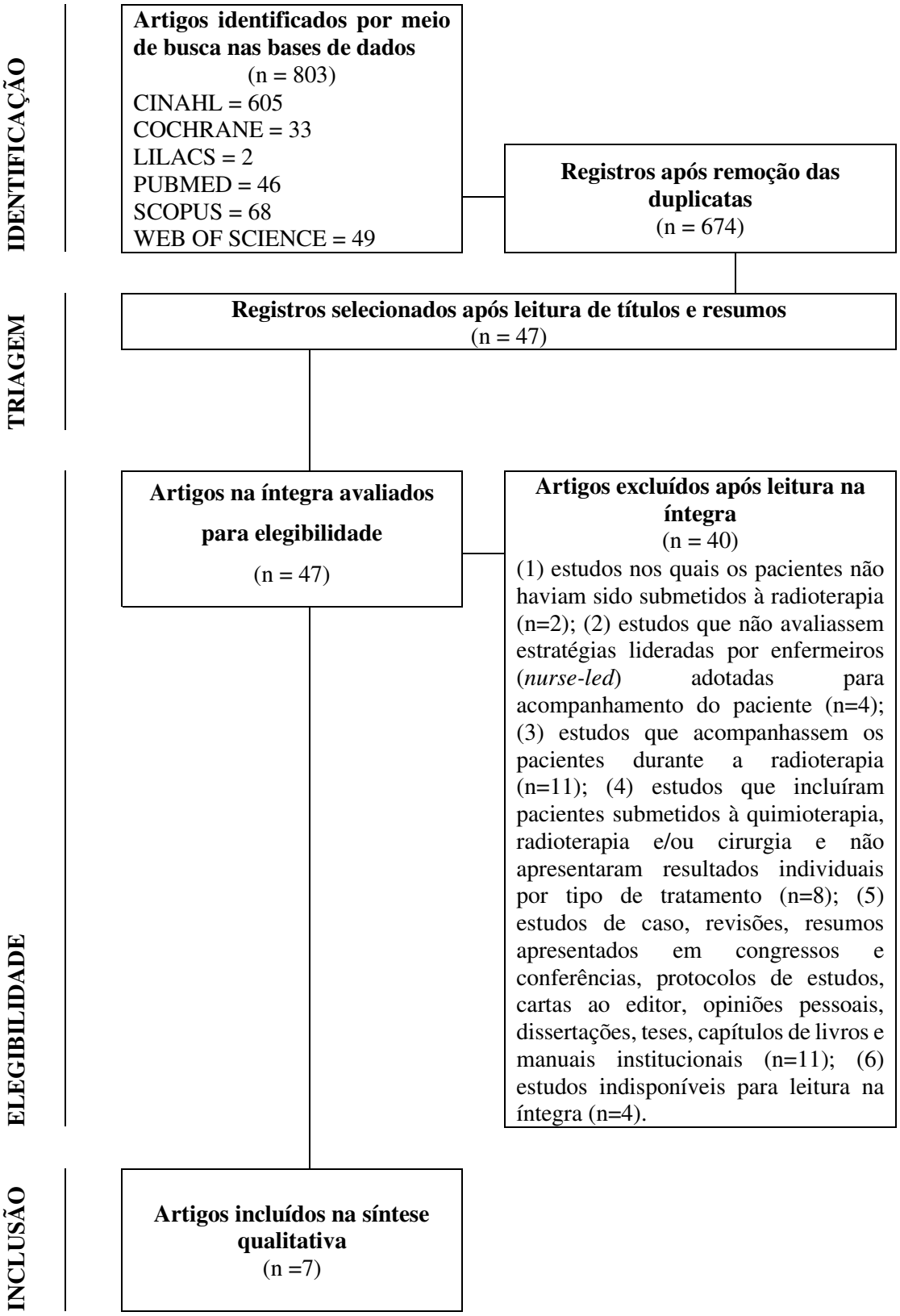
Para avaliação da qualidade metodológica dos estudos, foram utilizadas as ferramentas de avaliação crítica Joanna Briggs Institute (JBI) – Critical Appraisal Tools (AROMATARIS, MUNN, 2020). Dois revisores avaliaram de forma independente os estudos utilizando os checklists correspondentes aos delineamentos dos estudos incluídos, a saber: “JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies”, “JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies” (MOOLA et al, 2020), “JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials” e “JBI Critical Appraisal checklist for quasi-experimental studies” (TUFANARU et al, 2020). Cada uma das perguntas foi classificada com “sim”, “não”, “incerto” ou “não se aplica”. O objetivo da avaliação da qualidade metodológica de um estudo é determinar

até que ponto um estudo abordou a possibilidade de viés em seu desenho, condução e análise. Dessa forma, os artigos foram classificados como: (a) baixo risco de viés, se os estudos alcançassem mais de 70% de pontuação “sim”; (b) risco moderado de viés, se os escores “sim” estivessem entre 50% e 69%; e (c) alto risco de viés, se a pontuação “sim” fosse inferior a 49% (POLMANN et al, 2019).

RESULTADOS

Foram identificadas 803 referências nas buscas nas bases de dados. Após remoção das duplicatas, foram avaliados 674 estudos na primeira fase de leitura de títulos e resumos. Os estudos selecionados nesta etapa foram para a segunda fase da seleção, na qual foi realizada leitura na íntegra de 47 estudos. Nesta etapa, foram excluídos 40 estudos, chegando à amostra final de 7 artigos incluídos para síntese qualitativa. O fluxograma do processo de seleção dos estudos está apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos. Brasília, DF, Brasil, 2020.



