



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM CÂNCER APÓS RADIOTERAPIA
POR ENFERMEIRO-LÍDER: REVISÃO INTEGRATIVA**

GIOVANNA DINIZ DE ALMEIDA

BRASÍLIA

2020

GIOVANNA DINIZ DE ALMEIDA

**ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM CÂNCER APÓS RADIOTERAPIA
POR ENFERMEIRO-LÍDER: REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado como pré-requisito para obtenção
do título de Bacharel em Enfermagem, pelo
Departamento de Enfermagem da Faculdade de
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Elaine Barros Ferreira

BRASÍLIA

2020

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a **Deus**, meu primeiro amor e autor dos maiores sonhos para mim, que me gerou e me permite todos os dias ser aquela que nasci para ser.

Aos meus pais **José Carlos** e **Wolmarina**, que me ensinaram muitos valores, sobretudo o amor e o respeito ao próximo.

Às minhas queridas e amadas irmãs **Marjorie** e **Isabella**, as quais estão sempre presentes em minha vida e são meus maiores exemplos.

Ao meu amado **Thiago**, que incentiva o melhor de mim como ser humano e profissional, dando seu suporte aos meus sonhos.

Às professoras da Universidade de Brasília, as quais me ensinaram tanto sobre a profissão e me moldaram enfermeira.

A todos os amigos que direta ou indiretamente fizeram parte deste ciclo, me apoiando quando precisei e fazendo dos trabalhos em grupo algo menos penoso!

E, por fim, dedico todo este trabalho aos pacientes e sobreviventes do câncer e profissionais de saúde, para que possam se sensibilizar e oferecer o melhor cuidado possível às pessoas que o necessitam em um momento de saúde-doença tão delicado. Além de obterem o melhor proveito desse trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe **Wolmarina** por ter acreditado em mim, ter me lembrado todos os dias que eu precisava me alimentar e dormir bem e ter propiciado o ambiente necessário aos estudos.

Às minhas irmãs **Marjorie** e **Isabella** que são incríveis e acreditaram em mim quando achei que não conseguiria. Irmãs, sou grata pelo apoio, pelos livros, conversas. O amor de vocês permitiu que esse sonho saísse do papel.

Sou grata especialmente ao meu cunhado **Ledan** que me deu suporte durante a graduação, me estimulou a estudar e abriu as portas de seu restaurante para mim.

Ao meu cunhado **Vitor Bruno** pelo incentivo e carinho recebidos sempre que precisei, além do tempo dispensado a todos os passeios e momentos quando estou vos visitando.

À **Anna Carolina** pela amizade e cumplicidade em incontáveis trabalhos, estágios e caronas. Obrigada por dividir tantos momentos comigo, dupla! Seria muito difícil passar por tudo isso sem você.

À **Melanie** por toda alegria que me proporciona e por todas as recepções calorosas.

Às minhas avós **Nair** e **Juvanilde** que são as mulheres que me ensinaram força, perseverança e amor. Vocês me ensinaram o mundo. Tenho orgulho de ser neta de ambas.

Aos **profissionais** conhecidos nos estágios – desde o pessoal da recepção, segurança, limpeza, profissionais da saúde – que foram gentis e me ensinaram diariamente.

À minha orientadora **Elaine Barros Ferreira** por ter visto potencial naquilo que eu propunha e ter extraído o melhor de mim, me guiando neste trabalho.

E agradeço a mim, Giovanna, por ter tido coragem, força, fé, resiliência e, sobretudo, pela perseverança! Ei, moça, você conseguiu!

“Olhe para o céu e conte as estrelas, se é que podes”

Esse é o mesmo que me disse:

Faça assim e assim e te abençoarei, Giovanna.

Com Tua instrução tenho perseverado,

Buscando honrar Teu nome e multiplicar Teu amor.

Não que me julgue digna,

Espero multiplicar as dracmas que me deste,

Entretanto, ainda resta trabalho a ser feito.

Ver a Tua obra e retirar aquilo que é apenas mármore.

Preciso aprender a sonhar grande e acreditar

No incrível, como o Senhor o faz.

Acreditar que minhas mãos serão realizadoras de milagres;

Acreditar que o (im)possível é questão de perspectiva.

Poesia “Perspectiva” / Composição: Giovanna Diniz

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	MÉTODO.....	10
2.1	<i>Pergunta norteadora.....</i>	<i>10</i>
2.2	<i>Crterios de elegibilidade.....</i>	<i>11</i>
2.3	<i>Fontes de informao e estratgias de busca.....</i>	<i>11</i>
2.4	<i>Seleo dos estudos</i>	<i>12</i>
2.5	<i>Extrao de dados.....</i>	<i>12</i>
2.6	<i>Avaliao da qualidade metodolgica.....</i>	<i>13</i>
3	RESULTADOS.....	14
4	DISCUSSO.....	28
5	CONCLUSO	32
6	REFERÊNCIAS	33
7	APÊNDICES.....	36
7.1	<i>Apndice 1.....</i>	<i>36</i>
7.2	<i>Apndice 2.....</i>	<i>37</i>

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos. Brasília, DF, Brasil, 2020.....	15
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos estudos individuais incluídos na revisão integrativa (n=7). Brasília, DF, Brasil, 2020.....	17
Tabela 2 – Características do acompanhamento e principais resultados dos estudos incluídos (n=7). Brasília, DF, Brasil, 2020.....	24
Tabela 3 – Avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos usando o <i>checklist</i> de avaliação crítica do JBI conforme delineamento do estudo. Brasília, DF, Brasil, 2020.....	26

LISTA DE SIGLAS

CINAHL *Current Nursing and Allied Health Literature*

LILACS Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

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

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

RESUMO

Introdução: Estratégias de acompanhamento lideradas por enfermeiros têm sido implementadas em oncologia como forma de apoiar a recuperação e a reabilitação dos pacientes. Pacientes com câncer submetidos à radioterapia requerem acompanhamento pós-tratamento para manejo de possíveis condições físicas ou psicossociais. **Objetivo:** Identificar quais são as estratégias lideradas por enfermeiros adotadas para acompanhamento do paciente com câncer após radioterapia. **Método:** Trata-se de revisão integrativa da literatura. A busca foi realizada nas seguintes bases de dados: CINAHL, Cochrane Library, LILACS, PubMed, Scopus e Web of Science. A qualidade metodológica foi avaliada segundo as recomendações do Instituto Joanna Briggs®. **Resultados:** Após seleção criteriosa e independente por dois revisores, 7 estudos atenderam aos critérios de elegibilidade. As estratégias adotadas incluíram desenvolvimento de algoritmo para padronização de consultas e manejo de sintomas, contato telefônico, aconselhamento presencial realizado por enfermeiros capacitados, com uma intervenção de reabilitação sexual combinada com um livreto de informações específico para o paciente e clínica virtual de acompanhamento para controle do PSA. Seis dos estudos apresentaram baixo risco de viés e um, risco de viés moderado. **Conclusão:** Os resultados apresentados foram encorajadores quanto ao acompanhamento realizado pelo enfermeiro-líder, uma vez que os resultados dos estudos individuais demonstraram que as práticas de acompanhamento podem ser seguras e efetivas.

Descritores: Padrões de Prática em Enfermagem; Radioterapia; Neoplasias; Assistência ao Convalescente; Revisão

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

Descriptores: Pautas de la Práctica en Enfermería; Radioterapia; Neoplasias; Cuidados Posteriores; Revisión

1 INTRODUÇÃO

O câncer é um relevante problema de saúde pública, apresentando elevada incidência e mortalidade em todo o mundo. Segundo o GLOBOCAN, foram estimados cerca de 18,1 milhões de novos casos e 9,6 milhões de mortes por câncer em todo o mundo em 2018⁽¹⁾. No Brasil, a projeção para cada ano do triênio 2020-2022 é de aproximadamente 625 mil casos novos de câncer⁽²⁾.

A radioterapia é uma das principais modalidades terapêuticas antineoplásicas. Mais de 50% de todos os pacientes com câncer serão submetidos à radioterapia, seja isoladamente ou em combinação com cirurgia e quimioterapia⁽³⁾.

A radioterapia consiste em um método de tratamento local ou loco-regional do câncer, que utiliza equipamentos e técnicas variadas para irradiar áreas do corpo prévia e adequadamente demarcadas, permitindo a máxima preservação dos tecidos normais adjacentes. A radiação pode ser fornecida por meio de um feixe externo (teleterapia), quando não há contato direto com o paciente, ou implantando fontes radioativas em cavidades ou tecidos (braquiterapia)⁽⁴⁾. Diferentes fatores contribuem para o resultado clínico após a radioterapia, tais como: tipo de radiação, dose total e fracionada, técnica utilizada, bem como as propriedades biológicas do tumor e dos tecidos irradiados⁽³⁾.

