

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**INTERVENÇÃO POR TELEFONE COMO
ESTRATÉGIA PARA MANEJO DA ANSIEDADE
DURANTE TRATAMENTO RADIOTERÁPICO: UM
ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Bruna Stamm

Santa Maria, RS, Brasil

2015

**INTERVENÇÃO POR TELEFONE COMO ESTRATÉGIA
PARA MANEJO DA ANSIEDADE DURANTE TRATAMENTO
RADIOTERÁPICO: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

Bruna Stamm

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Enfermagem.**

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini
Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Adriane Schmidt Pasqualoto

Santa Maria, RS, Brasil

2015

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Stamm, Bruna

Intervenção por telefone como estratégia para manejo da ansiedade durante tratamento radioterápico: um ensaio clínico randomizado / Bruna Stamm.-2015.

169 p.; 30cm

Orientadora: Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini

Coorientadora: Adriane Schmidt Pasqualoto

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2015

1. Intervenção 2. Ansiedade 3. Neoplasias 4. Família 5. Enfermagem I. Girardon-Perlini, Nara Marilene Oliveira II. Pasqualoto, Adriane Schmidt III. Título.

© 2015

Todos os direitos autorais reservados a Bruna Stamm. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

E-mail: bruna-stamm@hotmail.com

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação de Enfermagem


A comissão examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

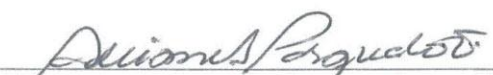
**INTERVENÇÃO POR TELEFONE COMO ESTRATÉGIA PARA
MANEJO DA ANSIEDADE DURANTE TRATAMENTO
RADIOTERÁPICO: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

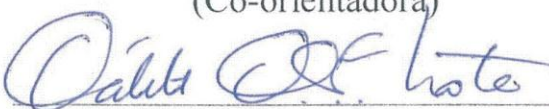
elaborada por
Bruna Stamm

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

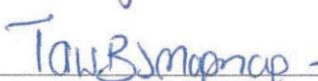
COMISSÃO EXAMINADORA


Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini, Dr^a. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)


Adriane Schmidt Pasqualoto, Dr^a. (UFSM)
(Co-orientadora)


Dálete Delalibera Corrêa de Faria Mota, Dr^a. (UFG)


Margrid Beuter, Dr^a. (UFSM)


Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Dr^a. (UFSM)

Santa Maria, 24 de fevereiro de 2015

Dedico este trabalho à minha mãe Cleusa Shirlei Stamm, por sua mão amiga e coração pulsante. Sua determinação e vontade de viver, apesar de todas as situações difíceis já vencidas, são exemplos para mim. Sua presença, mesmo distante, sempre me estimulou a seguir mais além... O dia de retribuir toda a sua confiança em mim está bem perto. Te amo do tamanho do infinito, minha “mamadhi”!

*Da mesma forma não poderia deixar de dedicar este trabalho à minha vó Dada (in memoriam),
que por anos dedicou parte da sua vida
acreditando em meus sonhos e perspectivas.
Terás eternamente meu amor e agradecimento!*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela vida!

Aos **meus pais Cleusa e Laudelino** pelo amor, carinho e incentivo incondicional nas minhas escolhas. Esta conquista se deve a vocês que acreditaram em mim e que abdicaram, muitas vezes, dos seus sonhos e vontades para que este dia chegasse. Faltam-me palavras para expressar a admiração e o agradecimento a vocês. Amor e gratidão eternos!

Aos **meus irmãos Rafael, Monica e Igor** por me darem o prazer de crescer em uma família feliz, pelo suporte e por terem a paciência de dividirem suas vidas comigo e de ouvirem meu ‘péssimo’ gosto musical. Amo e admiro todos!

Às **minhas adoráveis e queridas amigas e colegas de profissão Danusa, Luana e Grazi**, pela amizade verdadeira, pelas vezes em que tiveram a delicadeza de ouvirem minhas dificuldades, mas, também, pelos momentos mais divertidos e alegres da minha vida. Levo-as no meu coração.

À **minha sábia e generosa orientadora Dra. Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini**, pela oportunidade de desbravar ainda mais esse universo da pesquisa, pelo intenso incentivo, pelos momentos prazerosos de aprendizado e conversas informais. És um ser humano especial e uma profissional admirável! Espero, um dia, chegar próximo da sua competência.

À **minha co orientadora Dra. Adriane Schmidt Pasqualoto**, pela sua atenção, disponibilidade, paciência, comprometimento, eficiência e responsabilidade. Sua experiência e conhecimento foram fundamentais para a concretização deste trabalho. Foi muito especial lhe conhecer.

Aos **meus amigos Jaqueline, Tatiana, Luis, Bruna, Claudelí, Caren e Noeli**, pelo carinho que sempre tiveram comigo e pelos dias alegres que passamos juntos!

Às **professoras Dra. Marinês Tambara Leite e Dra. Leila Mariza Hildebrandt**, por me mostrarem o mundo científico e por incentivarem minhas conquistas. Devo muito do que sou a vocês.

Aos **professores integrantes da banca de defesa**, Dra. Dálete Delalibera Corrêa de Faria Mota, Dra. Margrid Beuter e Dra. Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, pelas enriquecedoras contribuições para aprimoramento desta dissertação e pela sabedoria compartilhada.

À **bolsista de iniciação científica Catieli Piccin**, pelo comprometimento e excelência em sua participação neste projeto. Sua colaboração e companheirismo foram importantes para que eu chegasse até aqui. Continue assim, seu futuro é brilhante.

Aos **meus colegas de mestrado e da 7º Turma do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENf) da UFSM**, pelo crescimento pessoal, intelectual e pelos momentos prazerosos em sala de aula. Boa sorte a todos!

As **integrantes do Grupo de Estudo em Família e Oncologia**, pelo aprendizado diferencial, pelas construções e discussões. Os encontros de quintas-feiras sempre foram divertidos ao lado de todas. Sucesso ao Grupo!

Ao **Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem**, pelos ricos encontros de conhecimento.

A **toda a equipe do Setor de Radioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)**, por permitirem que esta pesquisa se realizasse e por me acolherem nos meses de coleta de dados. Um agradecimento especial à equipe de enfermagem e às enfermeiras Vera, Cíntia e Lílian, pelo carinho e atenção com que sempre me receberam.

Aos **pacientes e familiares que participaram desta pesquisa**. São pessoas como vocês e com um gesto nobre, que colaboram para o crescimento científico deste país. Obrigada por compartilharem momentos tão delicados e íntimos de suas famílias, por acreditarem no meu trabalho e por proporcionarem vivências que jamais sairão de minha memória. Sou muito grata a vocês!

À **UFSM** pela oportunidade de aprimorar meu conhecimento científico.

Aos **professores e funcionários do PPGENf da UFSM** por possibilitarem minha qualificação profissional e que esta pesquisa se concretizasse.

Às **demais pessoas envolvidas nesse processo**, que não foram aqui citadas, mas que de forma indireta me incentivaram e contribuíram para que chegasse até aqui.

“Ainda acho que precisamos conhecer o inverno para compreender o verão, assim como é necessário passar por momentos de tristeza profunda para conseguir identificar e valorizar a felicidade quando ela chegar. E não devemos, nunca, nos esquecer das pessoas que amamos”.

(William P. Young)

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

INTERVENÇÃO POR TELEFONE COMO ESTRATÉGIA PARA MANEJO DA ANSIEDADE DURANTE TRATAMENTO RADIOTERÁPICO: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

AUTORA: ENF. ESP. BRUNA STAMM

ORIENTADORA: ENF. PROF^a. DR^a. NARA MARILENE OLIVEIRA GIRARDON-
PERLINI

CO-ORIENTADORA: FISIO. PROF^a. DRA^a. ADRIANE SCHMIDT PASQUALOTO

Data e local da defesa: Santa Maria, 24 de fevereiro de 2015.

O tratamento radioterápico pode gerar impactos negativos, dentre eles a ansiedade, que pode interferir no equilíbrio emocional de pacientes e familiares. O estudo é um ensaio clínico randomizado, controlado e objetivou avaliar os efeitos de uma intervenção por telefone nos escores de ansiedade de pacientes em tratamento radioterápico e de seus familiares. A população foi constituída por 20 pacientes no Grupo Intervenção, 19 pacientes no Grupo Controle e seus respectivos familiares, que realizaram tratamento radioterápico no Hospital Universitário de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, no período de abril a julho de 2014. Para a coleta de dados utilizou um questionário com questões sociodemográficas e clínicas, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado e uma entrevista pós-intervenção. As intervenções foram realizadas por meio de contatos telefônicos. Os dados foram analisados pelo pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences* para Windows versão 21.0. O teste *t de Student* para amostras pareadas foi utilizado para a comparação entre os momentos pré e pós-intervenção. A associação dos níveis de Ansiedade-Traço e Estado com as demais variáveis do estudo foram realizados pelo teste de correlação de *Pearson*. Realizou-se a regressão linear múltipla para variável em estudo. O nível de significância adotado foi o valor de $p < 0,05$. Os pacientes dos Grupos Intervenção e Controle eram respectivamente, em sua maioria do sexo feminino (55,0% e 53,9%), com média de idade de 62,2 ($\pm 11,8$) e 63 ($\pm 10,3$) anos, e prevalência de câncer de cabeça e pescoço (30,0% e 41,5%). Os familiares dos Grupos Intervenção e Controle eram, em sua maioria, do sexo feminino (85,0% e 57,9%), com média de idade de 47,0 ($\pm 13,8$) e 54,5 ($\pm 11,9$) anos e grau de parentesco de filhos (GI: 50,0%) e esposo ou companheiro (GC: 42,1%). No início do tratamento radioterápico, a maioria dos pacientes e familiares do Grupo Intervenção apresentaram um escore moderado de Ansiedade-Traço e Estado, e os pacientes e familiares do Grupo Controle apresentaram um escore moderado para a Ansiedade-Traço e baixo para a Ansiedade-Estado. Os resultados encontrados são estatisticamente significantes e demonstram que a intervenção telefônica diminuiu os escores de ansiedade dos pacientes do Grupo Intervenção após as ligações telefônicas ($p < 0,005$). Para os familiares de ambos os grupos não houve diferenças estatísticas significativas na pré e pós-intervenção. Os fatores preditivos para a Ansiedade-Traço dos pacientes do Grupo Intervenção foram o número de sessões radioterápicas ($p < 0,000$), e para a Ansiedade-Estado os preditores foram o nível de escolaridade ($p < 0,018$), o tempo do diagnóstico da doença em meses ($p < 0,048$) e o número de sessões de radioterapia ($p < 0,000$). Os pacientes e familiares que receberam a intervenção avaliaram-na como positiva, e importante para sanarem as dúvidas relativas ao tratamento radioterápico. Conclui-se que a intervenção telefônica mostrou-se efetiva na diminuição dos escores de ansiedade de pacientes e familiares durante o tratamento radioterápico. Espera-se que o estudo contribua para a reflexão sobre práticas inovadoras e tecnológicas de cuidado de enfermagem e para o redirecionamento e formulação de novas estratégias de atenção ao paciente em tratamento radioterápico e seus familiares.

Palavras-chave: Intervenção. Ansiedade. Neoplasias. Família. Enfermagem.

ABSTRACT

Master's Dissertation
Graduate Program in Nursing
Federal University of Santa Maria

INTERVENTION BY PHONE AS A STRATEGY FOR THE ANXIETY MANAGEMENT DURING RADIOTHERAPY TREATMENT: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL

AUTHOR: ENF. ESP. BRUNA STAMM

ADVISOR: ENF. PROF^a. DR^a. NARA MARILENE OLIVEIRA GIRARDON-PERLINI

CO-ADVISER: FISIO. PROF^a. DRA^a. ADRIANE SCHMIDT PASQUALOTO

Place and Date of defense: Santa Maria, February 24th, 2015.

Radiotherapy treatment can generate negative impacts, including anxiety, which can interfere with the emotional balance of patients and families. The study is a randomized clinical trial to evaluate the effects of a telephone intervention in patient anxiety scores in radiotherapy and their families. The population consisted of 20 patients in the Intervention Group, 19 patients in the Control Group and their respective families, who underwent radiotherapy at the University Hospital of Santa Maria, in Rio Grande do Sul, in the period from April to July 2014. For data collection used a questionnaire with sociodemographic and clinical issues, the State-Trait Anxiety Inventory and a post-intervention interview. The interventions were conducted through telephone contacts. The data were analyzed using the *Statistical Package for Social Sciences* for Windows version 21.0. The *Student t test* for paired samples was used to compare the pre and post-intervention. The association of Anxiety-Trait and State levels with the other study variables were performed using *Pearson* correlation test. It was performed multiple linear regression for the studied variable. The level of significance was p value <0,05. Patients in the Intervention and Control Groups respectively were mostly female (55,0% and 53,9%), with an average age of 62,2 (\pm 11,8) and 63,0 (\pm 10,3) years, and the prevalence of head and neck cancer (30,0% and 41,5%). The family of the Intervention and Control Groups were mostly female (85,0% and 57,9%), with an average age of 47,0 (\pm 13,8) and 54,5 (\pm 11, 9) years and children degree of kinship (GI: 50,0%) and husband or partner (GC: 42,1%). At the beginning of radiotherapy treatment, the most patients and families Intervention Group showed a moderate score of Anxiety-Trait and State, and patients and families in the Control Group showed a moderate score for Anxiety-Trait Anxiety and down to the State. The results are statistically significant and show that the telephone intervention decreased anxiety scores of the intervention group patients after the phone calls (p <0,005). For family members of both groups there were no significant differences in pre and post-intervention. Predictive factors for Anxiety-Trait of the Intervention Group patients were the number of radiotherapy sessions (p <0,000), and for the Anxiety-State predictors were the level of education (p <0,018), the disease diagnosis time in months (p <0,048) and the number of sessions of radiotherapy (p <0,000). Patients and relatives who received the intervention evaluated it as positive, and important to remedy the fundamental questions related to radiotherapy treatment. It is concluded that the telephone intervention was effective in reducing the anxiety scores of patients and relatives during radiotherapy treatment. It is expected that the study will contribute to the reflection on innovative and technological practices of nursing care and the redirection and development of new care strategies in radiotherapy treatment to the patients and their relatives.

Keywords: Intervention. Anxiety. Neoplasms. Family. Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas relacionadas aos pacientes em tratamento radioterápico participantes do Grupo Intervenção (GI) e Grupo Controle (GC). Santa Maria/RS, 2014	81
Tabela 2 – Distribuição das variáveis clínicas e de saúde dos pacientes em tratamento radioterápico participantes do Grupo Intervenção (GI) e Grupo Controle (GC). Santa Maria/RS, 2014	83
Tabela 3 – Distribuição das variáveis demográficas relacionadas aos familiares dos pacientes em tratamento radioterápico participantes do Grupo Intervenção (GI) e Grupo Controle (GC). Santa Maria/RS, 2014	84
Tabela 4 – Distribuição da situação de convivência dos familiares do Grupo Intervenção (GI) e Grupo Controle (GC) com os pacientes durante o período de tratamento radioterápico. Santa Maria/RS, 2014	86
Tabela 5 – Distribuição dos escores do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) dos pacientes na pré-intervenção. Santa Maria/RS, 2014	87
Tabela 6 – Distribuição dos escores do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) dos pacientes na pós-intervenção. Santa Maria/RS, 2014.....	88
Tabela 7 – Média dos escores da pontuação do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) dos pacientes na pré e pós-intervenção. Santa Maria/RS, 2014	89
Tabela 8 – Distribuição dos escores do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) dos familiares na pré-intervenção. Santa Maria/RS, 2014	90
Tabela 9 – Distribuição dos escores do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) dos familiares na pós-intervenção. Santa Maria/RS, 2014.....	91
Tabela 10 – Média dos escores da pontuação do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) dos familiares na pré e pós-intervenção. Santa Maria/RS, 2014	91
Tabela 11 – Análise de regressão para o fator preditor da Ansiedade-Traço dos pacientes do Grupo Intervenção (GI). Santa Maria/RS, 2014	94
Tabela 12 – Análise de regressão linear múltipla para os fatores preditores de Ansiedade-Estado dos pacientes do Grupo Intervenção (GI). Santa Maria/RS, 2014	95
Tabela 13 – Distribuição das respostas dos participantes do Grupo Intervenção (GI) na 1º ligação telefônica, quanto ao modo como estavam se sentindo. Santa Maria/RS, Brasil, 2014.....	97
Tabela 14 – Distribuição das respostas dos participantes do Grupo Intervenção (GI) na 2º ligação telefônica, quanto ao modo como estavam se sentindo. Santa Maria/RS, Brasil, 2014.....	99
Tabela 15 – Distribuição das dúvidas referidas pelos participantes do Grupo Intervenção (GI) durante a 1º ligação telefônica. Santa Maria/RS, Brasil, 2014.....	101
Tabela 16 – Distribuição das dúvidas referidas pelos participantes do Grupo Intervenção (GI) durante a 2º ligação telefônica. Santa Maria/RS, Brasil, 2014.....	102

Tabela 17 – Distribuição da avaliação de como foi para os participantes do Grupo Intervenção (GI) receber as ligações telefônicas durante o tratamento radioterápico. Santa Maria/RS, Brasil, 2014	103
Tabela 18 – Distribuição de como os participantes do Grupo Intervenção (GI) se sentiram após receberem as ligações telefônicas. Santa Maria/RS, Brasil, 2014.....	104

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão dos artigos.....	55
Quadro 2 – Coeficientes alfas obtidos na amostra bilíngue brasileira e do presente estudo para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE).....	67

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Diagrama de recrutamento e seguimento dos procedimentos do estudo. Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2014	80
Figura 2 – (A, B, C e D) - Redução da Ansiedade-Traço e Estado nos pacientes do Grupo intervenção (GI) na pós-intervenção. * $p < 0,05$	89
Figura 3 – (A, B, C e D) - Redução da Ansiedade-Traço e Estado nos familiares do GFI na pós-intervenção.....	92

LISTA DE ABREVIATURAS

BVS	– Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	– Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCS	– Centro de Ciências da Saúde
CEP	– Comitê de Ética e Pesquisa
CNPq	– Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DCNT	– Doença Crônica Não Transmissível
DEPE	– Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão
ECR	– Ensaio Clínico Randomizado
EUA	– Estados Unidos da América
FGC	– Familiar Grupo Controle
FGI	– Familiar Grupo Intervenção
GC	– Grupo controle
GI	– Grupo Intervenção
HUSM	– Hospital Universitário de Santa Maria
IDATE	– Inventário de Ansiedade Traço-Estado
INCA	– Instituto Nacional do Câncer
INSS	– Instituto Nacional do Seguro Social
LILACS	– Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NNT	– Número Necessário para Tratar
OMS	– Organização Mundial de Saúde
PB	– Paraíba
PPGEnf	– Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PRRR	– Programa de Radioterapia de Respostas Rápidas
ReBEC	– Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos
RS	– Rio Grande do Sul
RT	– Radioterapia
SIE	– Sistema de Informações para o Ensino
SPSS	– Statistical Package for Social Sciences
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSM	– Universidade Federal de Santa Maria
VIGITEL	– Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	– World Health Organization

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Instrumento I: Questionário sócio demográfico e aspectos clínicos do paciente em tratamento radioterápico	139
Apêndice B – Instrumento II: Questionário sócio demográfico e de saúde do familiar	141
Apêndice C – Conteúdo das ligações telefônicas	143
Apêndice D – Roteiro da entrevista de avaliação da intervenção	144
Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para paciente participante do grupo controle	145
Apêndice F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para familiar participante do grupo controle	148
Apêndice G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para paciente participante do grupo intervenção.....	151
Apêndice H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para familiares participantes do grupo intervenção	154
Apêndice I – Termo de Confidencialidade dos Dados	157

LISTA DE ANEXOS

Anexo A –	Tabela de artigos que compõe o corpus de análise do estudo de revisão integrativa	161
Anexo B –	Produção científica brasileira dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem <i>strictu sensu</i> sobre a temática das intervenções de enfermagem a pacientes oncológicos.....	163
Anexo C –	Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).....	164
Anexo D –	Inventário de Ansiedade Traço- Estado (IDATE) (Spielbelger e colaboradores, 1970).....	168
Anexo E –	Comprovação do processo de apreciação junto ao Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC).....	169

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	31
2	OBJETIVOS	39
2.1	Objetivo geral.....	39
2.2	Objetivos específicos	39
2.3	Hipóteses	39
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	43
3.1	A ansiedade como consequência do tratamento oncológico para pacientes e familiares	43
3.1.1	Epidemiologia e impacto da ansiedade para pacientes e familiares	46
3.2	Tratamento radioterápico: aspectos conceituais e o papel do enfermeiro	47
3.3	Intervenções por telefone: uma estratégia para o cuidado	50
3.4	Intervenções de enfermagem com famílias.....	53
3.5	Intervenções de enfermagem a pacientes com câncer: tendências da produção científica na pós-graduação	57
4	MATERIAIS E MÉTODOS	63
4.1	Delineamento	63
4.2	População alvo e local.....	63
4.3	Crítérios de elegibilidade	64
4.4	Amostragem	65
4.5	Recrutamento	65
4.6	Randomização	65
4.7	Coleta dos dados	66
4.8	Estudo piloto.....	66
4.9	Instrumento de coleta dos dados	67
4.10	Procedimentos de coleta dos dados	68
4.10.1	Intervenções	70
4.11	Avaliação da intervenção	72
4.12	Organização e Análise dos dados	72
4.13	Aspectos éticos.....	73
4.14	Divulgação dos dados	75
5	RESULTADOS	79
5.1	Caracterização dos participantes do estudo.....	79
5.1.1	Pacientes	79
5.1.2	Famíliares	84
5.2	Avaliação dos escores de ansiedade.....	87
5.2.1	Pacientes	87
5.2.2	Famíliares	90

5.3	Relação do escore de Ansiedade-Traço e Estado com as variáveis independentes	93
5.3.1	Pacientes.....	93
5.3.2	Familiares	93
5.4	Análise de Regressão Linear Múltipla	94
5.5	A intervenção telefônica.....	95
5.5.1	As definições de como os participantes estavam se sentido	96
5.5.2	Dúvidas.....	101
5.5.3	Avaliação das ligações telefônicas	103
6	DISCUSSÃO	109
7	CONCLUSÕES	119
7.1	Limitações do estudo.....	120
	REFERÊNCIAS	125
	APÊNDICES.....	137
	ANEXOS	159

1 INTRODUÇÃO

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

Madre Teresa de Calcutá

1 INTRODUÇÃO

O câncer é uma das principais causas de morte e o número total de casos está aumentando em todo o mundo. Globalmente, prevê-se que a mortalidade pela doença aumente 45% entre 2007 e 2030 (7.9 a 32.5 milhões de mortes), devido, principalmente, ao crescimento e envelhecimento populacional. Na maioria dos países desenvolvidos, a patologia é a segunda principal causa de morte, depois das doenças cardiovasculares, e os dados epidemiológicos mostram uma tendência crescente no mundo menos desenvolvido, especialmente nos países "em transição" e de renda média (WHO, 2012). Essa realidade confirma a importância de investimentos na área de prevenção e tratamento em oncologia, principalmente nesses países.

No Brasil, a epidemiologia do câncer, em geral, configura-se como problema de saúde pública. Com o aumento da expectativa de vida da população e com a progressiva industrialização e globalização, as neoplasias ganharam importância crescente no perfil de mortalidade no país, ocupando o segundo lugar em óbitos, representando 15,7% dos grupos de causa. Com isso, as estimativas do ano de 2014 sinalizaram a ocorrência de mais de 576 mil novos casos de câncer, e, no Estado do Rio Grande do Sul, o número total de casos novos foi de 116.33 (INCA, 2014a), reforçando a magnitude do problema no país.

No mundo, aproximadamente metade de todos os pacientes com câncer é tratada com terapia de radiação isolada ou em combinação com a quimioterapia e/ou a cirurgia (KALIBEROV; BUCHSBAUM, 2012). Porém, grande parte do sucesso no tratamento do câncer com terapia de radiação está relacionado, dentre outros fatores, a uma abordagem multidisciplinar para o tratamento (SALMINEN et al., 2011).

Nesse aspecto, o Instituto Nacional do Câncer – INCA (2008) destaca que o enfermeiro é um dos profissionais habilitados e disponíveis para apoiar e orientar o paciente e a família na vivência do processo de adoecimento, do tratamento e da reabilitação. O enfermeiro assume um papel primordial no tratamento do paciente oncológico, garantindo-lhe segurança, ajudando a minimizar desconfortos oriundos de todo o processo de adoecimento, e facilitando questões que dizem respeito aos possíveis tratamentos a serem empregados (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

Nessas considerações, para o enfrentamento do câncer são necessárias ações que incluam a educação em saúde em todos os níveis da sociedade e a promoção e prevenção

orientada a indivíduos, uma vez que os desafios colocados pela doença também demandam investimentos constantes em pesquisas, para a descoberta de formas de prevenção, bem como de tratamentos mais efetivos, com a promoção de benefícios científicos e melhorias para a saúde pública (INCA, 2012a).

Um estudo realizado por Paula-Junior (2009) investigou sobre o que ajuda pacientes em tratamento radioterápico a enfrentar o câncer e o tratamento. A maioria das respostas (51,6%) associou-se à rede de apoio social, principalmente à família, revelando que o câncer é uma patologia familiar quando analisado pelo impacto que provoca, pois, quando um membro da família é diagnosticado, todos os familiares são tocados. Questões como as incertezas e a falta de conhecimento sobre a doença tendem a ocasionar estresse, confusão e inabilidade na família, provocando uma comunicação limitada entre os seus membros. Assim, o câncer não é mais tratado como uma doença de um indivíduo, mas visto como um problema que envolve toda a sua família (HERZBERG; FERRARI, 1999).

Neste sentido, Wanderbroocke (2005, p. 18) enfatiza que:

“a atenção à família é parte fundamental do atendimento ao paciente com câncer, uma vez que ela representa a principal fonte de apoio durante todo o processo de tratamento. Quando um dos membros da família adoece e necessita de cuidados especiais e/ou sistemáticos, entram em cena as dinâmicas de funcionamento do sistema familiar a fim de decidir como os cuidados serão prestados.”

No que se refere ao tratamento radioterápico, este pode gerar impactos negativos sobre o paciente, de efeitos físicos - como dor e diminuição da capacidade física - e emocionais, como a ansiedade (GUO et al., 2013). Os efeitos colaterais da radioterapia podem interferir no equilíbrio emocional do paciente e na credibilidade que ele tem no tratamento (PAULA-JÚNIOR, 2009). Nessa perspectiva, os sintomas de ansiedade no decorrer do tratamento radioterápico precisam ser avaliados, pois estes tendem a aumentar, podendo levar a consequências, como a falta de aderência ao tratamento, menor sobrevida e diminuição da qualidade de vida dos pacientes (PAULA et al.; 2012).

Diversos estudos têm abordado a prevalência dos sintomas de ansiedade durante o tratamento oncológico (SALVO et al., 2012; PEREIRA; FIGUEIREDO; FINCHMAN, 2012; NAZIC et al., 2012). Uma revisão sistemática da literatura, realizada por Stiegelis, Ranchor e Sanderman (2004) descreveu o funcionamento psicológico de pacientes com câncer, antes, durante e depois da radioterapia (RT), e evidenciou que cerca de 10 a 20% dos pacientes, antes da RT, apresentam sentimentos de ansiedade. Considerando que a ansiedade é um sintoma presente durante o tratamento radioterápico, estudos direcionados a proporcionar

alívios deste sintoma, permeando desafios do cotidiano assistencial, com vistas a fundamentar as ações específicas a esta população, tornam-se de fundamental importância.

Para que essas ações sejam bem-sucedidas, é necessário ter como base propostas em informações oportunas e de qualidade (consolidadas, atualizadas e representativas) e análises epidemiológicas a partir dos sistemas de informação e vigilância disponíveis (INCA, 2012a).

Neste aspecto, a prática de enfermagem associada a recursos de tecnologias de comunicação pode produzir mudanças significativas na capacidade de ajustamento à nova condição de saúde, destacando a importância do conhecimento técnico e clínico das intervenções provenientes do profissional (BECKER, 2010).

O desenvolvimento de diversas tecnologias para diagnóstico, seguimento de casos e orientação tem sido estimulado para melhorar os cuidados em saúde, uma vez que permitem o acesso a serviços e especialistas em saúde por pessoas que, de outra forma, não estariam disponíveis com uma frequência adequada para o atendimento de suas necessidades (OMS, 2003).

Uma revisão sistemática analisou o impacto de intervenções psicossociais na redução da ansiedade em pacientes adultos com câncer, na qual, de 14 publicações identificadas, oito ofereceram conclusões sobre a eficácia das intervenções psicossociais para minimizar a ansiedade em pacientes com câncer, e, destas, seis publicações chegaram a conclusões positivas (JACOBSEN; JIM, 2008). Assim, a associação de uma intervenção de enfermagem, por meio do telefone, pode ser uma estratégia viável para redução dos escores de ansiedade, uma vez que possibilita uma gama de associações e conexões que conferem apoio e segurança, que facilitam o cuidado prestado ao paciente em tratamento oncológico, e, conseqüentemente, à sua família.

Nessa direção, o uso do telefone apresenta-se como um importante método na comunicação enfermeiro-paciente e prevê-se um aumento da aplicação desta tecnologia ao longo dos próximos anos (BLAKE, 2008). Estudo de Car et al. (2004) aponta que o telefone pode ser usado em uma série de intervenções terapêuticas em saúde, como cuidados de rotina, triagem, reavaliação de prescrições, facilitando o acesso aos resultados de testes laboratoriais e às intervenções no âmbito da promoção da saúde.

Entendendo que o adoecimento por câncer é um evento que diz respeito à família como um todo, e não somente a pessoa diagnosticada, o enfermeiro tem “o compromisso e a obrigação de incluir a família nos cuidados de saúde” (WRIGHT; LEAHEY, 2012, p. 9). Assim, considerando os pressupostos da abordagem sistêmica no cuidado a família,

referencial que tem embasado o trabalho da enfermagem com famílias, identifica-se, dentre as evidências teóricas, que a família como um todo, tem impacto no modo como seus membros resolvem os problemas de saúde e os comportamentos de saúde individuais afetam a mesma de forma geral. Destaca-se, também, que a eficácia dos cuidados de saúde é melhorada quando a ênfase é colocada sobre a família e não apenas sobre o indivíduo (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

Assim, frente às diversas formas de prestar assistência e cuidado ao paciente em tratamento radioterápico e sua família, Wright e Leahey (2012, p. 12) sugerem que “enfermeiras educadoras e pesquisadoras devem começar a dar nomes, especificar, explorar, compreender e testar intervenções, em específico, aquelas que incluam as famílias”. Entende-se que abordagens dirigidas a mais de um membro da família têm possibilidade de serem compartilhadas no contexto familiar, e, conseqüentemente, impactar a família como um todo, mas também nos indivíduos em particular. Nesse sentido, nota-se a preocupação e a importância de se testar intervenções específicas de enfermagem, a fim de contribuir para ações que remetam a uma melhor qualidade de vida aos pacientes e familiares, em especial, aqueles em tratamento radioterápico.