Todos os estudos incluídos (n=7) (ANDREYEV et al., 2013; BAKKER et al., 2017; BOOKER et al., 2004; CHEN et al., 2015; HØYER et al., 2011; LEAHY et al., 2013; ROBERTSON, WINDSOR, SMITH, 2013) apresentaram estratégias de acompanhamento lideradas por enfermeiros para pacientes com câncer após o término da radioterapia. Os artigos foram publicados entre 2004 e 2016, todos em língua inglesa. Os estudos foram realizados na Austrália (LEAHY et al., 2013), China (CHEN et al., 2015), Dinamarca (HØYER et al., 2011), Holanda – Países Baixos (BAKKER et al., 2017) e Reino Unido (ANDREYEV et al., 2013; BOOKER et al., 2004; ROBERTSON, WINDSOR, SMITH, 2013).

As amostras dos estudos incluídos eram compostas por pacientes com câncer de próstata (ANDREYEV et al., 2013, BOOKER et al., 2004, LEAHY et al., 2013, ROBERTSON, WINDSOR, SMITH, 2013), ginecológico (ANDREYEV et al., 2013, BAKKER et al., 2017), gastrointestinal (ANDREYEV et al., 2013), mama (HØYER et al., 2011) e nasofaringe (CHEN et al., 2015). A média de idade dos pacientes incluídos nos estudos variou de 40 (BAKKER et al., 2017) a 70,2 (LEAHY et al., 2013) anos. Dois estudos (BOOKER et al., 2004, ROBERTSON, WINDSOR, SMITH, 2013) não apresentaram dados referentes à idade média de suas amostras, entretanto, incluíram apenas participantes maiores de 18 anos de idade.

As estratégias adotadas para acompanhamento dos pacientes foram desenvolvimento de algoritmo para padronização de consultas e manejo de sintomas (ANDREYEV et al., 2013), contato telefônico (BOOKER et al., 2004; CHEN et al., 2015; HØYER et al., 2011; LEAHY et al., 2013) aconselhamento presencial realizado por enfermeiros capacitados, com uma intervenção de reabilitação sexual combinada com um livreto de informações específico para o paciente (BAKKER et al., 2017) e clínica virtual de acompanhamento para controle do PSA (ROBERTSON, WINDSOR, SMITH, 2013). As principais características dos estudos primários incluídos na revisão são apresentadas no Quadro 1.

Revista Concilium, Vol. 22, Nº 5
DOI: 10.53660/CLM-491-571
ISSN: 1414-7327

Quadro 1 – Caracterização dos estudos individuais incluídos na revisão integrativa (n=7). Brasília, DF, Brasil, 2020

Autor, ano **País** **Método**	**Objetivo**	**Amostra (n)**	**Intervenção (n)**	**Desfechos**	**Instrumento de avaliação**
Andreyev et al, 2013 Reino Unido ECR	Avaliar se pacientes após RT pélvica podem ser ajudados por profissional que segue algoritmo de investigação e gerenciamento, e se os resultados diferem se enfermeira ou gastroenterologista liderar esse tratamento	Pacientes com câncer urológico, ginecológico ou gastrointestinal (218)	Cuidados usuais (um folheto detalhado de autoajuda) (68) Tratamento baseado em algoritmo liderado por gastroenterologista (70) Tratamento baseado em algoritmo liderado por enfermeira (80)	Sintomas gastrointestinais	IBDQ-B
Bakker et al, 2017 Países Baixos Estudo observacional	Avaliar a viabilidade de uma intervenção de reabilitação sexual liderada por enfermeiros, visando a recuperação sexual e a dilatação vaginal	Pacientes com câncer ginecológico tratadas com RT/BT (20)	Aconselhamento presencial realizado por enfermeiros em 4 sessões (20) 1ª sessão: orientações gerais e recomendação para iniciar o uso de dilatadores vaginais. Entrega do conjunto de dilatadores, lubrificantes e livreto informativo 2ª sessão: abordagem e discussão de possíveis barreiras a novos comportamentos 3ª e 4ª sessões: discussão das experiências com reabilitação sexual e uso de dilatadores	Funcionamento sexual Frequência da dilatação vaginal Sofrimento pessoal relacionado ao sexo Ansiedade e depressão Insatisfação no relacionamento Experiência e aceitabilidade de todos os componentes da intervenção Avaliação da adesão dos enfermeiros ao protocolo de tratamento e competência geral	FSFI FSDS Escalas de ansiedade e depressão – HADS Escala de ajuste marital – MMQ Entrevistas semiestruturadas Registros de consulta

