

ORIENTAÇÕES TERAPÊUTICAS DA AUTOGESTÃO DA DOR E FERIDA CIRÚRGICA APÓS ALTA HOSPITALAR: UMA SCOPING REVIEW

Self-management therapeutic guidelines of pain and surgical wound after hospital discharge: a Scoping Review

AUTORES:

Ana Maria Almeida^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-9725-4159>

Concetualização, Análise formal, Investigação, Metodologia, Redação – revisão e edição

Teresa Martins^{3,4}

 <https://orcid.org/0000-0003-3395-7653>

Concetualização, Análise formal, Investigação, Metodologia, Redação – revisão e edição

Lígia Lima^{3,4}

 <https://orcid.org/0000-0003-4556-0485>

Concetualização, Análise formal, Investigação, Metodologia, Redação – revisão e edição.

¹ UP ICBAS: Universidade do Porto Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.

² Instituto Português de Oncologia do Porto, Departamento de Ciências da Imagem e Radioncologia, Porto, Portugal.

³ ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.

⁴ CINTESIS@RISE, Porto, Portugal.

Autor/a de correspondência
Ana Maria Almeida
amg Almeida9@gmail.com



RESUMO

Enquadramento: Sendo a dor e sintomas relacionados com a ferida cirúrgica comuns no período pós-operatório, é fundamental conhecer intervenções para capacitar o doente para a autogestão destes sintomas. **Objetivo:** Identificar as orientações terapêuticas de suporte à autogestão dos sintomas dor e relacionados com a ferida cirúrgica na pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia, após alta clínica.

Metodologia: Esta revisão foi guiada pela metodologia da Joanna Briggs Institute (JBI) para scopings reviews e pelo modelo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para organização da informação. A estratégia de pesquisa incluiu estudos nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, via EbscoHost.

Resultados: Foram identificadas 302 publicações e, destas, foram selecionados 8 estudos para a dor e 4 para sintomas relacionados com a ferida cirúrgica. As intervenções não farmacológicas foram as mais frequentemente descritas e incluíram intervenções do tipo físico e psicossocial, para o sintoma dor. Relativamente à ferida cirúrgica, salientam-se as intervenções de monitorização de sinais e sintomas indicativos de infeção. **Conclusão:** A evidência indica que o controlo da dor pós-operatória pode beneficiar quando se complementam intervenções farmacológicas com intervenções não farmacológicas. A capacitação para a automonitorização da ferida cirúrgica, nomeadamente a deteção precoce de sinais de infeção, é o principal promotor para a sua autogestão.

PALAVRAS-CHAVE: autogestão; período pós-operatório; dor; ferida cirúrgica; oncologia cirúrgica

ABSTRACT

Purpose: Since pain and symptoms related to the surgical wound are common in the postoperative period, it is essential to know about interventions to enable the patient to self-manage these symptoms. **Objective:** This review aimed to identify therapeutic guidelines to support the self-management of pain symptoms and those related to the surgical wound in people with oncological disease undergoing surgery, after clinical discharge. **Methods:** This review was guided by the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology for scoping reviews and the PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) model for organizing information. The search strategy included studies in CINAHL and MEDLINE, via EBSCOhost. **Results:** The search identified 302 publications, from these, 8 studies were selected for pain and 4 for symptoms related to the surgical wound. Non-

pharmacological interventions were the most frequently described and included physical and psychosocial interventions, related to pain. With regard to the surgical wound, interventions to monitor signs and symptoms indicative of infection are highlighted. **Conclusions:** Evidence indicates that postoperative pain control may benefit when pharmacological interventions are complemented with non-pharmacological interventions. Training for self-monitoring of the surgical wound, namely the early detection of signs of infection, is the main promoter for self-management.