Nesse sentido, a utilização do telefone como uma ferramenta para o cuidado integral representa uma possibilidade de avanço perante o cuidado de enfermagem, favorecendo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. Intervenções apropriadas, realizadas no momento adequado no tratamento radioterápico, podem ser benéficas em termos de qualidade de vida do indivíduo e de sua família e mais eficazes quanto ao custo da doença. Assim, evidencia-se a necessidade de testar intervenções voltadas a minimizar a ansiedade de pacientes em tratamento radioterápico e seus familiares, potencializando o cuidado direcionado a esse estrato populacional, com o objetivo de desenvolver estratégias de intervenções de enfermagem.

Assim a partir do apresentado, esta Dissertação de Mestrado tem como objeto de estudo uma intervenção por telefone para manejo da ansiedade de pacientes em tratamento radioterápico e de seus familiares. O interesse por esta temática emergiu do Grupo de Pesquisa “Cuidado, Saúde e Enfermagem” e também do interesse pessoal da autora, por meio de observações realizadas junto ao setor de Radioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria, no RS (HUSM), onde foi possível acompanhar pessoas em tratamento e identificar a realização de uma intervenção de enfermagem como possibilidade de cuidado.

Espera-se que o estudo contribua para a reflexão sobre práticas de cuidado de enfermagem e para o redirecionamento e formulação de novas estratégias de atenção ao paciente em tratamento oncológico, por meio de propostas inovadoras e tecnológicas, contribuindo para o fortalecimento de elos no processo de compreensão e construção dos conhecimentos. Também se destaca ser essencial a inclusão da família neste processo, uma vez que necessita de ações de educação em saúde de forma contínua para apoiar o cuidado cotidiano.

Diante disso, esta pesquisa visa responder o seguinte problema: Quais os efeitos de uma intervenção por telefone nos escores de ansiedade de pacientes em tratamento radioterápico e de seus familiares?

2 OBJETIVOS

“São chamados de sábios
os que põem as coisas em sua devida ordem.”

Tomás de Aquino

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar os efeitos de uma intervenção por telefone nos escores de ansiedade de pacientes em tratamento radioterápico e seus familiares.

2.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar os participantes do estudo segundo variáveis sociodemográficas, clínicas e de saúde;
- b) Avaliar os escores de ansiedade dos pacientes e dos familiares antes e após a intervenção por telefone;
- c) Relacionar os escores de Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado dos pacientes e dos familiares com as variáveis independentes;
- d) Identificar as variáveis preditoras que interferem nos escores de Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado dos pacientes do Grupo Intervenção;
- e) Descrever o conteúdo das ligações telefônicas dos participantes do Grupo Intervenção;
- f) Descrever a avaliação da intervenção telefônica feita pelos participantes do Grupo Intervenção.

2.3 Hipóteses

A partir da pergunta de pesquisa: Quais os efeitos de uma intervenção por telefone nos escores de ansiedade de pacientes em tratamento radioterápico e seus familiares? Levantaram-se as seguintes hipóteses:

Hipótese₀: A intervenção por telefone não diminui os escores de ansiedade de pacientes em tratamento radioterápico e de seus familiares.

Hipótese₁: A intervenção por telefone diminui os escores de ansiedade de pacientes em tratamento radioterápico e de seus familiares.

3 REVISÃO DA LITERATURA

“O importante não é por quanto tempo viverás, mas que qualidade de vida terás.”

Sêneca

3 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo apresentará uma contextualização dos temas que envolvem o objetivo do presente estudo, fundamentando discussões acerca da temática do câncer, em específico, do tratamento radioterápico. Serão elencados os aspectos relacionados a ansiedade como consequência do tratamento radioterápico; os conceitos e atuação do profissional enfermeiro no tratamento oncológico; estudos que usaram intervenções por telefone como uma estratégia para o cuidado; uma revisão integrativa da literatura acerca das intervenções de saúde realizadas com famílias que possuem um membro com câncer; e, ao final, apresentar-se-ão alguns tipos de intervenções de enfermagem para pacientes com câncer.

3.1 A ansiedade como consequência do tratamento oncológico para pacientes e familiares

O diagnóstico de qualquer tipo de câncer desencadeia emoções, gera incerteza e insegurança para o paciente e para a família. A pessoa com câncer vive um emaranhado de emoções que incluem a ansiedade, luta pela dignidade e um acentuado temor quanto ao seu tempo de vida, e os parentes próximos, vivenciam este momento de forma semelhante (VASCONCELOS; COSTA; BARBOSA, 2008).

O tratamento por câncer pode influenciar as atividades emocionais, mentais e físicas daqueles que vivenciam este momento, e que tende a se amparar no sintoma da ansiedade como forma de descarga de energia das constantes inquietações. A ansiedade é um acompanhamento normal do crescimento, da mudança, de experiência de algo novo, uma vez que a história de vida de cada pessoa, suas experiências passadas, dentre outros fatores, repercutem na forma como cada indivíduo enfrenta determinada situação (VASCONCELOS; COSTA; BARBOSA, 2008).

Em relação ao tratamento radioterápico, aproximadamente 4 a 5% dos pacientes com câncer tem transtornos de ansiedade preexistentes, e os sintomas mais comuns incluem o nervosismo, inquietação, palpitações, tremores, diarreia, cólicas, sentimento de morte iminente, despersonalizações e o medo (DAMRON; GATES, 2009). Os autores Garcia e

Kosminsky (1999) apontam que podem aparecer emoções negativas referentes à radioterapia, tais como: medo do aparelho de radioterapia, insegurança, ansiedade, depressão reativa, sentimentos de impotência, culpa, raiva por estar doente, tristeza, entre outros.

A ansiedade possuiu diversos conceitos, que na perspectiva de Andrade e Gorenstein (1998), trata-se de um estado emocional que tem componentes psicológicos e fisiológicos, que está no cotidiano das experiências humanas e que assume relação com o desempenho. Ela passa a ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione.

O termo “ansiedade” não envolve um construto unitário e abrange sensações de medo, sentimentos de insegurança e antecipação apreensiva, aumento de vigília ou alerta, sentimentos de constrição respiratória, tensão muscular, causando dor, tremor e inquietação e uma variedade de desconfortos somáticos consequentes da hiperatividade do sistema nervoso autônomo (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998).

Nessa linha, Vasconcelos, Costa e Barbosa (2008) destacam que a ansiedade estimula o organismo a tomar as medidas indispensáveis ao impedimento da ameaça ou, no mínimo, reduzir suas consequências. Quando o cérebro, independente de vontade, interpreta alguma situação como ameaçadora (estressante), todo o organismo passa a desenvolver uma série de alterações. Com isso, todas as respostas corporais entram em estado de prontidão geral, ou seja, todo o organismo é mobilizado, sem envolvimento específico ou exclusivo de algum órgão em particular.

Os estímulos que predisõem à ansiedade podem ser internos ou externos. Os estímulos internos são originários de conflitos pessoais e que refletem a tonalidade afetiva de cada um. Os conflitos externos, por sua vez, são ameaças concretas contidas no cotidiano. Tais conflitos fazem parte da saúde emocional do ser humano, porém, a forma como estes o afetam depende da maneira com que cada indivíduo vê e sente o mundo. Assim, o que esses estímulos significam para as pessoas torna-se mais importante do que a própria existência deles (VASCONCELOS; COSTA; BARBOSA, 2008).

Isso pode ser evidenciado quando Murphy e Tell (2009) destacam que a maioria dos pacientes fica ansiosa em relação ao tratamento do câncer. Um estudo realizado em um hospital público do Estado de São Paulo descreveu que os pacientes que realizam radioterapia relatam que o tratamento gera emoções como medo, tristeza, estresse e ansiedade (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005).

Na Turquia realizou-se um estudo com 41 pacientes com câncer ginecológico que receberam quimioterapia, com o objetivo de determinar os escores de ansiedade por meio do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Como resultado, constatou-se que 85% dos pacientes apresentaram sintomas de ansiedade relacionados à quimioterapia, sendo recomendadas pelo estudo intervenções apropriadas para a avaliação e melhoria da ansiedade e sintomas relacionados ao tratamento em pacientes com câncer (NAZIK et al., 2012).

Estudo de Vasconcelos, Costa e Barbosa (2008) analisou os sintomas de ansiedade em 35 pacientes oncológicos de um Hospital de Campina Grande/PB. Os resultados indicaram que os pacientes sofrem de sintomas ansiosos mesmo antes de seu diagnóstico, e tais transtornos encontram-se mais evidentes durante a trajetória de internação e tratamento. A presença de sintomas ansiosos apresentou-se ligada principalmente aos fatores de associação entre o câncer e a iminência de morte e a ausência da família.

Ao abordar a família neste processo, é importante destacar que esta também experimenta diferentes estágios de adaptação ao sintoma da ansiedade. Em muitos casos, ela precisa reorganizar-se como núcleo de cuidado e gerenciar certas mudanças, as quais muitas vezes são difíceis de serem adaptadas (VASCONCELOS; COSTA; BARBOSA, 2008). Esta situação reforça que o câncer não atinge somente o paciente, mas a família como um todo (OLIVEIRA; ZAGO, 2003).

Nessa perspectiva, o tratamento oncológico também pode afetar o relacionamento dos pacientes com seus familiares. Isso é comprovado em estudo de Sawada, Dias e Zago (2005) que avaliou os efeitos colaterais da radioterapia, com pacientes com câncer de cabeça e pescoço, e sua influência na qualidade de vida, no qual para 40,6% dos pacientes o tratamento tinha afetado algum modo o relacionamento com seus familiares.

O adoecimento por câncer constitui-se em uma situação geradora de tensão e ansiedade no núcleo familiar, pois a família dividirá sua energia entre proteger-se contra as consequências do adoecimento, a desunião ou a perda pela morte e envidar esforços para organizar-se e ter controle sobre o que está acontecendo, reestruturar-se e atender as demandas, resolvendo os problemas (ROLLAND, 1995).

Assim, enfrentar o adoecimento de um de seus membros causa certo impacto no grupo familiar e as estratégias utilizadas neste processo podem se constituir em importante fonte para a compreensão do vivido e, a partir disso, efetivamente, incluir a família como sujeito das ações de cuidados (BERVIAN; GIRARDON-PERLINI, 2006).

3.1.1 Epidemiologia e impacto da ansiedade para pacientes e familiares

A ansiedade de pacientes em tratamento oncológico vem sendo analisada por vários autores (SALVO et al., 2012; PEREIRA; FIGUEIREDO; FINCHMAN, 2012; DELGADO-GUAY et al., 2009), e segundo resultados de um estudo de revisão sobre o sofrimento psicológico durante a radioterapia (RT), 10 a 20% dos pacientes apresentam escores clinicamente significativos de ansiedade no início do tratamento (STIEGELIS et al., 2004).

Na Califórnia, EUA um estudo com 167 pacientes com câncer de mama, próstata, pulmão e cérebro, e 85 familiares, identificou uma proporção significativamente maior de mulheres com ansiedade alta (70,1%). Em termos de etnia, enquanto que 74,6% da amostra total foi composta por brancos, as análises revelaram que proporções significativamente maiores de pessoas não-brancas apresentaram escores de ansiedade moderada (30,5%) e alta (35,1%) em comparação com os escores baixo (DUNN et al., 2010).

Em Barcelona, Espanha um estudo realizado com 148 pacientes com carcinoma diferenciado de tireóide e mama, identificou que os antecedentes depressivos ($p < 0,003$) e o primeiro diagnóstico neoplásico ($p < 0,037$) foram fatores que influenciaram estatisticamente nos escores de ansiedade (DOMÈNECH et al., 2010).

Uma pesquisa desenvolvida com 330 pacientes turcos com variados tipos de câncer submetidos a tratamento e seus familiares, avaliou os escores de ansiedade e seus fatores impactantes, e quando comparados, os escores de ansiedade dos pacientes foram maiores do que dos seus familiares (44.93 ± 8.8 vs 43.27 ± 8.5 , $p = 0,015$). A renda impactou significativamente nos seus escores de ansiedade dos pacientes ($p = 0,009$) e o estadiamento clínico da doença foi significativamente correlacionada com os escores da ansiedade dos familiares ($p = 0,002$) (ALACACIOGLU, et al, 2013).

O tempo de diagnóstico ($r = -.33$; $p < .03$) e o tempo de duração do tratamento radioterápico ($r = -.32$; $p < .03$) foram fatores que tiveram correlação com a ansiedade, em estudo desenvolvido em Barcelona, Portugal com 142 pacientes com sarcoma, nos diferentes estágios da doença (PAREDES; CANAVARRO; SIMÕES, 2011).

Sabe-se que a ansiedade tende a diminuir com o aumento da idade (DUNN, et al., 2010). Isso é reforçado no estudo de Gorayeb et al (2012) realizado com 181 mulheres internadas em uma enfermaria de oncologia ginecológica e mastologia de um hospital escola

no interior do estado de São Paulo, Brasil, no qual identificou que 44,8% apresentaram escores moderado e grave de ansiedade, e encontrou-se associação entre idade e ansiedade ($F=3,0$; $p<0,01$), de modo que cada ano aumentado na idade, diminuiu 0,08 no escore de ansiedade.

3.2 Tratamento Radioterápico: aspectos conceituais e o papel do enfermeiro

O tratamento do câncer é estabelecido a partir do diagnóstico, e a escolha das propostas terapêuticas dá-se de acordo com o tipo da neoplasia e pelas condições de saúde do paciente. Para tanto, as metas do tratamento ocorrem de três formas, podendo estar inter-relacionadas. A primeira objetiva a cura, visando à irradiação completa do tumor e tratamento de controle; a segunda se dirige à busca da sobrevida prolongada, com a contenção do crescimento das células neoplásicas, e a terceira possui efeito paliativo, na tentativa de busca do alívio de sintomas associados à doença (BRUNNER; SUDDARTH, 2013).

Nesta perspectiva, umas das formas de tratamento do câncer é a radioterapia (RT), que é o tratamento de uma patologia por meio de radiação ionizante. É fornecida uma quantidade precisa de radiação para um volume específico do tumor, objetivando eliminar as células cancerígenas e preservar os tecidos sadios (SOUZA; AARESTAD, 2009).

A RT é um método de tratamento local ou locorregional, que utiliza equipamentos e técnicas variadas para irradiar áreas do organismo humano, prévia e cuidadosamente demarcadas. Seu tratamento administrado neoadjuvante ao procedimento cirúrgico tem por finalidade reduzir o tamanho da massa tumoral e facilitar sua ressecção (BRASIL, 2010). Esta terapia de radiação é, em geral, localizada, não invasiva e não produz toxicidade sistêmica após tratamento, em comparação com a quimioterapia (KALIBEROV; BUCHSBAUM, 2012).

Dentre as funções específicas da RT, Souza e Aarestad (2009) abordam os aspectos curativos, nos quais vários tipos de câncer são curáveis, quando utilizada a radiação como tratamento único. Após a cirurgia definitiva, a RT tem função adjuvante e, quando a cura não é possível, o controle dos sintomas com a radioterapia pode melhorar a qualidade de vida para muitos pacientes, assumindo função paliativa ao tratamento.

Os pacientes submetidos à RT necessitam de cuidados específicos de enfermagem. A realização de avaliações frequentes da pele, inspecionando, principalmente, a região de área do tratamento, são algumas das ações exercidas pelo enfermeiro (SOUZA; AARESTAD, 2009). Mas o papel da enfermagem perpassa ações de ajuda aos pacientes e familiares a lidarem com os efeitos colaterais do tratamento, ampliando para o gerenciamento dos problemas emocionais durante o mesmo (INCA, 2008).

Em todo o tratamento radioterápico, o enfermeiro assume um importante papel. Em relação ao preparo do paciente para a RT, o instrumento mais valioso que o profissional pode oferecer aos pacientes e seus familiares é a informação, uma vez que a radiação é pouco compreendida e cercada de tabus (SOUZA; AARESTAD, 2009). Assim, ao longo do tratamento, o enfermeiro torna-se uma referência para o paciente e familiar, sendo que, em muitos casos, é o profissional com quem o paciente mais interage (ARAÚJO; ROSAS, 2008).

Em relação à administração da RT, que é realizada por um técnico em radioterapia, esta pode ser interna ou externa, determinada de acordo com método de tratamento, que se baseia no tipo, no volume, na localização do tumor, na dose necessária para curar o câncer e na disponibilidade do equipamento para o tratamento (SOUZA; AARESTAD, 2009).

Quando a radiação é proveniente de um aparelho como uma unidade de cobalto ou acelerador linear, no qual a fonte encontra-se a uma distância de 60 a 100 cm do paciente, a forma de tratamento é conhecida como teleterapia (BRASIL, 2000). O campo da teleterapia cerca o sítio do tumor, estendendo-se até os linfonodos da região aplicada ou pela extensão local da patologia (SOUZA; AARESTAD, 2009).

As ações de enfermagem durante a teleterapia envolvem questões relativas a orientações a pacientes e familiares sobre o tratamento, destacando a importância da periodicidade às consultas; as mudanças de vida que podem ocorrer, em decorrência do tratamento; e orientações para que as dúvidas sejam esclarecidas pelos profissionais que atuam junto ao setor radioterápico (INCA, 2008).

Outra forma de administração da RT é por meio da braquiterapia, na qual certa quantidade de radiação é liberada para destruir o tumor (BRASIL, 2000). Esta frequentemente utilizada em tumores de colo uterino envolve o uso de fontes radioativas que são colocadas em contato com a área do tratamento, por meio de agulhas implantadas, fios, cápsulas ou aplicadores intracavitários (SOUZA; AARESTAD, 2009).

Na primeira consulta de enfermagem realizada com o paciente submetido à braquiterapia, é importante orientar pacientes e familiares sobre todo o procedimento,

suscitando aspectos relativos quanto ao horário, tempo, jejum, sondagem vesical para aplicação do contraste, número de inserções, sedação, dentre outros. Promover e difundir medidas de saúde preventivas e curativas, por meio da educação aos pacientes e familiares, baseando-se na orientação, prevenção, tratamento e reabilitação ao longo da permanência do paciente no serviço de radioterapia, são aspectos fundamentais exercidos pelo profissional enfermeiro (INCA, 2008).

O enfermeiro, em particular, no setor de radioterapia, pode fazer contribuições utilizando o processo de enfermagem, aplicado à realidade do setor, registrando dados relevantes que podem ser retomados a qualquer momento, com o intuito de avaliar os pacientes nas mais diversas fases do seu tratamento (VAZ et al., 2002).

Além disso, procedimentos como a realização de nebulização, administração de medicações, encaminhamentos em geral, acompanhamento em exames, realização de curativos, cuidados com traqueostomia e cuidados com o material do setor são ações específicas, desenvolvidas pela enfermagem no setor radioterápico (ARAÚJO; ROSAS, 2008).

Contudo, segundo Murphy e Tell (2009), a ação do enfermeiro neste espaço é ampla, uma vez que não é apenas de apoio, mas também informativa, sendo função do profissional abordar assuntos que surgem das demandas dos pacientes. Assim, o enfermeiro deve estar preparado para perguntas e possuir informações gerais sobre o processo da doença, exames posteriores, complicações potenciais, tratamentos disponíveis e efeitos do tratamento.

Nessa linha, o enfermeiro tem construído um importante papel em ações educativas em saúde, principalmente em espaços institucionalizados de saúde. Este, em função do amplo conhecimento e capacidade de generalização, decorrente de sua formação, é considerado um profissional qualificado para organização e definições das práticas de saúde, através de ações educativas direcionadas à promoção e proteção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2010).

Budó e Saupe (2004), ao discutirem sobre a formação do enfermeiro, e sobre parâmetros do conhecimento populares e de educação em saúde do mesmo, destacam que é incontestável o papel do enfermeiro como educador em saúde, tanto em ações individuais como coletivas. E afirmam a importância da inserção de alternativas criativas para o trabalho do enfermeiro, associando saúde com a educação dos indivíduos.

Dessa maneira, a educação em saúde, segundo definições do Ministério da Saúde (2007) é um campo de práticas e de conhecimentos do setor de saúde, que objetiva a criação

de vínculos entre a ação assistencial e o pensar e fazer cotidianos da população. Esta prática é inseparável de todas as atividades desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, proporcionando a articulação entre os níveis de gestão do sistema.

Com isso, a educação em saúde pode ser entendida como uma forma de abordagem que, como um processo amplo na educação, proporciona construir um espaço muito importante na veiculação de novos conhecimentos e práticas relacionadas.

3.3 Intervenções por telefone: uma estratégia para o cuidado

Um crescimento constante de informações e tecnologias de comunicação em todas as áreas de saúde tem ocorrido com o objetivo de melhorar o bem-estar em nível individual, comunitário, regional e nacional. Nesse aspecto, a tecnologia está cada vez sendo mais utilizada na área da telemedicina, no monitoramento sem fio de resultados de saúde, na gestão da doença e aplicações de intervenções de saúde, onde os telefones móveis emergem como um método importante para estimular a melhor comunicação entre enfermeiro e paciente (BLAKE, 2008).

No Brasil, a Secretaria de Vigilância em Saúde vem promovendo inúmeras ações com o objetivo de estruturar o Sistema de Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), no qual se encontram as doenças neoplásicas. Dentre essas ações insere-se o sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), que tem como objetivo monitorar a frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para DCNTs em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, por meio de entrevistas telefônicas realizadas em amostras probabilísticas da população adulta residente em domicílios (BRASIL, 2011).

No ano de 2011, o VIGITEL disponibilizou dois indicadores do acesso da população feminina a serviços de diagnóstico precoce de câncer: a frequência da realização do exame de mamografia e a frequência de realização do exame de citologia oncótica para câncer de colo do útero, proporcionando atualização de estimativas, e dados sobre a situação do câncer no país (BRASIL, 2011).

O acompanhamento por telefone, segundo Dochterman e Bulechek (2008), facilita o fornecimento de resultados de exames ou avaliação das respostas dos pacientes, sobre a

determinação do potencial de problemas gerados por consequência de tratamento, exame ou testes. Uma intervenção de cuidado indireto prestado ao paciente também envolve um tratamento à distância, com o objetivo de beneficiá-lo individualmente. Assim, sintomas do paciente, estado de saúde e qualidade de vida são cada vez mais monitorados usando tecnologias como o telefone (BLAKE, 2008).

O uso do telefone como instrumento de intervenção em enfermagem para pacientes oncológicos tem se mostrado eficaz em inúmeros estudos. Pesquisa realizada no Reino Unido, com 112 pacientes com câncer de pulmão, de mama e colorretal, avaliou o impacto de um monitoramento remoto por telefone móvel, e dentre os resultados abordados no estudo, os participantes relataram, consistentemente, que o uso do sistema de monitoramento dos sintomas tóxicos pelo uso da quimioterapia fez com que se sentissem tranquilos em relação ao manejo e controle dos sintomas (McCANN et al., 2009).

Um estudo clínico randomizado realizado na Califórnia, Estados Unidos (EUA), com 2.970 mulheres em estágio inicial de câncer de mama, utilizou uma intervenção de aconselhamento por telefone, para ensinar as participantes a consumirem fibras e adotarem uma dieta rica em proteínas. O telefone foi usado como principal método para promover a mudança dietética no grupo de intervenção, obtendo, um aumento significativo do consumo diário de hortaliças (suco + vegetal) de 7,1 porções (+ 82%), de frutas de 3,9 porções (+ 18%) e a ingestão de fibras 3,04-4,16 g (PIERCE et al., 2004).

No Texas, EUA, realizou-se um estudo com 100 pacientes agendados para cirurgia torácica de câncer de pulmão primário ou metástases pulmonares, por meio de um ensaio clínico randomizado. Os pesquisadores utilizaram o telefone para consultar os pacientes sobre a monitorização dos sintomas pós-cirurgia e para informar a equipe sobre as ações tomadas em resposta aos sintomas. O grupo intervenção apresentou maior redução de eventos limiáres dos sintomas do que o grupo controle (19% e 8%, respectivamente) e um declínio mais rápido nos eventos limiáres dos sintomas (CLEELAND et al., 2011).

Além disso, orientações em saúde para cuidados através do telefone diminuíram os escores de depressão e de dor em pacientes com câncer, no estado da Indiana, EUA. O estudo, de caráter randomizado, realizado com 406 pacientes, forneceu uma intervenção por meio da gestão de teleassistência, realizada por uma equipe de enfermeiros especialistas e médicos, na qual gravações de voz interativas eram usadas para o monitoramento automatizado. Os resultados do estudo evidenciaram redução nos sintomas de dor nos pacientes do grupo

intervenção (> ou = 30%) e de depressão (> ou = 50) quando comparados aos pacientes do grupo de cuidados habituais (KROENKE et al., 2010).

Melhorias significativas relativas aos sintomas da depressão, ansiedade e qualidade de vida relacionada à saúde foram evidenciadas em um ensaio clínico randomizado realizado em Guangxi, China, no qual os pesquisadores determinaram os benefícios das intervenções psicossociais para pacientes, com variados tipos de câncer, que realizaram radioterapia. Os pacientes do grupo de intervenção (n=89) receberam atenção psicossocial durante a RT, enquanto o grupo controle (n=89) realizou apenas a RT, e tiveram escores de ansiedade significativamente mais elevados do que os do grupo intervenção, concluindo que uma abordagem de custo-benefício pode melhorar o humor do paciente e a qualidade de vida durante e após a RT (GUO et al., 2013).

Um estudo de intervenção telefônica foi realizado em Nova Iorque, EUA, com 531 mulheres designadas para receber os cuidados habituais e 535 mulheres designadas para receber uma intervenção, objetivando aumentar as taxas de rastreamento do câncer de colo uterino de um centro comunitário de saúde. A intervenção consistiu em uma série de telefonemas e correspondências de um profissional treinado, que forneceu informações educacionais, motivacionais e agendamento de apoio para todos os exames de câncer. Dentre os resultados, houve um aumento de 0,7% entre os valores iniciais e acompanhamento nas mulheres que receberam a intervenção, em comparação com um aumento de 0,3% das mulheres do grupo de cuidados habituais, em relação aos índices da realização de testes de rastreamento do câncer e cuidados habituais realizados (ROBINSON et al., 2010).

Em relação ao uso do telefone como estratégia para redução dos escores de ansiedade de pacientes em tratamento radioterápico, localizamos apenas um estudo internacional que utilizou dessa ferramenta. O mesmo trata-se de um ensaio clínico randomizado que avaliou a eficácia de uma intervenção por telefone na redução da ansiedade de pessoas com câncer colorretal, no início e ao final do tratamento radioterápico, e um ano após o diagnóstico do câncer, durante um período de 9 meses. Participaram do estudo 653 participantes, randomizados para o grupo de tratamento usual (n = 341) e o grupo intervenção (n = 306), na qual consistiu de voluntários treinados, que forneceram apoio emocional, encaminhamento de serviços e informações sobre o tratamento. Dentre os principais resultados, houve uma maior redução na prevalência de ansiedade elevada no grupo intervenção quando comparado ao grupo de cuidados habituais ($p < 0,01$), no qual esta diminuição ocorreu principalmente no

início do tratamento ($p < 0,01$). No entanto, a prevalência de ansiedade elevada foi similar entre os dois grupos em cada ponto de seguimento (WHITE et al., 2011).

Com isto, muitos especialistas em promoção e prevenção em saúde depositam promissoras expectativas nas tecnologias de comunicação, na perspectiva de uma ferramenta para o acompanhamento de pessoas com condições crônicas de saúde, potencializando o cuidado e assistência prestada (OMS, 2003).

3.4 Intervenções de enfermagem com famílias¹

Considera-se importante para o cuidado em saúde assistir o indivíduo de forma completa, ou seja, levando em conta o seu contexto mais próximo, que é a família à qual ele pertence (FERREIRA et al., 2010). Família pode ser definida como um agrupamento de pessoas que mantém relações de convívio, crescimento e desenvolvimento, em diferentes fases de desenvolvimento (WONG; WHALEY, 1989). A família também pode ser caracterizada como um grupo de indivíduos ligados por fortes vínculos emocionais, com o sentido de posse e a inclinação a participar da vida uns dos outros, reforçando a ideia de que a família “é quem seus membros dizem que são” (WRIGTH; LEAHEY, 2012).

Os enfermeiros têm o compromisso e a obrigação ética e moral de envolver as famílias em seus cuidados de saúde (WRIGTH; LEAHEY, 2012), pois a família também precisa ser cuidada. Assim, a área da saúde tem voltado a sua atenção para a família, reconhecendo nesta a necessidade e a oportunidade para o desenvolvimento do trabalho dos profissionais da saúde (LACERDA; OLINISKI, 2004).

Enfermeiros que investem em intervenções na família criam uma ponte necessária e importante entre pesquisa, teoria e prática clínica. As pesquisas sobre intervenções de enfermagem na família tornam-se mais congruentes, quando associadas com o intuito da enfermagem de reduzir o sofrimento emocional, físico e espiritual dos pacientes e suas famílias (BELL; WRIGHT, 2007).

Há anos a enfermagem direciona sua prática com famílias para a orientação e busca de dados, ficando a mesma restrita a ser receptáculo e fonte de informações nas quais as ações

¹ Este tópico foi publicado com artigo de revisão integrativa na Revista Eletrônica de Enfermagem –REUOL. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 8(supl. 3):4139-49, nov., 2014. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5407/pdf_6653.

oferecidas a ela são pouco efetivas, porque não atingem a experiência da família (ÂNGELO, 1999). Dessa forma, as intervenções em saúde na família, por parte da enfermagem, visam alterar a “realidade” que os membros da família vivenciam (WRIGTH; LEAHEY, 2012).

As pesquisas envolvendo famílias e doenças crônicas, em sua maioria, são de caráter descritivo, nas quais os pesquisadores não as desenvolvem, não as testam, e não propõem intervenções que poderiam, possivelmente, impactar em resultados para indivíduos, famílias e comunidades. Assim, considerando que os investigadores pouco direcionam suas ações e pesquisas para intervenções, evidencia-se um aumento de novas pesquisas que acabam não gerando impacto na realidade (MELNYK; MORRISON-BEEDY, 2012).

Com base nessas colocações, realizou-se uma revisão integrativa da literatura (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008) acerca das intervenções de saúde realizadas com famílias que possuem um membro com câncer. Inicialmente, definiu-se a questão de pesquisa: Quais intervenções de saúde são realizadas com famílias que possuem um membro com câncer? Os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa na temática de intervenções de saúde com família que possuem um membro com câncer, artigos originais em idiomas português, inglês ou espanhol com resumo completo, disponível *online* na íntegra e com acesso gratuito. Como critérios de exclusão foram definidos: artigos em que a intervenção fosse relacionada à prevenção do câncer, artigos de revisão, monografias, teses e dissertações.

O levantamento dos estudos ocorreu em maio de 2013 por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na *National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed). Foi preenchido o formulário avançado como estratégia de busca na PubMed (("NEOPLASMS"[MeSH Terms] AND "FAMILY"[MeSH Terms]) AND "HEALTH EDUCATION"[MeSH Terms]) AND "INTERVENTION"[Title/Abstract] AND ("HUMANS"[MeSH Terms] AND (ENGLISH[lang] OR SPANISH[lang] OR PORTUGUESE[lang])); e no LILACS "FAMÍLIA" [Descriptor de assunto] and "NEOPLASIA" [Descriptor de assunto] and "INTERVENÇÃO" [Palavras].