Booker et al, 2004 Reino Unido Estudo observacional	Avaliar a viabilidade e aceitabilidade do primeiro acompanhamento pós-intervenção, liderado pelo enfermeiro clínico especialista em urologia, para homens que foram submetidos a RT para câncer de próstata	Pacientes com câncer de próstata (36)	Acompanhamento telefônico liderado por enfermeiro clínico especialista em urologia (36)	Capacidade funcional geral Sintomas físicos Satisfação dos pacientes com aspectos administrativos Satisfação com o enfermeiro Aceitabilidade do seguimento telefônico Aceitabilidade em ser conduzido por enfermeiro	Escore de status de desempenho da OMS Questionário padronizado com perguntas abertas e fechadas
Chen et al, 2015 China Estudo observacional, prospectivo	Analisar a taxa de resposta telefônica dos pacientes com câncer de nasofaringe pós-RT e seus fatores e discutir os fatores prognósticos independentes da RT nesses pacientes	Pacientes com câncer de nasofaringe (2520)	Acompanhamento telefônico conduzido por enfermeiros (2520)	Sobrevida dos pacientes Recorrência ou metástase Taxa de resposta ao acompanhamento telefônico	Tabela estruturada
Høyer et al, 2011 Dinamarca ECR	Investigar se uma sessão telefônica conduzida por enfermeira com pacientes com câncer de mama aproximadamente dez dias após o tratamento final com RT afetou sua qualidade de vida duas a quatro semanas após RT	Pacientes com câncer de mama (99)	GI: conversas de suporte comuns e uma sessão telefônica suplementar conduzida por enfermeira (49) GC: conversas de suporte comuns (50)	Qualidade de vida Efeitos colaterais e sintomas específicos	EORTC QLQ-C30 EORTC QLQ-BR23
Leahy et al, 2013 Austrália Estudo comparativo	Avaliar o acompanhamento por telefone conduzido por enfermeiro para homens com câncer de próstata de risco baixo a intermediário tratados	Pacientes com câncer de próstata (169)	GC histórico: acompanhamento médico padrão (83 – 51 risco baixo a intermediário; 32 – alto risco)	Satisfação Angústia	Escala de satisfação com consulta *Brief Distress Thermometer*

	com RT radical em comparação ao acompanhamento médico		GI: acompanhamento liderado por enfermeiros (51 – risco baixo a intermediário) e acompanhamento médico padrão (35 – alto risco)	Sintomas relacionados à doença	EPIC
Robertson, Windsor, Smith, 2013 Reino Unido Estudo observacional	Avaliar a viabilidade do acompanhamento do PSA virtual liderado por enfermeiros em pacientes com histórico de câncer de próstata, com relação à satisfação do paciente e custo-benefício	Pacientes com câncer de próstata, com doença estável 2 anos após RT (191)	Clínica virtual de acompanhamento para pacientes com câncer de próstata após 2 anos do término da RT com PSA estável (191)	Experiência do paciente, suporte / comunicação e maneiras de melhorar o serviço	Questionário de satisfação do paciente

Abreviações: ECR = Ensaio Clínico Randomizado; EPIC = *Expanded Prostate Cancer Index Composite*; FSDS = *Female Sexual Distress Scale*; FSFI = *Female Sexual Function Index*; GC = Grupo Controle; GI = Grupo Intervenção; HADS = *Hospital Anxiety and Depression Scale*; IBDQ-B = *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire–Bowel*; MMQ = *Maudsley Marital Questionnaire*; PSA = Antígeno Prostático Específico; RT = Radioterapia.

Revista Concilium, Vol. 22, Nº 5
DOI: 10.53660/CLM-491-571
ISSN: 1414-7327

Os estudos avaliaram de forma positiva (ROBERTSON, WINDSOR, SMITH, 2013), neutra (LEAHY et al., 2013), sem efeito positivo (HØYER et al., 2011) ou não inferior à prática médica (ANDREYEV et al., 2013) a prática do enfermeiro capacitado ou especialista na assistência a pacientes com câncer após radioterapia, apontando nível de satisfação significativo (ROBERTSON, WINDSOR, SMITH, 2013), aumento do autocuidado e do conhecimento sobre o próprio corpo (BAKKER et al., 2017; ROBERTSON, WINDSOR, SMITH, 2013) e redução dos efeitos adversos causados pelo período de tratamento(ANDREYEV et al., 2013; BAKKER et al., 2017; BOOKER et al., 2004; LEAHY et al., 2013). Ademais, um dos estudos identificou que a resposta de acompanhamento por telefone foi afetada pelo tipo de contato, número de contatos e histórico médico familiar (CHEN et al., 2015). Os principais resultados dos estudos incluídos são apresentados no Quadro 2.

A síntese do julgamento da qualidade metodológica dos estudos incluídos foi apresentada na Tabela 1. Seis dos estudos apresentaram baixo risco viés (ANDREYEV et al., 2013; BAKKER et al., 2017; CHEN et al., 2015; HØYER et al., 2011; LEAHY et al., 2013; ROBERTSON, WINDSOR, SMITH, 2013), um deles foi avaliado como risco de viés moderado (BOOKER et al., 2004).

Revista Concilium, Vol. 22, Nº 5
DOI: 10.53660/CLM-491-571
ISSN: 1414-7327

Quadro 2 – Características do acompanhamento e principais resultados dos estudos incluídos (n=7). Brasília, DF, Brasil, 2020