A exposição à radiação ionizante ocasiona radiotoxicidades relacionadas à área irradiada, que ocorrem, sobretudo, a partir do final da segunda semana de aplicação da radiação. Os efeitos adversos mais frequentes são: fadiga e alterações na pele da área irradiada, como eritema, descamação seca e/ou úmida, hiperpigmentação, epilação e prurido. De acordo com as especificidades das áreas irradiadas, os pacientes podem apresentar alterações no paladar, disfagia, mucosite, xerostomia e/ou saliva grossa, especialmente na região de cabeça e pescoço;

disfagia e náuseas, na região torácica; e alteração do ritmo intestinal e ardência ao urinar, na região pélvica⁽⁵⁾.

Desde o início da radioterapia, o paciente recebe acompanhamento multiprofissional, passando pela consulta de enfermagem com periodicidade semanal ou quinzenal. O acompanhamento com o enfermeiro é fundamental para orientação e avaliação dos principais sinais e sintomas que o paciente possa apresentar, bem como a influência da doença e da terapêutica em sua qualidade de vida⁽⁵⁾.

Embora o número de sobreviventes tenha aumentado por causa da evolução de tratamentos disponíveis, a sobrevivência não implica necessariamente em uma vida livre de problemas físicos e psicossociais relacionados à doença e ao seu tratamento⁽⁶⁾. O tratamento geralmente envolve uma terapia ou a combinação delas e pode ter vários efeitos colaterais em potencial. Além do desconforto físico, o impacto psicológico é significativo. Os pacientes podem experimentar ansiedade, depressão, incerteza e desesperança⁽⁷⁻⁹⁾. O pós-tratamento inicial, quando os pacientes recebem menos apoio dos profissionais de saúde do que eles tiveram durante o tratamento, é um dos mais vulneráveis períodos na trajetória do sobrevivente⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

A maioria dos pacientes deseja receber apoio profissional para lidar com as consequências do pós-tratamento. Além de reclamações físicas, pacientes reportam dificuldades em lidar com o aspecto emocional da doença e do tratamento recebido e reconstruir a autoconfiança para seguir em frente com suas vidas ao lado de amigos e familiares⁽¹²⁾. Para pacientes com doenças com potencial impacto a longo prazo na funcionalidade e na qualidade de vida, os enfermeiros geralmente estão em uma excelente posição para liderar o acompanhamento, porque eles desempenham um papel central no processo de cuidar⁽¹³⁾.

O termo “*nurse-led*” tem sido utilizado para definir a prática clínica liderada por enfermeiros generalistas, devidamente capacitados ou especialistas, que acompanham de forma

integral seus pacientes caso a caso. O papel da enfermagem nessa prática envolve avaliação, admissão, educação, tratamento, monitoramento, alta e encaminhamento a outros profissionais de saúde⁽¹⁴⁾.

Nessa perspectiva, o objetivo dessa revisão foi identificar quais são as estratégias lideradas por enfermeiros adotadas para acompanhamento do paciente com câncer após radioterapia.

2 MÉTODO

Trata-se de revisão integrativa da literatura, que permite sintetizar o conhecimento sobre determinado tema por meio de processo sistemático e rigoroso, realizando ampla análise da literatura disponível⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Para condução dessa revisão integrativa, foram seguidos os seis passos propostos por Mendes, Silveira e Galvão (2008)⁽¹⁵⁾, a saber: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; 2) estabelecimento de critérios de elegibilidade, busca e seleção dos estudos primários; 3) definição e categorização dos dados extraídos dos estudos; 4) avaliação crítica dos estudos incluídos na revisão; 5) síntese dos resultados da revisão e 6) apresentação da revisão e síntese do conhecimento.

2.1 Pergunta norteadora

A questão norteadora da pesquisa – “Quais as estratégias lideradas por enfermeiros estão descritas na literatura para acompanhamento de pacientes com câncer após radioterapia?” – foi formulada utilizando a estratégia PICO, do acrônimo paciente, intervenção, comparação e *outcomes*⁽¹⁷⁾.

2.2 *Crêterios de elegibilidade*

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

2.3 *Fontes de informa o e estratégias de busca*

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

A estratégia de busca utilizada no PubMed incluiu descritores controlados dispostos no *Medical Subject Headings* (MeSH) combinados com os operadores booleanos AND e OR, a saber ("Nurse-led"[All Fields] OR "Nurse-managed centres"[All Fields] OR "Nurse Navigator"[All Fields]) AND ("neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms" [All Fields] OR

"cancer"[All Fields] OR "radiotherapy" [Subheading] OR "radiotherapy" [All Fields] OR "radiotherapy" [MeSH Terms] OR "radiation therapy" [All Fields]). No LILACS utilizamos a estratégia de busca trilingue, com Descritores em Ciências da Saúde (DECS) em português, inglês e espanhol (tw:(“Nurse-led” OR “Padrões de Prática em Enfermagem” OR “Practice Patterns, Nurses” OR “Pautas de la Práctica en Enfermería”)) AND (tw:(“Radioterapia” OR “Radiotherapy”)). Para as demais bases foi utilizada a estratégia de busca adaptada (“Nurse-led” OR "Nurse-managed centres" OR "Nurse Navigator") AND ("neoplasms" OR "cancer" OR "radiotherapy" OR "radiation therapy"). As estratégias individuais utilizadas em cada base de dados estão apresentadas no Apêndice 01.

2.4 Seleção dos estudos

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

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

2.5 Extração de dados

Os dados foram extraídos dos estudos incluídos por dois revisores, considerando as características dos participantes, as características da intervenção, os métodos do estudo e os resultados pertinentes dos desfechos avaliados.

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

A compilação dos dados em forma de tabela proporciona o acesso aos diversos estudos sobre o tema de maneira simplificada, favorecendo a prática baseada em evidências. O enfermeiro costuma ter tempo limitado para pesquisas em bases de dados e os dados dispostos dessa forma otimizam sua pesquisa e leitura para ampliar o conhecimento e, conseqüentemente, aperfeiçoar a prática profissional⁽¹⁵⁾.

2.6 Avaliação da qualidade metodológica

Para avaliação da qualidade metodológica dos estudos, foram utilizadas as ferramentas de avaliação crítica *Joanna Briggs Institute (JBI) – Critical Appraisal Tools* (Joanna Briggs Institute, 2014)⁽¹⁸⁾. Dois revisores avaliaram de forma independente os estudos utilizando os *checklists* correspondentes aos delineamentos dos estudos incluídos, a saber: “*JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies*”⁽¹⁹⁾, “*JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies*”⁽¹⁹⁾, “*JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials*”⁽²⁰⁾ e “*JBI Critical Appraisal checklist for quasi-experimental studies*”⁽²⁰⁾. Cada uma das perguntas foi classificada com “sim”, “não”, “incerto” ou “não se aplica”. O objetivo da

avaliação da qualidade metodológica de um estudo é determinar até que ponto um estudo abordou a possibilidade de viés em seu desenho, condução e análise. Dessa forma, os artigos foram classificados como: (a) baixo risco de viés, se os estudos alcançassem mais de 70% de pontuação “sim”; (b) risco moderado de viés, se os escores “sim” estivessem entre 50% e 69%; e (c) alto risco de viés, se a pontuação “sim” fosse inferior a 49%⁽²¹⁾.

3 RESULTADOS

Foram identificadas 803 referências nas buscas nas bases de dados. Após remoção das duplicatas, foram avaliados 674 estudos na primeira fase de leitura de títulos e resumos. Os estudos selecionados nesta etapa foram para a segunda fase da seleção, na qual foi realizada leitura na íntegra de 47 estudos. Nesta etapa, foram excluídos 40 estudos (Apêndice 02), chegando à amostra final de 7 artigos incluídos para síntese qualitativa. O fluxograma do processo de seleção dos estudos está apresentado na Figura 1.