A avaliação dos artigos selecionados foi realizada por meio de leitura na íntegra dos mesmos e preenchimento de um instrumento de coleta de dados, o qual resultou em 17 artigos (ANEXO A). No quadro 1, apresenta-se a distribuição das publicações incluídas e excluídas do estudo.

Crítérios	PubMed	LILACS
Total de artigos localizados	96	1
Artigos sem resumo ou incompletos	10	0
Artigos de revisão de literatura	7	0
Artigos fora da temática	48	0
Artigos indisponíveis na íntegra	14	1
Total de artigos selecionados	17	0

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão dos artigos.

As evidências encontradas nas publicações foram organizadas baseando-se na “*PICOT Question*” (P= patient/population; I= intervention; C= comparison intervention; O= outcome; T= time frame), sugerida por Melnyk e Morrison-Beed (2008), a qual é uma referência para estudos de revisão que envolve intervenções, visando organizar e descrever os dados encontrados. Assim, os resultados foram agrupados em: *com quem, por quem, qual a intervenção, estratégias de implementação, intervenções de comparação (grupo controle), tempo da intervenção e principais resultados* das intervenções de saúde em famílias que possuem um membro com câncer.

Em relação aos estudos de intervenção selecionados 70,6% são quantitativos do tipo experimental randomizado, 17,6% são qualitativos ou descritivos e 11,8% são estudos de coorte. No que se refere à qualidade das evidências, constatou-se que 12 estudos classificam-se com nível de evidência II; três estudos são nível de evidência VI; e dois estudos são nível de evidência III.

Em relação a *com quem* são realizadas as intervenções, evidencia-se que os participantes dos estudos são pacientes e familiares em situações de adoecimento por diferentes tipos de câncer^(A2, A4, A10, A13, A16-A15), seguindo-se os estudos com parceiros íntimos e pacientes com diagnóstico de câncer de próstata^(A3, A6, A12, A14), pais de crianças com câncer^(A5, A8-A9, A11) e familiares/parceiros íntimos de mulheres com câncer de mama^(A1) e ginecológico^(A7, A17).

Quanto a *por quem* são implementadas as intervenções em saúde com famílias, constatou-se o predomínio dos Enfermeiros^(A2-A3, A6-A8, A10-A15, A17), seguidos da Equipe Multidisciplinar^(A5, A11, A16), dos Médicos^(A7, A9), dos Psicólogos^(A4) e dos Assistentes Sociais^(A1).

As evidências quanto a *quais as intervenções* em saúde desenvolvidas com as famílias, constatou que, entre as modalidades identificadas, a maioria das intervenções possui caráter educativo sobre o câncer^(A1, A5, A7, A9-A10, A13, A16-A17). As intervenções educativas são realizadas, geralmente, através de sessões educacionais que possibilitam acesso e

esclarecimento de informações relacionadas ao câncer, ao tratamento e à evolução da doença, às relações do cotidiano dos familiares que enfrentam o câncer e às redes sociais de apoio.

No que se refere às *estratégias de implementação* das intervenções, verificou-se que ocorreram por meio de telefone ^(A3, A8, A10, A12), através do qual os pesquisadores intervencionistas disponibilizavam uma linha telefônica para contato e desenvolvimento da intervenção com os participantes do estudo. Outra estratégia foram intervenções em grupo para apoio e esclarecimento ^(A4, A6, A11, A17) que se caracterizam, principalmente, por viabilizarem apoio a grupos de famílias, através de intervenções psicoeducacionais/psicossociais, visando esclarecer sobre o câncer e suas particularidades.

Nas *intervenções de comparação* são apresentados os estudos em que, na metodologia, utilizaram grupo controle do tipo randomizado ^(A1, A3-A4, A7-A12, A14-A15, A17). Na maioria dos estudos desenvolvidos o grupo controle não sofreu intervenção ^(A4, A8, A12, A14-A15, A17), servindo de parâmetro para comparar a efetividade da intervenção implementada. Em outros estudos, o grupo controle foi submetido a uma intervenção parcial ^(A1, A7, A11) ou diferente ^(A3) em relação ao proposto para o grupo de intervenção. Outra estratégia identificada nas pesquisas de intervenção foi o uso de grupo controle histórico ^(A9-A10). Neste caso, os resultados das intervenções realizadas eram comparados com dados de amostras obtidas em estudos anteriores que compunham um banco de dados.

Quanto ao *tempo da intervenção*, identificou-se que as pesquisas foram desenvolvidas num período de duas semanas até dois anos. A maioria dos estudos realizou intervenções com duração de quatro meses a um ano ^(A1-A2, A6-A7, A9, A11, A13-A14), seguindo-se de intervenções com período inferior a três meses ^(A3-A4, A8, A12, A15), e com tempo superior a um ano ^(A10). Evidenciaram-se estudos em que o tempo da intervenção não estava descrito ^(A5, A16-A17).

Os *principais resultados* das pesquisas de intervenção apontam que todas as estratégias desenvolvidas com as famílias dos pacientes oncológicos foram avaliadas pelos participantes como positivas e com resultados eficazes, considerando os objetivos propostos nos estudos.

Desta forma, intervenções desenvolvidas com pacientes e famílias podem melhorar a qualidade de vida e de saúde de seus membros, além de reduzir o uso de serviços de saúde, buscando ser adaptáveis para atender às necessidades e características específicas de cada família (CAMPBELL, 2003).

3.5 Intervenções de enfermagem para pacientes com câncer: tendências da produção científica na pós-graduação²

O câncer caracteriza-se como uma doença crônica degenerativa e ocupa o segundo lugar dentre as principais causas de morte por doença no Brasil, ficando atrás das doenças cardíacas (BRASIL, 2008). Entende-se doença crônica como uma enfermidade que tem a característica ser de longo curso, podendo ser incurável e, na maioria das vezes, causando sequelas e limitações funcionais no portador da doença crônica (BRASIL, 2008).

Nas últimas décadas, o câncer ganhou uma dimensão maior, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial. A Organização Mundial da Saúde estimou que, até o ano 2030, esperam-se 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. No contexto brasileiro, conforme estimativas para o ano de 2013 são esperados cerca de 518.510 mil novos casos de câncer (INCA, 2011).

Dentre as doenças crônicas, talvez aquelas que tenham imposto maiores exigências aos profissionais de saúde, em termos de prevenção e tratamento, são as patologias oncológicas. Com isso, cada vez mais as intervenções na área da saúde vêm recebendo ampla aceitação de pacientes acometidos pelo câncer.

As intervenções em enfermagem são definidas como qualquer ação ou resposta do enfermeiro, que ocorra no contexto de uma relação entre profissional e paciente, que é oferecida com objetivo de efetivar os funcionamentos individuais, familiares ou comunitários, pelos quais o enfermeiro é responsável. Estas intervenções normalmente envolvem atos intencionais, conscientes, que, em geral, abrangem comportamentos observáveis deste profissional (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

Nesse sentido, objetivou-se identificar e analisar a produção científica brasileira sobre as intervenções de enfermagem em pacientes com câncer no que concerne à especificidade do conhecimento produzido. Assim, buscou-se responder a seguinte pergunta de pesquisa: Qual a tendência da produção científica do Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de

² Este tópico foi apresentado na modalidade resumo expandido, no evento “II Seminário Internacional – Tecendo Redes na Enfermagem e na Saúde e IX Semana de Enfermagem” – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria/RS, 2013. Disponível em: <http://coral.ufsm.br/ppgenf/II%20SEMINARIO%20INTERNACIONAL%20-%20Anais.pdf>.

Pessoal de Nível Superior (CAPES) sobre as intervenções de enfermagem em pacientes com câncer?

Trata-se de um estudo de revisão da tendência da produção científica *strictu sensu* dos Programas brasileiros de Pós Graduação em Enfermagem, por meio do Banco de Teses da CAPES. A busca eletrônica foi realizada no mês de julho de 2013, a partir da utilização da combinação das palavras-chave “Enfermagem, Câncer, Intervenção” e “Enfermagem, Câncer, Educação em Saúde” na opção “assunto”, e “todas as palavras”, abaixo da caixa de digitação.

O critério de inclusão utilizado para seleção dos estudos foi: resumos de teses e dissertações que abordassem intervenções de enfermagem na temática do câncer. E como critérios de exclusão: resumos incompletos, repetidos em ambas as combinações de busca e pesquisas que não envolvessem o objetivo desta revisão.

O estudo ocorreu em quatro etapas: na primeira etapa realizou-se a busca dos resumos de teses e dissertações pelas combinações das palavras-chave; na segunda etapa refinou-se a busca pela leitura preliminar dos resumos que preenchiam os critérios de inclusão e exclusão e a seleção foi salva em formato PDF de acordo com a disponibilidade da página; na terceira etapa excluíram-se os resumos que estavam incompletos; e, por último, realizou-se leitura criteriosa dos resumos selecionados.

A busca localizou 57 resumos. Na seleção da amostra, baseando-se nos critérios de inclusão estabelecidos, foram selecionados sete resumos. Na análise dos resumos que compuserem o *corpus* do estudo identificou-se que um resumo apresentava-se repetido nas estratégias de busca, contabilizando uma única vez. A amostra final resultou em seis resumos, que foram catalogados em um quadro sinóptico contendo as seguintes informações: código “R”, de resumo, acompanhado de um número arábico (R1, R2, R3...), título, objetivo, nível de pesquisa, ano, área de conhecimento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, estado dos Programas de Pós-Graduação e abordagem metodológica (ANEXO B). Os resultados serão apresentados a seguir de forma descritiva.

A partir da análise dos resumos evidenciou-se, quanto o nível de pesquisa, que três eram dissertações, e três teses; e os anos da publicação dos resumos foram 2001 (1), 2007 (1), 2008 (1), 2009 (1), 2011 (1), 2012 (1). Referentes à área de conhecimento, três eram da Enfermagem, um da Epidemiologia e em dois resumos não constava essa especificidade. Em relação à localização dos Programas de Pós-Graduação no Brasil, três eram do Estado de São Paulo; um, do Espírito Santo; um, de Santa Catarina; e um, do Ceará. Sobre a abordagem

metodológica das pesquisas, duas eram pesquisas quantitativas; duas, pesquisas qualitativas; e em dois resumos não houve esta definição.

Partindo-se da leitura atenciosa e criteriosa dos resumos, identificou-se que a tendência da produção científica dos Programas brasileiros de Pós Graduação em Enfermagem sobre intervenções está voltada, predominante, ao alívio de sintomas do câncer e redução de efeitos colaterais do tratamento oncológico (NICOLUSSI, 2012; REPOSSI, 2008; SÁ, 2001), validação de intervenções (MATA, 2009; ANJOS, 2011), e intervenções de educação em saúde com crianças (SOUZA, 2007).

No contexto do câncer, o enfermeiro atua em ações de prevenção e controle, tendo como competência prestar assistência a pacientes oncológicos na avaliação do diagnóstico, tratamento, reabilitação e atendimento aos familiares. Além dessas, o enfermeiro desenvolve ações educativas, ações integradas com outros profissionais, apoiando medidas legislativas e identificando fatores de risco ocupacional, na prática da assistência ao paciente com câncer e sua família (BRASIL, 2008). Em estudo que buscou caracterizar as intervenções realizadas em um serviço psicossocial de um grande centro de tratamento de câncer, identificou-se que a maior taxa de intervenção está relacionada à Educação, Psicoterapia e Avaliação, e a maioria ocorreu para fins de instrução ou fornecer informações aos pacientes (WAKEFIELD et al., 2012). Intervenções que procuraram oferecer conhecimentos, tratamento e evolução da doença foram vistas positivamente pelos pacientes e, muitas vezes, resultaram em menores impactos diante das alterações que o câncer impõe para a vida diária (CAMPBELL, 2003).

Identificou-se que a tendência da produção científica em enfermagem está direcionada a intervenções para alívio de sintomas do câncer e redução de efeitos colaterais do tratamento. Houve predominância de estudos produzidos pela área de conhecimento da Enfermagem, o que é de fundamental relevância para a produção científica e a assistência profissional.

Este estudo permitiu sintetizar o conhecimento disponível, de modo a auxiliar enfermeiros e outros profissionais de saúde no cuidado de pessoas com câncer. Há importância da temática para a área de enfermagem e aponta para novas perspectivas de estudos realizados por enfermeiros. Através desse estudo, evidenciou-se a existência de uma lacuna no conhecimento que precisa ser preenchida, e que existe a necessidade de mais estudos voltados para a temática das intervenções de enfermagem em pacientes oncológicos para favorecer uma assistência integral e o cuidado humanizado a este estrato populacional.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

“A mera formulação de um problema é muito mais essencial do que a sua solução, a qual pode ser meramente uma questão de habilidade matemática ou experimental. Levantar novas questões, novas possibilidades, olhar velhos problemas de um novo ângulo requer imaginação criativa e marca real avanço na ciência.”

Albert Einstein

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Nesta etapa está descrito o caminho metodológico utilizado para o desenvolvimento da presente pesquisa, bem como o delineamento usado para atingir os objetivos.

4.1 Delineamento

Trata-se de uma pesquisa desenvolvida em duas etapas, sendo uma de natureza quantitativa experimental, do tipo ensaio clínico randomizado e controlado, e a outra qualitativa, referente à avaliação da intervenção.

4.2 População alvo e local³

Os participantes do estudo foram todos os pacientes que iniciaram o tratamento radioterápico no ambulatório de radioterapia do HUSM, e seu respectivo familiar, durante o período de coleta de dados.

O estudo desenvolveu-se no ambulatório de radioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria/RS (HUSM), órgão integrante da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), localizado na cidade de Santa Maria - Rio Grande do Sul (RS), que presta assistência hospitalar e ambulatorial em várias especialidades. O HUSM atua como hospital-escola, dedicando-se ao ensino, pesquisa e extensão, promovendo assistência à saúde das pessoas contemplando os princípios do Sistema Único de Saúde-SUS com ética, responsabilidade social e ambiental.

Desde a sua fundação em 1970, o HUSM é um hospital de grande porte, conveniado ao SUS, referência na área da saúde, atendendo à alta complexidade. No que se refere ao atendimento a pacientes com câncer, o HUSM oferece serviço à população desde o ano de

³ As informações deste tópico, referentes ao HUSM, foram extraídas do site do Hospital Universitário de Santa Maria. Disponível em: < <http://www.husm.ufsm.br/index.php?janela=historico.html>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

1973 e atualmente é referência em tratamento oncológico, recebendo pessoas encaminhadas, principalmente, pela 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, a qual é integrada por 44 municípios, como também prestando assistência a pessoas de todas as regiões do Estado do RS.

Atualmente, o ambulatório de radioterapia do HUSM funciona de segunda a sexta-feira, nos turnos da manhã e tarde, prestando serviço ambulatorial para tratamento radioterápico, além de consultas de enfermagem aos usuários em início de tratamento. No ano de 2013, de acordo com estimativas da instituição, o número aproximado de pacientes atendidos no ambulatório foi de 350.

4.3 Critérios de elegibilidade

Como critérios de inclusão dos pacientes em tratamento radioterápico, definiram-se: ter idade igual ou superior a 18 anos; estar em tratamento inicial no serviço de radioterapia do HUSM por diagnóstico de câncer; realizar, no mínimo, 15 sessões radioterápicas e ter um aparelho telefônico disponível com captação de sinal para a intervenção.

Como critério de inclusão do familiar definiu-se: ter idade igual ou superior a 18 anos e estar presente com o paciente na primeira consulta de enfermagem realizada no ambulatório de radioterapia. A participação de um membro da família justifica-se na concepção de que intervenções individuais podem repercutir, posteriormente, para os demais (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

Para inclusão na pesquisa, foi estabelecido que paciente e familiar deveriam participar do estudo. Caso um deles não atendesse aos critérios de elegibilidade, ambos eram, automaticamente, excluídos da pesquisa. Foram excluídos, também, os participantes que não tinham condições clínicas, cognitivas e/ou de comunicação para participar do estudo e descontinuados, os pacientes e familiares que não responderam e/ou não atenderam às ligações telefônicas, os pacientes que suspenderam o tratamento radioterápico em virtude de problemas clínicos e de saúde e casos de falecimento.

4.4 Amostragem

A amostra dos pacientes em início de tratamento radioterápico e de seus familiares ocorreu por meio de amostragem por conveniência, no qual se pode minimizar o voluntarismo e outros tipos de viés de seleção, incluindo-se consecutivamente todas as pessoas acessíveis e que atendam os critérios de inclusão (HULLEY; NEWMAN; CUMMINGS, 2008). Desta forma, a amostra foi constituída por 38 pacientes e 38 familiares.

4.5 Recrutamento

Durante o período de coleta de dados, todos os dias em que o ambulatório de radioterapia funcionava, na primeira hora da manhã, a pesquisadora solicitava à enfermeira o acesso à planilha de agendamento dos pacientes que estavam iniciando o tratamento, para verificar o horário de atendimento, os dados sociodemográficos, clínicos e de saúde disponíveis dos pacientes. Assim era possível organizar um cronograma semanal das entrevistas que seriam realizadas, bem como o número de pacientes que iniciariam o tratamento.

O primeiro contato da pesquisadora com os pacientes e familiares fez-se após o término da primeira consulta de enfermagem, realizada no ambulatório de radioterapia. Após a verificação quanto aos critérios de inclusão para o estudo, a pesquisadora apresentou a proposta de pesquisa e convidou-os a participarem do mesmo. A entrevista inicial era realizada individualmente, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, no consultório da enfermeira ou em outra sala disponível no ambulatório, livre de ruídos e interferências, garantindo a privacidade dos participantes.

4.6 Randomização

Os pacientes e familiares foram aleatoriamente randomizados em dois grupos: o Grupo Intervenção (GI) e o Grupo Controle (GC). Com o intuito de garantir o equilíbrio em

relação ao número de participantes em cada grupo, utilizou-se o método de aleatorização em blocos de 20 (PAGANO; GAUVREAU, 2004). Com base na média de pacientes que iniciaram o tratamento radioterápico no ano de 2013, em um envelope opaco foram colocados 10 minienvolopes opacos contendo um cartão escrito “grupo 1” (referente ao GI) e 10 minienvolopes idênticos contendo um cartão escrito “grupo 2” (referente ao GC). Assim, o paciente e/ou o familiar sorteava um minienvolope aleatoriamente, designando em qual dos grupos iriam ser alocados (intervenção ou controle).

Nos instrumentos de coleta de dados dos pacientes e dos familiares, foram anotados o número da alocação e o tipo de tratamento que foi sorteado, em GI ou GC, como também as datas para realização dos contatos telefônicos.

4.7 Coleta dos dados

Os dados foram coletados no período de 01º de abril a 31 de julho de 2014. A entrevista de coleta de dados durou aproximadamente 45 minutos para cada participante. De acordo com a rotina do serviço de radioterapia do HUSM, de dois a três pacientes iniciavam o tratamento por dia, sendo assim, eram realizadas as entrevistas.

4.8 Estudo piloto

Realizou-se de um estudo piloto com 10 pacientes que estavam iniciando o tratamento radioterápico no HUSM e seus respectivos familiares em março de 2014, e que não fizeram parte do estudo. O objetivo desta etapa foi familiarizar a pesquisadora com os instrumentos de coleta de dados, analisar a redação e a clareza dos questionários que seriam utilizados no estudo, possibilitando ajustes quanto aos mesmos, além de padronizar a implementação da intervenção. Quanto aos contatos telefônicos realizados nesta etapa, foi possível adequar a comunicação, atitude e habilidade da intervencionista.

Por meio desta etapa foi possível avaliar a competência dos questionários e estimar a duração da entrevista ou o tempo necessário para fazê-la. Dessa forma, aspectos como itens

que causavam irritação, constrangimento ou confusão, adequação de extensão dos questionários, e se os questionados se sentiam confortáveis ao responderem as questões puderam ser analisados e revistos pela pesquisadora (IRAOSI, 2006).

4.9 Instrumentos de coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de um questionário elaborado exclusivamente para esta pesquisa, que foi preenchido pela pesquisadora, sendo um destinado aos pacientes e outro, aos familiares. O questionário dos pacientes em tratamento radioterápico possui questões sociodemográficas, como idade, sexo, renda, e clínicas, tais como tipo de câncer e tempo de diagnóstico (APÊNDICE A) e o questionário dos familiares, além das questões sociodemográficas, contém questões de saúde, como hábitos e uso de medicamentos (APÊNDICE B).

Para mensurar os escores de ansiedade dos pacientes e familiares, foi aplicado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), elaborado por Spielberger e colaboradores em 1970, traduzido e validado para o Brasil por Biaggio, Natalício e Spielberger (1977) (ANEXO D). As consistências internas da escala em português do IDATE e do presente estudo são apresentadas a seguir.

Amostra	Ansiedade-Traço		Ansiedade-Estado	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Bilíngue brasileira	0,93	0,88	0,93	0,87
Do estudo	0,79	0,70	0,84	0,82

Quadro 2 – Coeficientes alfas obtidos na amostra bilíngue brasileira e do presente estudo para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE).

Esta escala é composta por duas escalas paralelas distintas, de autoavaliação: o IDATE-Traço avalia as diferenças individuais que são relativamente estáveis na propensão à ansiedade, ou seja, o modo como cada pessoa reage às situações consideradas ameaçadoras; e o IDATE-Estado se refere ao um estado emocional transitório ou uma condição do organismo marcada por sentimentos de tensão e apreensão.

O IDATE é um instrumento de autorrelato, do tipo Likert, e seus escores são passíveis de variações, dependendo do significado que determinada situação ameaçadora tem para um indivíduo. As duas escalas são constituídas por 20 afirmações, cuja intensidade de respostas varia de 1 a 4 pontos, e o somatório classifica o indivíduo, de acordo com seu escore de ansiedade, da seguinte maneira: baixo (de 20 a 34 pontos), moderado (35 a 49), elevado (50 a 64) e altíssimo (65 a 80), que se aplica tanto ao IDATE-Traço como ao IDATE-Estado (BIAGGIO; NATALÍCIO; SPIELBELGER, 1997).

Para a quantificação e interpretação das respostas do IDATE foi atribuída a resposta dada a cada pergunta. Os escores para as perguntas de caráter positivo são invertidos, ou seja, se o participante respondeu 4, atribuiu-se o valor de 1 na codificação das respostas, se respondeu 3 atribuiu-se 2, se respondeu 2 atribuiu-se 3, e se respondeu 1 atribuiu-se o valor de 4. No IDATE-Traço as perguntas positivas são: 1, 6, 7, 10, 13, 16 e 19; e as negativas são: 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18 e 20. No IDATE-Estado as perguntas positivas são: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20; e as negativas são: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 e 18.

No momento da aplicação do IDATE foi explicado aos participantes que o instrumento era dividido em duas partes (Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado) e no que elas consistem. Foi informado que as perguntas não tinham respostas certas ou erradas, e que estas deveriam estar de acordo com as opções dadas pela pesquisadora, evitando assim respostas como “mais ou menos”, “está ótimo”, “está ruim”, dentre outras.

A todos os participantes foram aplicados os questionários e o IDATE (pré-avaliação) por ocasião da formação do GC e GI.

4.10 Procedimentos de coleta de dados

Após o recrutamento dos pacientes e dos seus familiares e da randomização, iniciou-se a coleta de dados.

A coleta dos dados iniciou após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM (ANEXO C), norteadas pelas recomendações previstas na Resolução 466/12 e após a anuência dos participantes do estudo (BRASIL, 2012b).

Foi explicado que a participação na pesquisa envolveria responder aos questionários e o Inventário (pré-intervenção) no primeiro contato, e novamente responder ao IDATE

(pós-intervenção) no dia de finalização do tratamento radioterápico. Também se informou que, além de responderem aos questionários, os participantes receberiam duas ligações telefônicas, durante o período de tratamento radioterápico, previamente combinadas entre a pesquisadora e os participantes, em dias e horários agendados.

Ambos os grupos receberam duas ligações telefônicas no mesmo período previsto e descritas a seguir. No entanto, os conteúdos abordados durante as ligações e o tempo de duração foram diferentes. No GC a ligação teve de duração de aproximadamente 3 minutos, na qual era confirmada a data do próximo atendimento no ambulatório de radioterapia e orientado quanto à ingestão hídrica; e no GI a duração das ligações era de 15 minutos, quando foram fornecidas informações sobre o tratamento radioterápico.

Para o GI foi explicado que as ligações teriam uma duração esperada de aproximadamente 15 minutos, com o objetivo de orientar quanto a questões referentes ao tratamento e responder dúvidas que fossem surgindo. As ligações foram designadas preferencialmente aos pacientes, mas, quando estes não podiam atender a ligação, ela era atendida pelo familiar participante do estudo.

Por se tratar de uma intervenção aplicada por meio do uso do telefone, todas as ligações realizadas foram gravadas por meio do Auto Call Recorder, um aplicativo para Android que possibilita realizar a gravação de chamadas telefônicas. Com isso foi possível gravar tanto as ligações realizadas como as recebidas no aparelho *smartphone* e salvá-las no cartão SD. Após ser instalado o aplicativo, ficava sempre ativo no sistema, permitindo a gravação automática das ligações, utilizando o microfone do *smartphone*. Ao término da ligação, era recebido um aviso na barra de notificações do Android, informando que uma nova gravação estava disponível na caixa de entrada do Auto Call Recorder. Por padrão, o aplicativo grava todas as chamadas telefônicas realizadas ou recebidas, porém, o aplicativo é bastante flexível, podendo configurá-lo para gravar somente as ligações de determinados contatos, ignorar todos os tipos de ligações, ou só ignorar aquelas de contatos escolhidos. Após gravar as chamadas, era possível adicionar notas de texto aos arquivos gravados e, enviá-los por *e-mail*.

Por ocasião das ligações no dia e horários marcados, nos casos que não foram atendidos neste momento, foram realizadas três tentativas de contato com os participantes, em horários diferentes, no dia agendado ou no dia seguinte. Nos casos em que não foi possível o contato, este foi considerado como perda. O mesmo ocorreu nas situações em que o paciente

veio a falecer durante a fase da intervenção e para os que não tiveram condições clínicas e de saúde, em virtude dos efeitos da radioterapia, para finalizar a pesquisa.

A determinação das informações e do período em que deveriam ocorrer os contatos telefônicos baseou-se em estudos que também utilizaram intervenções telefônicas para pacientes oncológicos (ZEGUERES et al., 2012; KIM; ROSCOE; MORROW, 2002) e nas orientações do Ministério da Saúde sobre os efeitos do tratamento radioterápico (BRASIL, 2011).

4.10.1 Intervenções

Ao iniciarem o tratamento radioterápico, após randomização e coleta de dados iniciais, foram implementadas junto aos pacientes e familiares, as intervenções de acordo com o grupo em que estavam alocados.

As ligações telefônicas realizadas aos participantes do GI seguiram o seguinte roteiro:

1ª Ligação telefônica (realizada no 7º dia de tratamento): Os primeiros três minutos da ligação foram direcionados para perguntar como o participante estava se sentindo em relação ao tratamento radioterápico; nos próximos sete minutos eram disponibilizadas informações referentes ao tratamento radioterápico: o que é a radioterapia e quais os benefícios da radioterapia. Os conteúdos estavam embasados nas orientações do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2008) (APÊNDICE C) e da equipe do serviço de radioterapia.

Nos últimos cinco minutos da ligação, o participante poderia fazer alguma pergunta que tivesse relação com a intervenção, ou com alguma dúvida quanto ao tratamento radioterápico. A ligação era finalizada com o agendamento de data e hora para o próximo contato telefônico.

2ª Ligação telefônica (realizada no 15º dia de tratamento): Esta ligação também seguiu a ordem do primeiro contato telefônico, na qual os primeiros três minutos da ligação foram direcionados para perguntar como o participante estava se sentindo em relação ao tratamento radioterápico; nos próximos sete minutos eram disponibilizadas informações referentes ao tratamento radioterápico: quais os possíveis efeitos da radioterapia e o que fazer quando surgirem.

Os últimos cinco minutos foram destinados para que o participante fizesse perguntas que possuíam relação com o tratamento radioterápico ou alguma dúvida. A ligação era finalizada informando ao participante que, no último dia de tratamento no ambulatório de radioterapia do HUSM, a pesquisadora iria reaplicar o IDATE (pós-intervenção).

As ligações telefônicas realizadas aos participantes do GC seguiram o seguinte roteiro: **1ª Ligação telefônica** (realizada no 7º dia de tratamento): O momento inicial da ligação era destinado a saber como o participante estava se sentindo, após era informado sobre a próxima consulta com o médico do ambulatório de radioterapia e, a mesma era encerrada agradecendo a participação na pesquisa e comunicado que a próxima ligação seria realizada no 15º dia de tratamento, conforme o protocolo de radiações do paciente.

2ª Ligação telefônica (realizada no 15º dia de tratamento): Esta ligação também era iniciada perguntando como o participante estava se sentindo em relação ao tratamento radioterápico, em seguida, era orientado quanto à importância da ingestão hídrica de dois litros de água por dia, conforme orientações do INCA (BRASIL, 2008), e a ligação era finalizada informando ao participante que, no último dia de tratamento no ambulatório de radioterapia do HUSM, a pesquisadora iria reaplicar o IDATE.

A estratégia utilizada para a abordagem durante a realização das intervenções telefônicas fundamentou-se na *Classificação das Intervenções de Enfermagem* versão traduzida para o português, que contempla 514 intervenções, a qual é utilizada como a unificação da comunicação entre os profissionais enfermeiros nos mais variados locais de atendimento, oferecendo uma forma de individualizar o cuidado (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008). Para isso, a pesquisadora seguiu as seguintes orientações:

1. Identificar-se por meio do nome, descrevendo as credenciais; permitindo que aquele que atender a chamada saiba que está sendo gravado (p. ex., controle de qualidade).
2. Não deixar mensagens de acompanhamento em secretária eletrônica ou caixa postal, para assegurar a confidencialidade.
3. Documentar todos os levantamentos, conselhos, instruções ou outras informações oferecidas aos participantes, de acordo com as orientações específicas.

Os pacientes que relataram alguma complicação clínica durante as intervenções telefônicas foram orientados pela pesquisadora a procurarem o serviço médico mais próximo para informar as intercorrências. Toda coleta de dados foi realizada pela pesquisadora responsável.

4.11 Avaliação da intervenção

Esta se consistiu na segunda etapa do estudo. Trata-se de uma fase cegada, a qual teve por finalidade avaliar como foi para os participantes receber uma intervenção por telefone durante o período de tratamento radioterápico. Como esta etapa aborda aspectos subjetivos e particulares dos participantes, utilizaram-se os preceitos da pesquisa de abordagem qualitativa do tipo exploratória e descritiva.