Autor, ano	**Acompanhamento (*follow-up*)**	**Principais resultados**
Andreyev et al, 2013	Basal (primeiro atendimento), 6 meses e 1 ano após a randomização	Diferença média entre pares no escore IBDQ-B entre os grupos: enfermeira versus folheto 4,12 (IC 95% 0,04–8,19; p = 0,04), gastroenterologista versus folheto 5,47 (1,14–9,81; p = 0,01). Os resultados do grupo de enfermeiros não foram inferiores aos resultados no grupo de gastroenterologista (diferença média 1,36, IC 95% unilateral -1,48). Os pacientes que receberam intervenção direcionada após um algoritmo clínico detalhado tiveram melhorias nos sintomas gastrointestinais induzidos por RT quando comparado aos pacientes que receberam os cuidados usuais. Os resultados sugerem que, para a maioria dos pacientes, esse cuidado baseado em algoritmos pode ser realizado por uma enfermeira treinada.
Bakker et al, 2017	Quatro sessões de aconselhamento presencial aos 1, 2, 3 e 6 meses após a conclusão da RT / BT. Uma sessão de avaliação e encerramento foi agendada 12 meses após o RT / BT	Aos 6 meses após a RT, 14 em 16 (88%) e aos 12 meses 9 em 12 (75%) das participantes, dilatavam regularmente, tendo relações sexuais ou usando dilatadores. O funcionamento sexual melhorou entre 1 e 6 meses após a RT, com melhora adicional aos 12 meses. A maioria das participantes relatou que a intervenção foi útil e os enfermeiros relataram ter conhecimentos e habilidades de aconselhamento suficientes.
Booker et al, 2004	Consulta de seis semanas após o tratamento	A maioria dos pacientes considerou o acompanhamento telefônico pelo menos tão bom quanto o acompanhamento padrão. Os pacientes manifestaram poucas preocupações sobre o acompanhamento ser realizado por uma enfermeira.
Chen et al, 2015	Contato telefônico após o término do tratamento, realizado entre 19:30 - 20:30. Se houvesse uma linha ocupada ou uma chamada não atendida, a discagem seria feita novamente em alguns minutos. Se os números estivessem incorretos, desligados ou fora de serviço, eles seriam gravados e o acompanhamento continuaria no dia seguinte. Se todos os números reservados deixados por um paciente (incluindo o número do próprio paciente ou	A taxa geral de resposta foi de 90,5%. Pacientes com tipo de contato de celular + telefone fixo ou telefone fixo tiveram maior taxa de resposta de acompanhamento do que pacientes apenas com contato móvel; pacientes com 2 ou mais contatos reservados e histórico de câncer familiar apresentaram maior taxa de resposta do que pacientes com apenas 1 número e aqueles sem histórico familiar. A taxa de sobrevida acumulada dos pacientes de 1, 3 e 5 anos foi de 98,9%, 75,3%, 50,3%, respectivamente. A taxa de resposta dos pacientes com câncer de nasofaringe pós-radioterapia ainda precisa ser aumentada, especialmente os pacientes que receberam alta há mais tempo.

	de seus parentes) não estivessem disponíveis por três vezes, ele seria retirado do estudo	
Høyer et al, 2011	Intervenção 10 dias após RT (contato telefônico com duração de 10 a 30 minutos). Avaliação dos desfechos 2 ou 4 semanas após RT	Qualidade de vida média [IC 95%] GC: 72,0 (66,4 – 77,6) GI: 69,9 (64,3 – 75,2) A sessão telefônica liderada por enfermeiros não teve efeito positivo na qualidade de vida das pacientes com câncer de mama duas a quatro semanas após o final da RT.
Leahy et al, 2013	Seis consultas telefônicas mensais e testes de PSA	Não houve diferença estatisticamente significante na satisfação do paciente em nenhuma das medidas do estudo. Houve uma tendência de significância (p <0,051), favorecendo o regime de acompanhamento liderado por enfermeiro. A consulta por telefone conduzida por enfermeiros é um modelo aceitável de acompanhamento para homens com câncer de próstata de baixo a médio risco
Robertson, Windsor, Smith, 2013	Após 2 anos de tratamento com radioterapia, o paciente com doença estável do PSA é atendido pelo enfermeiro especialista, que fornece informações detalhadas sobre a clínica virtual e discute com eles seu futuro acompanhamento (PSA a cada 6 meses)	98% dos pacientes ficaram muito satisfeitos com o serviço da clínica virtual, 98,8% dos pacientes relataram ser bem apoiados por esse novo serviço. O papel do enfermeiro uro-oncológico foi considerado vital para garantir que a eficácia da clínica e o alcance de resultados positivos para pacientes com câncer de próstata.

Abreviações: BT = Braquiterapia; GC = Grupo Controle; GI = Grupo Intervenção; IBDQ-B = Inflammatory Bowel Disease Questionnaire–Bowel; IC = Intervalo de Confiança; PSA = Antígeno Prostático Específico; RT = Radioterapia

Revista Concilium, Vol. 22, Nº 5
DOI: 10.53660/CLM-491-571
ISSN: 1414-7327

Tabela 1 – Avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos usando o checklist de avaliação crítica do JBI conforme delineamento do estudo. Brasília, DF, Brasil, 2020

Referência	Avaliação da qualidade metodológica													Total	Risco
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13		
Andreyev et al, 2013[a]	S	N	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	77%	Baixo
Bakker et al, 2016[b]	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S			91%	Baixo
Booker et al, 2004[c]	N	S	I	S	S	N	N	S	-	-	-	-	-	50%	Moderado
Chen et al, 2015[c]	S	S	I	S	S	N	S	S	-	-	-	-	-	75%	Baixo
Høyer et al, 2011[a]	S	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	85%	Baixo
Leahy et al, 2013[d]	S	S	S	N	I	S	S	S	S	-	-	-	-	78%	Baixo
Robertson, Windsor, Smith, 2013[c]	S	S	S	S	N	N	S	S	-	-	-	-	-	75%	Baixo

Legenda: S (sim); N (não); I (incerto); NA (não se aplica).