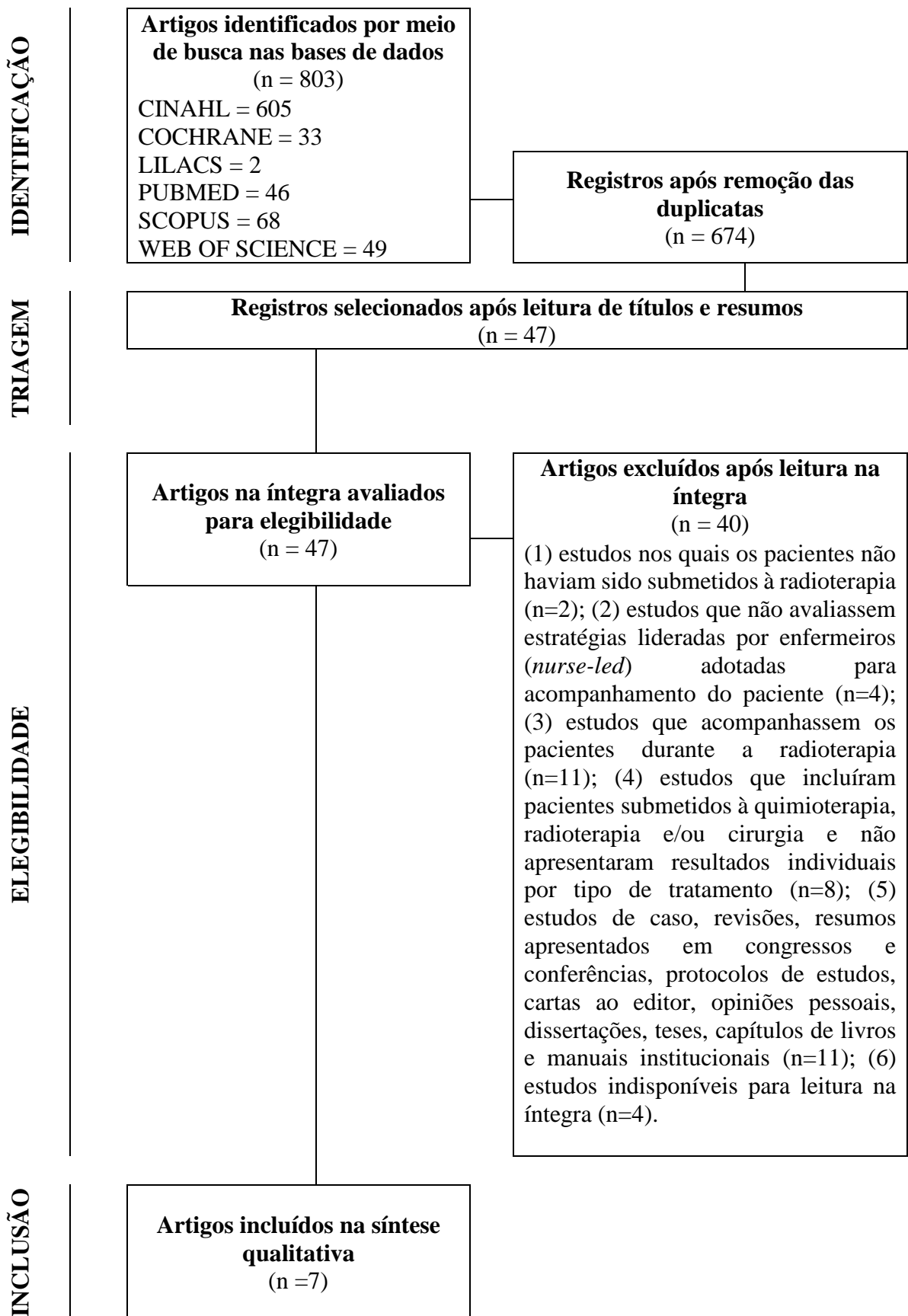


Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos. Brasília, DF, Brasil, 2020.

Todos os estudos incluídos (n=7)⁽²²⁻²⁸⁾ apresentaram estratégias de acompanhamento lideradas por enfermeiros para pacientes com câncer após o término da radioterapia. Os artigos foram publicados entre 2004 e 2016, todos em língua inglesa.

Os estudos foram realizados na Austrália⁽²⁷⁾, China⁽²⁵⁾, Dinamarca⁽²⁶⁾, Holanda – Países Baixos⁽²³⁾ e Reino Unido^(22,24,28).

As amostras dos estudos incluídos eram compostas por pacientes com câncer de próstata^(22,24,27-28), ginecológico^(22,23), gastrointestinal⁽²²⁾, mama⁽²⁶⁾ e nasofaringe⁽²⁵⁾. A média de idade dos pacientes incluídos nos estudos variou de 40⁽²³⁾ a 70,2⁽²⁷⁾ anos. Dois estudos^(24,28) não apresentaram dados referentes à idade média de suas amostras, entretanto, incluíram apenas participantes maiores de 18 anos de idade.

As estratégias adotadas para acompanhamento dos pacientes foram desenvolvimento de algoritmo para padronização de consultas e manejo de sintomas⁽²²⁾, contato telefônico⁽²⁴⁻²⁷⁾ aconselhamento presencial realizado por enfermeiros capacitados, com uma intervenção de reabilitação sexual combinada com um livreto de informações específico para o paciente⁽²³⁾ e clínica virtual de acompanhamento para controle do PSA⁽²⁸⁾.

As principais características dos estudos primários incluídos na revisão são apresentadas na Tabela 1.

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

Autor, ano País Método	Título	Objetivo	Amostra (n)	Intervenção (n)	Desfecho primário	Instrumento de avaliação
Andreyev et al, 2013 (22) Reino Unido ECR	<i>Algorithm-based management of patients with gastrointestinal symptoms in patients after pelvic radiation treatment (ORBIT): a randomised controlled trial</i>	Avaliar se pacientes após RT pélvica podem ser ajudados por profissional que segue um algoritmo de investigação e gerenciamento, e se os resultados diferem se uma enfermeira ou um gastroenterologista liderar esse tratamento baseado em algoritmo	Pacientes com câncer urológico, ginecológico ou gastrointestinal (218)	Cuidados usuais (um folheto detalhado de autoajuda) (68) Tratamento baseado em algoritmo liderado por gastroenterologista (70) Tratamento baseado em algoritmo liderado por enfermeira (80)	Sintomas gastrointestinais	IBDQ-B
Bakker et al, 2016 (23) Países Baixos Estudo observacional	<i>A nurse-led sexual rehabilitation intervention after RT for gynecological cancer</i>	Avaliar a viabilidade de uma intervenção de reabilitação sexual liderada por enfermeiros, visando a recuperação sexual e a dilatação vaginal	Pacientes com câncer ginecológico tratadas com RT/BT (20)	Aconselhamento presencial realizado por enfermeiros em 4 sessões (20) 1ª sessão: orientações gerais e recomendação para iniciar o uso de dilatadores vaginais. Entrega do conjunto de dilatadores,	Funcionamento sexual Frequência da dilatação vaginal Sofrimento pessoal relacionado ao sexo Ansiedade e depressão	FSFI Questionário com 4 perguntas FSDS Escala de ansiedade e depressão – HADS

				lubrificantes e livreto informativo	Insatisfação do relacionamento	Escala de ajuste marital – MMQ
				2ª sessão: abordagem e discussão de possíveis barreiras a novos comportamentos	Experiência e aceitabilidade de todos os componentes da intervenção	Entrevistas semiestruturadas
				3ª e 4ª sessões: discussão das experiências com reabilitação sexual e uso de dilatadores	Avaliação da adesão dos enfermeiros ao protocolo de tratamento e competência geral	Registros de consulta
Booker et al, 2004 (24)	<i>Telephone first post-intervention follow-up for men who have had radical radiotherapy to the prostate: evaluation of a novel service delivery approach</i>	Avaliar a viabilidade e aceitabilidade do primeiro acompanhamento pós-intervenção, liderado pelo enfermeiro clínico especialista em urologia, para homens que foram submetidos a RT para câncer de próstata	Pacientes com câncer de próstata (36)	Acompanhamento telefônico liderado por enfermeiro clínico especialista em urologia (36)	Capacidade funcional geral	Escore de status de desempenho da OMS
Reino Unido					Sintomas físicos	Questionário padronizado
Estudo observacional					Satisfação dos pacientes com aspectos administrativos	Questionário padronizado com perguntas abertas e fechadas
					Satisfação com o enfermeiro	
					Aceitabilidade do seguimento telefônico	
					Aceitabilidade de ser conduzido por enfermeiro	

Chen et al, 2015 (25)	<i>The end-of-treatment telephone response and prognosis of post-radiotherapy nasopharyngeal carcinoma patients in southern China</i>	Analisar a taxa de resposta telefônica dos pacientes com câncer de nasofaringe pós-RT e seus fatores e discutir os fatores prognósticos independentes da RT nesses pacientes	Pacientes com câncer de nasofaringe (2520)	Acompanhamento telefônico conduzido por enfermeiros (2520)	Sobrevida dos pacientes Recorrência ou metástase Taxa de resposta ao acompanhamento telefônico	Tabela estruturada
China						
Estudo observacional, prospectivo						
Høyer et al, 2011 (26)	<i>A nurse-led telephone session and quality of life after radiotherapy among women with breast cancer: a randomized trial</i>	Investigar se uma sessão telefônica conduzida por enfermeira com pacientes com câncer de mama aproximadamente dez dias após o tratamento final com RT afetou sua qualidade de vida duas a quatro semanas após RT	Pacientes com câncer de mama (99)	GI: conversas de suporte comuns e uma sessão telefônica suplementar conduzida por enfermeira (49) GC: conversas de suporte comuns (50)	Qualidade de vida Efeitos colaterais e sintomas específicos	EORTC QLQ-C30 EORTC QLQ-BR23
Dinamarca						
ECR						
Leahy et al, 2013 (27)	<i>Satisfaction with nurse-led telephone follow up for low to intermediate risk prostate cancer patients treated with radical radiotherapy. A</i>	Avaliar o acompanhamento por telefone conduzido por enfermeiro para homens com câncer de próstata de risco baixo a intermediário tratados com RT radical em	Pacientes com câncer de próstata (169)	GC histórico: acompanhamento médico padrão (83 – 51 risco baixo a intermediário; 32 – alto risco) GI: acompanhamento	Satisfação Angústia	Escala de satisfação com consulta <i>Brief Distress Thermometer</i> EPIC
Austrália						
Estudo comparativo						