A avaliação foi realizada por meio de uma entrevista aberta e gravada, de forma individual com os pacientes e/ou familiares que fizeram parte do GI e que atenderam as ligações telefônicas. Essa entrevista ocorreu por ocasião do retorno para avaliação médica oncológica ambulatorial no serviço de radioterapia, ou em outro local do HUSM (APÊNDICE D).

As entrevistas foram realizadas em uma sala disponível no momento, nos setores da Hemato Oncologia, no ambulatório da radioterapia do HUSM, e uma, no local de trabalho de um familiar. As entrevistas foram agendadas pela pesquisadora, porém, conduzidas por entrevistador não participante nas fases anteriores do estudo, mas treinado especificamente para esse fim.

4.12 Organização e Análise dos dados

Os dados quantitativos, referentes a informações obtidas no questionário sociodemográfico e no IDATE, foram organizados em planilhas eletrônicas no Programa Excel, com dupla digitação independente e verificação de erros e inconsistências, a fim de garantir a exatidão dos dados. Após, os dados foram exportados para o pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences Inc, Chicago, IL*) para Windows versão 21.0 e analisados.

Inicialmente foi aplicado o teste de Shapiro-Wilk a fim de verificar a normalidade de distribuição das variáveis em estudo, e todas tiveram distribuição normal. A análise descritiva dos dados está apresentada em frequências absolutas, frequências relativas percentuais (proporções), médias e desvios padrão (DP). Para a comparação entre os momentos pré e pós-

intervenção por telefone, para as variáveis quantitativas foi utilizado o teste *t de Student* para amostras pareadas. Na comparação entre os Grupos Intervenção e Controle, para as variáveis quantitativas, foi utilizado o teste *t de Student* para amostras independentes.

A associação dos escores de Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado com as demais variáveis do estudo foi realizada pelo teste de correlação de *Pearson*.

Para a análise de regressão multivariada, foram feitos os testes qui-quadrado, Mann-Whitney ou teste *t de Student*. As variáveis que foram associadas à ansiedade, foram inseridas no modelo de regressão logística. Realizou-se a regressão linear múltipla para variável em estudo (Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado).

O nível de significância adotado em todos os testes foi o valor de $p < 0,05$.

Os dados qualitativos, referentes ao conteúdo das ligações telefônicas realizadas e à entrevista final de avaliação, foram organizados em categorias, codificados, tabulados, e submetidos à análise estatística descritiva, avaliando-se as generalizações obtidas com os dados e procedendo-se à interpretação, através da frequência das respostas (GIL, 2010).

4.13 Aspectos éticos

Este Projeto de Pesquisa foi registrado no Gabinete de Projetos da UFSM-RS, no Sistema de Informação de Ensino (SIE) e, após, na Plataforma Brasil. O mesmo foi encaminhado ao Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) do HUSM para ser avaliado com vistas à autorização para coleta dos dados. Após, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM) para análise quanto às questões éticas e legais da Resolução 466/12, que diz respeito os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b), sendo aprovado com Parecer nº 28050514.7.0000.5346. O ECR está em processo de revisão junto ao Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC), ao qual foi submetido no dia 16/05/2014 (ANEXO E).

Com o objetivo de atender aos aspectos éticos dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, a identidade e privacidade dos pacientes e familiares foram respeitadas, assegurando-se aos mesmos que os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para fins científicos. Importante ressaltar que todos os participantes foram esclarecidos em relação aos objetivos e finalidades da pesquisa e da participação voluntária no estudo.

Após expor os objetivos da pesquisa, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE específico para os pacientes em tratamento radioterápico participantes do GC (APÊNDICE E), para os familiares participantes do GC (APÊNDICE F), bem como TCLE para pacientes participantes do GI (APÊNDICE G) e os familiares participantes do GI (APÊNDICE H). Este Termo foi apresentado em duas vias para ser assinado, ficando uma cópia para cada participante do estudo e outra, para a pesquisadora.

Por meio destes documentos e do Termo de Confidencialidade (APÊNDICE I) garantiram-se o caráter confidencial e o anonimato dos participantes do estudo e das informações fornecidas pelos mesmos.

Também foi informado aos participantes que estes poderiam suspender a sua participação na pesquisa a qualquer momento sem possibilidade de retomá-la em outra ocasião, e que, neste caso, as informações seriam excluídas e inutilizadas. A participação dos pacientes e familiares não envolveu qualquer tipo de remuneração e as pesquisadoras se dispuseram a esclarecer dúvidas que eventualmente apareciam no transcorrer da pesquisa.

Os participantes não tiveram nenhum **benefício** direto ao participar do estudo. No entanto, os participantes do GI, ao atenderem as ligações telefônicas, tiveram a possibilidade de reforçar informações sobre o tratamento radioterápico e compartilhar como estavam se sentindo, bem como sanar alguma dúvida referente ao tratamento radioterápico. Contudo, a participação na pesquisa pode ter contribuído para amenizar os escores ou estado de ansiedade dos pacientes e familiares. Os participantes do GC, com a participação no estudo, estavam colaborando para que esta pesquisa traga maior conhecimento sobre o tema abordado aos profissionais de saúde, em especial aos enfermeiros, contribuindo para a construção de conhecimentos teóricos e para a qualificação da prática do cuidado a pacientes oncológicos, bem como para a implementação de contatos telefônicos no cotidiano da assistência, como uma ferramenta de cuidado aos pacientes e familiares.

A participação neste estudo não representou nenhum **risco** de ordem física aos participantes, como cansaço ao responder as perguntas e atender as ligações, ou psicológica, pelo desconforto emocional.

As informações estão sendo utilizadas para elaboração da presente Dissertação de Mestrado, e demais publicações científicas decorrentes desta produção, e compondo um banco de dados. As informações somente serão divulgadas de forma anônima e no seu conjunto, sendo mantidas no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa

Maria/UFESM, no prédio 26, sala 1339, por um período de cinco anos sob a responsabilidade da sra. Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini. Após este período, os dados serão destruídos.

4.14 Divulgação dos dados

A divulgação de dados vem acontecendo com a apresentação dos resultados em eventos científicos nacionais e internacionais, bem como publicações de artigos científicos. Serão confeccionados *banners* com os principais resultados para serem expostos no ambulatório de radioterapia do HUSM, como forma de compartilhar os mesmos com os usuários do serviço e os profissionais que atuam no setor. Também será deixada uma cópia da dissertação junto ao ambulatório de RT e será agendada uma apresentação dos resultados à equipe do setor de radioterapia do HUSM.

Aos participantes do GI, novamente será feito contato por telefone, para divulgar os principais resultados da pesquisa, comunicando que poderão ter acesso às informações no ambulatório de radioterapia. Este contato também terá por objetivo ter notícias sobre o atual estado de saúde destes.

5 RESULTADOS

“A vida é breve, a ciência é duradoura, a oportunidade é ardilosa, a experimentação é perigosa, o julgamento é difícil.”

Hipócrates

5 RESULTADOS

Os resultados apresentados referem-se aos pacientes e familiares participantes do estudo. No GI incluíram-se 20 pacientes e seus respectivos familiares, totalizando 40 participantes; e no GC foram incluídos 19 pacientes e seus familiares, totalizando 38 participantes.

5.1 Caracterização dos participantes do estudo

5.1.1 Pacientes

No período de coleta dos dados, iniciaram o tratamento no ambulatório de radioterapia do HUSM 83 pacientes. Destes, 35 não preencheram os critérios de inclusão, três se recusaram a participar e houve seis perdas de seguimento (um paciente sem condições clínicas para finalizar a participação na pesquisa; um óbito; e quatro pacientes com telefones indisponíveis para a realização do segundo contato), restando 39 pacientes e seus respectivos familiares, que foram randomizados aleatoriamente em dois grupos: 20 no GI e 19 no GC, mais um membro da família para cada um dos pacientes dos grupos (Figura 1).

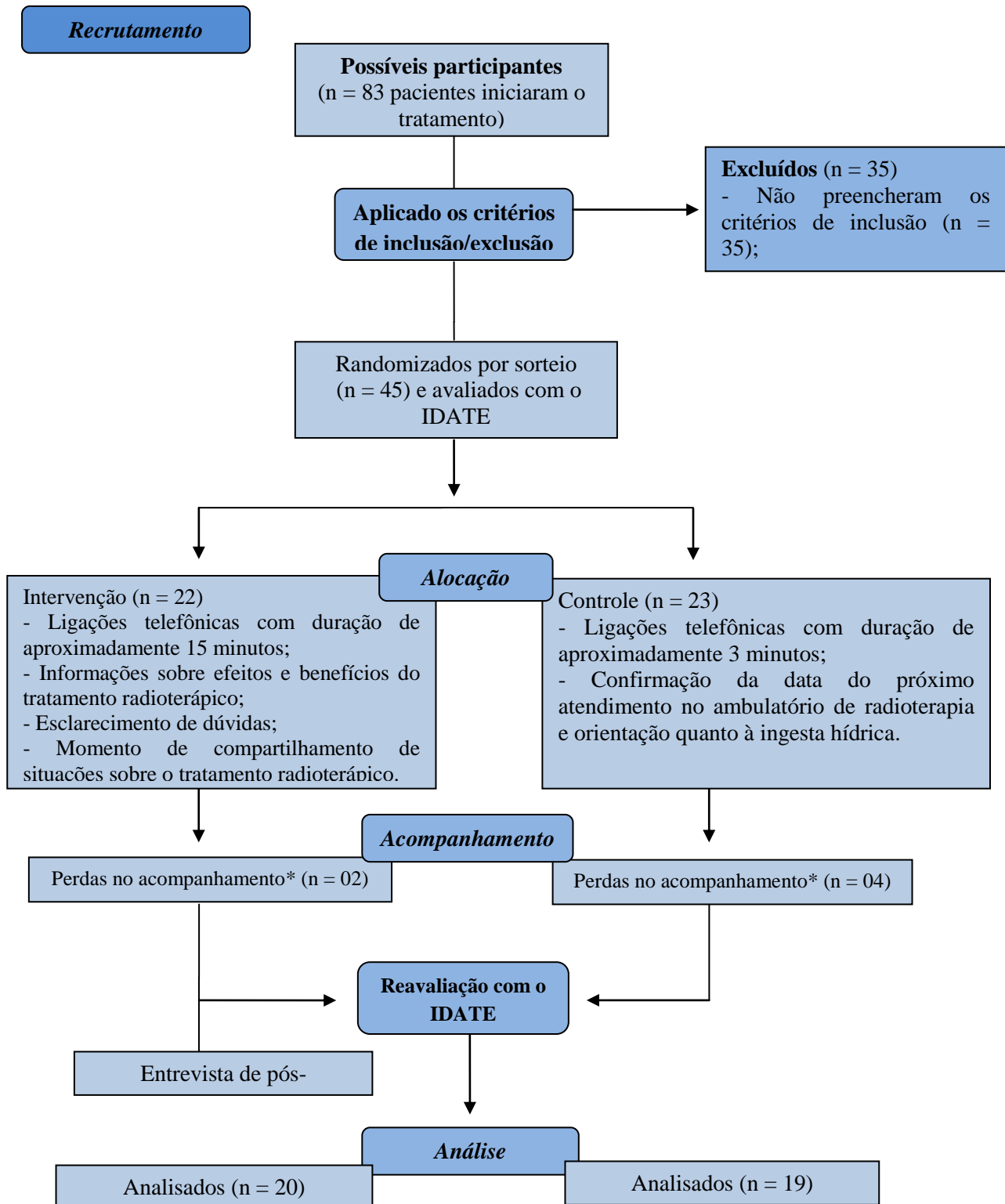


Figura 1 – Diagrama de recrutamento e seguimento dos procedimentos do estudo. Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2014

Fonte: a autora (2014).

* Perdas de seguimento no GI: 01 paciente sem condições clínicas para finalizar a participação na pesquisa. 01 óbito. Nestes casos, o familiar do paciente também foi considerado como perda do estudo.

* Perdas de seguimento no GC: 04 pacientes com telefones indisponíveis para a realização do segundo contato.

A caracterização sociodemográfica dos pacientes participantes do GI e GC está descrita na tabela 1, apresentada com as frequências absolutas e relativas.

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas relacionadas aos pacientes em tratamento radioterápico participantes do Grupo Intervenção (GI) e Grupo Controle (GC). Santa Maria/RS, 2014

					(continua)
Variáveis/Grupo de alocação	GI (n =20)	%	GC (n=19)	%	p*
Idade (anos)					0,31
Média de idade	62,2 (±11,8)		63 (±10,3)		
30 a 49 anos	2	10,0	3	15,8	
50 a 69 anos	11	55,0	9	47,4	
70 a 89 anos	7	35,0	7	36,8	
Sexo					0,84
Feminino	11	55,0	11	57,9	
Masculino	9	45,0	8	42,1	
Situação conjugal					0,20
Solteiro	7	35,0	4	21,1	
Casado ou união estável	10	50,0	14	73,6	
Separado/ Divorciado/ Viúvo	3	15,0	1	5,3	
Nível de escolaridade					0,50
Não alfabetizado	-	-	4	21,1	
Ensino fundamental incompleto	3	15,0	4	21,1	
Ensino fundamental completo	14	70,0	8	42,1	
Ensino médio completo	-	-	2	10,5	
Ensino superior incompleto	2	10,0	-	-	
Ensino superior completo	1	5,0	1	5,3	
Reside					0,50
Só	4	20,0	1	5,3	
Com esposo ou companheiro	10	50,0	8	42,1	
Com filho	1	5,0	1	5,3	
Outro**	5	25,0	9	47,4	
Tipo de moradia					0,65
Própria	16	80,0	15	79,0	
Alugada	1	5,0	2	10,5	
Outra***	3	15,0	2	10,5	
Procedência					0,37
Urbana	15	75,0	13	68,4	
Rural	5	25,0	6	31,6	
Local de residência					0,06
Santa Maria	9	45,0	12	63,1	
4º CRS	11	55,0	6	31,7	

Variáveis/Grupo de alocação	GI (n =20)	%	GC (n=19)	%	p*
Outra localidade	-	-	1	5,2	
Número de filhos					0,14
0 a 2 filhos	10	50,0	8	42,1	
3 a 5	8	40,0	9	47,4	
6 ou mais	2	10,0	2	10,5	
Renda					0,05*
Sem renda	1	5,0	-	-	
Até 1 salário mínimo	10	50,0	4	21,1	
Até 2 salários mínimos	6	30,0	10	52,6	
Até 3 salários mínimos	3	15,0	3	15,8	
≥ 4 salários mínimos	-	-	2	10,5	
Situação ocupacional					0,14
Aposentado	12	60,0	13	68,4	
Não aposentado	6	40,0	6	31,6	

GI: Grupo Intervenção; GC: Grupo Controle; CRS: Coordenadoria Regional de Saúde; * Qui-quadrado; **Residia com outros familiares, como irmãos(ãs), cunhados(as), genros(noras) e/ou amigos; *** Morava em residência cedida por familiares e/ou amigos.

Os pacientes participantes do GI e GC eram, respectivamente, predominantemente do sexo feminino (55,0%; 57,9%), casados (50,0%; 73,7%), com idade entre 50 e 69 anos (55,0%; 47,4%), aposentados (60,0%; 68,4%), residentes em área urbana (75,0%; 68,4%) e com casa própria (80,0%; 79,0%).

Considerando o total dos participantes do estudo, identificou-se que 51,3% dependiam do transporte da prefeitura para realizar o tratamento radioterápico (GI=65,0% e GC=36,8%). Quando questionados sobre com quem mais se relacionavam no dia a dia, a maioria dos pacientes referiu ser com amigos (GI=45,0% e GC=31,6%).

Ainda, no que condiz aos aspectos sociodemográficos, as profissões dos pacientes do estudo foram organizadas conforme a Classificação de Ocupações para Pesquisas Domiciliares – COD (IBGE, 2010), em que se teve respectivamente, no GI e GC: agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura (40,0%; 36,8%); Serviços domésticos (20,0%; 5,3%); Outras atividades de serviços (20,0%; 36,8%). As ocupações em Comércio; Transporte armazenagem e correio; Construção; e Educação corresponderam a um caso cada (5,0%; 5,3%). A religião prevalente dos pacientes em ambos os Grupos foi a católica (GI= 75,0% e GC= 73,7%).

Os dados referentes aos aspectos clínicos dos pacientes dos Grupos estão apresentados na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das variáveis clínicas e de saúde dos pacientes em tratamento radioterápico participantes do Grupo Intervenção (GI) e Grupo Controle (GC). Santa Maria/RS, 2014

Variáveis/Grupo de alocação	GI (n =20)	%	GC (n=19)	%
Tipo de tumores				
Cabeça e pescoço	6	30,0	6	31,5
Aparelho digestivo	4	20,0	3	15,8
Pulmão e pleura	1	5,0	3	15,8
Ossos	1	5,0	4	21,1
Mama	3	15,0	-	-
Ginecológicos	3	15,0	2	10,5
Próstata	2	10,0	1	5,3
Tempo de diagnóstico câncer				
≤ 6 meses	11	55,0	11	57,9
De 7 a 12 meses	8	40,0	6	31,5
Mais de 13 meses	1	5,0	2	10,6
Número de sessões na radioterapia				
Média de sessões	28,2 (±7,3)		24,8 (±10,4)	
15 a 20	3	15,0	6	31,6
25 a 30	11	55,0	7	36,8
35 a 40	6	30,0	6	31,6
Realizou quimioterapia concomitante a radioterapia				
Sim	9	45,0	10	52,6
Não	11	55,0	9	47,4
Hábitos				
Nega	17	85,0	14	73,6
Fumo	3	15,0	4	21,1
Álcool	-	-	1	5,3
Comorbidades de saúde				
Sim	15	75,0	15	78,9
Não	5	25,0	4	21,1
Faz uso de medicamento				
Sim	14	70,0	17	89,5
Não	6	30,0	2	10,5

GI: Grupo Intervenção; GC: Grupo Controle.

Os tipos de câncer foram organizados conforme a Classificação de Tumores Malignos do INCA (2006), e o tipo prevalente entre os pacientes foi a neoplasia de cabeça e pescoço (GI 30,0% e GC 31,5%); o tempo do diagnóstico de câncer foi menor que 6 meses (GI 55,0% e GC 57,9%); e o número de sessões radioterápicas realizadas esteve entre 25 e 30 (GI 55,0% e GC 36,8%).

Quanto aos aspectos de saúde, a maioria dos pacientes dos Grupos I e C negou fazer uso de tabaco e de álcool (85,0%; 73,6%). Os pacientes (GI e GC) referiram comorbidades de saúde (75,0%; 78,9%), e, dentre estas, estão as doenças cardiovasculares (n=8), endócrinas (n= 8), osteoarticulares (n=5), respiratórias (n=2) e mentais (n=2). Os medicamentos de uso contínuo também foram referidos pela maioria dos participantes em ambos os Grupos (GI = 70% e GC = 89,5%), e incluíram-se as classes dos anti-hipertensivos (n=26), antiglicemiantes orais (n=12), antidepressivos (n=5), analgésicos (n=7), antiasmáticos (n=4), medicamentos para os ossos (n=2) e anti-inflamatórios (n=1).

Em relação à realização de tratamento radioterapia concomitante à quimioterapia, a maioria dos pacientes do GI não realizou (55,0%, n=11), diferente dos pacientes do GC, no qual a maioria realizou (52,6%, n=10).

5.1.2 Familiares

A participação dos familiares dos pacientes em tratamento radioterápico esteve associada à inclusão da pessoa que estava em tratamento radioterápico, seguindo o mesmo fluxo descrito na Figura 2 para inclusão no estudo. Assim, se o paciente não atendia aos critérios para ser participante do estudo, automaticamente o familiar estava excluído.

A caracterização sociodemográfica dos familiares dos grupos GI e GC está apresentada na tabela a seguir.

Tabela 3 – Distribuição das variáveis demográficas relacionadas aos familiares dos pacientes em tratamento radioterápico participantes do Grupo Intervenção (GI) e Grupo Controle (GC). Santa Maria/RS, 2014

					(continua)
Variáveis/Grupo de alocação	GI (n=20)	%	GC (n=19)	%	p*
Idade (anos)					0,32
Média de idade	47,0 (±13,8)		54,5 (±11,9)		
30 a 49 anos	11	55,0	5	26,3	
50 a 69 anos	9	45,0	11	57,9	
70 a 89 anos					
Sexo	-	-	3	15,8	0,34
Feminino	17	85,0	11	57,9	
Masculino	3	15,0	8	42,1	

Situação conjugal					0,77
Solteiro	3	15,0	3	15,8	
Casado ou união estável	17	85,0	14	73,6	
Separado/ Divorciado/ Viúvo	-	-	2	10,6	
Escolaridade					0,92
Ensino fundamental incompleto	4	20,0	8	42,1	
Ensino fundamental completo	2	10,0	-	-	
Ensino médio incompleto	2	10,0	-	-	
Ensino médio completo	10	50,0	8	42,1	
Ensino superior incompleto	1	5,0	-	-	
Ensino superior completo	1	5,0	3	15,8	
Reside					0,47
Só	1	5,0	-	-	
Com esposo (a) ou companheiro (a)	9	45,0	8	42,1	
Com filho (a)	-	-	2	10,5	
Outro**	10	50,0	9	47,3	
Tipo de moradia					0,94
Própria	19	95,0	17	89,4	
Alugada	1	5,0	1	5,3	
Outra***	-	-	1	5,3	
Procedência					0,25
Urbana	17	85,0	14	73,7	
Rural	3	15,0	5	26,3	
Número de filhos					0,53
0 a 2 filhos	17	85,0	11	57,9	
3 a 5	3	15,0	8	42,1	
Renda					0,98
Até 1 salário mínimo	2	10,0	2	10,5	
Até 2 salários mínimos	8	40,0	6	31,6	
Até 3 salários mínimos	6	30,0	7	36,8	
≥ 4 salários mínimos	4	20,0	4	21,1	
Situação de trabalho					0,63
Aposentado	6	30,0	8	42,1	
Não aposentado	14	70,0	11	57,9	
Grau de parentesco com o paciente					
Filho (a)	10	50,0	5	26,3	
Esposo (a) ou companheiro (a)	3	15,0	8	42,1	
Irmão (a)	2	10,0	2	10,5	
Amigo (a)	2	10,0	1	5,3	
Outro****	3	15,0	3	15,8	

GI: Grupo Intervenção; GC: Grupo Controle; * Qui-quadrado; ** Residia com outros familiares, como irmãos (ãs), cunhados(as), genros(noras) e/ou amigos; *** Morava em residência cedida por familiares e/ou amigos; **** O grau de parentesco incluiu cunhado e genro.

Os familiares dos pacientes em tratamento radioterápico de ambos os grupos, eram predominantemente do sexo feminino (GI 85,0% e GC 57,9%), casados (GI 85,0% e GC 73,6%), não aposentados (GI 70,0% e GC 57,9%), residiam com outros familiares, tais como irmãos(ãs), cunhados(as), genros(noras) e/ou amigos (GI 50,0% e GC 47,3%), em área urbana (GI 85,0% e GC 73,7%), em casa própria (GI 95,0% e GC 89,5%) e possuíam até dois filhos (GI 85,0% e GC 57,9%).

Em relação à religião dos familiares do estudo, a maioria referiu ser católica (GI 75,0% e GC 52,6%), seguida da evangélica (GI 15,0% e GC 10,5%). Assim como os pacientes do estudo, a maioria dos familiares também dependia de algum tipo de transporte para deslocamento até o local de tratamento radioterápico (GI 75,0% e GC 57,9%), sendo o transporte de prefeitura o mais utilizado (GI 45,0% e GC 31,6%).

A profissão dos familiares do GI e GC também foi organizada conforme a COD (IBGE, 2010) incluindo as seguintes classificações: agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura (10,0%; 31,6%); serviços domésticos (30,0%; 10,5%); outras atividades de serviços (25,0%; 26,5%); comércio (20,0%; 15,9%). E construção; educação; atividades administrativas e serviços complementares; atividades financeiras, de seguros, e serviços relacionados corresponderam a um caso cada (5,0%; 5,3%).

No estudo foi investigada a situação de convivência que os familiares possuíam com os pacientes durante o período de tratamento radioterápico, conforme é apresentado na tabela a seguir.

Tabela 4 – Distribuição da situação de convivência dos familiares do Grupo Intervenção (GI) e Grupo Controle (GC) com os pacientes durante o período de tratamento radioterápico. Santa Maria/RS, 2014

Variável	GI (n=20)	%	GC (n=19)	%	p*
Não residia/acompanhou em algumas sessões	9	45,0	4	21,1	0,33
Não residia/acompanhou em todas as sessões	3	15,0	3	15,8	0,71
Residia/acompanhou em algumas sessões	3	15,0	5	26,3	0,73
Residia/acompanhou em todas as sessões	5	25,0	7	36,8	0,43
TOTAL	20	100,0	19	100,0	

GI: Grupo intervenção; GC: Grupo Controle. *Qui-quadrado.

A maioria dos familiares do GI não residia com os pacientes e os acompanhou em algumas sessões de tratamento radioterápico (45,0%, n=9); e para os familiares do GC a maioria residia com os pacientes e os acompanhou em todas as sessões (36,8%, n=7), não havendo diferença estatisticamente significativa.

No que diz a respeito aos aspectos de saúde dos familiares, a maioria do GI e do GC negou fazer uso de tabaco e de álcool (85,0%; 89,5%). A metade dos familiares do GI referiu algum tipo de doença (50,0%, n=10), assim como os familiares do GC (52,6%, n= 10), e dentre elas destacaram-se: as cardiovasculares (n=9), as endócrinas (n=6), as osteoarticulares (n=4), as mentais (n=4) e as respiratórias (n=1). Quanto ao uso de medicamentos, a maioria dos familiares do GI e GC referiu que não fazia uso (55,0%; 57,9%).

5.2 Avaliação dos escores de ansiedade

5.2.1 Pacientes

Os escores de ansiedade dos pacientes do GI e GC foram avaliados em dois momentos:

- 1º momento (pré-intervenção): aplicação do IDATE no primeiro dia do início do tratamento radioterápico, e antes de receber a intervenção telefônica.
- 2º momento (pós-intervenção): reaplicação do IDATE no dia de finalização de tratamento radioterápico, e após receber a intervenção telefônica.

A distribuição dos escores de ansiedade de acordo com o IDATE dos pacientes dos dois Grupos (GI e GC) na pré-intervenção (início do tratamento radioterápico) está apresentada na tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição dos escores do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) dos pacientes na pré-intervenção. Santa Maria/RS, 2014

Escores de ansiedade- IDATE	Ansiedade- Traço	%	Ansiedade- Estado	%
GI				
Baixo	2	10,0	9	45,0
Moderado	14	70,0	11	55,0
Elevado	4	20,0	-	-
GC				
Baixo	4	21,1	10	52,6
Moderado	12	63,1	8	42,1
Elevado	3	15,8	1	5,3

GC: Grupo Controle; GI: Grupo Intervenção.

Em relação à avaliação obtida pelo IDATE na pré-intervenção, identificou-se que a pontuação mínima da Ansiedade-Traço do GI foi 33 e a máxima, 56; a Ansiedade-Estado teve pontuação mínima de 26 e máxima de 49. No GC, a pontuação mínima da Ansiedade-Traço foi 28 e a máxima, de 56; e a Ansiedade-Estado obteve pontuação mínima de 20 e máxima de 60.

Na tabela 6 estão descritas as classificações dos escores de ansiedade de acordo com o IDATE dos pacientes nos dois Grupos (GI e GC) no momento da pós-intervenção (final do tratamento radioterápico).

Tabela 6 – Distribuição dos escores do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) dos pacientes na pós-intervenção. Santa Maria/RS, 2014

Escores de ansiedade – IDATE	Ansiedade – Traço	%	Ansiedade – Estado	%
GI				
Baixo	4	45,0	9	20,0
Moderado	14	55,0	11	70,0
Elevado	2	-	-	10,0
GC				
Baixo	8	42,1	13	68,4
Moderado	9	47,3	5	26,3
Elevado	2	10,5	1	5,3

GI: Grupo Intervenção; GC: Grupo Controle.

Quanto aos valores na pós-intervenção, a pontuação mínima da Ansiedade-Traço do GI foi 23 e a máxima, de 56; a Ansiedade-Estado teve pontuação mínima de 23 e máxima de 44. No GC, a pontuação mínima da Ansiedade-Traço foi 23 e a máxima, 53; a Ansiedade-Estado obteve pontuação mínima de 22 e máxima de 54.

A tabela 7 apresenta a distribuição das médias dos escores do IDATE dos pacientes na pré e na pós-intervenção.

Tabela 7 – Média dos escores da pontuação do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) dos pacientes na pré e pós-intervenção. Santa Maria/RS, 2014

IDATE	Pré-intervenção	Pós-intervenção	p
	M ± DP	M ± DP	
Ansiedade-Traço			
GI (n=20)	43,5±6,5	39,1±7,5	0,036*
GC (n=19)	40,5±7,6	37,7±8,4	0,05
Ansiedade-Estado			
GI (n=20)	35,6±6,8	32,9±6,2	0,027*
GC (n=19)	35,1±8,9	33,0±8,3	0,3

GI: Grupo Intervenção; GC: Grupo controle; Teste t pareado: * Qui-quadrado $p < 0,05$; M: média; DP: desvio-padrão.

Assim, na figura 2 (A, B, C e D) apresentam-se os resultados comparativos entre os escores de Ansiedade-Traço e Estado dos pacientes na pré-intervenção e pós-intervenção.

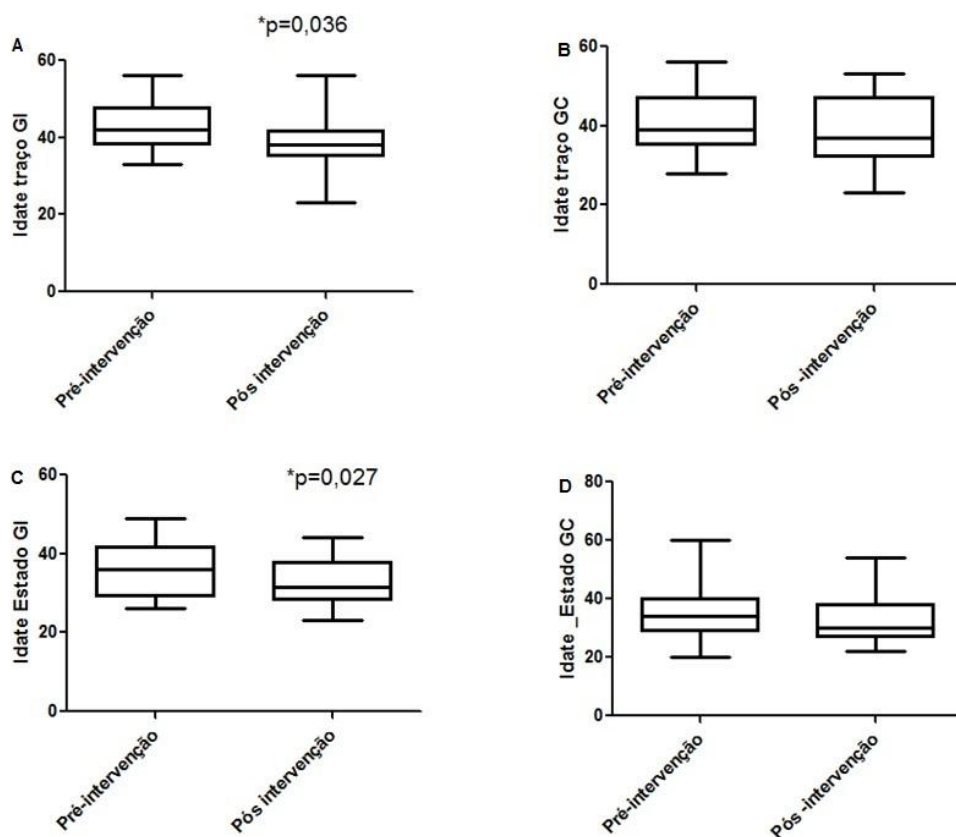


Figura 2 – (A, B, C e D) - Redução da Ansiedade-Traço e Estado nos pacientes do Grupo intervenção (GI) na pós-intervenção. * $p < 0,05$.