[a]Questões da ferramenta Lista de verificação de avaliação crítica da JBI para ensaios clínicos randomizados: Q1. A verdadeira randomização foi usada para atribuição de participantes a grupos de tratamento? Q2. A alocação para grupos de tratamento foi ocultada? Q3. Os grupos de tratamento eram semelhantes na linha de base? Q.4. Os participantes eram cegados para a atribuição do tratamento? Q.5. Aqueles que administravam o tratamento estavam cegados para a atribuição do tratamento? Q.6. Os avaliadores dos resultados estavam cegados para a atribuição do tratamento? Q.7. Os grupos de tratamento foram tratados de forma idêntica, exceto pela intervenção de interesse? Q.8. O acompanhamento foi completo e, em caso negativo, as diferenças entre os grupos em termos de acompanhamento foram adequadamente descritas e analisadas? Q.9. Os participantes foram analisados nos grupos para os quais foram randomizados? Q.10. Os resultados foram medidos da mesma forma para os grupos de tratamento? Q.11. Os resultados foram medidos de forma confiável? Q.12. Foi usada uma análise estatística apropriada? Q.13. O desenho do estudo foi apropriado e quaisquer desvios do desenho ECR padrão (randomização individual, grupos paralelos) foram levados em consideração na condução e análise do estudo?

[b]Questões da ferramenta Lista de verificação de avaliação crítica da JBI para estudos de coorte: Q1. Os dois grupos eram semelhantes e foram recrutados na mesma população? Q2. As exposições foram medidas de forma semelhante para designar as pessoas a grupos expostos e não expostos? Q3. A exposição foi medida de forma válida e confiável? Q4. Fatores de confusão foram identificados? Q5. Foram estabelecidas estratégias para lidar com fatores de confusão? Q6. Os grupos / participantes estavam livres do desfecho no início do estudo (ou no momento da exposição)? Q7. Os resultados foram medidos de forma válida e confiável? Q8. O tempo de acompanhamento foi relatado e suficientemente longo para que os resultados ocorressem? Q9. O acompanhamento foi completo e, em caso negativo, os motivos da perda de acompanhamento foram descritos e explorados? Q10. Foram utilizadas estratégias para lidar com o acompanhamento incompleto? Q11. Foi usada uma análise estatística apropriada?

[c]Questões da ferramenta Lista de verificação de avaliação crítica da JBI para Estudos Analíticos Transversais: Q1. Os critérios de inclusão na amostra foram claramente definidos? Q2. Os sujeitos do estudo e o ambiente foram descritos em detalhes? Q3. A exposição foi medida de forma válida e confiável? Q4. Foram usados critérios objetivos e padronizados para a medição da condição? Q5. Fatores de confusão foram identificados? Q6. Foram estabelecidas estratégias para lidar com fatores de confusão? Q7. Os resultados foram medidos de forma válida e confiável? Q8. Foi usada uma análise estatística apropriada?

[d]Questões da ferramenta Lista de verificação de avaliação crítica JBI para estudos quasi-experimentais: Q1. Está claro no estudo qual é a "causa" e qual é o "efeito" (ou seja, não há confusão sobre qual variável vem primeiro)? Q2. Os participantes foram incluídos em alguma comparação semelhante? Q3. Os participantes foram incluídos em quaisquer comparações que receberam tratamento / cuidado semelhante, além da exposição ou intervenção de interesse? Q4. Houve um grupo de controle? Q5. Houve várias medições do resultado antes e depois da intervenção / exposição? Q6. O acompanhamento foi completo e, em caso negativo, as diferenças entre os grupos em termos de acompanhamento foram adequadamente descritas e analisadas? Q7. Os resultados dos participantes incluídos foram medidos da mesma maneira em ambos os grupos? Q8. Os resultados foram medidos de forma confiável? Q9. Foi usada uma análise estatística apropriada?

Revista Concilium, Vol. 22, Nº 5
DOI: 10.53660/CLM-491-571
ISSN: 1414-7327

DISCUSSÃO

Esta revisão integrativa teve o objetivo de analisar e sintetizar quais são as estratégias lideradas por enfermeiros adotadas para acompanhamento do paciente com câncer após radioterapia. Foram incluídos sete estudos (ANDREYEV et al., 2013; BAKKER et al., 2017; BOOKER et al., 2004; CHEN et al., 2015; HØYER et al., 2011; LEAHY et al., 2013; ROBERTSON, WINDSOR, SMITH, 2013) que avaliaram pacientes com diferentes tipos de câncer (urológico, ginecológico, gastrointestinal, nasofaringe e mama), após serem submetidos à radioterapia, por meio de acompanhamento ambulatorial/presencial, acompanhamento telefônico e acompanhamento virtual.

Na área da oncologia, os enfermeiros são membros essenciais da equipe, estando envolvidos diretamente na avaliação e acompanhamento dos pacientes com câncer (BOOKER et al., 2004). No que concerne à atuação do enfermeiro, cabe entender como e quando os serviços liderados por enfermeiros podem contribuir na melhoria do cuidado nos centros clínicos de oncologia (LEAHY et al., 2013). Compreender e articular as habilidades e capacidades dos enfermeiros envolvidos na prestação segura e eficiente desses serviços é de vital importância (BRYANT-LUKOSIUS et al., 2010).