KEYWORDS: self-management; postoperative period; pain; surgical wound; surgical oncology

Introdução

A doença oncológica acompanha-se frequentemente de *clusters* de sintomas que comprometem a qualidade de vida (QdV) e o bem-estar. Entre as dificuldades associadas à sua gestão, encontram-se os regimes terapêuticos complexos, que incluem: monitorização e gestão de sintomas, polimedicação, manutenção do nível nutricional, ajustes no estilo de vida e adaptação psicossocial.¹ As doenças oncológicas, principalmente as que acarretam sintomas persistentes, exigem grandes desafios para o doente, nomeadamente a aquisição de conhecimentos e estratégias de conforto adaptativas, que requerem, na maioria das vezes, competências específicas que só os profissionais de saúde apresentam.^{2,3} Com a mudança de paradigma, em que a doença oncológica passou a ser considerada como crónica, ao invés de fatal⁴ a pessoa começa a assumir um papel mais ativo na gestão da sua doença e do regime terapêutico. Neste contexto, a autogestão é amplamente defendida como fulcral para conseguir melhores resultados de saúde e a QdV.⁵ A participação da pessoa na gestão do seu regime terapêutico constitui uma ferramenta, bem como o alvo das intervenções, sempre centradas na pessoa e suas necessidades.^{5,6} A autogestão não se esgota na aquisição de competências de gestão sintomas e do regime terapêutico, mas também incrementa a adoção de estratégias que permitam a pessoa manter um percurso de vida o mais saudável possível, durante o maior tempo possível e o maior nível de literacia atingível.^{3,6}

No doente oncológico, no período pós-operatório, as medidas de autogestão são necessárias na medida em que a maioria dos sintomas detetados neste período, não se revelam novos, mas surgem como acumulação ou agravamento dos pré-existentes e característicos da doença, dificultando ou impedindo a reabilitação.⁷

No seio dos múltiplos sintomas encontra-se a dor, como um dos sintomas mais comuns após cirurgia.⁸⁻¹⁰ No doente oncológico este problema adensa-se, uma vez que muitas vezes já experienciam, previamente à cirurgia, dor crónica com uso habitual de opióides. Assim, no período pós-alta hospitalar, os doentes devem ser capazes de gerir a dor, nomeadamente estarem capacitados para a gestão do regime medicamentoso, o que pode ser influenciado negativamente pelos seus efeitos adversos, assim como pelas expectativas e as preocupações em relação ao uso dos fármacos. A dor pós-operatória não controlada pode evoluir para uma dor crónica¹¹⁻¹³ e associa-se, muitas vezes, a indicadores importantes como o reinternamento, a insatisfação da pessoa com o serviço de saúde, a morbimortalidade e a custos associados ao tratamento.¹⁴ No entanto, se a dor for gerida de forma eficiente, fica limitada a um curto espaço de tempo, sendo o seu impacto reduzido. Muitos estudos sobre dor pós-cirúrgica em doentes oncológicos têm abordagens essencialmente farmacológicas, muito direcionadas para o uso de fármacos opióides.¹⁵⁻¹⁸ As publicações sobre as orientações dadas ao doente após a alta hospitalar para a autogestão da dor pós-operatória são escassas, no entanto, o seu estudo é de elevada importância, uma vez que muitos doentes reportam mais dor no período pós-alta hospitalar relativamente ao pós-operatório imediato.^{19,20} Torna-se assim importante ter conhecimento sobre intervenções disponíveis para capacitar o doente para a autogestão da dor, após alta hospitalar.

A gestão dos sintomas relacionados com a ferida cirúrgica assume um papel fundamental na prevenção de complicações pós-operatórias, onde se incluí a Infecção do Local Cirúrgico (ILC). A prevenção da ILC é um processo complexo, multifatorial, requerendo, por isso, a