	<i>comparative study</i>	comparação ao acompanhamento médico		liderado por enfermeiros (51 – risco baixo a intermediário) e acompanhamento médico padrão (35 – alto risco)	Sintomas relacionados à doença	
Robertson, Windsor, Smith, 2013 (28)	<i>Evaluation of a nurse-led service for follow up of patients with prostate cancer</i>	Avaliar a viabilidade do acompanhamento do PSA virtual liderado por enfermeiros em pacientes com histórico de câncer de próstata, com relação à satisfação do paciente e relação custo-benefício	Pacientes com câncer de próstata, com doença estável 2 anos após RT (191)	Clínica virtual de acompanhamento para pacientes com câncer de próstata após 2 anos do término da RT com PSA estável (191)	Experiência do paciente, suporte / comunicação e maneiras de melhorar o serviço	Questionário de satisfação do paciente
Reino Unido						
Estudo observacional						

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

Os estudos avaliaram de forma positiva⁽²⁸⁾, neutra⁽²⁷⁾, sem efeito positivo⁽²⁶⁾ ou não inferior à prática médica⁽²²⁾ a prática do enfermeiro capacitado ou especialista na assistência a pacientes com câncer após radioterapia, apontando nível de satisfação significativo⁽²⁸⁾, aumento do autocuidado e do conhecimento sobre o próprio corpo^(23,28) e redução dos efeitos adversos causados pelo período de tratamento^(22-24,27). Ademais, um dos estudos identificou que a resposta de acompanhamento por telefone foi afetada pelo tipo de contato, número de contatos e histórico médico familiar⁽²⁵⁾. Os principais resultados dos estudos incluídos são apresentados na Tabela 2.

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

Autor, ano	Acompanhamento (<i>follow-up</i>)	Principais resultados
Andreyev et al, 2013 ⁽²²⁾	Basal (primeiro atendimento), 6 meses e 1 ano após a randomização	Diferença média entre pares no escore IBDQ-B entre os grupos: enfermeira versus folheto 4,12 (IC 95% 0,04–8,19; p = 0,04), gastroenterologista versus folheto 5,47 (1,14–9,81; p = 0,01). Os resultados do grupo de enfermeiros não foram inferiores aos resultados no grupo de gastroenterologista (diferença média 1,36, IC 95% unilateral - 1,48). Os pacientes que receberam intervenção direcionada após um algoritmo clínico detalhado tiveram melhorias nos sintomas gastrointestinais induzidos por RT quando comparado aos pacientes que receberam os cuidados usuais. Os resultados sugerem que, para a maioria dos pacientes, esse cuidado baseado em algoritmos pode ser realizado por uma enfermeira treinada.
Bakker et al, 2016 ⁽²³⁾	Quatro sessões de aconselhamento presencial aos 1, 2, 3 e 6 meses após a conclusão da RT / BT. Uma sessão de avaliação e encerramento foi agendada 12 meses após o RT / BT	Aos 6 meses após a RT, 14 em 16 (88%) e aos 12 meses 9 em 12 (75%) das participantes, dilatavam regularmente, tendo relações sexuais ou usando dilatadores. O funcionamento sexual melhorou entre 1 e 6 meses após a RT, com melhora adicional aos 12 meses. A maioria das participantes relatou que a intervenção foi útil e os enfermeiros relataram ter conhecimentos e habilidades de aconselhamento suficientes.
Booker et al, 2004 ⁽²⁴⁾	Consulta de seis semanas após o tratamento	A maioria dos pacientes considerou o acompanhamento telefônico pelo menos tão bom quanto o acompanhamento padrão. Os pacientes manifestaram poucas preocupações sobre o acompanhamento ser realizado por uma enfermeira.
Chen et al, 2015 ⁽²⁵⁾	Contato telefônico após o término do tratamento, realizado entre 19:30 - 20:30. Se houvesse uma linha ocupada ou uma chamada não atendida, a discagem seria feita novamente em alguns minutos. Se os números estivessem incorretos, desligados ou fora de serviço, eles seriam gravados e o acompanhamento continuaria no dia seguinte. Se todos os	A taxa geral de resposta foi de 90,5%. Pacientes com tipo de contato de celular + telefone fixo ou telefone fixo tiveram maior taxa de resposta de acompanhamento do que pacientes apenas com contato móvel; pacientes com 2 ou mais contatos reservados e histórico de câncer familiar apresentaram maior taxa de resposta do que pacientes com apenas 1 número e aqueles sem histórico familiar. A taxa de sobrevivência acumulada dos pacientes de 1, 3 e 5 anos foi de 98,9%, 75,3%, 50,3%, respectivamente. A taxa de resposta dos pacientes com

	números reservados deixados por um paciente (incluindo o número do próprio paciente ou de seus parentes) não estivessem disponíveis por três vezes, ele seria retirado do estudo	câncer de nasofaringe pós-radioterapia ainda precisa ser aumentada, especialmente os pacientes que receberam alta há mais tempo.
Høyer et al, 2011 ⁽²⁶⁾	Intervenção 10 dias após RT (contato telefônico com duração de 10 a 30 minutos). Avaliação dos desfechos 2 ou 4 semanas após RT	Qualidade de vida média [IC 95%] GC: 72,0 (66,4 – 77,6) GI: 69,9 (64,3 – 75,2) A sessão telefônica liderada por enfermeiros não teve efeito positivo na qualidade de vida das pacientes com câncer de mama duas a quatro semanas após o final da RT.
Leahy et al, 2013 ⁽²⁷⁾	Seis consultas telefônicas mensais e testes de PSA	Não houve diferença estatisticamente significativa na satisfação do paciente em nenhuma das medidas do estudo. Houve uma tendência de significância (p <0,051), favorecendo o regime de acompanhamento liderado por enfermeiro. A consulta por telefone conduzida por enfermeiros é um modelo aceitável de acompanhamento para homens com câncer de próstata de baixo a médio risco
Robertson, Windsor, Smith, 2013 ⁽²⁸⁾	Após 2 anos de tratamento com radioterapia, o paciente com doença estável do PSA é atendido pelo enfermeiro especialista, que fornece informações detalhadas sobre a clínica virtual e discute com eles seu futuro acompanhamento (PSA a cada 6 meses)	98% dos pacientes ficaram muito satisfeitos com o serviço da clínica virtual, 98,8% dos pacientes relataram ser bem apoiados por esse novo serviço. O papel do enfermeiro uro-oncológico foi considerado vital para garantir que a eficácia da clínica e o alcance de resultados positivos para pacientes com câncer de próstata.

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

Andreyev et al. (2013)⁽²²⁾ avaliaram cuidados usuais (um livreto de autoajuda) comparado ao tratamento baseado em algoritmo conduzido por gastroenterologistas ou tratamento baseado em algoritmo conduzido por enfermeiras para pacientes com novos sintomas gastrointestinais persistindo após 6 meses do término da radioterapia. Os autores observaram que os resultados no grupo de enfermeiros não foram inferiores aos resultados no grupo de gastroenterologistas, sugerindo que esse cuidado baseado em algoritmo pode ser fornecido por uma enfermeira treinada.

No estudo de Bakker et al. (2016)⁽²³⁾, a intervenção foi realizada por 4 enfermeiras oncologistas que foram treinadas por dois psicólogos-sexólogos seniores para conduzir a intervenção baseada no uso de dilatadores para melhora da função sexual das pacientes incluídas no estudo. O funcionamento sexual melhorou entre 1 e 6 meses após o término da radioterapia, com melhora adicional em 12 meses. A maior parte das participantes relataram que a intervenção foi útil e as enfermeiras relataram ter experiência suficiente e habilidades de aconselhamento para reabilitação sexual.

Booker et al. (2004)⁽²⁴⁾ investigaram a viabilidade e aceitabilidade do primeiro acompanhamento pós-radioterapia liderado pelo enfermeiro especialista em urologia ser realizado via contato telefônico. Os pacientes relataram altos níveis de satisfação, considerando, em sua maioria, a enfermeira experiente para conduzir a o acompanhamento telefônico. Dentre as vantagens identificadas nesse tipo de acompanhamento foram destacadas a conveniência e a economia de tempo.