No momento da pré-intervenção, tanto o GI como o GC apresentaram Ansiedade-Traço considerada moderada, e Ansiedade-Estado moderada e baixa respectivamente. Após o

término das sessões de radioterapia e a aplicação da intervenção telefônica (pós-intervenção), constatou-se diferença estatisticamente significativa nos escores da Ansiedade-Traço ($p=0,036$) como também na Ansiedade-Estado ($p=0,027$) nos pacientes do GI.

5.2.2 Familiares

Os escores de ansiedade dos familiares do GI e GC também foram avaliados nos dois momentos em que se avaliaram os pacientes.

As classificações dos escores de ansiedade de acordo com o IDATE dos familiares dos dois Grupos (GI e GC) na pré-intervenção (início do tratamento radioterápico) estão apresentadas na tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição dos escores do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) dos familiares na pré-intervenção. Santa Maria/RS, 2014

Escores de ansiedade – IDATE	Ansiedade - Traço	%	Ansiedade – Estado	%
GI				
Baixo	5	25,0	9	45,0
Moderado	14	70,0	11	55,0
Elevado	1	5,0	-	-
GC				
Baixo	5	26,3	9	47,3
Moderado	11	57,9	8	42,1
Elevado	3	15,8	1	5,3
Altíssimo	-	-	1	5,3

GI: Grupo Intervenção; GC: Grupo Controle.

Em relação à pré-intervenção, a pontuação mínima da Ansiedade-Traço dos FGI foi 23 e máxima, de 44; a Ansiedade-Estado teve pontuação mínima de 27 e máxima de 46. No GC, a pontuação mínima da Ansiedade-Traço foi 29 e a máxima, de 61, e a Ansiedade-Estado teve pontuação mínima de 26 e máxima de 66.

Na tabela 9 estão descritas as classificações dos escores de ansiedade de acordo com o IDATE dos familiares dos dois grupos (GI e GC) na pós-intervenção (final do tratamento radioterápico).

Tabela 9 – Distribuição dos escores do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) dos familiares na pós-intervenção. Santa Maria/RS, 2014

Escores de ansiedade – IDATE	Ansiedade – Traço	%	Ansiedade – Estado	%
GI				
Baixo	6	30,0	13	65,0
Moderado	12	60,0	7	35,0
Elevado	2	10,0	-	-
GC				
Baixo	6	31,6	11	57,9
Moderado	12	63,1	7	36,8
Elevado	1	5,3	1	5,3

GI: Grupo Intervenção; GC: Grupo Controle.

Quanto aos valores na pós-intervenção, a pontuação mínima da Ansiedade-Traço do GI foi 27 e a máxima, de 53; a Ansiedade-Estado teve pontuação mínima de 27 e máxima de 46. No GC, a pontuação mínima da Ansiedade-Traço foi 27 e a máxima, de 59, e a Ansiedade-Estado teve pontuação mínima de 23 e máxima de 63.

A tabela 10 apresenta a distribuição das médias dos escores do IDATE dos familiares na pré e pós-intervenção.

Tabela 10 – Média dos escores da pontuação do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) dos familiares na pré e pós-intervenção. Santa Maria/RS, 2014

IDATE	Pré-intervenção	Pós-intervenção	p*
	M ± DP	M ± DP	
Ansiedade-Traço			
GI (n=20)	38,30±6,2	38,1±6,9	0,89
GC (n=19)	40,11±8,4	38,3±7,7	0,27
Ansiedade-Estado			
GI (n=20)	35,40±5,3	32,65±5,0	0,09
GC (n=19)	37,21±10,4	34,79±9,8	0,24

GI = Grupo Intervenção; GC Grupo controle; Teste *T* pareado; *p<0,05.

A figura 3 (A, B, C e D) apresenta os resultados dos escores de Ansiedade-Traço e Estado dos familiares na pré-intervenção e pós-intervenção.

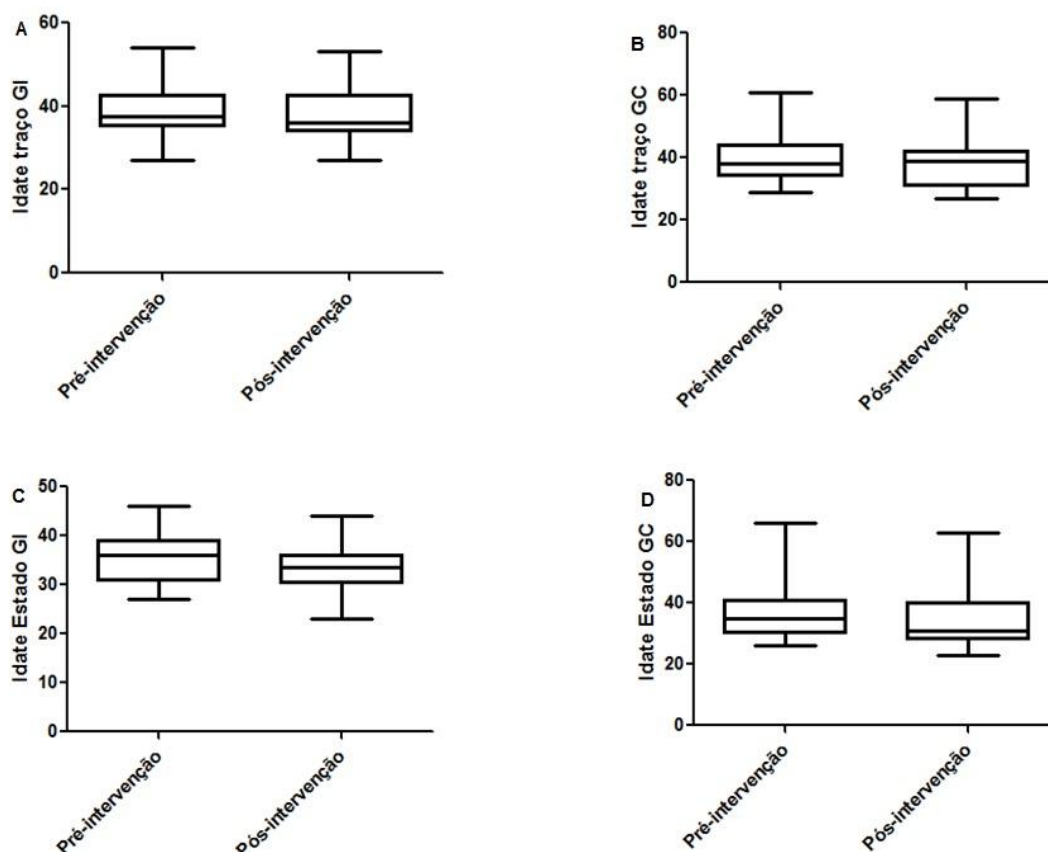


Figura 3 – (A, B, C e D) - Redução da Ansiedade-Traço e Estado nos familiares do GFI na pós-intervenção

GFI: Grupo Familiar Intervenção; GFC: Grupo Familiar Controle. * $p < 0,05$.

No momento da pré-intervenção, tanto o GI como o GC apresentam Ansiedade-Traço considerada moderada, e Ansiedade-Estado moderada e baixa respectivamente. E após o término das sessões de radioterapia e a aplicação do protocolo de intervenção por telefone (pós-intervenção), podemos observar modificações clínicas importantes que evidenciam a diminuição no escore de Ansiedade-Traço ($p = 0,89$), como também na Ansiedade-Estado para o GI ($p = 0,09$).

5.3 Relação do escore de Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado com as variáveis independentes

5.3.1 Pacientes

Foram investigadas as associações dos escores de Ansiedade-Traço e Estado na pré e pós-intervenção com as variáveis *idade*, *nível de escolaridade*, *tipo de câncer* e o *número de sessões de radioterapia* pelo coeficiente de Pearson para os grupos GI e GC.

Na pós-intervenção foi encontrada apenas no GI uma associação moderada da Ansiedade-Traço com o *número de sessões de radioterapia* ($r = -0,628$; $p = 0,003$). Para as demais variáveis não houve associação.

Os valores da Ansiedade-Estado do GI na pós-intervenção estão diretamente associados de forma moderada com o *nível de escolaridade* ($r = 0,567$; $p = 0,009$) e com *número de sessões de radioterapia* ($r = -0,555$; $p = 0,011$), e com as demais variáveis não ocorreu associação em nenhum dos momentos do estudo (pré e pós-intervenção).

É importante referir que para a variável *número de sessões de radioterapia* o valor do coeficiente de correlação foi sempre negativo, o que podemos afirmar que o aumento dos escores de Ansiedade-Traço e Estado estão associados com o aumento do número de sessões de radioterapia.

Entretanto, quando foram determinadas as correlações dos escores de Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado para o grupo GC com as variáveis independentes *idade*, *nível de escolaridade*, *tipo de câncer* e *número de sessões de radioterapia*, apenas para a variável *número de sessões de radioterapia* houve associação moderada com escores de Ansiedade-Traço ($r = -0,640$; $p = 0,003$) e negativa com os escores de Ansiedade-Estado ($r = -0,583$; $p = 0,009$).

5.3.2 Familiares

Para os familiares dos GI e GC também foram determinadas as correlações dos escores de Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado na pré e pós-intervenção com as variáveis

independentes *idade* e *nível de escolaridade* pelo coeficiente de Pearson, mas não foram encontradas associações entre as variáveis para ambos os grupos.

5.4 Análise de Regressão Linear Múltipla

O objetivo da análise de regressão foi determinar a força de cada uma das variáveis independentes que, em conjunto, possam explicar o comportamento da variável dependente, a Ansiedade-Traço e a Ansiedade-Estado, para os pacientes do GI.

Logo, as variáveis com correlações mais fortes foram aquelas que conduziram o modelo aqui apresentado. A análise de regressão considerou o *número de sessões de radioterapia* como variável independente e a Ansiedade-Traço como variável dependente.

Assim, encontrou-se uma associação significativa da Ansiedade-Traço com o *número de sessões de radioterapia* (0,000) dos pacientes do GI. Este modelo apresentou um coeficiente de correlação $R=0,594$ (R^2 ajustado = 0,336), evidenciando que este foi capaz de explicar 33% dos escores de Ansiedade- Traço após a intervenção. A tabela 11 mostra a análise de regressão linear com o fator preditor da Ansiedade-Traço dos pacientes do GI.

Tabela 11 – Análise de regressão para o fator preditor da Ansiedade-Traço dos pacientes do Grupo Intervenção (GI). Santa Maria/RS, 2014

Modelo de Fator	Erro padrão	β	IC (95%)	p-valor
Ansiedade-Traço				
Número de sessões radioterápicas	0,11	-0,59	(-0,74 -0,28)	0,000

Qualidade preditiva do modelo $p = 0,00$.

Para a Ansiedade-Estado a análise de regressão considerou o *nível de escolaridade*, o *tempo do diagnóstico em meses* e o *número de sessões de radioterapia* como variáveis independentes e a Ansiedade-Estado como variável dependente.

Esta análise mostrou uma associação significativa da Ansiedade-Estado com o *nível de escolaridade* (0,018), com o *tempo do diagnóstico da doença em meses* (0,048) e com o *número de sessões de radioterapia* (0,000) dos pacientes do GI. Este modelo apresentou um coeficiente de correlação $R=0,648$ (R^2 ajustado de 0,370), isto é, o modelo foi capaz de prever 37% da variação nos escores de Ansiedade-Estado após a intervenção (Tabela 12).

Tabela 12 – Análise de regressão linear múltipla para os fatores preditores de Ansiedade-Estado dos pacientes do Grupo Intervenção (GI). Santa Maria/RS, 2014

Modelo de Fator: Ansiedade-Estado	Erro padrão	β	IC (95%)	p
Nível de escolaridade	0,70	0,41	(0,32 3,18)	0,018
Tempo de diagnóstico em meses	0,02	-0,34	(-0,10 -0,00)	0,048
Número de sessões radioterápicas	0,10	-0,50	(-0,608 -0,19)	0,000

Qualidade preditiva do modelo $p = 0,00$.

5.5 A intervenção telefônica

Os dados referentes ao conteúdo das ligações telefônicas realizadas aos participantes do GI (n=40) estão organizados conforme a ordem de realização, o roteiro pré-estabelecido, e também de acordo com a entrevista de avaliação realizada no período de pós-intervenção. É importante enfatizar que as ligações telefônicas foram realizadas para pacientes ou familiares, sendo assim, a intervencionista ligou para 20 participantes na primeira ligação, e para 20 participantes na segunda ligação.

No que se refere à primeira ligação realizada, no sétimo dia de tratamento radioterápico, esta seguiu o combinado com os participantes em relação ao melhor horário para ligar. Assim, no GI a maioria das ligações foi atendida pelos pacientes (60,0%, n=12), sendo realizadas à noite (45,0%, n=9), nas quintas-feiras (30,0%, n=6), com uma média de tempo de duração de 15:29 minutos. No GC, a maioria das ligações foi atendida pelos familiares (57,9%, n=9), no turno da tarde (52,6%, n=10), nos dias da semana de terças e quintas-feiras (26,3%, n=5), e com média de duração de 02:40 minutos. Nesta ocasião já ficou agendado o próximo contato a ser feito.

Quanto à segunda ligação realizada no 15º dia do tratamento, para o GI, estas foram atendidas principalmente pelos pacientes (55,0%, n=11), sendo efetuadas no turno da noite (45,0%, n=9) às segundas, terças e quartas-feiras (25,0%, n=5), e com média de duração de 16:28 minutos. No GC, a maioria das ligações foi atendida pelos familiares (57,9%, n=11), na parte da manhã (42,1%, n=8), nas terças e sextas-feiras (26,3%, n=5) e durou em média de 02:36 minutos.

A partir desta apresentação geral sobre as ligações telefônicas realizadas, nos itens a seguir serão abordadas as principais considerações que pacientes e familiares do GI destacaram durante os contatos efetuados.

5.5.1 As definições de como os participantes estavam se sentindo

As intervenções telefônicas tiveram como principal objetivo saber como os pacientes e familiares estavam se sentindo em relação ao tratamento radioterápico realizado até o momento, buscando, nesse sentido, dar ênfase à escuta terapêutica, com vistas a amenizar possíveis escores de ansiedade e facilitar o diálogo entre a intervencionista e os participantes do estudo.

Na primeira ligação telefônica, pacientes e familiares iniciaram falando sobre como estavam se sentindo em relação ao tratamento, enfatizando questões sobre os aspectos clínicos, os efeitos colaterais e os sentimentos surgidos e também referindo a rotina diária, que envolvia aspectos relativos a alimentação, dores, cansaço físico, entre outros.

A partir das falas gravadas dos participantes do estudo, organizaram-se categorias que apresentam os motivos que contribuíram para os participantes definirem como estavam se sentindo no período da primeira ligação telefônica. Estas definições remetem ao modo como os participantes classificam sua condição, ou seja, sentindo-se bem ou tendo dificuldades, conforme são apresentadas a seguir.

Tabela 13 – Distribuição das respostas dos participantes do Grupo Intervenção (GI) na 1ª ligação telefônica, quanto ao modo como estavam se sentindo. Santa Maria/RS, Brasil, 2014

Variáveis	N de menções	%
Sentindo-se bem		
<i>Efeitos do tratamento</i>		
Satisfação por estarem conseguindo realizar o tratamento	8	20,0
Ausência de dor	5	12,5
Diminuição dos sintomas da doença	4	10,0
Ausência de efeitos colaterais/reações do tratamento	3	7,5
<i>Aspectos emocionais</i>		
Confiança e motivação	5	12,5
Esperança	2	5,0
Tranquilizados	1	2,5
Tendo dificuldades		
<i>Efeitos do tratamento</i>		
Náuseas e vômitos	5	12,5
Cansaço físico	4	10,0
Diarreia	1	2,5
<i>Aspecto emocional</i>		
Ansiedade	2	5,0
TOTAL	40	100,0

Como destacado na tabela acima, na primeira ligação telefônica, pacientes e familiares expuseram que se sentiam bem, principalmente, pelos aspectos relacionados aos resultados percebidos do tratamento. Os participantes manifestaram satisfação em perceber que os pacientes estavam conseguindo realizar o tratamento radioterápico, apesar dos efeitos colaterais e das reações que surgiam (20,0%, n=8). Outro aspecto mencionado foi de os pacientes não sentirem dor durante esse período (12,5%, n=5), o que facilitava a realização do tratamento; e por sentirem-se confiantes e motivados (12,5%, n=5) e conseqüentemente com a possibilidade de obterem um bom prognóstico com a finalização da terapêutica.

Por enquanto eu estou bem contente que o tratamento está sendo bem suportável com o meu organismo (Paciente 19).

Eu estou me sentindo bem porque vejo que ele (paciente) está reagindo bem, não está sentindo nada, então eu me sinto bem! (Familiar 8).

[...] não tem problema nenhum, eu estou fazendo o tratamento direitinho, eu estou me sentindo bem melhor. Estou conseguindo me

alimentar bem melhor já, estou conseguindo comer carne que antes eu não comia... Eu estou com fé (Paciente 13).

Ela (paciente) está bem positiva, bem contente, porque não está dando reação em relação à quimioterapia, porque ela (paciente) ficava bem enjoada, e a radioterapia não tem esse transtorno de enjoo. E eu a sinto bem receptiva ao tratamento e bem contente. Em casa ela está podendo fazer a lida dela, e está podendo se alimentar direitinho. Está tranquilo (Familiar 4).

Estamos bem, graças a Deus! Bem mesmo, bem confiantes, tudo bem resolvido, sem problema nenhum, nem nas aplicações. Ele está super bem de saúde, bem tranquilo, tudo bem, graças a Deus (Familiar 6).

Estamos bem! Essa semana ela começou mais empolgada, mais motivada, sem muitas dores. Ela está tolerando mais tempo sem medicações pra dor, não está reclamando tanto de dores. Ela disse que as dores diminuíram. Aí eu estou mais esperançosa, mais confiante (Familiar 16).

Tudo tranquilo porque eu estou vendo que ela está bem... Até a cor dela está bem, porque eu achava a cor dela estranha... Eu achei que ela deu uma boa melhora na aparência (Familiar 17).

Durante a primeira ligação os participantes também referiram estar passando por momentos de dificuldades, em virtude dos efeitos e reações clínicas do tratamento radioterápico. Dentre esses foi mencionada a presença de náuseas e vômitos (12,5%, n=5), cansaço físico (10,0%, n=4) e ansiedade (5,2%, n=2).

Eu me sinto meio abatido, meio cansadão (Paciente 9).

Emocionalmente eu estou bem, mais é o físico mesmo e essa diarreia (Paciente 12).

É que eu ando enjoada, com ânsia de vômito. Tem dias que eu até me alimento bem, mas tem dias que eu não tenho vontade de comer nada, não sinto sede de nada, meu Deus. Eu não estou me sentindo forte ainda, me sinto fraca e cansada (Paciente 14).

Às vezes me sinto meio nervosa (Paciente 11).

Na segunda ligação telefônica, realizada no 15º dia de tratamento, pacientes e familiares também comentaram como havia sido o período anterior a esta ligação, como seguiu a rotina do tratamento, e, conseqüentemente, os aspectos relacionados a como se sentiam.

Tabela 14 – Distribuição das respostas dos participantes do Grupo Intervenção (GI) na 2ª ligação telefônica, quanto ao modo como estavam se sentindo. Santa Maria/RS, Brasil, 2014

Variáveis	N de menções	%
Sentindo-se bem		
<i>Efeitos do tratamento</i>		
Ausência de efeitos colaterais e reações do tratamento	5	12,5
Diminuição dos sintomas da doença	4	10,0
Satisfação por conseguir realizar o tratamento	3	7,5
Satisfação por realizar as atividades de vida diária	2	5,0
<i>Aspectos emocionais</i>		
Confiança e motivação	4	10,0
Tranquilizados	2	5,0
Tendo dificuldades		
<i>Efeitos do tratamento</i>		
Cansaço físico	5	12,5
Dor	3	7,5
Mucosites	3	7,5
Dificuldades de alimentação	2	5,0
Emagrecimento	2	5,0
<i>Aspectos emocionais</i>		
Angústia e desânimo	4	10,0
Ansiedade	1	2,5
TOTAL	40	100,0

Em relação à segunda ligação telefônica, o aspecto relevante sobre como estavam se sentindo foi o fato de pacientes e familiares referirem sentirem-se mais confiantes e com motivação para a realização do tratamento radioterápico (10,0%, n=4). Os familiares, por sua vez, destacaram que o fato de os pacientes não terem efeitos colaterais ou reações ao tratamento (12,5%, n=5) fazia com que ambos se sentissem bem.

Estou bem, graças a Deus. Eu estou feliz! (Paciente 3).

Ela se alimenta bem, faz as coisas dela em casa, dorme bem, não tem dor, não tem falta de ar. Olhando assim ela está bem... (Familiar 4).

Estou bem, bem feliz! Ele está bem. Então eu estou bem também!
(Familiar 5).

Estou sentindo que eu estou bem, não tenho mais aquelas dores que eu sempre tinha na perna e na coluna. Melhorou bastante já
(Paciente 9).

Na segunda ligação telefônica, pacientes e familiares, novamente, citaram os aspectos clínicos do tratamento radioterápico, como o cansaço físico (12,5%, n=5) e a presença de dor (7,5%, n=3), no que se refere a como se sentiam. Nesse segundo contato, também se evidenciou que alguns participantes manifestaram sentirem-se angustiados e desanimados (10,0%, n=4), uma vez que perceberam piora do estado clínico dos pacientes, relacionada aos efeitos da radioterapia. Nesse sentido, destacaram a dificuldade para alimentar-se, o emagrecimento, as dores e a mucosite.

Eu estou me sentindo mais cansada, com dor nos braços. Às vezes quando eu vou dobrar a roupa, desdobrar, sacudir, me dói os braços
(Paciente 10).

Eu estou com as pernas cansadas, sem força. Até pra subir as escadas eu acho difícil (Paciente 11).

Se não fosse por causa das feridas na boca eu me alimentava um pouquinho mais (Paciente 17).

Eu passei esses últimos dias bem ruim com os efeitos do tratamento... Vou ver se melhora um pouco. Hoje de manhã eu fui fazer o tratamento e cheguei com um pouco de cólicas, mas eu sei que o tratamento já está terminando, e isso tudo vai passar (Paciente 19).

Ele está muito depressivo, está com uma angústia muito profunda
(Familiar 7).

Eu estou melhorzinho, mas não estou muito animado. Na verdade a preocupação é a ansiedade pra eu me sentir, vamos dizer, curado!
(Paciente 7).

A partir das falas acima, percebe-se que, mesmo que os participantes tenham manifestado sentimentos de confiança e motivação (10,0%, n=4), identificou-se que, para muitos, a ambivalência se fazia presente no momento em que a ligação foi realizada.

5.5.2. Dúvidas

As intervenções realizadas para os pacientes e familiares do estudo através das ligações telefônicas tiveram como finalidade sanar dúvidas quanto ao tratamento radioterápico e demais aspectos nele envolvidos. Assim, os últimos cinco minutos das ligações eram, a princípio, reservados para que os participantes expressassem suas dúvidas. Contudo, no decorrer da conversa, estas também eram suscitadas e esclarecidas.

Tabela 15 – Distribuição das dúvidas referidas pelos participantes do Grupo Intervenção (GI) durante a 1ª ligação telefônica. Santa Maria/RS, Brasil, 2014

Dúvidas	Nº de menções	%
Efeitos colaterais da radioterapia	6	31,6
Finalização do tratamento	5	26,3
Direitos legais da pessoa com câncer	3	15,8
Continuidade do tratamento	3	15,8
Objetivos/resultados da pesquisa	2	10,5
TOTAL	19	100,0

Em relação às dúvidas que surgiram durante a primeira ligação telefônica, a maioria esteve relacionada aos efeitos do tratamento radioterápico (31,6%, n=6), principalmente sobre as reações e o porquê dos sinais/sintomas apresentados após o início das sessões de radioterapia. Outras dúvidas suscitadas foram relacionadas aos encaminhamentos que seriam feitos após a finalização do tratamento (26,3%, n=5) e quais seriam os possíveis resultados obtidos com a conclusão da radioterapia. As indagações direcionaram-se ao futuro, a saber se estariam curados. Perguntas sobre como adquirir os direitos legais da pessoa com câncer e como obtê-los (15,8%, n=3), a continuidade do tratamento (15,8%, n=3) e o objetivo e os resultados da pesquisa da qual estavam participando (10,5%, n=2) também foram feitas.

Os pacientes têm muitas reações no começo do tratamento, ou é mais depois? Ou no começo não vai ter? (Familiar 5).

Quando terminar a radioterapia, eu tenho que voltar a ter consulta com o meu médico? (Paciente 20).

Como eu estou fazendo esse tratamento, eu tenho como me “encostar” no INSS? (Paciente 10).

A que conclusão vocês pretendem chegar com essa pesquisa? É mais pra beneficiar vocês (pesquisadores), o profissional, ou o quê? (Paciente 19).

A tabela 16 apresenta as dúvidas referidas pelos participantes do GI salientadas durante o segundo contato telefônico.

Tabela 16 – Distribuição das dúvidas referidas pelos participantes do Grupo Intervenção (GI) durante a 2º ligação telefônica. Santa Maria/RS, Brasil, 2014

Dúvidas	Nº de menções	%
Alimentação	3	27,3
Finalização do tratamento	3	27,3
Efeitos colaterais da radioterapia	2	18,2
Problemas com aparelho das aplicações radioterápicas	2	18,2
Continuidade do tratamento	1	9,0
TOTAL	11	100,0

Na segunda ligação telefônica realizada, a maioria das dúvidas esteve relacionada com a alimentação do paciente (27,3%, n=3), envolvendo questões sobre quais alimentos eram indicados e/ou quais deveriam ser evitados, e também com a finalização do tratamento (15,0%, n=3), sendo indagados os procedimentos necessários para confirmação da cura do câncer. Os efeitos colaterais da radioterapia (18,2%, n=2) e a continuidade do tratamento (9,0%, n=1) novamente foram dúvidas que surgiram durante a segunda ligação. Uma questão diferente apresentada nesta ligação foi em relação a problemas que ocorreram com o aparelho acelerador linear (18,2%, n=2) utilizado nas aplicações radioterápicas, e que, para alguns pacientes, causou atraso nas sessões, tendo que ficar até três dias sem realizar as aplicações. Isso suscitou algumas dúvidas, principalmente se esta falha poderia prejudicar o tratamento e se iria ser necessário aumentar o número de aplicações.

Será que ela pode comer essas carnes de porco bem gorda? (Familiar 17).

No final dessas 25 (sessões radioterápicas) é feito uma avaliação? (Familiar 4).

Eu não sei se é porque tem pessoas mais sensíveis, ou a pele é mais sensível, que fica mais queimada nas orelhas e no pescoço? (Familiar 8).

Uma coisa eu gostaria de saber: ele está fazendo o tratamento, por exemplo, todos os dias, de segunda a sexta, e depois fica 3-4 dias a máquina parada (o acelerador linear), que está com problema. Isso aí atrapalha? A célula não poderá voltar a se espalhar? O tumor voltar? (Familiar 6).

Com a realização da segunda ligação, pôde-se identificar que as dúvidas dos pacientes e dos familiares em tratamento radioterápico foram, prioritariamente, relativas aos aspectos clínicos que envolvem a radioterapia.

5.5.3. Avaliação das ligações telefônicas

A fim de avaliar como foi para os pacientes e familiares do GI receberem as ligações telefônicas durante o período de tratamento radioterápico, realizou-se uma entrevista com os participantes do estudo após a finalização do tratamento radioterápico, no momento em que estes fizeram a primeira consulta de retorno. Nessa ocasião perguntou-se aos participantes como foi receber as ligações telefônicas durante o período de tratamento radioterápico, como se sentiram após estas ligações, se houve mudanças em relação à ansiedade após os contatos, se comentaram sobre a participação na pesquisa e as ligações com os demais familiares e se tinham sugestões a fazer.

Nesse sentido, as principais considerações sobre como foi receber as ligações são apresentadas na tabela 17.

Tabela 17 – Distribuição da avaliação de como foi para os participantes do Grupo Intervenção (GI) receber as ligações telefônicas durante o tratamento radioterápico. Santa Maria/RS, Brasil, 2014

Variável	Nº de menções	%
Esclareceu dúvidas	9	42,9
Possibilitou orientações	5	23,8
Motivador	4	19,0
Oportunidade de compartilhar dificuldades	3	14,3
TOTAL	21	100,0

Conforme a tabela acima, os participantes do GI avaliaram que receber as ligações telefônicas foi importante para eles, principalmente, por se constituir em um momento para esclarecer as dúvidas (42,9%, n=9) advindas do tratamento radioterápico. Eles se sentiam motivados e amparados após conversarem com a intervencionista (19,0%, n=4), por terem um espaço de compartilhamento das dificuldades enfrentadas até aquele momento do tratamento.

Foram bem importantes, ajudou bastante. A gente esclareceu muitas dúvidas que tinha quanto aos efeitos da radioterapia (Familiar 2).

Foi bom porque a gente começa um tratamento, embora a gente saiba que existe a doença, que existe tratamento, que sempre conhece alguém que fez ou tá fazendo, mas a gente nunca sabe o que é enfrentar realmente. Então, quando tu chega lá tu imagina: Ah, vou tomar uma medicação e vou ficar boa'. E não é nada disso! São vários procedimentos, é doloroso! Então, quando tem alguma coisa, que tem alguém preocupado, querendo saber se aquilo ali está sendo bom, como que a pessoa tá reagindo, isso é bom! É bom saber que tem alguém que está estudando sobre aquilo ali (Paciente 19).

Pra mim, pro meu esposo, pra nós, foi uma luz, porque ele tinha dúvidas o tempo todo (Familiar 15).

Na entrevista pós-intervenção foi perguntado sobre como os pacientes e familiares se sentiram após receberem as ligações telefônicas. A maioria das respostas foram que estes se sentiram tranquilos (31,5%, n=6) e estimulados/encorajados (26,3%, n=5) após os contatos com a intervencionista.