integração de um conjunto de medidas que abrangem também o período pós-operatório.²¹ A ILC está relacionada com o procedimento cirúrgico, ocorre no local da incisão cirúrgica ou próximo dela e pode ocorrer nos primeiros trinta dias do pós-operatório.²² Por outro lado, diversos estudos reportam que a infecção do local cirúrgico é também, um dos motivos mais comuns que leva a readmissões não planejadas por complicações da ferida após a alta hospitalar,²³ o que pode atrasar o início de tratamentos adjuvantes.²⁴⁻²⁷ Desta forma, a prevenção de infecção e complicações da ferida cirúrgica, é fundamental para uma boa recuperação, prevenção de readmissões, promoção de qualidade de vida (QdV) no período após alta hospitalar e continuidade dos tratamentos. Também aqui, o doente deve ser devidamente capacitado para os cuidados que deve manter após a alta hospitalar, assim como em relação aos sinais e sintomas que requerem uma procura dos serviços de saúde. A escassez na evidência sobre a autogestão da ferida cirúrgica após a alta hospitalar²⁸ e sobre estratégias para ajudar o doente a reportar e gerir estes sintomas após a alta hospitalar²⁹ traz a necessidade de estudar esta temática.

No âmbito da autogestão de sintomas, a pessoa deve, também, se sentir segura relativamente ao que pode e não pode fazer face às suas atividades habituais. Só assim é possível garantir uma recuperação que permita a continuação dos tratamentos necessários, principalmente num contexto de doença oncológica onde o tratamento se caracteriza pela sua complexidade e multidisciplinaridade.

Este estudo tem como objetivo geral identificar as orientações terapêuticas de suporte à autogestão dos sintomas dor e cuidados a ter com a ferida cirúrgica na pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia após alta clínica.

Método

Uma vez que se pretende identificar a evidência disponível sobre a temática apresentada, a presente revisão foi guiada pela metodologia descrita no Manual da *Joanna Briggs Institute* (JBI) para *scoping reviews* (2020)³⁰ e pelo modelo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*)³¹ para organização da informação.

Critérios de inclusão e exclusão

As questões de investigação foram definidas com base no acrónimo PCC (População, Conceito e Contexto) de acordo com a metodologia supracitada. Esta *scoping review* incluiu estudos que abordam a seguinte proble-

mática: (a) pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia, com idade superior a 18 anos (participantes); b) orientações terapêuticas para autogestão de sintomas (conceito); c) período pós-operatório, após alta hospitalar (contexto). Considerou-se estudos quantitativos (estudos de desenho experimental e observacional), estudos qualitativos, estudos de métodos mistos e revisões da literatura publicadas nas bases de dados selecionadas, assim como informação publicada em *guidelines* e *websites*. Foram incluídos estudos publicados entre 2011 até setembro de 2022 publicados em inglês, português ou espanhol. Foram excluídos estudos de cuidados paliativos e artigos de opinião, publicações com participantes com idade inferior a 18 anos, que estudaram outro tipo de tratamento que não cirurgia, que incidiram no período pré, peri ou pós-operatório imediato em exclusivo e os que fazem referência a intervenções unicamente farmacológicas.

Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa incluiu estudos nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, via EbscoHost. Aos termos de busca, utilizando palavras-chave indexadas, foram adicionados os sinónimos através da utilização da ferramenta “*MH Exact Subject Heading*”. Foram também utilizados os termos livres com instrumento adicional. De forma a identificar possíveis abreviações ou palavras com terminações diferentes, foi utilizada a técnica de abreviação, com operadores de truncagem, como o “*”. Procedeu-se à conexão dos termos de pesquisa através do recurso aos operadores booleanos “OR” e “AND”.

Foi aplicada uma estratégia de pesquisa de 3 fases: 1) uma pesquisa inicial nas bases de dados selecionadas, seguida de uma análise do conteúdo no título e no resumo, assim como palavras chave/termos de pesquisa descritos nos artigos; 2) uma segunda pesquisa usando as palavras chave identificadas nos termos de pesquisa dos estudos incluídos foi realizada nas bases de dados selecionadas e as referências dos estudos encontrados na pesquisa foram analisados para identificar estudos adicionais; 3) A lista de referência dos estudos identificados foi pesquisada para a inclusão de estudos adicionais. Todas as publicações identificadas foram selecionadas e exportadas para o gestor de referências *EndNote version X9* e os duplicados foram removidos. Três revisores independentes analisaram a relevância dos artigos a ser incluídos na revisão, baseada na informação fornecida no título e resumo. Dois revisores, de forma independente examinaram as versões com texto completo dos artigos para verificar se eles iam ao encontro dos critérios de inclusão.