Em Chen et al. (2015)⁽²⁵⁾, o acompanhamento de pacientes pós-radioterapia foi feito via contato telefônico com intuito de avaliar a sobrevida dos pacientes, a recorrência ou ocorrência de metástase e a taxa de resposta ao acompanhamento telefônico. A taxa de resposta geral foi de 90,5%. Os pacientes que possuíam algum tipo de contato de celular + telefone fixo ou telefone fixo tiveram maior taxa de resposta de acompanhamento do que pacientes com contato

móvel apenas. A taxa de sobrevida cumulativa dos pacientes de 1, 3 e 5 anos foi de 98,9%, 75,3%, 50,3%, respectivamente. Os autores identificaram que a resposta de acompanhamento por telefone foi afetada pelo tipo de contato, número de contatos e histórico médico familiar.

Høyer et al. (2011)⁽²⁶⁾ avaliaram se uma sessão telefônica conduzida por uma enfermeira a pacientes com câncer de mama, após aproximadamente dez dias do término da radioterapia, poderia alterar a qualidade de vida das pacientes. Nesse contato telefônico eram abordados: ocorrência e tratamento de efeitos colaterais, medicação durante e após a radioterapia, estado mental, condições sociais e exames após a radioterapia. Segundo os autores, o acompanhamento telefônico não apresentou efeito positivo na qualidade de vida de pacientes com câncer de mama.

Leahy et al. (2013)⁽²⁷⁾ avaliaram o acompanhamento telefônico, liderado por enfermeiros, para homens com câncer de próstata de risco baixo a intermediário tratados com radioterapia radical, comparado ao acompanhamento médico. Não houve diferença estatisticamente significativa na satisfação do paciente entre os grupos de acompanhamento médico e acompanhamento liderado pelo enfermeiro. Apesar disso, os autores identificaram uma tendência significativa ($p = 0,051$) favorecendo o acompanhamento liderado por enfermeiros para homens com câncer de próstata de baixo a médio risco pós-radioterapia.

Robertson, Windsor, Smith (2012)⁽²⁸⁾ elaboraram como estratégia de acompanhamento o trabalho conjunto entre o enfermeiro clínico e o uro-oncologista, em substituição ao ambulatório convencional. Esse enfermeiro capacitado pôde acompanhar de forma virtual os pacientes, os quais responderam questionários de sintomas para avaliação de sintomas. Os pacientes se mostraram satisfeitos com o acompanhamento virtual liderado por enfermeiro, além de ser um acompanhamento com bom custo-benefício. Cerca de 98% ficaram felizes e relataram serem bem atendidos por este novo serviço. Segundo os autores, o papel da

enfermeira uro-oncológica é vital para garantir que esta clínica continue a ser eficaz e fornecer resultados positivos para pacientes com câncer de próstata.

A síntese do julgamento da qualidade metodológica dos estudos incluídos foi apresentada na Tabela 3. Seis dos estudos apresentaram baixo risco viés^(22-23, 25-28), um deles foi avaliado como risco de viés moderado⁽²⁴⁾.

Tabela 3 – Avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos usando o *checklist* de avaliação crítica do JBI conforme delineamento do estudo. Brasília, DF, Brasil, 2020.

Referência	Avaliação da qualidade metodológica													Total	Risco
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13		
Andreyev et al, 2013 ^{a(22)}	S	N	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	77%	Baixo
Bakker et al, 2016 ^{b(23)}	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	91%	Baixo
Booker et al, 2004 ^{c(24)}	N	S	I	S	S	N	N	S	-	-	-	-	-	50%	Moderado
Chen et al, 2015 ^{c(25)}	S	S	I	S	S	N	S	S	-	-	-	-	-	75%	Baixo
Høyer et al, 2011 ^{a(26)}	S	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	85%	Baixo
Leahy et al, 2013 ^{d(27)}	S	S	S	N	I	S	S	S	S	-	-	-	-	78%	Baixo
Robertson, Windsor, Smith, 2013 ^{c(28)}	S	S	S	S	N	N	S	S	-	-	-	-	-	75%	Baixo

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

^aQuestões da ferramenta Lista de verificação de avaliação crítica da JBI para ensaios clínicos randomizados: Q1. A verdadeira randomização foi usada para atribuição de participantes a grupos de tratamento? Q2. A alocação para grupos de tratamento foi ocultada? Q3. Os grupos de tratamento eram semelhantes na linha de base? Q4. Os participantes eram cegados para a atribuição do tratamento? Q5. Aqueles que administravam o tratamento estavam cegados para a atribuição do tratamento? Q6. Os avaliadores dos resultados estavam cegados para a atribuição do tratamento? Q7. Os grupos de tratamento foram tratados de forma idêntica, exceto pela intervenção de interesse? Q8. O acompanhamento foi completo e, em caso negativo, as diferenças entre os grupos em termos de acompanhamento foram adequadamente descritas e analisadas? Q9. Os participantes foram analisados nos grupos para os quais foram randomizados? Q10. Os resultados foram medidos da mesma forma para os grupos de tratamento? Q11. Os resultados foram medidos de forma confiável? Q12. Foi usada uma análise estatística apropriada? Q13. O desenho do estudo foi apropriado e quaisquer desvios do desenho ECR padrão (randomização individual, grupos paralelos) foram levados em consideração na condução e análise do estudo?

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

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

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

4 DISCUSSÃO

Esta revisão integrativa teve o objetivo de analisar e sintetizar quais são as estratégias lideradas por enfermeiros adotadas para acompanhamento do paciente com câncer após radioterapia. Foram incluídos sete estudos⁽²²⁻²⁸⁾ que avaliaram pacientes com diferentes tipos de câncer (urológico, ginecológico, gastrointestinal, nasofaringe e mama), após serem submetidos à radioterapia, por meio de acompanhamento ambulatorial/presencial, acompanhamento telefônico e acompanhamento virtual.

Na área da oncologia, os enfermeiros são membros essenciais da equipe, estando envolvidos diretamente na avaliação e acompanhamento dos pacientes com câncer⁽²⁴⁾. No que concerne a atuação do enfermeiro, cabe entender como e quando os serviços liderados por enfermeiros podem contribuir na melhoria do cuidado nos centros clínicos de oncologia⁽²⁷⁾. Compreender e articular as habilidades e capacidades dos enfermeiros envolvidos na prestação segura e eficiente desses serviços é de vital importância⁽²⁹⁾.

Os estudos incluídos relataram a atuação de enfermeiros clínicos^(22,25), treinados^(22-23,28), especialistas^(23-24,27) e experientes⁽²⁶⁾ na área de oncologia. Essa experiência ou capacitação referida faz menção à importância de um profissional qualificado para a assistência desses pacientes pós-radioterapia. De acordo com Leahy et al. (2013)⁽²⁷⁾, os serviços liderados por enfermeiros envolvem a entrega de intervenções complexas e requerem conhecimento aprofundado do estado saúde-doença, comorbidades e toxicidades relacionados ao tratamento. Ademais, enfermeiros que trabalham nesses papéis e contextos requerem conhecimento técnico especializado e habilidades avançadas de comunicação. Os cuidados prestados devem refletir as atuais evidências e estruturar-se de maneira multidisciplinar, por meio de algoritmos e caminhos para permitir cuidados seguros, padronizados e adaptados às necessidades de cada paciente.

Os estudos indicaram que os pacientes se sentem satisfeitos com o modelo de cuidado liderado pelo enfermeiro⁽²³⁻²⁴⁾. Alguns relataram que não havia diferença significativa entre o acompanhamento liderado pelo enfermeiro ou pelo médico^(22,27). Em Høyer et al. (2011)⁽²⁶⁾, percebeu-se que o acompanhamento pós-radioterapia diminuiu a ansiedade e aumentou a satisfação e a qualidade de vida das pacientes diante das sequelas produzidas pela doença ou pelo tratamento. O enfermeiro especialista ou capacitado apresenta maior resolubilidade frente a uma situação, uma vez que tem o conhecimento baseado em evidência científica. Isso possibilita que o paciente se sinta mais seguro quanto ao cuidado recebido durante e após o tratamento, o que influencia na satisfação desse paciente. Segundo Moore et al. (2002)⁽³⁰⁾, os pacientes se sentem satisfeitos com acompanhamento a longo prazo, o que inclui intervenções telefônicas e clínicas, constatando uma redução importante no quantitativo de busca por atendimento hospitalar.

Três dos estudos avaliaram a aceitabilidade dos pacientes em serem acompanhados por enfermeiros^(22,24,28), os quais referiram que havia boa aceitabilidade quanto ao acompanhamento liderado por enfermeiros. O atendimento por enfermeiros, maior quantitativo de profissionais em saúde, diminui filas de espera para consulta de retorno pós-radioterapia e possibilita acompanhamento de qualidade personalizado. Ademais, o acompanhamento liderado pelo enfermeiro tem se mostrado uma tendência⁽²⁷⁾, permitindo maior interação desse profissional com os pacientes durante e após o tratamento, o que possibilita que eles não se sintam tão inseguros ou desassistidos quando o tratamento é finalizado⁽²⁶⁾.