Os estudos incluídos relataram a atuação de enfermeiros clínicos (ANDREYEV et al., 2013; CHEN et al., 2015), treinados (ANDREYEV et al., 2013; BAKKER et al., 2017; ROBERTSON, WINDSOR, SMITH, 2013), especialistas (BAKKER et al., 2017; BOOKER et al., 2004; LEAHY et al., 2013) e experientes (HØYER et al., 2011) na área de oncologia. Essa experiência ou capacitação referida faz menção à importância de um profissional qualificado para a assistência desses pacientes pós-radioterapia. De acordo com Leahy et al. (2013), os serviços liderados por enfermeiros envolvem a entrega de intervenções complexas e requerem conhecimento aprofundado do estado saúde-doença, comorbidades e toxicidades relacionados ao tratamento. Ademais, enfermeiros que trabalham nesses papéis e contextos requerem conhecimento técnico especializado e habilidades avançadas de comunicação. Os cuidados prestados devem refletir as atuais evidências e estruturar-se de maneira multidisciplinar, por meio de algoritmos e estratégias para permitir cuidados seguros, padronizados e adaptados às necessidades de cada paciente.

Os estudos indicaram que os pacientes se sentem satisfeitos com o modelo de cuidado liderado pelo enfermeiro (BAKKER et al., 2017; BOOKER et al., 2004). Alguns relataram que não havia diferença significativa entre o acompanhamento liderado pelo enfermeiro ou pelo médico (ANDREYEV et al., 2013; LEAHY et al., 2013). Em Høyer et al. (2011), percebeu-se que o acompanhamento pós-radioterapia diminuiu a ansiedade e aumentou a satisfação e a

qualidade de vida das pacientes diante das sequelas produzidas pela doença ou pelo tratamento. O enfermeiro especialista ou capacitado apresenta maior resolubilidade frente a uma situação, uma vez que tem o conhecimento baseado em evidência científica. Isso possibilita que o paciente se sinta mais seguro quanto ao cuidado recebido durante e após o tratamento, o que influencia na satisfação desse paciente. Segundo Moore et al. (2002), os pacientes se sentem satisfeitos com acompanhamento a longo prazo, o que inclui intervenções telefônicas e clínicas, constatando uma redução importante no quantitativo de busca por atendimento hospitalar.

Três dos estudos avaliaram a aceitabilidade dos pacientes em serem acompanhados por enfermeiros (19,21, ROBERTSON, WINDSOR, SMITH, 2013), os quais referiram que havia boa aceitabilidade quanto ao acompanhamento liderado por enfermeiros. O atendimento por enfermeiros, maior quantitativo de profissionais em saúde, diminui filas de espera para consulta de retorno pós-radioterapia e possibilita acompanhamento de qualidade personalizado. Ademais, o acompanhamento liderado pelo enfermeiro tem se mostrado uma tendência (LEAHY et al., 2013), permitindo maior interação desse profissional com os pacientes durante e após o tratamento, o que possibilita que eles não se sintam tão inseguros ou desassistidos quando o tratamento é finalizado (HØYER et al., 2011).

Dentre os estudos incluídos, houve predominância de estratégias de acompanhamento remoto, seja por meio telefônico ou virtual. No Brasil, é comum que os pacientes tenham que se deslocar aos polos de saúde referenciados por seus municípios para a realização de maiores investigações sobre seu estado de saúde-doença e/ou tratamento. Devido aos custos e às dificuldades inerentes a esse deslocamento, ao final do tratamento, comumente, o paciente retorna a sua cidade origem, interrompendo o acompanhamento pós-radioterapia. Nessa situação, o acompanhamento remoto seria uma forma de viabilizar a assistência ao paciente, cuja principal finalidade é acompanhar as queixas referidas e personalizar ações e cuidados que o façam se readaptar da melhor forma possível às atividades de vida diária. Essa modalidade de acompanhamento permite que o paciente e seus familiares sejam assistidos, esclareçam dúvidas quanto a complicações pós-radioterapia e forneçam uma autoavaliação aos profissionais de como está sua saúde naquele momento. Ademais, um dos estudos aponta que o acompanhamento remoto permite a minimização de custos e a diminuição da carga horária dos profissionais (HØYER et al., 2011). Essa carga horaria pode ser reinvestida em outras ações de saúde ou outros tipos de consultas, tais como rastreio, diagnóstico precoce ou manejo de intercorrências (BOOKER et al., 2004).

O acompanhamento telefônico parece ter vantagens particulares em termos de economia de tempo e conveniência. Essa economia de tempo refere-se especialmente à redução da necessidade de pacientes percorrerem longas distâncias até o hospital e esperarem na área ambulatorial. No entanto, a abordagem também é benéfica para o serviço de saúde, uma vez que

permite um trabalho mais flexível do especialista (BOOKER et al., 2004). O acompanhamento telefônico liderado por enfermeiros fornece um nível de atendimento que não é diferente do atendimento clínico de rotina ambulatorial (LEAHY et al., 2013). Assim, a consulta por telefone conduzida por enfermeiros pode ser vista como um modelo aceitável de acompanhamento a pacientes pós-radioterapia de baixo risco (ROBERTSON, WINDSOR, SMITH, 2013). Outros estudos que avaliaram o acompanhamento telefônico também relataram satisfação do paciente com esse formato de atendimento (ROSE et al., 1996; SARDELL et al., 2000).