Tabela 1 – Estratégia de pesquisa

Termos de busca			
Dor aguda pós-operatória			
"cancer patient*" OR "oncologic patient*" OR "oncology patient*" OR "Malignant* tumor*" OR "Neoplasms" OR "Cancer*" AND	postop* OR "Postoperative Period" OR "Postoperative Care" OR "postoperative management" OR "Discharge" OR "postdischarge" AND	"pain management" OR "Management, Pain" OR "Post-surgical Pain" OR "Post surgical Pain" OR "Pain, Post-operative" OR "Pain, Postoperative" OR "Postoperative Pain" OR "Postsurgical Pain" OR ("Pain, Postsurgical") OR "Post-operative Pain" OR "Postoperative Pain, Acute" OR "Pain, Acute Postoperative" OR "Acute Postoperative Pain" OR "Acute Post-operative Pain" OR "Acute Post operative Pain" OR "Post-operative Pain, Acute" OR "Pain, Acute Post-operative" OR "Post operative Pain, Acute"	
Ferida cirúrgica			
"cancer patient*" OR "oncologic patient*" OR "oncology patient*" OR "Malignant* tumor*" OR "Neoplasms" OR "Cancer*" AND	postop* OR "Postoperative Period" OR "Postoperative Care" OR "postoperative management" OR "Discharge" OR "postdischarge" AND	((("surgical wounds") OR ("Wound, Surgical") OR ("Wounds, Surgical") OR ("Surgical Incision") OR ("Incision, Surgical") OR ("Incisions, Surgical") OR ("Surgical Incisions") OR ("Wound management"))	

Extração de Resultados

Os dados extraídos e processo de síntese incluíram leituras completas e sucessivas dos artigos. Os dados extraídos foram discutidos e dados discordantes assumidos por consenso. Uma tabela de extração de dados dos estudos incluídos foi desenvolvida de acordo com os objetivos do estudo e questões de investigação. A seguinte informação foi registrada para cada publicação:

autor/fonte, ano de publicação, tipo de estudo, objetivo do estudo, orientação terapêutica identificada. Posteriormente foram analisadas e organizadas as orientações terapêuticas, de modo a construir a informação para a população em estudo, de forma a apoiar a autogestão de cada sintoma, capacitando o doente no período pós-operatório e após alta hospitalar.