Tabela 18 – Distribuição de como os participantes do Grupo Intervenção (GI) se sentiram após receberem as ligações telefônicas. Santa Maria/RS, Brasil, 2014

Variável	Nº de menções	%
Tranquilos	6	31,5
Estimulados/encorajados	5	26,3
Gratificados/esperançosos	4	21,1
Felizes	4	21,1
TOTAL	19	100,0

Eu ficava feliz porque eu pensava assim: 'Eles tão se preocupando comigo'. Senti-me bem mais tranquila. Com todo esse apoio me senti bem mais feliz e com ânimo, com força de fazer o tratamento (Paciente 10).

A mãe ficava muito feliz. Ela ficava toda feliz, tão cheia de ânimo, cheia de esperança. Na conversa a intervencionista passava muita paz (Familiar 3).

Sentia-me bem, queria ver o que ela (intervencionista) ia me dizer de bom, o que ia acontecer de bom! (Paciente 4).

Sentia-me bem, eu ficava bem à vontade, gratificado. A pessoa (intervencionista) me dava um estímulo, conversava comigo... Então a gente levanta um pouco o astral (Paciente 9).

Pra mim ajudou muito! Ajudou-me a levantar a autoestima (Familiar 16).

Ainda na entrevista, foi questionado se os participantes haviam notado alguma mudanças/alteração na ansiedade após receberem as ligações telefônicas. A maioria comentou que percebeu mudança em seu comportamento (65,0%, n=13), citando que ficaram mais tranquilos com as ligações, mas três participantes afirmaram que os contatos não alteram sua rotina de vida (15,0%, n=3), que não perceberam diferença em seus níveis de ansiedade.

Ele ficou mais tranquilo! Ele gostou que ela (intervencionista) ligou! Ficou bem mais tranquilo com as conversas dela! (Familiar 8).

Foi bom porque ela (intervencionista) dava uma calma, uma paciência pra gente. Eu gostava de conversar com ela! (Paciente 10).

Ficamos mais tranquilos, com certeza, porque ela (intervencionista) ajudava, falava, passava pra gente as coisas certas pra fazer (Familiar 17).

Não notei muita diferença no meu comportamento, não sei se é porque eu não estava muito fora do padrão. Eu não estava muito nervosa, nem muito ansiosa. Talvez tenha mudado muito pouco, não deu pra perceber assim uma grande mudança (Paciente 19).

Quando questionados se haviam comentado com suas famílias sobre estarem participando da pesquisa, e conseqüentemente, de receberem as ligações telefônicas, 45,0%

(n=9) dos participantes afirmaram que conversaram com suas famílias sobre isso. Os familiares citados foram: esposo, filho(a), pai, irmão(ã) e mãe.

Eu sempre comento com a família tudo que eu converso com você (intervencionista). A minha família fica sabendo de tudo. Então é bom ser sempre comunicativo, estar explicando pra família (Paciente 9).

Eu conversava com a minha filha: 'Ah, hoje a intervencionista me ligou, conversei com ela, fez perguntas, ligou pra saber como que a gente está, como que a gente está passando' (Paciente 10).

Em relação às sugestões para a pesquisa, os participantes comentaram que seria interessante se tivessem sido realizadas mais ligações telefônicas durante o período de tratamento radioterápico, a fim de ter um acompanhamento de todo o processo do tratamento. Destaca-se que um participante (paciente) afirmou que as duas vezes em que conversou presencialmente com a intervencionista (momentos da pré e da pós-intervenção) foram mais válidas do que as ligações que ele recebeu, e que sentiu falta de interação com a pesquisadora.

Eu acho que vocês poderiam ligar mais vezes para aquelas pessoas que precisam e que tenham outras perguntas pra fazer mais adiante, pra conversar com elas e pra esclarecer (Paciente 12).

Eu acho que tem que dar continuidade. Acho que precisa continuar, mas do jeito que ela (intervencionista) faz. O paciente que tem câncer, ele fica assim: "Cinquenta por cento da cura dele é o tratamento, tratamento de carinho.". A minha sugestão é continuar! (Familiar 6).

Na verdade foram melhores aquelas conversas presenciais. Faltou interagir mais comigo (Paciente 7).

A partir da entrevista de pós-intervenção realizada aos pacientes e familiares do GI, foi possível avaliar que esta foi vista de forma positiva, e que a maioria das sugestões à pesquisa foram no sentido de dar continuidade à proposta já realizada.

6 DISCUSSÃO

“Só existem dois dias no ano que nada pode ser feito. Um se chama ontem e o outro se chama amanhã, portanto hoje é o dia certo para amar, acreditar, fazer e principalmente viver.”

Dalai Lama

6 DISCUSSÃO

A caracterização dos pacientes participantes deste estudo demonstrou predomínio de pessoas do sexo feminino (GI = 55,0% e GC= 57,9%), com idade entre 50 e 69 anos (GI= 55,0% e média de 62,42 e GC= 47,4% e média de 63,0), com ensino fundamental completo (GI= 70,0% e GC= 42,1%) e casados (GI=45,0% e GC= 68,4%), em ambos os grupos. Esses resultados corroboram com outros estudos nacionais também realizados com pacientes em tratamento radioterápico (JAMNIK et al., 2008; SANTOS; DIAS; GIORDANI; SEGRETO; SEGRETO, 2011).

Ainda no que concerne às características sociodemográficas, o presente estudo identificou maior número de participantes com renda de um salário mínimo (GI= 50,0% e GC= 52,6%), agricultores (GI=40,0% e GC= 36,8%), aposentados (GI= 60,0% e GC=68,4%) e procedentes de área urbana (GI= 75,0% e GC= 68,4%). Um estudo retrospectivo analisou prontuários médicos de pacientes com câncer de um hospital universitário do noroeste do Estado de São Paulo, no qual 32,5% dos pacientes tinham ocupações profissionais representadas pela atividade rural (ALVAREGNA, 2008).

Com relação aos aspectos clínicos dos pacientes, os tumores de cabeça e pescoço foram prevalentes (GI= 30,0% e GC= 31,5%). Esse dado difere das estimativas para os tipos de câncer mais incidentes no Brasil, nas quais se encontram o câncer de mama representando 20,8% dos casos e o câncer de próstata com 22,8% (INCA, 2012). Em um ensaio clínico randomizado realizado com pacientes em tratamento radioterápico na Austrália, o câncer de mama também foi prevalente (ZISSIADIS; HARPER; KEARNEY, 2010).

No que diz respeito ao tempo do diagnóstico de câncer, este foi menor que 6 meses (GI 55,0% e GC 57,9%) e o número de sessões radioterápicas realizadas esteve entre 25 e 30 (GI 55,0% e GC 36,8%). Sabe-se que se o potencial de malignidade do câncer for detectado antes de as células tornarem-se malignas, ou numa fase inicial da doença, tem-se uma condição mais favorável para seu tratamento e, conseqüentemente, para sua cura (BRASIL, 2014).

Investigaram-se os hábitos dos pacientes, e a maioria negou fumar ou ingerir álcool (GI=85,0% e GC=73,6%). Enfatiza-se que os dados encontrados sobre o baixo consumo de fumo e álcool entre os pacientes da pesquisa diferem da literatura nacional, pois estudos apresentam altas incidências destes fatores em pacientes oncológicos em tratamento

radioterápico (SCHNEIDER, 2012; FERNANDES; KIMURA, 2010), constatação esta que potencializa a relevância de estudos regionais que consideram a realidade estadual da população.

Quanto às comorbidades de saúde dos pacientes dos Grupos I e C, a maioria referiu possuir (75,0% e 78,9%), sendo prevalentes as doenças cardiovasculares, e o uso de contínuo de medicamentos (70% e 89,6%). Um estudo clínico realizado com pacientes com câncer em tratamento radioterápico de um hospital de referência em oncologia na cidade de Curitiba/PR identificou que 79,6% destes apresentaram como comorbidade de saúde a hipertensão arterial sistêmica (SCHNEIDER, 2012).

Em relação à realização do tratamento radioterápico concomitante à quimioterapia, a maioria dos pacientes do GI não o realizou (55,0%; n=11), diferente dos pacientes do GC, no qual a maioria realizou (52,6%; n=10). Esse fato provavelmente deve-se ao objetivo do tratamento radioterápico, que tem relação com a localização do tumor e com o estadiamento clínico e o prognóstico dos pacientes. Aproximadamente 50% dos pacientes com câncer realizam RT isoladamente ou em combinação com cirurgia ou quimioterapia (STIEGELIS et al., 2004).

Avanços no tratamento do câncer estão ocorrendo em função do uso combinado de radioterapia com terapia específica e uso de nanotecnologia para atingir as falhas tumorais (GATES; FINK, 2009). Fernandes e Kimura (2010) constaram em seu estudo, com 226 pacientes em tratamento radioterápico, que a radioterapia exclusiva foi realizada por 28,2% destes, e radioterapia com quimioterapia representou 23,5% dos casos.

Os familiares participantes do estudo eram em sua maioria do sexo feminino (GI 85,0%; GC 57,9%), casados (GI 85,0%; CG 73,6%), não aposentados (GI 70,0%; 57,9%), residentes com outros familiares (GI 50,0%; GC 42,1%). Os resultados apresentados nesta pesquisa em relação a gênero estão de acordo com o descrito na literatura, em que as mulheres cuidadoras ou familiares de pacientes oncológicos tendem a assumir a responsabilidade pelos cuidados de saúde e da família (RODRIGUES; FERREIRA; CALIRI, 2013; AZEVEDO; PINTO, 2010).

Os familiares integrantes do GI eram, em sua maioria, filhos dos pacientes em tratamento radioterápico (55,0%, n=11), com idade prevalente entre 30 e 49 anos (55,0%, n=11) e renda de até dois salários mínimos (40,0%, n=8). A maioria dos familiares do GC era esposo (a) ou companheiro (a) dos pacientes (42,1%, n=8), com idades entre 50 e 69 anos (57,9%, n=11) e renda prevalente de até três salários mínimos (36,8%, n=7). Um estudo de

caracterização realizado com familiares cuidadores de pacientes oncológicos evidenciou que o grau de parentesco prevalente foi de cônjuges (36,9%), seguido dos filhos e com média de idade de 48,6 anos (AZEVEDO; PINTO, 2010).

Em relação ao situação de convivência dos familiares com os pacientes durante o período de tratamento radioterápico, procurou-se analisar se esta informação possuía relação com o escore de ansiedade dos pacientes, mas não ocorreu diferença estatisticamente significativa. Identificou-se maior frequência de familiares que não residiam com os pacientes e que os acompanharam em algumas sessões no GI (45,0%), e no GC, familiares cuja maioria residia com os pacientes e que os acompanharam em todas as sessões (36,8%). Pesquisas na área médica e psicológica mostram que o câncer é uma das doenças em que o envolvimento da família e amigos dos pacientes é fundamental para o sucesso do tratamento e que a família é a principal fonte de apoio ao paciente oncológico (PAULA-JÚNIOR, 2009; WANDERBROOKE, 2005).

A família tem um impacto significativo sobre a saúde e o bem-estar de seus membros, uma vez que exerce considerável influência sobre as enfermidades que os acometem (WRIGHT; LEAHEY, 2012). Nesse sentido, Souza e Santos (2007) destacam que a família do paciente em tratamento oncológico precisa ser valorizada e estimulada a se envolver no cuidado de seus membros, pois isso implica num cuidado mais efetivo e para que o paciente consiga responder melhor à terapêutica utilizada.

Na avaliação da ansiedade dos pacientes, no início do tratamento radioterápico (pré-intervenção), ambos os grupos apresentaram um escore de Ansiedade-Traço moderada (GI=70,0%; GC=63,1). No momento da finalização do tratamento (pós-intervenção) a Ansiedade-Traço dos pacientes do GI se manteve com escore moderado (55,0%), e escore baixo para os pacientes do GC (68,4%), havendo diferença estatística significativa para os pacientes do GI ($p < 0,036$). Esse resultado evidencia a importância e a necessidade de ações de saúde em prol da redução da ansiedade de pacientes em tratamento radioterápico. Um estudo avaliou a ansiedade de pacientes com câncer de mama, próstata, pulmão e cérebro antes do tratamento radioterápico através do IDATE, e identificou, na maioria dos pacientes, um escore de Ansiedade-Traço baixo (36,9%) (DUNN et al., 2012). No Canadá, identificou que 65% dos pacientes no início do tratamento radioterápico apresentaram ansiedade baixa (SALVO et al., 2012).

No Brasil, um estudo clínico e prospectivo analisou a ansiedade de pacientes diagnosticados com câncer submetidos a cirurgia e a tratamento oncológico. Estes foram

divididos em dois grupos: intervenção (19 pacientes com tratamento neoplásico usual) e controle (18 pacientes sem uso de tratamento antineoplásico). O grupo intervenção também apresentou, no início do tratamento, um escore de Ansiedade-Traço moderado (89,5%) e o grupo controle, um escore de Ansiedade-Traço baixo (94,4%, $p < 0,00001$). Ao final do estudo, 73,7% dos pacientes do grupo intervenção tiveram ansiedade moderada em comparação com 11,1% dos pacientes do grupo controle, sendo essas diferenças estatisticamente significativas (MEDEIROS; OSHIMA; FORONES, 2010).

A ansiedade em pacientes com câncer foi verificada em vários estudos (SALVO et al., 2012; PEREIRA; FIGUEIREDO; FINCHMAN, 2012; DELGADO-GUAY et al., 2009), e demonstraram que esta tende a ser mais alta no início do tratamento radioterápico. Em relação à Ansiedade-Estado dos pacientes, no momento inicial do tratamento radioterápico (pré-intervenção) e ao final do mesmo (pós-intervenção) o GI apresentou um escore de Ansiedade-Estado moderado (55,0% e 70,0%) e no GC houve um escore de Ansiedade-Estado baixo (52,5% e 42,1%), sendo essa diferença significativa para o GI ($p < 0,027$). A diminuição da ansiedade após uma intervenção telefônica está em concordância com resultados encontrados em um estudo controlado realizado com 653 pacientes com câncer, que foram randomizados para o tratamento usual ($n = 341$) e intervenção ($n = 306$), no qual a intervenção consistiu em um manual para apoio e orientações às pessoas com câncer através do telefone, num período de nove meses. Houve uma redução maior nos escores de Ansiedade-Estado no grupo intervenção, quando comparada ao grupo de cuidados habituais, que ocorreu principalmente entre as avaliações iniciais e na primeira pesquisa de acompanhamento ($p < 0,01$). No entanto, a prevalência de ansiedade elevada foi similar entre os dois grupos em cada avaliação (WHITE et al., 2012).

A Ansiedade-Traço dos familiares na pré e pós-intervenção apresentou um escore moderado para o GI (70,0% e 60,0%) e para o GC (57,9% e 63,1%), sem valor estaticamente significativo. Uma revisão integrativa da literatura investigou a eficácia de diferentes intervenções utilizadas para reduzir a ansiedade em pacientes com câncer, com o intuito de criar subsídios para melhorar a avaliação e a assistência de enfermeiros oncologistas. Nesse estudo foram encontradas evidências fortes de pesquisas que utilizaram o telefone como um meio para tratar a ansiedade de pacientes com câncer e também de seus familiares, sendo recomendado para a prática clínica (SHELDON et al., 2008).

Em relação à Ansiedade-Estado dos familiares, no momento inicial do tratamento radioterápico (pré-intervenção) e ao final do mesmo (pós-intervenção) o GI apresentou um

escore de Ansiedade-Estado moderado e baixo, respectivamente (55,0% e 65,0%), e o GC apresentou um escore de Ansiedade-Estado baixo (47,3% e 57,9%), sem diferença estatística significativa. Sabe-se que os escores da Ansiedade-Estado aumentam em resposta a vários tipos de tensão e diminuem com resultados de treinamento de relaxamento (BIAGGIO; NATALÍCIO; SPIELBERGER, 1997), o que também pode explicar os resultados encontrados no presente estudo realizado, que, neste caso, utilizou uma intervenção telefônica para reduzir os escores de ansiedade de familiares de pacientes em tratamento radioterápico.

No estudo do desenvolvimento da forma experimental para a língua portuguesa do IDATE, os autores Biaggio e Natalício (1997) evidenciaram que, em geral, espera-se que aqueles que têm Ansiedade-Traço elevada demonstrem aumento da Ansiedade-Estado mais frequentemente do que os indivíduos de Ansiedade-Traço baixa, pois eles tendem a reagir a uma série de situações como perigosas ou ameaçadoras. Pessoas de Ansiedade-Traço elevada também são mais propensas a responder com aumento de intensidade da Ansiedade-Estado em situações que envolvem relações interpessoais que apresentam alguma ameaça à autoestima.

Quanto às associações do IDATE com variáveis sociodemográficas investigadas no presente estudo, para os pacientes do GI, na pós-intervenção, encontrou-se uma correlação moderada da Ansiedade-Traço com o *número de sessões de radioterapia* ($r = -0,628$; $p = 0,003$) e associação moderada da Ansiedade-Estado com o *nível de escolaridade* ($r = 0,567$; $p = 0,009$) e com *número de sessões de radioterapia* ($r = -0,555$; $p = 0,011$). No estudo de Nazik, et al. (2012), realizado com 41 pacientes com câncer, foram encontrados, respectivamente, escores moderados de Ansiedade-Traço e de Estado (46,7% e 43,%). Neste, a Ansiedade-Traço teve correlações significativas para a fadiga ($p < 0,05$), tristeza ($p < 0,01$), insônia ($p < 0,01$) e estado de bem-estar ($p < 0,01$); e para a Ansiedade-Estado houve correlação estatisticamente significativa com os sintomas da dor ($p < 0,05$), tristeza ($p < 0,001$), insônia ($p < 0,05$), o estado de bem estar ($p < 0,001$) e dispneia ($p < 0,05$).

Para os Familiares do Grupo Intervenção (FGI) e Familiares do Grupo Controle (FGC), não foram encontradas associações dos escores de Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado (pré e pós-intervenção) com a *idade* e *nível de escolaridade*. Entretanto, em estudo turco foram encontradas correlações negativas significativas para os escores do IDATE e o nível de escolaridade de familiares de pacientes oncológicos ($p = 0,02$) (ALACACIOGLU et al., 2013).

No modelo de regressão linear realizado aos pacientes do GI, encontrou-se uma associação significativa da Ansiedade-Traço com o *número de sessões de radioterapia* (0,000). E para a Ansiedade-Estado, a análise mostrou uma associação significativa com o *nível de escolaridade* (0,018), com o *tempo do diagnóstico da doença em meses* (0,048) e com o *número de sessões de radioterapia* (0,000). De acordo com um estudo brasileiro, a idade foi um fator preditor para a ansiedade de pacientes que haviam realizado tratamento oncológico, de modo que, a cada ano aumentado na idade, diminui 0,08 o escore de ansiedade ($p < 0,01$) (GORAYEB et al., 2012).

Em relação à intervenção telefônica desenvolvida, esta proporcionou aos pacientes e familiares um momento de escuta, no qual, através das ligações, eles poderiam utilizá-las como uma estratégia para compartilharem como se sentiam em relação ao tratamento radioterápico. Na primeira ligação, realizada no sétimo dia de tratamento, os principais aspectos referidos pelos participantes foram que se sentiam bem pela satisfação em perceber que os pacientes estavam conseguindo realizar o tratamento radioterápico (20,0%, n=8), mesmo com os efeitos colaterais que surgiam, e a motivação e confiança (12,5%, n=5) pela possibilidade de os pacientes obterem um bom prognóstico com a finalização da terapêutica.

Existem várias abordagens psicológicas que podem ser usadas isoladamente ou em conjunto para amenizar os escores de ansiedade, tais como terapias cognitivo-comportamental, psicoterapias e intervenções comportamentais. Uma intervenção direcionada para o desenvolvimento de estratégias de focalização na emoção pode ser altamente benéfica para pacientes e familiares em tratamento oncológico, pois promove maior conhecimento sobre o processo terapêutico vivido (DAMRON; GATES, 2009).

Ainda durante o primeiro contato telefônico, os participantes do estudo também referiram dificuldades em virtude dos efeitos e reações clínicas da radioterapia, como as náuseas e os vômitos (12,5%, n=5), o cansaço físico (10,0%, n=4) e a própria ansiedade (5,0%, n=2). Sabe-se que a ansiedade está relacionada, dentre outros aspectos, à atenção psicossocial que pacientes e familiares recebem durante o tratamento, o que é reforçado em uma revisão sistemática da literatura que avaliou intervenções psicossociais para ansiedade em pacientes adultos com câncer. Nos resultados, se identificou que oito das 14 publicações ofereceram conclusões sobre a eficácia das intervenções psicossociais para a ansiedade em pacientes com câncer, e seis destas publicações chegaram a conclusões positivas (JACOBSEN; JIM, 2008).

Na segunda ligação telefônica, realizada no 15º dia de tratamento, os motivos referidos pelos participantes para sentirem-se bem estavam ligados à confiança e à motivação para realizar o tratamento (10,0%, n=4), o que pode ter relação com a perspectiva de conseguir alcançar o objetivo de concluir o mesmo. Os familiares, por sua vez, destacaram que o fato de os pacientes não terem efeitos colaterais ou reações ao tratamento (12,5%, n=5) fazia com que todos se sentissem bem. O uso do telefone para controle dos efeitos surgidos pela radioterapia foi uma estratégia utilizada com pacientes oncológicos no Reino Unido. Os pacientes gravavam mensagens informando os sintomas que sentiam e enviavam relatórios diários para uma equipe de enfermeiros capacitados para gerir os sintomas. Estes pacientes relataram muitos benefícios com o uso do telefone, como uma melhor comunicação com os profissionais de saúde, a melhoria da gestão dos seus sintomas, e, principalmente, que se sentiram tranquilizados por terem os sintomas da doença monitorados enquanto estavam em casa, sem receber o tratamento usual (McCANN; MAGUIRE; MILLER; KEARNEY, 2009).

As dificuldades referidas pelos participantes durante o segundo contato telefônico novamente tiveram relação com os aspectos clínicos do tratamento radioterápico, como o cansaço físico (12,5%, n=5) e a presença de dor (7,5%, n=3), e que isso fazia com que se sentissem angustiados e desanimados (10,0%, n=4). Um estudo buscou levantar as dificuldades dos familiares para participar do cuidado do paciente, durante a radioterapia. Para eles, as dificuldades estavam relacionadas ao aumento da responsabilidade pelo cuidado, à falta de informação para oferecer apoio, à preocupação e ao desânimo com a situação do paciente (OLIVEIRA; ZAGO, 2003).

Os familiares podem ser ajudados a enfrentar o processo de tratamento do câncer através de orientações concretas sobre as necessidades de cuidados físicos ao paciente. Informações a respeito do manejo dos efeitos colaterais da doença e regime de tratamento facilitam a adaptação da família com a doença (STANLEY, 2009).

As intervenções telefônicas realizadas aos pacientes e familiares objetivaram, também, sanar dúvidas quanto ao tratamento radioterápico e demais aspectos envolvidos. Nesse sentido, a maioria das dúvidas evidenciadas no primeiro contato foi relativa aos efeitos da radioterapia (31,6%, n=6) e os encaminhamentos realizados após a finalização do tratamento (26,3%, n=5). As informações preferidas pelos pacientes durante a radioterapia foram avaliadas por um estudo alemão, no qual a necessidade destas informações era em relação à doença, ao tratamento, aos procedimentos realizados, aos efeitos secundários e prognóstico (ZEGUERS et al., 2012).

Na segunda ligação telefônica realizada, a maioria das dúvidas esteve relacionada com a alimentação do paciente (27,3%, n=3) e também com a finalização do tratamento (15,0%, n=3), sendo indagados os procedimentos necessários para confirmação da cura do câncer. No geral, as dúvidas dos pacientes que realizam radioterapia tendem a diminuir à medida que o próprio tratamento vai sendo realizado, exceto nas questões que envolvem os aspectos psicossociais deste (KIRSTEN et al., 2012). Assim, o compartilhamento de informações e o apoio social podem melhorar o bem-estar psicológico dos pacientes oncológicos, mesmo que estes tenham diferentes necessidades de informações durante o período de tratamento (JONES et al., 2006).

A avaliação dos participantes do GI sobre receberem as ligações telefônicas durante o período de tratamento radioterápico foi positiva, uma vez que citaram que estas foram importantes, principalmente, por se constituírem em um momento para esclarecer as dúvidas (42,9%, n=9) advindas da radioterapia. Eles também referiram que se sentiram tranquilos (30,0%, n=6) e estimulados/encorajados (25,0%, n=5) após os contatos com a intervencionista. Reforçando a importância de utilizar o telefone como estratégia para intervenção a pacientes em tratamento radioterápico e seus familiares, um estudo de intervenção telefônica que prestou informações e apoio psicológico a pacientes durante o tratamento oncológico também identificou que as ligações ajudaram os participantes a pensarem positivamente sobre sua situação de adoecimento, a compreender melhor os aspectos da doença e do tratamento, e a reduzir preocupações advindas da situação em que estavam vivendo (LIVINGSTON et al., 2010).

Destaca-se que este estudo evidenciou que o uso do telefone reduziu os escores de ansiedade de pacientes e familiares durante o tratamento radioterápico, e que a intervenção por telefone apresenta-se como um recurso que amplia os limites de ação da equipe de saúde, em especial do enfermeiro, no que concerne à assistência das necessidades e consequências – como a ansiedade- que surgem em cada momento da trajetória dos pacientes em tratamento radioterápico e seus familiares.

A pesquisa também repercute em implicações para o processo de ensino, uma vez que contribuiu para a disseminação do conhecimento de enfermagem em oncologia, despertando para a reflexão de estratégias inovadoras de cuidado e assistência a pacientes e seus familiares.

7 CONCLUSÃO

“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.”

Cora Coralina

7 CONCLUSÃO

O presente estudo teve por objetivo avaliar os efeitos de uma intervenção por telefone nos escores de ansiedade pacientes em tratamento radioterápico e seus familiares. Os pacientes do Grupo Intervenção e Controle eram, respectivamente, em sua maioria do sexo feminino (55,0% e 53,9%), com média de idade de 62,2 ($\pm 11,8$) e 63 anos ($\pm 10,3$), e prevalência de câncer de cabeça e pescoço (30,0% e 41,5%). Os familiares do Grupo Intervenção e Controle eram, em sua maioria, do sexo feminino (85,0% e 57,9%), com média de idade de 47,0 ($\pm 13,8$) e 54,5 anos ($\pm 11,9$) e grau de parentesco de filhos (GI: 50,0%) e esposo ou companheiro (GC: 42,1%).

No início do tratamento radioterápico, pacientes e familiares do Grupo Intervenção apresentaram um escore moderado de Ansiedade-Traço e Estado, e os pacientes e familiares do Grupo Controle apresentaram um escore moderado para a Ansiedade-Traço e baixo para a Ansiedade-Estado. Com a realização do estudo verificou-se que a ansiedade está presente desde o início do tratamento radioterápico, e isso desperta para a importância de intervenções de saúde em toda a trajetória de tratamento, a fim de melhorar a qualidade de vida dos envolvidos nesse processo.

Em relação às hipóteses do presente estudo, os resultados encontrados são estatisticamente significantes e demonstram que a intervenção telefônica diminuiu os escores de ansiedade dos pacientes do Grupo Intervenção após as ligações telefônicas ($p < 0,005$). Para os familiares de ambos os grupos não houve diferenças estatísticas significativas na pré e pós-intervenção.

Os fatores preditivos para a Ansiedade-Traço dos pacientes do Grupo Intervenção foram o número de sessões radioterápicas ($p < 0,000$), e para a Ansiedade-Estado os preditores foram o nível de escolaridade ($p < 0,018$), o tempo do diagnóstico da doença em meses ($p < 0,048$) e o número de sessões de radioterapia ($p < 0,000$).

Os pacientes e familiares que receberam a intervenção avaliaram a ação como positiva, e importante para sanarem as dúvidas relativas ao tratamento radioterápico. Também foi um espaço de compartilhamento dos sentimentos e situações que ocorreram em virtude do tratamento radioterápico. Estes resultados são encorajadores para a utilização do telefone como estratégia para manejo da ansiedade de pacientes em tratamento radioterápico e seus familiares.

Conclui-se que a intervenção telefônica mostrou-se efetiva na diminuição dos escores de ansiedade de pacientes e familiares durante o tratamento radioterápico. Estes resultados contribuem para a prática profissional dos enfermeiros oncologistas, e também proporcionam embasamento para uma atividade baseada em evidências.

Espera-se que o estudo contribua para a reflexão sobre práticas inovadoras e tecnológicas de cuidado de enfermagem e para o redirecionamento e formulação de novas estratégias de atenção aos pacientes em tratamento radioterápico e seus familiares.

Sugere-se que sejam realizados outros estudos para ajudar a identificar os escores de ansiedade por tipo de câncer, a fim de implementar medidas de redução destes, de forma específica, e a consolidação de ensaios clínicos, que repercutem em um cuidado seguro, eficaz e de qualidade aos pacientes e seus familiares.

7.1 Limitações do estudo

Algumas considerações sobre o presente estudo são importantes. A primeira diz respeito à inclusão de pacientes com variados tipos de câncer, o que dificultou as orientações prestadas durante os contatos telefônicos, bem como pode ter uma associação com os escores de ansiedade entre estes, pois cada tipo de câncer requer um protocolo do número de sessões radioterápicas realizadas, bem como cuidados de enfermagem e de saúde específicos. Destaca-se, no entanto, que, pelas características do serviço radioterápico em que o estudo foi realizado, a composição de uma amostra homogênea por tipo de câncer demandaria outro delineamento de estudo.

A segunda consideração se refere ao tempo de realização da intervenção nos participantes do estudo, o qual teve média de aproximadamente 15 dias, que não possibilitou um acompanhamento fidedigno do processo gradual de tratamento radioterápico, bem como dos avanços e dificuldades enfrentadas pelos pacientes e familiares. Acredita-se que isso possa ter tido relação com os escores de ansiedade encontrados nos participantes do estudo.

E também vale ressaltar sobre não ter realizado uma entrevista de pós-intervenção com os participantes do Grupo Controle, uma vez que estes também receberam o mesmo número de contatos telefônicos durante o período de realização da pesquisa, e do tratamento radioterápico. Esta poderia contribuir para uma avaliação do conteúdo das informações que

foram orientadas, bem como refletir se o fato de ligar para o paciente em tratamento radioterápico e seu familiar seja um fator que contribui para a diminuição dos escores de ansiedade durante esse período.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALACACIOGLU, A. et al. Depression and anxiety in cancer patients and their relatives. **Journal of B.U.ON**, v. 18, n. 3, p. 767-774. 2013.

ANDRADE, L. H. S. G.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 285-90, 1998. Disponível em: < <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/vol25/n6/ansi256a.htm>>. Acesso em: 12 fev. 2014.

ÂNGELO, M. Abrir-se para a família: superando desafios. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 1, n. 1/2, p. 7-14, jan/dez. 1999. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/4882/3729>>. Acesso em: 19 out. 2013.

ANJOS, S. J. S. B. **Vídeo educativo como tecnologia de apoio à prevenção do câncer de colo uterino**. Ceará, 2011. 167 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Ceará. Disponível em: < http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/7010/1/2011_tese_sjsbanjos.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2013.