Dentre os estudos incluídos, houve predominância de estratégias de acompanhamento remoto, seja por meio telefônico ou virtual. No Brasil, é comum que os pacientes tenham que se deslocar aos polos de saúde referenciados por seus municípios para a realização de maiores investigações sobre seu estado de saúde-doença e/ou tratamento. Devido aos custos e às dificuldades inerentes a esse deslocamento, ao final do tratamento, comumente, o paciente

retorna a sua cidade origem, interrompendo o acompanhamento pós-radioterapia. Nessa situação, o acompanhamento remoto seria uma forma de viabilizar a assistência ao paciente, cuja principal finalidade é acompanhar as queixas referidas e personalizar ações e cuidados que o façam se readaptar da melhor forma possível às atividades de vida diária. Essa modalidade de acompanhamento permite que o paciente e seus familiares sejam assistidos, esclareçam dúvidas quanto a complicações pós-radioterapia e forneçam uma auto avaliação aos profissionais de como está sua saúde naquele momento. Ademais, um dos estudos aponta que o acompanhamento remoto permite a minimização de custos e a diminuição da carga horária dos profissionais⁽²⁶⁾. Essa carga horaria pode ser reinvestida em outras ações de saúde ou outros tipos de consultas, tais como rastreio, diagnóstico precoce ou manejo de intercorrências⁽²⁴⁾.

O acompanhamento telefônico parece ter vantagens particulares em termos de economia de tempo e conveniência. Essa economia de tempo refere-se especialmente à redução da necessidade de pacientes percorrerem longas distâncias até o hospital e esperarem na área ambulatorial. No entanto, a abordagem também é benéfica para o serviço de saúde, uma vez que permite um trabalho mais flexível do especialista⁽²⁴⁾. O acompanhamento telefônico liderado por enfermeiros fornece um nível de atendimento que não é diferente do atendimento clínico de rotina ambulatorial⁽²⁷⁾. Assim, a consulta por telefone conduzida por enfermeiros pode ser vista como um modelo aceitável de acompanhamento a pacientes pós-radioterapia de baixo risco⁽²⁸⁾. Outros estudos que avaliaram o acompanhamento telefônico também relataram satisfação do paciente com esse formato de atendimento^(31,32).

Durante o período de pandemia do novo coronavírus vivenciado no ano de 2020, percebemos a necessidade da tele consulta ou atendimento remoto como estratégia de acompanhamento em saúde. A ida a locais como hospitais pode aumentar a probabilidade que pacientes com câncer se contaminem com patógenos, à exemplo do SARS-COV-2⁽³³⁾. Por essa razão, é de interesse do serviço, dos pacientes e dos profissionais de saúde que esses pacientes

possam ter continuidade do cuidado de forma não-presencial, o que evita exposições desnecessárias e evitáveis⁽³⁴⁾. Cabe destacar que essa modalidade de acompanhamento requer habilidade de comunicação, visando à garantia de compreensão e à apreensão das orientações pelos pacientes e familiares⁽³⁴⁾. A prática de enfermagem evolui em resposta às necessidades dinâmicas de indivíduos, comunidades e serviços de saúde. Os serviços de saúde atualmente dão preferência ao atendimento fora do ambiente hospitalar. Dessa forma, o atendimento do enfermeiro apresenta-se como uma solução para gerenciar a crescente demanda no sistema de saúde, mantendo as pessoas em suas comunidades, aumenta-se o acesso ao atendimento pela atenção primária à saúde, com menor custo e alta qualidade, reduz as filas hospitalares e potencializa os recursos para diagnósticos feitos de forma precoce^(14,35).

Estudos sobre o acompanhamento liderado por enfermeiros a pacientes com câncer submetidos à radioterapia comparam essa prática com intervenções exclusivamente médicas ou protocolos institucionais e concluem como benéfica a atuação autônoma dos enfermeiros no acompanhamento integral à pessoa com câncer durante e após o tratamento. Além de impacto na redução do custo da mão de obra, essas estratégias mostram-se eficazes na manutenção da segurança do paciente e aumento de sua satisfação e percepção da qualidade de vida^(14,36). Ademais, esse modelo de acompanhamento parecer ser uma estratégia efetiva para melhorar alguns sinais e sintomas frequentes em pacientes com câncer que foram submetidos à radioterapia⁽³⁷⁾.

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

5 CONCLUSÃO

Foram identificadas diferentes estratégias de acompanhamento de pacientes com câncer após o término da radioterapia, realizadas por enfermeiros, a saber: acompanhamento ambulatorial por meio de algoritmo, acompanhamento presencial, acompanhamento telefônico e acompanhamento virtual. Os estudos apresentaram resultados encorajadores no que se refere ao acompanhamento de pacientes após a radioterapia por enfermeiro-líder, uma vez que os resultados dos estudos individuais demonstraram que as práticas de acompanhamento lideradas por enfermeiros podem ser seguras e efetivas, permitindo a ensino, orientação, gerenciamento e aconselhamento conduzidos por enfermeiros.

São necessários mais estudos que avaliem e descrevam os efeitos do acompanhamento liderado por enfermeiros sobre os resultados de sobrevivência, satisfação do paciente, percepção de melhora de sinais e sintomas, bem como mensurar o impacto do custo-benefício dessas estratégias nos serviços de saúde.

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

6 REFERÊNCIAS

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424. Doi: 10.3322/caac.21492
2. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.
3. Allen C, Her S, Jaffray DA. Radiotherapy for cancer: present and future. *Adv Drug Deliv Rev.* 2017; 109:1-2. Doi: 10.1016/j.addr.2017.01.004
4. Citrin DE. Recent developments in radiotherapy. *N Engl J Med.* 2017; 377:1065-75. Doi: 10.1056/NEJMra1608986
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Vigilância e Análise de Situação. Cartilha – Radioterapia, 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tratamento/radioterapia>>. Acesso em: 30 jan 2020.
6. Aaronson NK, Mattioli V, Minton O, Weis J, Johansen C, Dalton SO, et al. Beyond treatment – Psychosocial and behavioural issues in cancer survivorship research and practice. *EJC Suppl.* 2014;12(1):54-64. Doi: 10.1016/j.ejcsup.2014.03.005
7. Neilson K, Pollard A, Boonzaier A, Corry J, Castle D, Smith D, et al. A longitudinal study of distress (depression and anxiety) up to 18 months after radiotherapy for head and neck cancer. *Psychooncology.* 2013;22(8):1843-8. Doi: 10.1002/pon.3228
8. Ledebouer QCP, van der Velden LA, de Boer MF, Feenstra L, Pruyn JFA. Physical and psychosocial correlates of head and neck cancer: an update of the literature and challenges for the future (1996–2003). *Clinical Otolaryngology.* 2005;30(4):303-19. Doi: 10.1111/j.1365-2273.2005.01035.x
9. Shiraz F, Rahtz E, Bhui K, Hutchison I, Korszun A. Quality of life, psychological wellbeing and treatment needs of trauma and head and neck cancer patient. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2014;52(6):513-7. Doi: 10.1016/j.bjoms.2014.03.019. 2014
10. Moore KA, Ford PJ, Farah CS. “I have quality of life...but...”: Exploring support needs important to quality of life in head and neck cancer. *Eur J Oncol Nurs.* 2014;18(2):192-200. doi: 10.1016/j.ejon.2013.10.010
11. Semple CJ, Dunwoody L, Kernohan WG, McCaughan E, Sullivan K. Changes and challenges to patients' lifestyle patterns following treatment for head and neck cancer. *J Adv Nurs.* 2008;63(1):85-93. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04698.x
12. Peeters MAC, Braat C, Been-Dahmen MJM, Verduijn GM, Oldenmenger WH, van Staa A. Support needs of people with head and neck cancer regarding the disease and its treatment. *Oncol Nurs Forum.* 2018; 45(5):587-96. doi: 10.1188/18.ONF.587-596