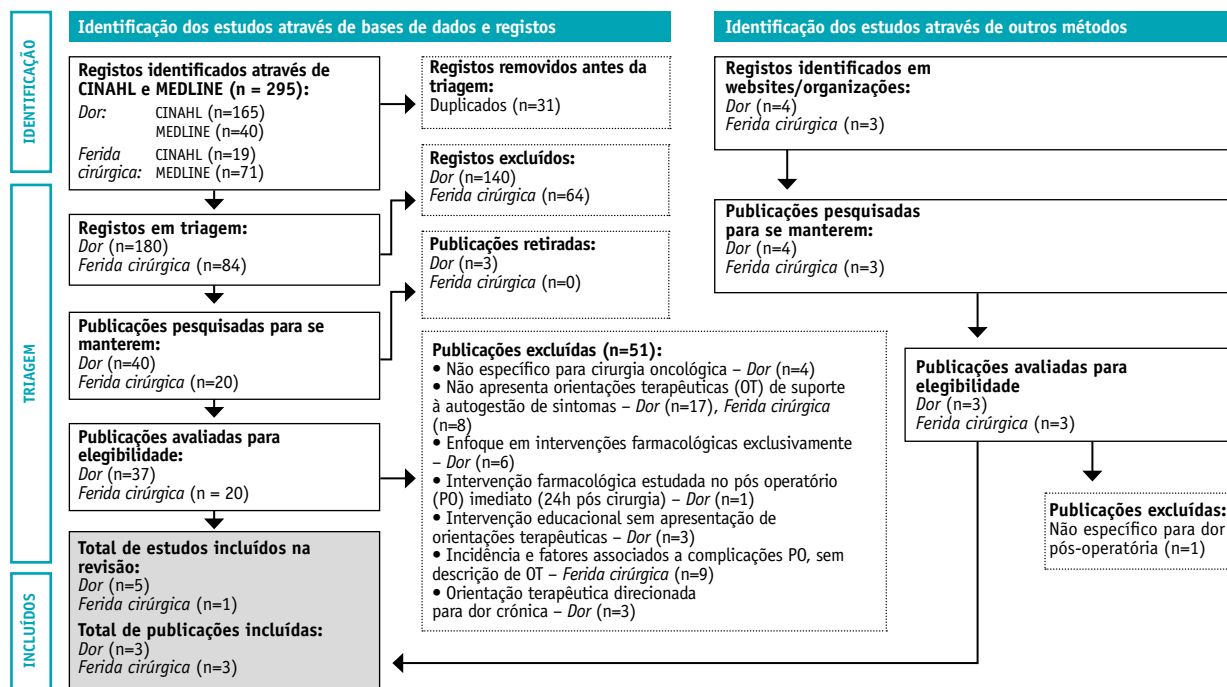


Figura 1. Processo de identificação e inclusão dos estudos/documentos da RIL – PRISMA 2020

Adaptado da tradução de: Verónica Abreu*, Sónia Gonçalves-Lopes*, José Luís Sousa* e Verónica Oliveira / *ESS Jean Piaget - Vila Nova de Gaia - Portugal de: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Resultados

Na primeira etapa da pesquisa efetuada nas bases de dados eletrônicas resultou uma amostra inicial de 205 artigos relacionados com o sintoma dor e 90 artigos relacionados com a ferida cirúrgica. Decorrente da pesquisa efetuada em fontes de informação secundária adicionaram-se 4 documentos relacionados com o sintoma dor e 3 relacionados com a ferida cirúrgica. Após análise dos resumos, 40 artigos para o sintoma dor e 20 artigos para sintomas relacionados com a ferida cirúrgica, pareciam dar resposta às questões de pesquisa e objetivos definidos. Após aplicação de procedimento de seleção de estudos, 12 publicações referentes aos sintomas em estudo cumpriam os critérios definidos. O ano de publicação dos artigos/documentos variou entre 2005 a 2021. Na Figura 1 apresenta-se o processo de identificação e inclusão dos estudos/documentos incluídos na revisão.

As publicações incluídas, para o sintoma dor (Tabela 2), contemplam 4 revisões da literatura^{7, 32-34} e uma revisão de uma *guideline*³⁵, duas *guidelines*³⁶⁻³⁷ e um *booklet* direcionado para o doente e família/cuidadores. Dos artigos incluídos, dois^{7, 34} são direcionados para a

dor pós-operatória para todos os tipos de cancro e dois incidem em populações mais específicas, como pessoas com cancro da mama³³ e com cancro cabeça e pescoço.³² Na tabela 2 apresenta-se uma sumarização dos estudos e documentos incluídos nesta revisão relativos ao sintoma dor, incluindo informação relativa aos autores, ano de publicação, tipo de estudo e acesso/fonte e objetivos.

Relativamente à gestão dos sintomas relacionados com a ferida cirúrgica, foi identificado um artigo de revisão⁷, reportando-se à gestão dos sintomas pós-operatórios experienciados pelos doentes após cirurgia oncológica. Foram também incluídas duas publicações em *websites* de organizações oncológicas^{39, 40} e um *booklet*⁴¹, direcionados para o doente e sua família. As três publicações são de diferentes países e fornecem informação sobre o procedimento cirúrgico, e, mais especificamente, sobre os cuidados a ter associados à ferida. São todas de acesso livre.

Através do processo de análise dos diversos estudos e documentos, foram selecionadas as orientações terapêuticas de suporte à autogestão dos sintomas em estudo, associados à cirurgia e após alta hospitalar, assim como as fontes bibliográficas que as suportam (Tabela 4 e Tabela 5).