Durante o período de pandemia do novo coronavírus vivenciado no ano de 2020, percebemos a necessidade da tele consulta ou atendimento remoto como estratégia de acompanhamento em saúde. A ida a locais como hospitais pode aumentar a probabilidade que pacientes com câncer se contaminem com patógenos, à exemplo do SARS-COV-2 (HANNA, EVANS, BOOTH, 2020). Por essa razão, é de interesse do serviço, dos pacientes e dos profissionais de saúde que esses pacientes possam ter continuidade do cuidado de forma não-presencial, o que evita exposições desnecessárias e evitáveis (RAMOS, 2020). Cabe destacar que essa modalidade de acompanhamento requer habilidade de comunicação, visando à garantia de compreensão e à apreensão das orientações pelos pacientes e familiares (RAMOS, 2020). A prática de enfermagem evolui em resposta às necessidades dinâmicas de indivíduos, comunidades e serviços de saúde. Os serviços de saúde atualmente dão preferência ao atendimento fora do ambiente hospitalar. Dessa forma, o atendimento do enfermeiro apresenta-se como uma solução para gerenciar a crescente demanda no sistema de saúde, mantendo as pessoas em suas comunidades, aumenta-se o acesso ao atendimento pela atenção primária à saúde, com menor custo e alta qualidade, reduz as filas hospitalares e potencializa os recursos para diagnósticos feitos de forma precoce (CHAN et al., 2018; RANDALL et al., 2017).

Estudos sobre o acompanhamento liderado por enfermeiros a pacientes com câncer submetidos à radioterapia comparam essa prática com intervenções exclusivamente médicas ou protocolos institucionais e concluem como benéfica a atuação autônoma dos enfermeiros no acompanhamento integral à pessoa com câncer durante e após o tratamento. Além de impacto na redução do custo da mão de obra, essas estratégias mostram-se eficazes na manutenção da segurança do paciente e aumento de sua satisfação e percepção da qualidade de vida (CHAN et al., 2018; LAI, CHING, WONG, 2017). Ademais, esse modelo de acompanhamento parecer ser uma estratégia efetiva para melhorar alguns sinais e sintomas frequentes em pacientes com câncer que foram submetidos à radioterapia (CHENG et al., 2018).

As limitações estão ligadas principalmente às restrições no acesso aos estudos na íntegra, que impediram a avaliação integral de quatro estudos selecionados na primeira etapa dessa revisão. Destaca-se que foram realizadas várias estratégias para recuperação dos artigos, porém sem sucesso.

CONCLUSÃO

Foram identificadas diferentes estratégias de acompanhamento de pacientes com câncer após o término da radioterapia, realizadas por enfermeiros, a saber: acompanhamento ambulatorial por meio de algoritmo, acompanhamento presencial, acompanhamento telefônico e acompanhamento virtual.

É necessário que sejam feitas mais avaliações e descrições acerca dos efeitos do acompanhamento liderado por enfermeiros sobre os resultados de sobrevivência, satisfação do paciente, percepção de melhora de sinais e sintomas, bem como mensurar o impacto do custo-benefício dessas estratégias nos serviços de saúde.

Considerando os resultados encorajadores verificados nos estudos identificados e a experiência positiva de alguns hospitais privados brasileiros que já adotam modelo semelhante de acompanhamento ao paciente, recomenda-se que sejam pensadas estratégias para incorporar essa atuação do enfermeiro no rol de possibilidades de atuação da enfermagem brasileira.

REFERÊNCIAS

AARONSON, N.K. et al. Beyond treatment – Psychosocial and behavioural issues in cancer survivorship research and practice. **EJC Supplements**, v. 12, n. 1, p. 54-64, 2014. doi: 10.1016/j.ejcsup.2014.03.005

ANDREYEV, H.J.N. et al. Algorithm-based management of patients with gastrointestinal symptoms in patients after pelvic radiation treatment (ORBIT): a randomised controlled trial. **Lancet**. v. 382, n. 9910, p. 2084–92, 2013. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61648-7

ALLEN, C.; HER, S.; JAFFRAY, D.A. Radiotherapy for cancer: present and future. **Advanced Drug Delivery Review**. v. 109, p. 1-2, 2017. doi: 10.1016/j.addr.2017.01.004

AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. **JBI**, 2020. Available from: https://synthesismanual.jbi.global

BAKKER, R.M. et al. A nurse-led sexual rehabilitation intervention after radiotherapy for gynecological cancer. **Supportive Care in Cancer**. v. 25, n. 3, p. 729-37, 2017. doi: 10.1007/s00520-016-3453-2

BOOKER, J.; EARDLEY, A.; COWAN, R.; LOGUE, J.; WYLIE, J.; CARESS, A. Telephone first post-intervention follow-up for men who have had radical radiotherapy to the prostate: evaluation of a novel service delivery approach. **European Journal of Oncology Nursing**. 2004;8(4):325–33. doi: 10.1016/j.ejon.2004.01.003

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Vigilância e Análise de Situação. Cartilha –

Radioterapia, 2020[cited 2020 Mar 30]. Available from: https://www.inca.gov.br/tratamento/radioterapia

BRYANT-LUKOSIUS, D. et al. The Clinical Nurse Specialist Role in Canada. **Nursing Leadership (Toronto, Ont.)**. v. 23, n. 2010, p. 140–66, 2010. doi: 10.12927/cjnl.2010.22273

CITRIN, D.E. Recent developments in radiotherapy. **The New England Journal of Medicine**. v. 377, p. 1065-75, 2017. doi: 10.1056/NEJMra1608986

CHAN, R.J. et al. Clinical and economic outcomes of nurse-led services in the ambulatory care setting: a systematic review. **International Journal of Nursing Studies**. v. 81, p. 61-80, 2018. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.02.002

CHEN, M.Y. et al. The end-of-treatment telephone response and prognosis of post-radiotherapy nasopharyngeal carcinoma patients in southern China. **International Journal of Clinical Experimental Medicine**. v. 8, n. 9, p. 16564-70, 2015. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4659073/pdf/ijcem0008-16564.pdf