13. Elissen A, Nolte E, Knai C, Brunn M, Chevreur K, Conklin A, et al. Is Europe putting theory into practice? A qualitative study of the level of self-management support in chronic care management approaches. *BMC Health Services Research*. 2013;13:117. doi: 10.1186/1472-6963-13-117
14. Chan RJ, Marx W, Bradford N, Gordon L, Bonner A, Douglas C, et al. Clinical and economic outcomes of nurse-led services in the ambulatory care setting: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2018; 81:61-80. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.02.002
15. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64. doi: 10.1590/S0104-07072008000400018
16. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Use of the bibliographic reference manager in the selection of primary studies in integrative reviews. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:e20170204. doi: 10.1590/1980-265x-tce-2017-0204
17. Galvão TF, Pereira MG. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2014;23(1):183-4. doi: 10.5123/S1679-49742014000100018
18. Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIManual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>
19. Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, et al. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIManual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>
20. Tufanaru C, Munn Z, Aromataris E, Campbell J, Hopp L. Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIManual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>
21. Polmann H, Melo G, Réus JC, Domingos FL, Souza BDM, Padilha AC, et al. Prevalence of dentofacial injuries among combat sports practitioners: A systematic review and meta-analysis. *Dental Traumatology*. 2019; 00:1–17. doi: 10.1111/edt.12508.
22. Andreyev HJN, Benton BE, Lalji A, Norton C, Mohammed K, Gage H, et al. Algorithm-based management of patients with gastrointestinal symptoms in patients after pelvic radiation treatment (ORBIT): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2013;382(9910):2084–92. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61648-7
23. Bakker RM, Mens JWM, de Groot HE, Tuijnman-Raasveld CC, Braat C, Hompus WCP, et al. A nurse-led sexual rehabilitation intervention after radiotherapy for gynecological cancer. *Support Care Cancer*. 2017;25(3):729-37. doi: 10.1007/s00520-016-3453-2
24. Booker J, Eardley A, Cowan R, Logue J, Wylie J, Caress A. Telephone first post-intervention follow-up for men who have had radical radiotherapy to the prostate: evaluation of a novel service delivery approach. *Eur J Oncol Nurs*. 2004;8(4):325–33. doi: 10.1016/j.ejon.2004.01.003

25. Chen MY, Chen YS, Hu LJ, Lun XP, He DD, Chen PF, et al. The end-of-treatment telephone response and prognosis of post-radiotherapy nasopharyngeal carcinoma patients in southern China. *Int J Clin Exp Med*. 2015;8(9):16564-70.
26. Høyer BB, Toft GV, Debess J, Ramlau-Hansen CH. A nurse-led telephone session and quality of life after radiotherapy among women with breast cancer: a randomized trial. *Open Nurs J*. 2011; 5:31-7. doi: 10.2174/1874434601105010031
27. Leahy M, Krishnasamy M, Herschtal A, Bressel M, Dryden T, Tai KH, et al. Satisfaction with nurse-led telephone follow up for low to intermediate risk prostate cancer patients treated with radical radiotherapy. A comparative study. *Eur J Oncol Nurs*. 2013;17(2):162-9. doi: 10.1016/j.ejon.2012.04.003
28. Robertson AF, Windsor PM, Smith A. Evaluation of a nurse-led service for follow up of patients with prostate cancer. *Int J Urol Nurs*. 2013;7(2):92-7. doi: 10.1111/j.1749-771X.2012.01161.x
29. Bryant-Lukosius D, Carter N, Kilpatrick K, Martin-Misener R, Donald F, Kaasalainen S, et al. The Clinical Nurse Specialist Role in Canada. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2010; 23:140–66.
30. Moore S, Corner J, Haviland J, Wells M, Salmon E, Normand C, et al. Nurse led follow up and conventional medical follow up in management of patients with lung cancer: randomised trial. *BMJ*. 2002; 325:1-7.
31. Rose MA, Shrader-Bogen CL, Korlath G, Priem J, Larson LR. Identifying patient symptoms after radiotherapy using a nurse-managed telephone interview. *Oncol Nurs Forum*. 1996;23(1):99–102.
32. Sardell S, Sharpe G, Ashley S, Guerrero D, Brada M. Evaluation of a nurse-led telephone clinic in the follow-up of patients with malignant glioma. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2000;12(1):36-41.
33. Hanna TP, Evans GA, Booth CM. Cancer, COVID-19 and the precautionary principle: prioritizing treatment during a global pandemic. *Nature Reviews Clinical Oncology*. 2020; 17:268–70.
34. Ramos RS. Oncology Nursing in Coping with the COVID-19 Pandemic: Reflections and Recommendations for Oncology Care Practice. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2020; 66(TemaAtual):e-1007. doi: 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1007
35. Randall S, Crawford T, Currie J, River J, Betihavas V. Impact of community-based nurse-led clinics on patient outcomes, patient satisfaction, patient access and cost effectiveness: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2017; 73:24-33.
36. Lai XB, Ching SSY, Wong FKY. Nurse-led cancer care: A scope review of the past years (2003-2016). *Int J Nurs Sci*. 2017; 4:184-95. doi: 10.1016/j.ijnss.2017.02.001
37. Cheng X, Wei S, Zhang H, Xue S, Wang W, Zhang K. Nurse-led interventions on quality of life for patients with cancer: a meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2018; 97(34): e12037. doi: 10.1097/MD.00000000000012037.

7 APÊNDICES

7.1 Apêndice 1

Apêndice 1 – Estratégias de busca individuais para cada base de dados realizada em 3 de fevereiro de 2020. Brasília, DF, Brasil, 2020

Base de dados	Estratégia de busca adaptada	Resultados
CINAHL	TX("Nurse-led" OR "practice patterns, nurses") AND ("radiotherapy" OR "radiation therapy")	605
COCHRANE LIBRARY	(nurse-led OR "practice patterns, nurses") AND (radiotherapy OR "radiation therapy")	33
LILACS	(tw:(“Nurse-led” OR “Padrões de Prática em Enfermagem” OR “Practice Patterns, Nurses” OR “Pautas de la Práctica en Enfermería”)) AND (tw:(“Radioterapia” OR “Radiotherapy”))	2
PUBMED	("Nurse-led"[All Fields] OR "practice patterns, nurses"[MeSH Terms] OR "practice patterns nurses"[All Fields]) AND ("radiotherapy"[All Fields] OR "radiotherapy"[MeSH Terms] OR "radiation therapy"[All Fields])	46
SCOPUS	TITLE-ABS-KEY (("Nurse-led" OR "practice patterns, nurses") AND ("radiotherapy" OR "radiation therapy"))	68
WEB OF SCIENCE	Todos os campos: (("Nurse-led" OR "practice patterns, nurses") AND ("radiotherapy" OR "radiation therapy")) Tempo estipulado: Todos os anos. Índices: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI.	49

7.2 Apêndice 2

Apêndice 2 – Artigos excluídos na fase de leitura na íntegra (n = 40). Brasília, DF, Brasil, 2020.

Autor, ano	Critério de exclusão adotado
Anderson, 2010	4
Bakker <i>et al.</i> , 2016	5
Balusik <i>et al.</i> , 2014	5
Bergin <i>et al.</i> , 2016	5
Bergin <i>et al.</i> , 2016	3
Berglund, Bergenmar, 2011	5
Booker <i>et al.</i> , 2000	5
Boonzaier <i>et al.</i> , 2009	3
Campbell <i>et al.</i> , 2000	3
Cerna <i>et al.</i> , 2018	2
Cox <i>et al.</i> , 2006	1
de Leeuw <i>et al.</i> , 2012	4
Elliott, 2013	5
Faithfull <i>et al.</i> , 2001	3
Faithfull, 1999	3
Ferguson, Aning, 2015	4
Fox <i>et al.</i> , 2011	3
Geerling <i>et al.</i> , 2017	5
Geerling <i>et al.</i> , 2016	5
Geerling <i>et al.</i> , 2018	5
Gemmill <i>et al.</i> , 2007	6
Guerrero, 1994	6
Lee <i>et al.</i> , 2011	3
Ludlow, Green, Turner, 2017	2
McGlynn <i>et al.</i> , 2014	4
Moore <i>et al.</i> , 2002	4
Pedro, 2001	4
Peeters <i>et al.</i> , 2018	2

Rose, 2018	3
Ross, 2007	1
Schofield <i>et al.</i> , 2011	5
Schofield <i>et al.</i> , 2016	3
Tanner <i>et al.</i> , 2011	6
Terzo <i>et al.</i> , 2017	3
van der Meulen <i>et al.</i> , 2015	4
Verma, Treasure, Hughes, 2015	2
Vordermark, 2019	5
Walker, Szanton, Wenzel, 2015	4
Wells <i>et al.</i> , 2008	3
Wilson, Lisa, 2017	6

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

REFERÊNCIAS

1. Anderson B. The benefits to nurse-led telephone follow-up for prostate cancer. *British Journal of Nursing*. 2010; 19(17):1085-90. doi: 130.113.111.210
2. Bakker R, Mens JW, Groot E, Tuijnman-Raasveld C, Braat C, Hompus W et al. A sexual rehabilitation programme for gynecological cancer patients after radiation therapy: final results of a pilot study. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2016; 26(0):588.