Tabela 2 – Publicações incluídas para o sintoma dor

Autor, ano	Título	Tipo de estudo	Objetivos
Odom-Forren & Wesmiller, 2017	<i>Managing symptoms: Enhancing patients self-management Knowledge and skills for surgical Recovery</i>	Revisão narrativa	Rever os sintomas pós-operatórios experienciados pelos doentes após cirurgia por cancro e discutir métodos focados com base na evidência para ensinar ao doente a autogestão da dor aguda e sintomas incluindo estratégias farmacológicas e não farmacológicas.
Hill & Lefkowitz, 2021	<i>Strategies for optimizing perioperative pain management for the cancer patient</i>	Revisão narrativa	Auscultar as estratégias pré-operatórias, intraoperatórias e pós-operatórias para a gestão da dor na pessoa com cancro.
Tola et al., 2021	<i>Effects of non-pharmacological interventions on preoperative anxiety and postoperative pain in patients undergoing breast cancer surgery: A systematic review</i>	Revisão sistemática	Identificar, analisar e sintetizar os efeitos de intervenções não farmacológicas na ansiedade pré-operatória e dor aguda pós-operatória em mulheres submetidas a cirurgia de cancro de mama.
Trotter et al., 2013	<i>Pharmacological and other interventions for head and neck cancer pain: a systematic review</i>	Revisão sistemática	Avaliar a evidência de estudos controlados randomizados sobre métodos farmacológicos e não-farmacológicos na gestão da dor no cancro de cabeça e pescoço.
Swarm et al., 2019	<i>Adult cancer pain, version 3.2019</i>	Guideline. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)	As Diretrizes da NCCN identificam princípios centrais para avaliar e tratar a dor oncológica em adultos, focando-se em tópicos de gestão da dor incluindo intervenções farmacológicas e não farmacológicas e tratamento de síndromes específicos de dor oncológica.
BC CANCER 2018	<i>Symptom management guidelines: PAIN</i>	Guideline BC CANCER	Recomendações desenvolvidas por um grupo de profissionais de saúde, que contribuem para o atendimento especializado em oncologia no BC Cancer e na Universidade de British Columbia.
NIH – National Cancer Institute, 2019	<i>Support for people with cancer pain control</i>	Booklet NIH - NCI	Dirigido para pessoas com cancro que têm dor causada pela doença e pelos tratamentos.
Gordon et al., 2005	<i>American Pain Society Recommendations for Improving the Quality of Acute and Cancer Pain Management</i>	Revisão de uma Guideline APS	Rever e expandir diretrizes de melhoria da qualidade de 1995 para o tratamento da dor aguda e da dor oncológica e melhorar a qualidade de tratamento da dor em todos os contextos de cuidados.

Tabela 3 – Publicações incluídas para sintomas relacionados com a ferida cirúrgica

Autor, ano	Título	Tipo de estudo	Objetivos
Odom-Forren & Wesmiller, 2017	Managing symptoms: Enhancing patients self-management Knowledge and Skills for surgical Recovery	Artigo de revisão	Rever os sintomas pós-operatórios experienciados pelos doentes após cirurgia por cancro e discutir métodos focados com base na evidência para ensinar o doente à autogestão da dor aguda e sintomas incluindo estratégias farmacológicas e não farmacológicas.
American cancer society, 2020	Scars and Wounds	website ACS https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/physical-side-effects/hair-skin-nails/scars-and-wounds.html	Disponibilizar informação online sobre vigilância e autogestão de cuidados à ferida cirúrgica.
Cancer Research UK 2020	Surgery for cancer - Going home after surgery	website Cancer research UK https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/cancer-in-general/treatment/surgery/long-term-problems	Disponibilizar informação online à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia, sobre autogestão de sinais e sintomas.
Cancer Council 2019	Understanding Surgery A guide for people with cancer, their families and friends	Booklet Cancer Council Australia	Para ajudar a pessoa a perceber melhor a sua cirurgia, como tratamento para o cancro.