ARAÚJO, C. R. G.; ROSAS, A. M. M. T. F. O Papel da Equipe de Enfermagem no Setor de Radioterapia: uma Contribuição para a Equipe Multidisciplinar. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 3, p. 231-37. 2008. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/Rbc/n_54/v03/pdf/artigo_4_pag_231a237.pdf>. Acesso em: 03. dez. 2013.

AZEVEDO, F. B.; PINTO, M. H. Caracterização dos cuidadores de pacientes oncológicos. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 4, p. 174-8, out-dez. 2010.

BACKES, D. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A. O cuidado de enfermagem como prática empreendedora: oportunidades e possibilidades. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 341-7. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a05.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2014.

BECKER, T. A. C. **O acompanhamento por telefone como estratégia de intervenção de enfermagem no processo de aplicação de insulina no domicílio**. 2010. 159 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-10012013-133653/pt-br.php>>. Acesso em: 19 out. 2013.

BELL, J. M.; WRIGHT, L. M. **La recherche sur la pratique des soins infirmiers a la famille** [Research on family interventions]. Montreal, Quebec, Canada: Gaetan Morin editeur, Chenelière Éducation. 2. ed. 2007.

BERVIAN, P. I.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. A família convivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n. 2 p. 121-28. 2006. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v02/pdf/artigo1.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2013.

BIAGGIO, A. M.; NATALÍCIO, L.; SPIELBERGER, C. D. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spilberger. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 31-44, jul/set. 1977. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abpa/article/view/17827/16571>>. Acesso em: 30 nov. 2013.

BLAKE, H. Innovation in practice: mobile phone technology in patient care. **British Journal of Community Nursing**, London, v. 13, n. 4, p. 160-162. 2008. Disponível em: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjcn.2008.13.4.29024?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%3dpubmed>. Acesso em: 19 out. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde/MS. **Resolução 466/12**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2013.

_____. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014. 124p. Acesso em: 19 jan. 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>>.

_____. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. atual. amp. – Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_enfermagem_controle_cancer.pdf>. Acesso em: 19 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2014: Incidência do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **TNM: classificação de tumores malignos / traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg**. 6. ed. - Rio de Janeiro: INCA, 2004. 254p. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/tratamento/tnm/tnm2.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde. 132 p. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Ago/22/vigitel_2011_final_0812.pdf>. Acesso em: 26 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação 2010: **Manual de bases técnicas da oncologia – SIA/SUS** - sistema de informações ambulatoriais. Brasília, 11º ed. 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Oncologia_2010.pdf>. Acesso em: 16 out. 2013.

BRUNNER, B. G.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 12. ed. 2013. 2396 p.

BUDÓ, M. L. D.; SAUPE, R. Conhecimentos populares e educação em saúde no formação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 2, p. 165-9. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n2/a07v57n2.pdf> >. Acesso em 03 fev. 2014.

CAMPBELL, T. L. The effectiveness of family interventions for physical disorders. **Journal of Marital and Family therapy**, v. 29, n. 2, p. 289-99. 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12728782>>. Acesso em: 23 mai. 2013.

CAR, J.; FREEMAN, G. K.; PARTRIEDGE, M. R.; SHEIKH, A. Improving quality and safety of telephone based delivery of care: teaching telephone consultation skills. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 13, p. 2-3. 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC153854/pdf/966.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2013.

CLEELAND, C. S. et al. Automated Symptom Alerts Reduce Postoperative Symptom Severity After Cancer Surgery: A Randomized Controlled Clinical Trial. **Journal Clinical Oncology**, v. 29, p. 994-1000. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3068055/pdf/zlj994.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2013.

CUMMINGS, S. R.; GRADY, D.; HULLEY, S. B. Delineando um Ensaio Clínico Randomizado Cego. In: **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Artmed, 2008. cap. 10, p. 165-78.

DAMRON, B. I.; GATES, R. A. Depressão, Angústia e Ansiedade. In: **Segredos em Enfermagem Oncológica: respostas necessárias ao dia a dia**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009, cap. 34, p 360-375.

DELGADO-GUAY, M. et al. Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. **Support Care Cancer**, v. 17, p. 573- 79. 2009.

DOCHTERMAN, J. M.; BULECHK, G. M. **Classificação das intervenções de enfermagem**. 4. ed- Porto Alegre: Artmed, 2008. 988 p.

DOMÈNECH, A. et al. Valoración del estado de ansiedad de los pacientes que reciben un tratamiento con radioyodo o son sometidos a una exploración de ganglio centinela em el servicio de Medicina Nuclear. **Rev Esp Med Nucl**, v. 29, n. 2, p. 63–72. 2010.

DUNN, L. B. et al. Trajectories of anxiety in oncology patients and family caregivers during and after radiation therapy. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 19, p. 1-9. 2012.

FERNANDES, W. C.; KIMURA, M. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo uterino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 1-8. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_10.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2014.

FERREIRA N. M. L.; DUPAS, G.; COSTA, D. B.; SANCHEZ, K. O. L. Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 269-277. Abr/Jun. 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8749/6076>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

GATES, R. A.; FINK, R. M. **Segredos em Enfermagem oncológica**. Respostas Necessárias ao dia-a-dia. 3. ed. Porto Alegre: Artmed. 2009.

GIL, A. C. **Método e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GORAYEB, R. et al. Ansiedade e depressão pré-cirúrgica numa enfermaria de ginecologia oncológica e mastologia. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 2, p. 145-156. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v13n2/v13n2a02.pdf>>. Acesso em: 16 Jan. 2015.

GUO, Z. et al. The benefits of psychosocial interventions for cancer patients undergoing radiotherapy. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 11, n. 121. 2013. Disponível em: < <http://www.hqlo.com/content/11/1/121>>. Acesso em: 08 nov. 2013.

HERZBERG, V.; FERRARI, C. L. S. **Tenho câncer e agora? Enfrentando o câncer sem medos ou fantasias.** Associação Brasileira do Câncer. São Paulo. 1999. 110p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Classificação de Ocupações para Pesquisas Domiciliares** – COD. 8º Fórum SIPD Rio de Janeiro – 09 de julho de 2010. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/sipd/oitavo_forum/COD.pdf>. Acesso em: 20 set. 2014.

IRAOSI, G. *The Power of Survey Design: A User's Guide for Managing Surveys, Interpreting Results, and Influencing Respondents.* **The World Bank.** Washington, D. C., 2006. 282 p.

JACOBSEN, P. B.; JIM, H. S. Psychosocial Interventions for Anxiety and Depression in Adult Cancer Patients: Achievements and Challenges. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 58, p. 214-230. 2008. Disponível em:< [http://labpages.moffitt.org/jacobsen/Copy/Recent%20Pubs/Jacobsen%20Jim%202008%20C A.pdf](http://labpages.moffitt.org/jacobsen/Copy/Recent%20Pubs/Jacobsen%20Jim%202008%20C%20A.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2013.

JAMNIK, S.; SANTORO, I. L.; BORGES, E. L.; SILVA, W. V.; UEHARA, C. Características Clínicas, Diagnósticas e Laboratoriais de Portadores de Carcinoma Bronquioloalveolar. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 1. p. 11-16. 2008.

JONES, R. B. et al. Effect of different forms of information produced for cancer patients on their use of the information, social support, and anxiety: randomised trial. **British Medical Journal**, v. 332, n. 7547, p. 942-948. 2006.

KALIBEROV, S. A.; BUCHSBAUM, D. J. Cancer Treatment with Gene Therapy and Radiation Therapy. **Advances in Cancer Research**, v. 115, p. 221-63. 2012. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3664947/>>. Acesso em: 16 out. 2013.

KIM, Y.; ROSCOE, J. A.; MORROW, G. R. The effects of information and negative affect on severity of side effects from radiation therapy for prostate cancer. **Support Care Cancer**, v 10, n. 5, p. 416-21. 2002. Disponível em: <http://download-v2.springer.com/static/pdf/492/art%253A10.1007%252Fs00520-002-0359-y.pdf?token2=exp=1428496543~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F492%2Fart%25253A10.1007%25252Fs00520-002-0359-y.pdf*~hmac=5b4d66a619652240adf0503c716208d81ebb82ad2fb6d3d0760ab2272226977f> . Acesso em: 23 out. 2014.

KIRSTEN, F. L. et al. Do patients' information needs decrease over the course of radiotherapy? **Support Care Cancer**, v. 20, p. 2167–76. 2012.

KROENKE, K. et al. Effect of Telecare Management on Pain and Depression in Patients with Cancer: A Randomized Trial. **JAMA**, v. 14, n. 304/2, p. 163-171, jul. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3010214/>>. Acesso em: 07 nov. 2013.

LACERDA, M. R.; OLINISKI, S. R. O familiar cuidador e a enfermeira: desenvolvendo interações no contexto domiciliar. *Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá*, v. 16/1, p. 239-248. 2004. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/1699/1078>>. Acesso em: 16 abr.2013.

LIVINGSTON, P. M. et al. The psychological impact of a specialist referral and telephone intervention on male cancer patients: a randomised controlled trial. **Psycho-Oncology**, v. 19, p. 617-625. 2010.

LORENCETTI, A.; SIMONETTI, J. P. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13 n. 6, Nov./Dec. Ribeirão Preto. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000600005&script=sci_arttext>. Acesso em: 03. Dez. 2013.

MATA, L. R. F. **Validação de intervenções de enfermagem para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia**. São Carlos, 2009. 160 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2009. Disponível em: http://www.bdtf.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2986. Acesso em: 10 jun. 2013.

McCANN, L.; MAGUIRE, R.; MILLER, M.; KEARNEY, N. Patients' perceptions and experiences of using a mobile phone-based advanced symptom management system (ASyMS©) to monitor and manage chemotherapy related toxicity. **European Journal of Cancer Care**, v. 18, p. 156–164. 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2354.2008.00938.x/epdf>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

MEDEIROS, M.; OSHIMA, C. T. F.; FORONES, N. M. Depression and Anxiety in Colorectal Cancer Patients. **Journal of Gastrointestinal Cancer**, v. 41, p. 179-184. 2010.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk B. M.; Fineout-Overholt, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice**. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, p. 3-24, 2005.

MELNYK, B. M.; MORRISON-BEEDY, D. **Designing, Conducting, Analyzing and Funding Intervention Research**, A Practical Guide for Success. New York, NY: Springer Publishing Company, 2012.

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. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-64. Out-Dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

MOHALLEM, A. G. C.; RODRIGUES, A. B. **Enfermagem oncológica**. Barueri: Manole, 2007. 427 p.

MUNIZ, R. M.; ZAGO, M. M. F.; SCHWARTZ, E. As teias da sobrevivência oncológica: com a vida de novo. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 25-32. Jan-Mar, Florianópolis. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a03.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2013.

MURPHY, T.; TELL, D. T. Diagnóstico e estadiamento. In: **Segredos em Enfermagem Oncológica: respostas necessárias ao dia a dia**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009, cap. 3, p. 48- 57.

NAZIK, E. et al. Anxiety and Symptom Assessment in Turkish Gynecologic Cancer Patients Receiving Chemotherapy. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 13, p. 3129-33. 2012. Disponível em: <http://www.apocpcontrol.org/page/apjcp_issues_view.php?sid=Entrez:PubMed&id=pmid:22994722&key=2012.13.7.3129>. Acesso em: 02. Dez. 2013.

NOCOLUSSI, A. C. **Relaxamento com imagem guiada: influência sobre a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer durante o tratamento quimioterápico**. Ribeirão Preto, 2012. 158 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-10012013-133653/pt-br.php>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

OLIVEIRA, F. S.; ZAGO, M. M. F. A experiência do laringectomizado e do familiar em lidar com as consequências da radioterapia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 49, n. 1, p. 17-25. 2003. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_49/v01/pdf/artigo2.pdf>. Acesso em: 19 out. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, 2003. 105 p. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/CUIDADOS_INOVADORES_DAS_CONDICOES_CRONICAS.pdf>. Acesso em: 19 out. 2013.

PAREDES, T.; CANAVARRO, M. C.; SIMÕES, M. R. Anxiety and depression in sarcoma patients: Emotional adjustment and its determinants in the different phases of disease. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 15, p. 73-9. 2011.

PAULA, J. M. et al. Sintomas de depressão nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento radioterápico: um estudo prospectivo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 01-7. Ribeirão Preto Mai/Abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692012000200020&script=sci_arttext&tlng=p t>. Acesso em: 21 out. 2013.

PAULA-JUNIOR, W. **Resiliência: análise das estratégias de enfrentamento de pacientes em tratamento radioterápico**. 2009. 102 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica de Goiás, Goiânia. Disponível em: <http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_arquivos/11/TDE-2009-06-26T140258Z-594/Publico/Wanderley%20de%20Paula%20Junior.pdf>. Acesso em: 21 out. 2013.

PEREIRA, M. A.; FIGUEIREDO, A. P.; FINCHAM, F. D. Anxiety, depression, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer after different treatments: A study with Portuguese patients and their partners. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 16, p. 227-32. 2012. Disponível em: <[http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889\(11\)00095-0/abstract](http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(11)00095-0/abstract)>. Acesso em: 02 dez. 2013.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. 596p.

PIERCE, J. P. et al. Telephone Counseling Intervention Increases Intakes of Micronutrient- and Phytochemical-Rich Vegetables, Fruit and Fiber in Breast Cancer Survivors. **The Journal of Nutrition**., v. 134, n. 2, p. 452-458. 2004. Disponível em: <<http://jn.nutrition.org/content/134/2/452.long>>. Acesso em: 07 nov. 2013.

REPOSSI, C. **Os efeitos da intervenção de enfermagem-relaxamento no sistema imunológico de mulheres com diagnóstico de câncer de mama**. Vitória, 2008. 100 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória. Disponível em: <http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_3006_2006_CL%20UDIA%20REPOSSI DISSERT ACAA.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2013.

ROBINSON, C. M. et al. Staffing time required to increase cancer screening rates through telephone support. **The Journal of Ambulatory Care Management**, v. 33, n. 2, p. 143-154. 2010; Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2905842/#!po=32.3529>>. Acesso em: 03 nov. 2013.

RODRIGUES, J. S. M.; FERREIRA, N. M. L. A. Caracterização do Perfil Epidemiológico do Câncer em uma Cidade do Interior Paulista: Conhecer para Intervir. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 4, p. 431-44. 2010.

RODRIGUES, J. S. M.; FERREIRA, N. M. L. A.; CALIRI, M. H. L. Caracterização do apoio social percebido pela família do doente adulto com câncer. *Revista Medicina*, v. 46, n. 3, p. 289-96. 2013. Disponível em: < http://revista.fmrp.usp.br/2013/vol46n3/AO_Caracteriza%E7%E3o%20do%20apoio%20social%20percebido%20pela%20familia%20do%20doente%20adulto%20com%20c%E2%ncer.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2015.

ROLLAND, J. S. Doença Crônica e o Ciclo de Vida Familiar. In: **As mudanças no ciclo familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, cap. 18, p. 85-112.

SÁ, A. C. **Aplicação do toque terapêutico em mulheres portadoras de câncer de mama sob tratamento quimioterápico**. São Paulo, 2001. 143 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

SALMINEN, E. K. et al. International Conference on Advances in Radiation Oncology (ICARO): Outcomes of an IAEA Meeting. *Radiation Oncology*, v. 4, p. 6-11, Fev. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3042948/>>. Acesso em: 16 out. 2013.

SALVO, N. et al. Frequency of Reporting and Predictive Factors for Anxiety and Depression in Patients with Advanced Cancer. *Clinical Oncology*, v. 24, p. 139- 48. 2012. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0936655511006832>>. Acesso em: 02. Dez. 2013.

SANTOS, R. C. S. et al. Mucosite em pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço submetidos à radioquimioterapia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 6, p. 1338-44. 2011. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/reusp/article/viewFile/40842/44250>>. Acesso em: 18 dez. 2014.

SCHNEIDER, F. **Uso da *Calendula officinalis* na prevenção e tratamento de radiodermite em cabeça e pescoço: ensaio clínico randomizado duplo cego**. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2012. 112f.

SHELDON, L. K et al. Putting Evidence Into Practice: Evidence-Based Interventions for Anxiety. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, v. 12, n. 5, p. 789-797. 2008. Disponível em: < <http://ons.metapress.com/content/km88810165278788/?genre=article&id=doi%3a10.1188%2f08.CJON.789-797>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

SOUZA, K. K.; AARESTAD, N. O. Radioterapia. In: **Segredos em enfermagem oncológica: respostas necessárias ao dia a dia**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed. 2009. Cap. 5. p. 67-76.

SOUZA, M. G. G.; SANTO, F. H. E. O Olhar que Olha o Outro... Um Estudo com Familiares de Pessoas em Quimioterapia Antineoplásica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 1, p 31-41. 2009.

SOUZA, N. L. **Educação em saúde da criança e adolescente com câncer e sua família em casa de apoio**. Florianópolis, 2007. 100 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em: < [https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/90704/247011.pdf?sequence=1&isAll owed=y](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/90704/247011.pdf?sequence=1&isAll%20owed=y)>. Acesso em: 10 jun. 2013.

STANLEY, K. J. Enfrentamento familiar e do cuidador. In: **Segredos em Enfermagem Oncológica: respostas necessárias ao dia a dia**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009, cap. 57, p. 585-589.

STIEGELIS, H. E.; RANCHOR, A. V.; SANDERMAN, R. Psychological functioning in cancer patients treated with radiotherapy. **Patient Education and Counseling**, v. 52, p.131–41. 2004. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399103000211>>. Acesso em: 02. Dez.2013.

VASCONCELOS, A. S.; COSTA, C.; BARBOSA, L. N. F. Do transtorno de ansiedade ao câncer. **Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v.11, n. 2. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582008000200006&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 out. 2013.

VAZ, A. F. et al. Implementação do processo de enfermagem em uma unidade de radioterapia: elaboração de instrumento para registro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 3, Ribeirão Preto, Mai/Jun. 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000300004&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 dez. 2013.

WAKEFIELD, C. E.; BUTOW, P.; FLEMING, C. A.; DANIEL, G.; COHN, R. J. Family information needs at childhood cancer treatment completion. **Pediatr Blood&Cancer**, v. 58, n. 4, p. 621-6. 2012. Disponível em:< <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pbc.23316/abstract>>. Acesso em: 01 jul. 2013.

WANDERBROOCKE, A. C. N. S. Cuidando de um familiar com câncer. **Revista Psicologia Argumento**, v. 23, n. 41, p. 17-23. 2005. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=183&dd99=view>>. Acesso em: 19 out. 2013.

WHITE, V. M. Can a tailored telephone intervention delivered by volunteers reduce the supportive care needs, anxiety and depression of people with colorectal cancer? A randomised controlled trial. **Psycho-Oncology**, v. 21, p. 1053-1062. 2012.

WONG, D.; WHALEY, L. **Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais a intervenção efetiva**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989. 190 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Globocan: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldline in 2012. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx>. Acesso em: 19 jan. 2014.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2012. 327p.

ZEGUERS, M. et al. The information needs of new radiotherapy patients: how to measure? Do they want to know everything? And if not, why? **International Journal of Radiation Oncology**, v. 82, n. 1, p. 418–424. 2012.

ZISSIADIS, I.; HARPER, E.; KEARNEY, E. Impact of more intensive written information in patients having radical radiation therapy: Results of a prospective randomized phase III trial. **Radiotherapy and Oncology**, v. 96, p. 254–258. 2010.

APÊNDICES

Apêndice A – Instrumento I: Questionário sócio demográfico e aspectos clínicos do paciente em tratamento radioterápico

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUACAO EM ENFERMAGEM

Nº do instrumento: _ - _ - _

Nº de telefone para contato: () _ _ _ _ - _ _ _ _ ou () _ _ _ _ - _ _ _ _

A1	Qual a sua data de nascimento?	Data de nascimento: ___/___/___ (dia) (mês) (ano)
A2	Qual o seu sexo?	1. <input type="checkbox"/> masculino 2. <input type="checkbox"/> feminino
A3	Qual a sua escolaridade?	1. <input type="checkbox"/> não estudou 2. <input type="checkbox"/> 1o grau incompleto 3. <input type="checkbox"/> 1o grau completo 4. <input type="checkbox"/> 2o grau incompleto 5. <input type="checkbox"/> 2o grau completo 6. <input type="checkbox"/> superior incompleto 7. <input type="checkbox"/> superior completo 8. <input type="checkbox"/> pós-graduação incompleto 9. <input type="checkbox"/> pós-graduação completo
A4	Qual a sua situação conjugal?	1. <input type="checkbox"/> convive com esposo/a ou companheiro/a 2. <input type="checkbox"/> solteiro/a 3. <input type="checkbox"/> separado/a, divorciado/a ou viúvo/a
A5	O Sr (a) reside com quem?	1. <input type="checkbox"/> sozinho/a 2. <input type="checkbox"/> esposo /a ou companheiro/a 3. <input type="checkbox"/> filho/a 4. <input type="checkbox"/> neto/a 5. <input type="checkbox"/> outra
A6	Sua moradia é:	1. <input type="checkbox"/> própria 2. <input type="checkbox"/> alugada 3. <input type="checkbox"/> outra. Qual: _____
A7	Qual a procedência de sua moradia?	1. <input type="checkbox"/> zona urbana 2. <input type="checkbox"/> zona rural
A8	Quantos filho/a(s) você tem?	Número de filho/a(s): _____
A9	Qual a renda mensal da família?	R\$ _____
A10	Qual sua situação de trabalho?	1. <input type="checkbox"/> aposentado 2. <input type="checkbox"/> não aposentado
A11	Atualmente realiza algum trabalho?	1. <input type="checkbox"/> não 2. <input type="checkbox"/> sim. Qual? _____
A12	Qual sua religião?	1. <input type="checkbox"/> católica 2. <input type="checkbox"/> evangélica 3. <input type="checkbox"/> espírita 4. <input type="checkbox"/> batista 5. <input type="checkbox"/> outra
A13	Em que local o Sr (a) permanece durante o tratamento radioterápico?	1. <input type="checkbox"/> residência própria 2. <input type="checkbox"/> casa de apoio 3. <input type="checkbox"/> hotel 5. <input type="checkbox"/> casa alugada 6. <input type="checkbox"/> residência de parentes- amigos
A14	O Sr (a) utiliza ou depende de algum meio de transporte para chegar até o setor radioterápico?	1. <input type="checkbox"/> não 2. <input type="checkbox"/> sim. Qual? _____

A15	Qual o tempo de diagnóstico do câncer?	_ _ meses
A16	Tipo de câncer:	_____
A17	O Sr (a) tem alguma outra doença diagnosticada?	1. <input type="checkbox"/> não 2. <input type="checkbox"/> sim. Qual? _____
A18	Faz uso de algum tipo de medicamento?	1. <input type="checkbox"/> não 2. <input type="checkbox"/> sim. Qual? _____

Apêndice B – Instrumento II: Questionário sócio demográfico e de saúde do familiar

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUACAO EM ENFERMAGEM

Nº do instrumento: __-__-__

Nº de telefone para contato: () _____-_____-____ ou () _____-_____-____

A1	Qual a sua data de nascimento?	Data de nascimento: ___/___/___ (dia) (mês) (ano)
A2	Qual o seu sexo?	1. <input type="checkbox"/> masculino 2. <input type="checkbox"/> feminino
A3	Qual a sua escolaridade?	1. <input type="checkbox"/> não estudou 2. <input type="checkbox"/> 1o grau incompleto 3. <input type="checkbox"/> 1o grau completo 4. <input type="checkbox"/> 2o grau incompleto 5. <input type="checkbox"/> 2o grau completo 6. <input type="checkbox"/> superior incompleto 7. <input type="checkbox"/> superior completo 8. <input type="checkbox"/> pós-graduação incompleto 9. <input type="checkbox"/> pós-graduação completo
A4	Qual a sua situação conjugal?	1. <input type="checkbox"/> casado/a 2. <input type="checkbox"/> solteiro/a 3. <input type="checkbox"/> separado/a, divorciado/a ou viúvo/a
A5	O Sr (a) reside com quem?	1. <input type="checkbox"/> sozinho/a 2. <input type="checkbox"/> esposo /a ou companheiro/a 3. <input type="checkbox"/> filho/a 4. <input type="checkbox"/> neto/a 5. <input type="checkbox"/> outra
A6	Sua moradia é:	1. <input type="checkbox"/> própria 2. <input type="checkbox"/> alugada 3. <input type="checkbox"/> outra. Qual: _____
A7	Qual a procedência de sua moradia?	1. <input type="checkbox"/> área urbana 2. <input type="checkbox"/> área rural
A8	Quantos filho/a(s) você tem?	Número de filho/a(s): _____
A9	Qual a renda mensal da família?	R\$ _____
A10	Qual sua situação de trabalho?	1. <input type="checkbox"/> aposentado 2. <input type="checkbox"/> não aposentado
A11	Atualmente realiza algum trabalho?	1. <input type="checkbox"/> não 2. <input type="checkbox"/> sim. Qual? _____
A12	Qual seu grau de parentesco com o familiar que está iniciando o tratamento radioterápico?	1. <input type="checkbox"/> esposo /a ou companheiro/a 2. <input type="checkbox"/> filho/a 3. <input type="checkbox"/> neto/a 4. <input type="checkbox"/> irmão/a 5. <input type="checkbox"/> vizinho/a 6. <input type="checkbox"/> amigo/a 7. <input type="checkbox"/> outra. Qual _____
A13	Qual sua religião?	1. <input type="checkbox"/> católica 2. <input type="checkbox"/> evangélica 3. <input type="checkbox"/> espírita 4. <input type="checkbox"/> batista 5. <input type="checkbox"/> outra

A14	Em que local o Sr (a) permanece durante o tratamento radioterápico do seu familiar?	1. <input type="checkbox"/> residência própria 2. <input type="checkbox"/> casa de apoio 3. <input type="checkbox"/> hotel 5. <input type="checkbox"/> casa alugada 6. <input type="checkbox"/> residência de parentes- amigos
A15	O Sr (a) utiliza ou depende de algum meio de transporte para chegar até o setor radioterápico, para acompanhar seu familiar?	1. <input type="checkbox"/> não 2. <input type="checkbox"/> sim. Qual? _____
A16	O Sr (a) tem alguma doença diagnosticada?	1. <input type="checkbox"/> não 2. <input type="checkbox"/> sim. Qual? _____
A17	Faz uso de algum tipo de medicamento?	1. <input type="checkbox"/> não 2. <input type="checkbox"/> sim. Qual? _____
A18	Quanto tempo o Sr (a) permanece com o paciente durante o tratamento radioterápico?	_____

Apêndice C – Conteúdo das ligações telefônicas

Intervenção	Conteúdo	Definição	Fonte
1º Ligação Telefônica	O que é a Radioterapia	É um tratamento no qual se utilizam radiações para destruir um tumor ou impedir que suas células aumentem. Estas radiações não são vistas e durante a aplicação o paciente não sente nada. A radioterapia pode ser usada em combinação com a quimioterapia ou outros recursos usados no tratamento dos tumores.	Instituto Nacional do Câncer-INCA (BRASIL, 2008).
1º Ligação Telefônica	Benefícios da radioterapia	- Metade dos pacientes com câncer é tratada com radiações, e é cada vez maior o número de pessoas que ficam curadas com este tratamento. Para muitos pacientes, é um meio bastante eficaz, fazendo com que o tumor desapareça e a doença fique controlada, ou até mesmo curada. - Quando não é possível obter a cura, a radioterapia pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida. Isso porque as aplicações diminuem o tamanho do tumor, o que alivia a pressão, reduz hemorragias, dores e outros sintomas, proporcionando alívio aos pacientes.	Instituto Nacional do Câncer-INCA (BRASIL, 2008).
2º Ligação Telefônica	Possíveis efeitos da radioterapia	A intensidade dos efeitos da radioterapia depende da dose do tratamento, da parte do corpo tratada, da extensão da área radiada, do tipo de radiação e do aparelho utilizado. Geralmente aparece na 3ª semana de aplicação e desaparecem poucas semanas depois de terminado o tratamento, podendo durar mais tempo. Os efeitos indesejáveis mais frequentes são o cansaço e a perda do apetite e dificuldade para ingerir alimentos.	Instituto Nacional do Câncer-INCA (BRASIL, 2008).
2º Ligação Telefônica	O que fazer quando surgir os efeitos da radioterapia	- Cansaço: o paciente deve diminuir as atividades e descansar nas horas livres. Algumas pessoas preferem se afastar do trabalho, outras trabalham menos horas no período de tratamento. - Perda de apetite e dificuldade para ingerir alimentos: é recomendável comer pouco e em mais vezes. O paciente deve ingerir coisas leves e variar a comida para melhorar o apetite. Fazer uma caminhada antes das refeições também ajuda. Em alguns casos, a saliva torna-se mais espessa e altera o sabor dos alimentos, mas após o término do tratamento o paladar irá melhorar.	Instituto Nacional do Câncer-INCA (BRASIL, 2008).

Apêndice D – Roteiro da entrevista de avaliação da intervenção

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUACAO EM ENFERMAGEM

Título do estudo: “Intervenção por telefone: estratégia para manejo da ansiedade de paciente e familiar em tratamento radioterápico”.

Objetivo do estudo: Avaliar os efeitos de uma intervenção por telefone na diminuição dos níveis de ansiedade em paciente e familiar durante o tratamento radioterápico

Pesquisador Responsável: Prof^a. Dr^a. Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini

Contato: (55) 3220-8263; **E-mail:** nara.girardon@gmail.com

Pesquisador: Enf^o. Bruna Stamm

Contato: (55) 9998-2253 **E-mail:** bruna-stamm@hotmail.com

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Instituição/Departamento: UFSM - Universidade Federal de Santa Maria/RS.

Local da coleta de dados: Ambulatório de Radioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria/RS (HUSM/RS)

1. Como foi para o (a) Sr (a) receber as ligações telefônicas, durante o período de tratamento radioterápico?
2. Como o (a) Sr (a) se sentia após as ligações? Fale sobre isso.
3. O Sr (a) percebeu mudanças no seu comportamento, em relação a sua ansiedade, quando atendia as ligações telefônicas?
4. O que o (a) Sr (a) e sua família comentaram ou falaram entre vocês, sobre as ligações telefônicas recebidas?

Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para paciente participante do grupo controle

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – UFSM

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Título do estudo: “Intervenção por telefone: estratégia para manejo da ansiedade de pacientes e familiares em tratamento radioterápico”.

Objetivo do estudo: Avaliar os efeitos de uma intervenção por telefone na diminuição dos níveis de ansiedade de pacientes e familiares durante o tratamento radioterápico

Pesquisador Responsável: Prof^{ra}. Dr^a. Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini

Contato: (55) 3220-8263; **E-mail:** nara.girardon@gmail.com

Pesquisador: Enf^o. Bruna Stamm

Contato: (55) 9998-2253 **E-mail:** bruna-stamm@hotmail.com

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Instituição/Departamento: UFSM - Universidade Federal de Santa Maria/RS.

Local da coleta de dados: Ambulatório de Radioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria/RS (HUSM/RS).