3. Balusik B, Burger V. Management of dysphagia in patients with head and neck cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2014; 18(2):149-51. doi: 10.1188/14.CJON.149-150
4. Bergin RJ, Hocking A, Robinson T, Kabel D. Continuing variation and barriers to nurse-led vaginal dilator education for women with gynaecological cancer receiving radiotherapy. *Correspondence / European Journal of Oncology Nursing*. 2016; 24:20-1.
5. Bergin RJ, Grogan SM, Bernshaw D, Juaskova I, Penberthy S, Mileskin LR et al. Developing an evidence-based, nurse-led psychoeducational intervention with peer support in gynecologic oncology. *Cancer Nursing*. 2016; 39(2):19-29. doi: 10.1097/NCC.0000000000000263
6. Berglund CB, Bergenmar M. Patients' perception of nurse-led telephone follow-up after radiotherapy for prostate cancer. *European Journal of Cancer*. 2011; 47(0):S305-S305.
7. Booker J, Cowan RA, Logue JP, Wylie JP, Eardley A. Evaluation of a nurse-led telephone clinic in the follow-up of patients with prostate cancer. *Clinical Oncology*. 2000;12(4):273.
8. Boonzaier A, Schubach K, Troup K, Pollard A, Aranda S, Schofield P. Development of a psychoeducational intervention for men with prostate cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2009; 27:136–53. doi: 10.1080/07347330802616100
9. Campbell J, German L, Lane C, Dodwell D. Radiotherapy outpatient review: a nurse-led clinic. *Clinical Oncology*. 2000;12:104–7.
10. Cerna K, Ivarsson J, Weilenmann A, Steineck G. Supporting self-management of radiation-induced bowel and bladder dysfunction in pelvic-cancer rehabilitation: An ethnographic study. *J Clin Nurs*. 2019;28:2624–34. doi: 10.1111/jocn.14849
11. Cox K, Wilson E, Heath L, Collier J, Jones L, Johnston I. Preferences for follow-up after treatment for lung cancer: assessing the nurse-led option. *Cancer Nursing*. 2006; 29(3):176-87.
12. Leeuw J, Prins JB, Teerenstra S, Merckx MAW, Marres HAM, Achterberg T. Nurse-led follow-up care for head and neck cancer patients: a quasi-experimental prospective trial. *Support Care Cancer*. 2012; 21:537–47. doi: 10.1007/s00520-012-1553-1
13. Elliott E. Supporting patients following pelvic radiotherapy for endometrial cancer. *British Journal of Nursing*. 2013; 22(10):24-30. doi: 139.080.123.042
14. Faithfull S, Corner J, Meyer L, Huddart R, Dearnaley D. Evaluation of nurse-led follow up for patients undergoing pelvic radiotherapy. *British Journal of Cancer*. 2001; 85(12):1853–64. doi: 10.1054/ bjoc.2001.2173
15. Faithfull S. Randomized trial a method of comparisons: a study of supportive care in radiotherapy nursing. *European Journal of Oncology Nursing*. 1999; 3(3),176-84.
16. Ferguson J, Aning J. Prostate cancer survivorship: a nurse-led service model. *British Journal of Nursing*, 2015; 24(18):14-21. doi: 129.174.021.005

17. Fox E, Barrett-McNeil K, Khoo LH, Middleton M. Nurse led electronic toxicity scoring in head and neck radiotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*. 2011; 15:112-7. doi: 10.1016/j.ejon.2010.06.007
18. Geerling JI, Raijmakers N, Mul VEM, De Nijs EJM, Oudhof MA, De Bock GH, et al. The effect of nurse-led pain education of patients with painful bone metastases on pain and quality of life: a multicenter randomized trial. *Journal of clinical oncology*. 2017; 35(31):106.
19. Geerling JI, Reyners A, Linden Y, Mul V, Westhoff P, Graeff A et al. Knowledge of painmanagement in patients with painful bone metastases; A multicentre randomized trial on pain education. *Annals of Oncology* 2016; 27(Supplement 6):455–61. doi:10.1093/annonc/mdw384.6
20. Geerling J, Linden Y, Mul V, Nijs E, Oudhof M, Raijmakers N et al. Pain education of patients with painful bone metastases reduces pain: a multicentre randomised trial. *Radiotherapy and Oncology*. 2018; 127:S199.
21. Gemmill J, Rushbrook E, Pritchard M, West S, Jefferies S, Benson R. Audit of the head and neck post radiotherapy allied health profession and nurse led support clinic. *Clinical Oncology*. 2007: 29-30.
22. Guerrero D. A nurse-led service. *Nursing Standard*. 1994; 9(6):21-23.
23. Lee H, Lim Y, Yoo MS, Kim Y. Effects of a nurse-led cognitive-behavior therapy on fatigue and quality of life of patients with breast cancer undergoing radiotherapy: an exploratory study. *Cancer Nursing*. 2011;34(6):22-30. doi: 10.1097/NCC.0b013e31820d1734
24. Ludlow H, Green J, Turner J. Late gastrointestinal effects of pelvic radiation: a nurse-led service. *British Journal of Nursing*. 2017; 26(4):15-22. doi: 134.148.010.013
25. McGlynn B, White L, Smith K, Hollins G, Gurun M, Little B et al. A service evaluation describing a nurse-led prostate cancer service in NHS, Ayrshire and Arran. *Int J of Urol Nurs*. 2014;8(3):166-80. doi: 10.1111/ijun.12049
26. Moore S, Corner J, Haviland J, Wells M, Salmon E, Normand C et al. Nurse led follow up and conventional medical follow up in management of patients with lung cancer: randomised trial. *BMJ*. 2002; 325:1-7.
27. Pedro LW. Quality of Life for Long-Term Survivors of Cancer. *Cancer Nursing*. 2001; 24 (1): 1-11.
28. Peeters MAC, Braat C, Been-Dahmen MJM, Verduijn GM, Oldenmenger WH, Staa AL. Support Needs of People With Head and Neck Cancer Regarding the Disease and Its Treatment. *Oncology Nursing Forum*. 2018; 45(5):587-96. doi: 10.1188/18.ONF.587-596
29. Rose PM. Patients' characteristics informing practice: improving individualized nursing care in the radiation oncology setting. *Supportive Care in Cancer*. 2018; 26:3609–18. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4210-5>

30. Ross T. Prostate cancer telephone helpline: nursing from a different perspective. *British Journal of Nursing*. 2007;16(3):161-5. doi: 134.148.010.013
31. Schofield P, Lotfi-Jam K, Gough K, Dudgeon P, Bergin R, Crellin W. et al. Schofield et al., 2011 A nurse-led group consultation intervention to reduce psychological morbidity and unmet needs in men with prostate cancer during radiotherapy: a randomised controlled trial. *Psycho-oncology*. 2011; 20(0):47-48.
32. Schofield P, Gough K, Lotfi-Jam K, Bergin R, Ugalde A, Dudgeon P et al. Nurse-led group consultation intervention reduces depressive symptoms in men with localised prostate cancer: a cluster randomised controlled trial. *BMC Cancer*. 2016; 16:637-49. doi: 10.1186/s12885-016-2687-1
33. Tanner P, Lindsay G, Kerrison S, Monterosso L. Prevention of vaginal stenosis after treatment for gynaecological cancer. *Australian Journal of Cancer Nursing*. 2011; 12(1):21-27.
34. Terzo L, Fleming M, Yechoor A, Camporeale J, Troxler M, Roth E et al. Reducing Unplanned Admissions : Focusing on hospital admissions and emergency department visits for patients with head and neck cancer during radiation therapy. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*. 2017; 21(3):363-9. doi: 10.1188/17.CJON.363-369
35. Meulen IC, May AM, Leeuw JRJ, Koole R, Oosterom M, Hordijk GJ et al. Moderators of the response to a nurse-led psychosocial intervention to reduce depressive symptoms in head and neck cancer patients. *Support Care Cancer*. 2015; 23:2417–26. doi: 10.1007/s00520-015-2603-2
36. Verma R, Treasure P, Hughes R. Development and evaluation of radiographer led telephone follow up following radical radiotherapy to the prostate. A report of a Macmillan Cancer Support Sponsored Pilot project at Mount Vernon Hospital. *Radiography*. 2015; 21(1):16-24. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.radi.2014.05.003>
37. Vordermark D. From geriatric assessment in radiation oncology to interventions : experience from the PIVOG trial. *Radiotherapy and oncology*. 2019; 133(0):S173.
38. Walker R, Szanton SL, Wenzel J. Working toward normalcy post-treatment: a qualitative study of older adult breast and prostate cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*. 2015;42(6):E358–E367. doi: 10.1188/15.ONF.E358-E367
39. Wells M, Donnan PT, Sharp L, Ackland C, Fletcher J, Dewar JA. A study to evaluate nurse-led on-treatment review for patients undergoing radiotherapy for head and neck cancer. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 17:1428–39. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01976.x
40. Wilson LM. After colorectal cancer (CRC) treatment, there is a need for survivorship care. What information do people require who have been treated for CRC, how should it be delivered and by whom? *Journal of Stomal Therapy Australia*. 2017; 37(3):13-15.