CHENG, X. et al. Nurse-led interventions on quality of life for patients with cancer: a meta-analysis. **Medicine (Baltimore)**. v. 97, n. 34, p. e12037, 2018. doi: 10.1097/MD.0000000000012037

ELISSEN, A. et al. Is Europe putting theory into practice? A qualitative study of the level of self-management support in chronic care management approaches. **BMC Health Services Research**. v. 13, p117, 2013. doi: 10.1186/1472-6963-13-117]

GALVÃO, T.F., PEREIRA, M.G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 23, n. 1, p. 183-4, 2014. doi: 10.5123/S1679-49742014000100018

HANNA, T.P.; EVANS, G.A.; BOOTH, C.M. Cancer, COVID-19 and the precautionary principle: prioritizing treatment during a global pandemic. **Nature Reviews Clinical Oncology**. v. 17, p. 268–70, 2020. Available from: https://www.nature.com/articles/s41571-020-0362-6.pdf

HØYER, B.B. et al. A nurse-led telephone session and quality of life after radiotherapy among women with breast cancer: a randomized trial. **The Open Nursing Journal**. v. 5, p. 31-7, 2011. doi: 10.2174/1874434601105010031

LAI, X.B.; CHING, S.S.Y.; WONG, F.K.Y. Nurse-led cancer care: A scope review of the past years (2003-2016). **International Journal of Nursing Sciences**. v. 4, p. 184-95, 2017. doi: 10.1016/j.ijnss.2017.02.001

LEAHY, M. et al. Satisfaction with nurse-led telephone follow up for low to intermediate risk prostate cancer patients treated with radical radiotherapy. A comparative study. **European Journal of Oncology Nursing**. v. 17, n. 2, p. 162-9, 2013. doi: 10.1016/j.ejon.2012.04.003

LEDEBOER, Q.C.P. et al. Physical and psychosocial correlates of head and neck cancer: an update of the literature and challenges for the future (1996–2003). **Clinical Otolaryngology**. v. 30, n. 4, p. 303-19, 2005. doi: 10.1111/j.1365-2273.2005.01035.x

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008. doi: 10.1590/S0104-07072008000400018

MOOLA, S. et al. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In: AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. Available from: https://synthesismanual.jbi.global

MOORE, K.A.; FORD, P.J.; FARAH, C.S. "I have quality of life…but...": Exploring support needs important to quality of life in head and neck cancer. **European Journal of Oncology Nursing**. v. 18, n. 2, p. 192-200, 2014. doi: 10.1016/j.ejon.2013.10.010

MOORE, S. et al. Nurse led follow up and conventional medical follow up in management of patients with lung cancer: randomised trial. **BMJ**. v. 325, p. 1-7, 2022. doi: 10.1136/bmj.325.7373.1145

NEILSON, K. et al. A longitudinal study of distress (depression and anxiety) up to 18 months after radiotherapy for head and neck cancer. **Psychooncology**. v. 22, n. 8, p. 1843-8, 2013. doi: 10.1002/pon.3228

PEETERS, M.A.C. et al. Support needs of people with head and neck cancer regarding the disease and its treatment. **Oncology Nursing Forum**. v. 45, n. 5, p. 587-96, 2018. doi: 10.1188/18.ONF.587-596

POLMANN, H. et al. Prevalence of dentofacial injuries among combat sports practitioners: A systematic review and meta-analysis. **Dental Traumatology**. v. 36, n. 2, p. 124–40, 2019. Doi: 10.1111/edt.12508.

RAMOS, R.S. Oncology Nursing in Coping with the COVID-19 Pandemic: Reflections and Recommendations for Oncology Care Practice. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 66(TemaAtual), p. e-1007, 2020. doi: 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1007

RANDALL, S. et al. Impact of community-based nurse-led clinics on patient outcomes, patient satisfaction, patient access and cost effectiveness: A systematic review. **International Journal of Nursing Studies**. v. 73, p. 24-33, 2017. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.05.008

ROBERTSON, A.F.; WINDSOR, P.M.; SMITH, A. Evaluation of a nurse-led service for follow up of patients with prostate cancer. **International Journal of Urological Nursing**. v. 7, n. 2, p. 92-7, 2013. doi: 10.1111/j.1749-771X.2012.01161.x

ROSE, M.A. et al. Identifying patient symptoms after radiotherapy using a nurse-managed telephone interview. **Oncology Nursing Forum**. v. 23, n. 1, p. 99–102, 1996.

SARDELL, S. et al. Evaluation of a nurse-led telephone clinic in the follow-up of patients with malignant glioma. **Clinical Oncology (Royal College of Radiologists)**. v. 12, n. 1, p. 36-41, 2000. doi: https://doi.org/10.1053/clon.2000.9108

SEMPLE, C.J. et al. Changes and challenges to patie'ts' lifestyle patterns following treatment for head and neck cancer. **Journal of Advanced Nursing**. v. 63, n. 1, p. 85-93, 2008. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04698.x

SHIRAZ F, RAHTZ E, BHUI K, HUTCHISON I, KORSZUN A. Quality of life, psychological wellbeing and treatment needs of trauma and head and neck cancer patient. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**. v. 52, n. 6, p. 513-7, 2014. doi: 10.1016/j.bjoms.2014.03.019. 2014

TUFANARU, C.; MUNN, Z.; AROMATARIS, E.; CAMPBELL, J.; HOPP L. Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. In: AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. Available from: https://synthesismanual.jbi.global

Recebido em: 03/07/2022

Aprovado em: 05/09/2022

Publicado em: 12/09/2022