Prezado (a) Senhor (a) você está sendo convidado (a) a participar deste estudo de forma **voluntária**. Caso aceite participar, você responderá às perguntas destes questionários e atenderá as ligações telefônicas previamente agendadas, uma vez à semana, durante o período de tratamento radioterápico.

Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.

A pesquisadora deverá responder todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar. Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade ou poderá suspender – lá, e neste caso, as informações serão excluídas da pesquisa e inutilizadas.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM e será apresentado em duas vias, uma para a pesquisadora e outra via para o (a) Sr (a), estando em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas com seres humanos.

Procedimentos: Sua participação consiste em responder a um questionário sócio demográfico, um questionário que contém perguntas sobre a sua ansiedade e atender as ligações telefônicas previamente agendadas, uma vez à semana, durante o período de

tratamento radioterápico. A entrevista será feita em uma sala reservada, do ambulatório de radioterapia e irá demorar cerca de 40 minutos.

Os dados coletados permanecerão armazenados durante cinco anos no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM, em armário com chave. Após esse período serão destruídos.

Benefícios: O (a) Sr (a) não terá nenhum benefício direto ao participar do estudo, no entanto, estará colaborando para que esta pesquisa traga maior conhecimento sobre o tema abordado aos profissionais de saúde, em especial aos enfermeiros, contribuindo para a construção de conhecimentos teóricos e para a qualificação da prática do cuidado a pacientes oncológicos, bem como para a implementação de contatos telefônicos no cotidiano da assistência, como uma ferramenta de cuidado aos pacientes e familiares.

Riscos: A participação nesse estudo poderá representar algum **risco** de ordem física, como cansaço ao responder as perguntas, ou psicológica, pelo desconforto emocional e neste caso, se as pesquisadoras considerarem necessário e o (a) Sr (a) desejar, será oferecido suporte de enfermagem por meio da escuta sensível.

Sigilo: As informações serão utilizadas para elaboração de uma Dissertação de Mestrado, elaboração de um Trabalho de Conclusão de Curso, demais publicações científicas decorrentes desta produção, e para compor um banco de dados. As informações somente serão divulgadas de forma anônima e no seu conjunto, sendo mantidas no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM, no prédio 26, sala 1339, por um período de cinco anos sob a responsabilidade da sra. Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini. Após este período, os dados serão destruídos.

Caso o (a) Sr (a) tenha alguma dúvida que não tenha sido esclarecida, poderá telefonar contato a cobrar, com a pesquisadora pelo telefone acima citado.

Diante do exposto, eu (paciente) _____, declaro que fui esclarecido (a) o suficiente sobre o estudo a ser realizado pela pesquisadora supra nominada e concordo em participar.

Esse documento possui duas vias, ficando uma com o colaborador e a outra com a pesquisadora.

Santa Maria, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do participante

RG:

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

Santa Maria, ____ de _____ de 20 ____.

Enfª Msd. Bruna Stamm

Profª. Enfª. Drª. Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini

Telefone e endereço para contato: (0XX)55 3220-8263. Universidade Federal de Santa Maria. Departamento de Enfermagem. Av. Roraima, 1000 - Prédio 26- Cidade Universitária - Bairro Camobi. CEP 97105-900 - Santa Maria/RS.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa. Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - Sala 702 - Cidade Universitária - Bairro Camobi - 97105-900 - Santa Maria – RS - Tel.: (55)32209362- e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Apêndice F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para familiar participante do grupo controle

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – UFSM

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Prezado (a) Senhor (a) você está sendo convidado (a) a participar deste estudo de forma **voluntária**. Caso aceite participar, você responderá a uma entrevista no início e no término do período de tratamento radioterápico e atenderá as ligações telefônicas previamente agendadas, uma vez à semana, durante o período de tratamento radioterápico de seu familiar.

Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.

A pesquisadora deverá responder todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar. Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade ou poderá suspender – lá, e neste caso, as informações serão excluídas da pesquisa e inutilizadas.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM e será apresentado em duas vias, uma para a pesquisadora e outra via para o (a) Sr (a), estando em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas com seres humanos.

Procedimentos: Sua participação consiste em responder a um questionário sócio demográfico, um questionário que contém perguntas sobre a sua ansiedade e atender as ligações telefônicas previamente agendadas, uma vez à semana, com duração de aproximadamente quinze minutos, durante o período de tratamento radioterápico de seu familiar. A entrevista será feita em uma sala reservada, do ambulatório de radioterapia e irá demorar cerca de 40 minutos.

Os dados coletados permanecerão armazenados durante cinco anos no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM, em armário com chave. Após esse período serão destruídos.

Benefícios: O (a) Sr (a) não terá nenhum benefício direto ao participar do estudo, no entanto, estará colaborando para que esta pesquisa traga maior conhecimento sobre o tema abordado aos profissionais de saúde, em especial aos enfermeiros, contribuindo para a construção de conhecimentos teóricos e para a qualificação da prática do cuidado a pacientes oncológicos,

bem como para a implementação de contatos telefônicos no cotidiano da assistência, como uma ferramenta de cuidado aos pacientes e familiares.

Riscos: A participação nesse estudo poderá representar algum **risco** de ordem física, como cansaço ao responder as perguntas, ou psicológica, pelo desconforto emocional e neste caso, se as pesquisadoras considerarem necessário e o (a) Sr (a) desejar, será oferecido suporte de enfermagem por meio da escuta sensível.

Sigilo: As informações serão utilizadas para elaboração de uma Dissertação de Mestrado, elaboração de um Trabalho de Conclusão de Curso, demais publicações científicas decorrentes desta produção, e para compor um banco de dados. As informações somente serão divulgadas de forma anônima e no seu conjunto, sendo mantidas no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM, no prédio 26, sala 1339, por um período de cinco anos sob a responsabilidade da sra. Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini. Após este período, os dados serão destruídos.

Caso o (a) Sr (a) tenha alguma dúvida que não tenha sido esclarecida, poderá telefonar contato a cobrar, com a pesquisadora pelo telefone acima citado.

Diante do exposto, eu (familiar) _____, declaro que fui esclarecido (a) o suficiente sobre o estudo a ser realizado pela pesquisadora supra nominada e concordo em participar.

Esse documento possui duas vias, ficando uma com o colaborador e a outra com a pesquisadora.

Santa Maria, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do participante

RG:

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

Santa Maria, ____ de _____ de 20 ____.

Enf^a Msd. Bruna Stamm

Prof^a. Enf^a. Dr^a. Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini

Telefone e endereço para contato: (0XX)55 3220-8263. Universidade Federal de Santa Maria. Departamento de Enfermagem. Av. Roraima, 1000 - Prédio 26- Cidade Universitária - Bairro Camobi. CEP 97105-900 - Santa Maria/RS.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa. Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - Sala 702 - Cidade Universitária - Bairro Camobi - 97105-900 - Santa Maria – RS - Tel.: (55)32209362- e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Apêndice G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para paciente participante do grupo intervenção

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – UFSM

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Título do estudo: “Intervenção por telefone: estratégia para manejo da ansiedade de pacientes e familiares em tratamento radioterápico”.

Objetivo do estudo: Avaliar os efeitos de uma intervenção por telefone na diminuição dos níveis de ansiedade de pacientes e familiares durante o tratamento radioterápico

Pesquisador Responsável: Prof^ª. Dr^ª. Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini

Contato: (55) 3220-8263; **E-mail:** nara.girardon@gmail.com

Pesquisador: Enf^º. Bruna Stamm

Contato: (55) 9998-2253 **E-mail:** bruna-stamm@hotmail.com

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Instituição/Departamento: UFSM - Universidade Federal de Santa Maria/RS.

Local da coleta de dados: Ambulatório de Radioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria/RS (HUSM/RS).

Prezado (a) Senhor (a) você está sendo convidado (a) a participar deste estudo de forma **voluntária**. Caso aceite participar, você responderá às perguntas destes questionários, atenderá as ligações telefônicas previamente agendadas, uma vez à semana, com duração de aproximadamente quinze minutos, durante o período de tratamento radioterápico, e ao término do tratamento, será convidado a participar de uma entrevista.

A pesquisadora deverá responder todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar. Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade ou poderá suspender – lá, e neste caso, as informações serão excluídas da pesquisa e inutilizadas.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM e será apresentado em duas vias, uma para a pesquisadora e outra via para o (a) Sr (a), estando em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas com seres humanos.

Procedimentos: Sua participação consiste em responder a um questionário sócio demográfico, um questionário que contém perguntas sobre a sua ansiedade e atender as ligações telefônicas previamente agendadas, uma vez à semana, com duração de aproximadamente quinze minutos, durante o período de tratamento radioterápico e ao término

do tratamento, será convidado a participar de uma entrevista. A entrevista será feita em uma sala reservada, do ambulatório de radioterapia e irá demorar cerca de 40 minutos.

Os dados coletados permanecerão armazenados durante cinco anos no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM, em armário com chave. Após esse período serão destruídos.

Benefícios: O (a) Sr (a) não terá nenhum benefício direto ao participar do estudo, no entanto, ao atender as ligações telefônicas poderá ter a possibilidade de compartilhar como se sente, seus sentimentos e angústias, como também sanar dúvidas referentes ao tratamento radioterápico, podendo contribuir para amenizar seus níveis ou estado de ansiedade.

Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, contribuindo para a construção de conhecimentos teóricos e para a qualificação da prática do cuidado a pacientes oncológicos, bem como a implementação de contatos telefônicos no cotidiano da assistência, como uma ferramenta e estratégia de cuidado.

Riscos: Este estudo poderá representar algum risco de ordem física, como cansaço ao responder as perguntas e atender as ligações, ou psicológica, pelo desconforto emocional e neste caso, se as pesquisadoras considerarem necessário e o (a) Sr (a) desejar, será oferecido suporte de enfermagem por meio da escuta sensível.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelas pesquisadoras. O (a) Sr (a) não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Caso o (a) Sr (a) tenha alguma dúvida que não tenha sido esclarecida, poderá telefonar contato a cobrar, com a pesquisadora pelo telefone acima citado.

Diante do exposto, eu (paciente) _____, declaro que fui esclarecido (a) o suficiente sobre o estudo a ser realizado pela pesquisadora supra nominada e concordo em participar.

Esse documento possui duas vias, ficando uma com o colaborador e a outra com o pesquisador.

Santa Maria, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do participante

RG:

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

Santa Maria, ____ de _____ de 20 ____.

Enfª Msd. Bruna Stamm

Profª. Enfª. Drª. Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini

Telefone e endereço para contato: (0XX)55 3220-8263. Universidade Federal de Santa Maria. Departamento de Enfermagem. Av. Roraima, 1000 - Prédio 26- Cidade Universitária - Bairro Camobi. CEP 97105-900 - Santa Maria/RS.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa. Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - Sala 702 - Cidade Universitária - Bairro Camobi - 97105-900 - Santa Maria – RS - Tel.: (55)32209362- e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Apêndice H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para familiares participantes do grupo intervenção

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – UFSM

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Título do estudo: “Intervenção por telefone: estratégia para manejo da ansiedade de pacientes e familiares em tratamento radioterápico”.

Objetivo do estudo: Avaliar os efeitos de uma intervenção por telefone na diminuição dos níveis de ansiedade de pacientes e familiares durante o tratamento radioterápico

Pesquisador Responsável: Prof^a. Dr^a. Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini

Contato: (55) 3220-8263; **E-mail:** nara.girardon@gmail.com

Pesquisador: Enf^o. Bruna Stamm

Contato: (55) 9998-2253 **E-mail:** bruna-stamm@hotmail.com

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Instituição/Departamento: UFSM - Universidade Federal de Santa Maria/RS.

Local da coleta de dados: Ambulatório de Radioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria/RS (HUSM/RS).

Prezado (a) Senhor (a) você está sendo convidado (a) a participar deste estudo de forma **voluntária**. Caso aceite participar, você responderá às perguntas destes questionários, atenderá as ligações telefônicas previamente agendadas, uma vez à semana, com duração de aproximadamente quinze minutos, durante o período de tratamento radioterápico de seu familiar, e ao término do tratamento, será convidado a participar de uma entrevista.

Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.

A pesquisadora deverá responder todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar. Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade ou poderá suspender – lá, e neste caso, as informações serão excluídas da pesquisa e inutilizadas.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM e será apresentado em duas vias, uma para a pesquisadora e outra via para o (a) Sr (a), estando em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas com seres humanos.

Procedimentos: Sua participação consiste em responder a um questionário sócio demográfico, a um questionário que contém perguntas sobre a sua ansiedade e atender as

ligações telefônicas previamente agendadas, uma vez à semana, com duração de aproximadamente quinze minutos, durante o período de tratamento radioterápico, e será convidado a participar de uma entrevista. A entrevista será feita em uma sala reservada, do ambulatório de radioterapia e irá demorar cerca de 40 minutos.

Os dados coletados permanecerão armazenados durante cinco anos no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM, em armário com chave. Após esse período serão destruídos.

Benefícios: O (a) Sr (a) não terá nenhum benefício direto ao participar do estudo, no entanto, ao atender as ligações telefônicas poderá ter a possibilidade de compartilhar como se sente, seus sentimentos e angústias, como também sanar dúvidas referentes ao tratamento radioterápico, podendo contribuir para amenizar seus níveis ou estado de ansiedade.

Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, contribuindo para a construção de conhecimentos teóricos e para a qualificação da prática do cuidado a pacientes oncológicos, bem como a implementação de contatos telefônicos no cotidiano da assistência, como uma ferramenta e estratégia de cuidado.

Riscos: Este estudo poderá representar algum risco de ordem física, como cansaço ao responder as perguntas e atender as ligações, ou psicológica, pelo desconforto emocional e neste caso, se as pesquisadoras considerarem necessário e o (a) Sr (a) desejar, será oferecido suporte de enfermagem por meio da escuta sensível.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores. O Sr (a) não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Caso o (a) Sr (a) tenha alguma dúvida que não tenha sido esclarecida, poderá telefonar contato a cobrar, com a pesquisadora pelo telefone acima citado.

Diante do exposto, eu (familiar) _____, declaro que fui esclarecido (a) o suficiente sobre o estudo a ser realizado pela pesquisadora supra nominadas e concordo em participar.

Esse documento possui duas vias, ficando uma com o colaborador e a outra com o pesquisador.

Santa Maria, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do participante

RG:

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

Santa Maria, ____ de _____ de 20 ____.

Enfª Msd. Bruna Stamm

Profª. Enfª. Drª. Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini

Telefone e endereço para contato: (0XX)55 3220-8263. Universidade Federal de Santa Maria. Departamento de Enfermagem. Av. Roraima, 1000 - Prédio 26- Cidade Universitária - Bairro Camobi. CEP 97105-900 - Santa Maria/RS.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa. Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - Sala 702 - Cidade Universitária - Bairro Camobi - 97105-900 - Santa Maria – RS - Tel.: (55)32209362- e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Apêndice I – Termo de Confidencialidade dos Dados

Título do estudo: “Intervenção por telefone: estratégia para manejo da ansiedade de paciente e familiar em tratamento radioterápico”.

Pesquisador responsável: Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)/Departamento de Enfermagem

Telefone e endereço para contato: (0XX) 55 3220-8263 ou (0XX) 55 9998-2253
Universidade Federal de Santa Maria. Departamento de Enfermagem. Av. Roraima, 1000 - Prédio 26- Cidade Universitária - Bairro Camobi. CEP 97105-900 - Santa Maria/RS

Local da coleta de dados: Setor de Radioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria/RS (HUSM/RS).

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos da pesquisa, cujos dados serão coletados por meio de entrevista para preenchimento dos questionários. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas para elaboração de uma Dissertação de Mestrado, elaboração de um Trabalho de Conclusão de Curso, demais publicações científicas decorrentes desta produção, e para compor um banco de dados.

As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM, do prédio 26, sala 1339, por um período de cinco (05) anos sob a responsabilidade da Sra. Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini. Após este período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número do CAAE

Santa Maria,.....dede 20....

Enf^a. Msd. Bruna Stamm

Prof. Dra. Nara Marilene Girardon-Perlini
(Pesquisadora Responsável)

ANEXOS

Anexo A – Tabela de artigos que compõe o corpus de análise do estudo de revisão integrativa

Código	Referência
A1	Mokuau N, Braun LK, Daniggelis E. Building Family Capacity for Native Hawaiian Women with Breast Cancer. <i>Health Soc Work</i> . 2012 Nov; 37(4):216-24.
A2	Cooke L, Gemmill R, Grant M. Creating a Palliative/Educational Session for HCT Patients at Relapse <i>Clin J Oncol Nurs</i> . 2011 Aug; 15(4): 411–417.
A3	Badger TA et al. Psychosocial interventions to improve quality of life in prostate cancer survivors and their intimate or family partners. <i>Qual Life Res</i> . 2011 Aug; 20(6):833-44.
A4	Chiquelho R, Neves S, Mendes Á, Relvas AP, Sousa L. proFamilies: a psycho-educational multi-family group intervention for cancer patients and their families. <i>European Journal of Cancer Care Eur (Engl)</i> . 2011 May; 20(3):337-44.
A5	Hazen RA et al. A Feasibility Trial of a Video Intervention to Improve Informed Consent for Parents of Children With Leukemia. <i>Pediatr Blood Cancer</i> . 2010 Jul 15;55(1):113-8.
A6	Harden J et al. Factors Associated with Prostate Cancer Patients' and their Spouses' Satisfaction with a Family-based Intervention. <i>Cancer Nurs</i> . 2009 Nov-Dec; 32(6):482-92.
A7	Mutyaba T, Mirembe F, Sandin S, Weiderpass E. Male partner involvement in reducing loss to follow-up after cervical cancer screening in Uganda. <i>Int J Gynaecol Obstet</i> . 2009 Nov;107(2):103-6.
A8	Santacroce SJ, Asmus K, Kadan-Lottick N, Grey M. Feasibility and Preliminary Outcomes From a Pilot Study of Coping Skills Training for Adolescent - Young Adult Survivors of Childhood Cancer and Their Parents. <i>J Pediatr Oncol Nurs</i> . 2010 Jan-Feb; 27(1):10-20.
A9	Mostert S, Sitaresmi MN, Gundy CM, Janes V, Sutaryo; Veerman AJP. Comparing childhood leukaemia treatment before and after the introduction of a parental education programme in Indonesia. <i>Arch Dis Child</i> . 2010 Jan; 95(1):20-5.
A10	Roshanai AH, Rosenquist R, Lampic C, Nordin K. Does enhanced information at cancer genetic counseling improve counselees' knowledge, risk perception, satisfaction and negotiation of information to at-risk relatives? – a randomized study. <i>Acta Oncol</i> . 2009; 48(7):999-1009.
A11	Othman A, Blunden S, Mohamad N, Hussin ZAM, Osman ZJ. Piloting a psycho-education program for parents of pediatric cancer patients in Malaysia. <i>Psychooncology</i> . 2010 Mar; 19(3):326-31.

A12	Northouse LL et al. Randomized Clinical Trial of a Family Intervention for Prostate Cancer Patients and Their Spouses. <i>Cancer</i> . 2007 Dec 15; 110(12):2809-18.
A13	Sigurdardottir KE, Sigurdardottir A. The feasibility of offering a family level intervention to parents of children with cancer. <i>Scand J Caring Sci</i> . 2005 Dec; 19(4):368-72.
A14	Giesler RB et al. Improving the Quality of Life of Patients with Prostate Carcinoma - A Randomized Trial Testing the Efficacy of a Nurse-Driven Intervention. <i>Cancer</i> . 2005 Aug 15; 104(4):752-62.
A15	Keefe FJ et al. Partner-Guided Cancer Pain Management at the End of Life: A Preliminary Study. <i>J Pain Symptom Manage</i> . 2005 Mar; 29(3):263-72.
A16	Reis J, McGinty B, Jones S. An e Learning Caregiving Program for Prostate Cancer Patients and Family Members. <i>J Med Syst</i> . 2003 Feb; 27(1):1-12.
A17	Carlsson ME, Strang PM. Educational Support Programme for Gynaecological Cancer Patients and Their Families. <i>Acta Oncol</i> . 1998; 37(3):269-75.

Anexo B – Produção científica brasileira dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem *strictu sensu* sobre a temática das intervenções de enfermagem a pacientes oncológicos

	Título	Nível de pesquisa	Área do conhecimento	Ano	Abordagem	Estado
R 1	“Relaxamento com imagem guiada: influência sobre a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer durante o tratamento quimioterápico”	Doutorado	Enfermagem	2012	quantitativo, quase experimental.	SP
R 2	“Efeitos da Intervenção de Enfermagem-Relaxamento no Sistema Imunológico de Mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama”	Mestrado	Epidemiologia	2008	-	ES
R 3	“Validação de intervenções de enfermagem para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia”	Mestrado	Enfermagem	2009	Descritivo	SP
R 4	“Aplicação do toque terapêutico em mulheres portadoras de câncer de mama sob tratamento quimioterápico”	Doutorado	-	2001	-	SP
R 5	“Educação em saúde da criança e adolescente com câncer e sua família em casa de apoio”	Mestrado	-	2007	Pesquisa convergente-assistencial	SC
R 6	“Vídeo educativo como tecnologia de apoio à prevenção do câncer de colo uterino”	Doutorado	Enfermagem	2011	Pesquisa de avaliação, quase experimental, transversal e quantitativa.	CE

Anexo C – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: INTERVENÇÃO POR TELEFONE: ESTRATÉGIA PARA MANEJO DA ANSIEDADE DE PACIENTES E FAMILIARES EM TRATAMENTO RADIOTERÁPICO

Pesquisador: NARA MARILENE OLIVEIRA GIRARDON-PERLINI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 28050514.7.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 554.423

Data da Relatoria: 11/03/2014

Apresentação do Projeto:

O câncer é uma das principais causas de morte e o número total de casos está aumentando em todo o mundo. O enfermeiro é um dos profissionais habilitado e disponível para apoiar e orientar o paciente e a família na vivência do processo de adoecimento, do tratamento e da reabilitação. O enfermeiro assume um papel primordial no tratamento do paciente oncológico, garantindo-lhe segurança, ajudando a minimizar desconfortos oriundos de todo o processo de adoecimento, e facilitando questões que dizem respeito aos possíveis tratamentos a serem empregados.

Trata-se de um estudo experimental do tipo ensaio clínico randomizado. Os participantes do estudo serão pacientes que estejam iniciando o tratamento radioterápico e um familiar, distribuídos em Grupo Controle e Grupo Intervenção. A população estimada do estudo será de 180 pessoas, sendo 90 pacientes e 90 familiares. O estudo será realizado junto ao ambulatório de radioterapia de um Hospital Público Universitário do Rio Grande do Sul. A coleta dos dados será realizada em três momentos, entre os meses de abril a junho de 2014. Como instrumento para coleta dos dados será utilizado um questionário com questões sócio demográficas e clínicas, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado e uma entrevista pós-intervenção. As intervenções serão realizadas por meio de contatos telefônicos com os

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi

CEP: 97.105-900

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 554.423

participantes do estudo. Quanto aos procedimentos, nesta etapa, os participantes do estudo serão aleatoriamente divididos em dois grupos: o Grupo Controle (GC) e Grupo Intervenção (GI).

A associação de uma intervenção de enfermagem, por meio do telefone, pode ser uma estratégia viável para redução dos sintomas de ansiedade, uma vez que possibilita um âmbito de associações e conexões, que conferem apoio e segurança, que facilitam o cuidado prestado ao paciente em tratamento oncológico, e conseqüentemente, sua família. Nessa direção, o uso do telefone apresenta-se como um importante método na comunicação enfermeiro-paciente e prevê-se um aumento da aplicação desta tecnologia ao longo dos próximos anos (BLAKE, 2008). Estudo de Car et al. (2004) aponta que o telefone pode ser usado em uma série de intervenções terapêuticas em saúde, como cuidados de rotina, triagem, reavaliação de prescrições, facilitando o acesso aos resultados de testes laboratoriais e às intervenções no âmbito da promoção da saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os efeitos de uma intervenção por telefone nos níveis de ansiedade de pacientes e familiares durante o tratamento radioterápico.

Objetivo Secundário:

a) Caracterizar os participantes do estudo segundo variáveis sócio demográficas e variáveis de saúde; b) Identificar os níveis de ansiedade dos pacientes e dos familiares antes e após a intervenção por telefone; c) Determinar se os fatores gênero, idade, tipo de câncer, podem interferir nos níveis de ansiedade; d) Comparar o nível de ansiedade entre os pacientes do grupo controle e do grupo intervenção; e) Comparar o nível de ansiedade entre os familiares do grupo controle e do grupo intervenção; f) Identificar quais as variáveis sócio demográficas que interferem nos níveis de ansiedade dos diferentes grupos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação nesse estudo poderá representar algum risco de ordem física aos participantes, como cansaço ao responder as perguntas e atender as ligações, ou psicológica, pelo desconforto

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi

CEP: 97.105-900

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 554.423

emocional. Ao ter se comprometido com data e horário para aguardar a ligação telefônica e falar sobre como estão se sentindo, neste caso, se as pesquisadoras considerarem necessário e o participante do GI desejar, será oferecido suporte de enfermagem por meio da escuta sensível, e sugerido nova ligação no dia seguinte.

Benefícios:

Os participantes não terão nenhum benefício direto ao participar do estudo. No entanto, os participantes do GI, ao atender as ligações telefônicas, poderão ter a possibilidade de reforçar informações sobre o tratamento radioterápico e compartilhar como estão se sentindo, bem como sanar alguma dúvida referente ao tratamento radioterápico. Por consequência, acredita-se que esta poderá contribuir para amenizar níveis ou estado de ansiedade. E aos participantes do GC, com a participação no estudo, estarão colaborando para que esta pesquisa traga maior conhecimento sobre o tema abordado aos profissionais de saúde, em especial aos enfermeiros, contribuindo para a construção de conhecimentos teóricos e para a qualificação da prática do cuidado a pacientes oncológicos, bem como para a implementação de contatos telefônicos no cotidiano da assistência, como uma ferramenta de cuidado aos pacientes e familiares.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem fundamentada, com metodologia adequada e de relevância científica. Apresenta todos os cuidados éticos e o projeto está bem estruturado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes e adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se registrar como ensaio clínico na plataforma www.ensaiosclinicos.gov.br.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900

UF: RS **Município:** SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 554.423

SANTA MARIA, 12 de Março de 2014

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Prof. Dr. Claudemir de Quadros
Coordenador do CEP/UFSM

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi

CEP: 97.105-900

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

Anexo D – Inventário de Ansiedade Traço- Estado (IDATE) (Spielbelger e colaboradores, 1970)

Ansiedade Estado

Absolutamente Não=1 Um Pouco=2 Bastante= 3 Muitíssimo=4				
01. Sinto-me calmo	1	2	3	4
02. Sinto-me seguro	1	2	3	4
03. Estou tenso	1	2	3	4
04. Estou arrependido	1	2	3	4
05. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
06. Sinto-me perturbado	1	2	3	4
07. Estou preocupado com futuros infortúnios	1	2	3	4
08. Sinto-me descansado	1	2	3	4
09. Sinto-me ansioso	1	2	3	4
10. Sinto-me “em casa”	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13. Estou agitado	1	2	3	4
14. Sinto-me “uma pilha de nervos”	1	2	3	4
15. Estou descontraído	1	2	3	4
16. Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
17. Estou preocupado	1	2	3	4
18. Sinto-me superexcitado e confuso	1	2	3	4
19. Sinto-me alegre	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

Ansiedade Traço

Absolutamente Não=1 Um Pouco=2 Bastante= 3 Muitíssimo=4				
01. Sinto-me bem	1	2	3	4
02. Canso-me facilmente	1	2	3	4
03. Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
04. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
05. Perco a oportunidade porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
06. Sinto-me descansado	1	2	3	4
07. Sou calmo, ponderando e senhor de mim mesmo	1	2	3	4
08. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver	1	2	3	4
09. Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10. Sou feliz	1	2	3	4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo	1	2	3	4
13. Sinto-me seguro	1	2	3	4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15. Sinto-me deprimido	1	2	3	4
16. Estou satisfeito	1	2	3	4
17. Às vezes, ideias sem importância entram na minha cabeça e me preocupam	1	2	3	4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20. Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4

Anexo E – Comprovação do processo de apreciação junto ao Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC)

Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) Dashboard - Submissões

USUÁRIO: naragirardon | SUBMISSÕES: 001 | PENDÊNCIAS: 001

NOTÍCIAS | SOBRE | AJUDA | CONTATO

HOME / PAINEL

Submissões

Data	Título	Situação
2014/05/16 12:17	INTERVENÇÃO POR TELEFONE: ESTRATÉGIA PARA MANEJO DA ANSIEDADE DE PACIENTES E FAMILIARES EM TRATAMENTO RADIOTERÁPICO	pendente

[NOVA SUBMISSÃO](#) | [MOSTRAR TODOS](#)

Observações

Data	Submissão	Contexto	Texto
2014/09/19 15:05	INTERVENÇÃO POR TELEFONE: ESTRATÉGIA PARA MANEJO ...	attachments	Prezado registrante, o processo de revisão de seu estudo...
2014/11/24 14:50	INTERVENÇÃO POR TELEFONE: ESTRATÉGIA PARA MANEJO ...	trial-identification	O "TÍTULO CIENTÍFICO" do estudo deve ser exatamente igual...
2014/11/24 14:52	INTERVENÇÃO POR TELEFONE: ESTRATÉGIA PARA MANEJO ...	trial-identification	O título público deve estar de acordo com o título, mas em...
2014/11/24 14:54	INTERVENÇÃO POR TELEFONE: ESTRATÉGIA PARA MANEJO ...	trial-identification	Os acrônimos referem-se às siglas de fácil lembrança com os...
2014/11/24 14:55	INTERVENÇÃO POR TELEFONE: ESTRATÉGIA PARA MANEJO ...	trial-identification	Prezado registrante, ao preencher o campo IDENTIFICADORES...
2014/11/24 14:55	INTERVENÇÃO POR TELEFONE: ESTRATÉGIA PARA MANEJO ...	sponsors	O patrocinador primário é o proponente do estudo, ou seja...
2014/11/24 14:57	INTERVENÇÃO POR TELEFONE: ESTRATÉGIA ...	health-conditions	No campo "CONDIÇÕES DE SAÚDE OU PROBLEMAS"

Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) Dashboard - SUMÁRIO DO ENSAIO

USUÁRIO: naragirardon | SUBMISSÕES: 001 | PENDÊNCIAS: 001

NOTÍCIAS | SOBRE | AJUDA | CONTATO

HOME / SUBMISSÕES / SUMÁRIO DO ENSAIO

Você não pode modificar esse ensaio porque ele está sendo revisado.

Parte	Nome do formulário	Situação (en)	Situação (pt-br)
1	Identificação do ensaio	● Parcial	● Parcial
2	Patrocinadores	● Concluído	● Concluído
3	Condições de saúde	● Concluído	● Concluído
4	Intervenções	● Concluído	● Concluído
5	Recrutamento	● Concluído	● Concluído
6	Tipo do estudo	● Concluído	● Concluído
7	Desfechos	● Concluído	● Concluído