Tabela 4 – Orientações terapêuticas para o sintoma dor

Orientação terapêutica	Autor (ano)
Avaliação da dor e gestão terapêutica	
Monitorizar a dor – registo diário da dor (localização, tipo de dor, horários de pico e as doses de medicação)	BC CA (2018); Gordon et al. (2005); APS guideline (2016); Hill & Lefkowitz. (2021)
Gerir medicação prescrita para a dor e em SOS (cumprir cronograma prescrito, mesmo quando não sentir dor e antecipar possíveis eventos dolorosos e tomar analgésicos 30 minutos antes)	BC CA (2018); APS guideline (2016); Odom-Forren & Wesmiller (2017)
Relatar possíveis efeitos colaterais dos opioides	BC CA (2018)
Intervenções físicas	
Realizar exercício terapêutico ou de condicionamento, terapia física ou ocupacional*, através de planos de exercícios progressivos	Swarm et al. (2019); Gordon et al. (2005); Trotter et al. (2013); Hill & Lefkowitz. (2021)
Adotar de posições de conforto (para dormir ou estar sentado no cadeirão)	Odom-Forren & Wesmiller (2017)
Adaptar a funcionalidade (retorno às atividades habituais) e manutenção de períodos de repouso	BC CA (2018)
Aplicar bolsas de calor e /ou frio	Swarm et al. (2019); Gordon et al. (2005); Odom-Forren & Wesmiller. (2017); NIH – National Cancer Institute (2019)
Ponderar sessões de acupuntura*	Hill & Lefkowitz, (2021); Tola et al. (2021); Swarm et al. (2019)
Intervenções cognitivo comportamentais	
Realizar técnicas de relaxamento físico, por imaginação guiada (cognitivo) ou por controlo da respiração e respiração diafragmática	Swarm et al. (2019); BC CA (2018); Gordon et al. (2005); Odom-Forren & Wesmiller. (2017); NIH – National Cancer Institute (2019)
Ponderar sessões de hipnose*	Hill & Lefkowitz (2021); NIH – National Cancer Institute (2019); Swarm et al. (2019)
Ouvir música (que lhe seja agradável) como técnica de distração	Tola et al., 2021; NIH – National Cancer Institute (2019); Swarm et al. (2019); Odom-Forren & Wesmiller (2017)
Intervenções psicossociais	
Partilhar o que sente em relação à dor com outras pessoas procurando apoio e aconselhamento de saúde (amigos e familiares ou profissionais de saúde)	Odom-Forren & Wesmiller. (2017); Swarm et al. (2019)
Contactar médico se apresentar:	
- T ≥ 38 °C - O início da dor é súbito e/ou intenso e/ou agudo - Mantem dor moderada ou severa após intervenções farmacológicas e intervenções não farmacológicas - A dor está associada à perda de função, como fraqueza das pernas ou incontinência	Swarm et al. (2019); Odom-Forren & Wesmiller. (2017); BC CA (2018)

*intervenções que devem ser realizadas por um profissional de saúde

Tabela 5 – Orientações terapêuticas para sintomas relacionados com a ferida cirúrgica

Orientação terapêutica	Autor (ano)
Manter o penso limpo e seco. Se ficar molhado ou sujo, realizar tratamento imediatamente	American Cancer Society, (2020); Cancer Council (2019)
Vigiar presença de: - Rubor ou hematoma - Pele escamosa e quebrada - Crostas - Sangramento - Edema - Drenagem de líquido purulento - Calor na área afetada - Dor ou sensibilidade	American Cancer Society (2020); Cancer Research UK (2020)
Cumprir de esquema medicamentoso prescrito (ex: cumprir a toma de antibiótico até ao fim)	American Cancer Society (2020); Cancer Council (2019)
Ingerir alimentos que ajudam a reconstrução celular (ex. frutas cítricas, vegetais de folhas verdes, grãos integrais, carne, peixe e ovos. Estes alimentos contêm proteínas, vitaminas e minerais).	American Cancer Society (2020); Odom-forren & Wesmiller (2016)
Sinais e sintomas graves (exigem que se recorra ao médico): - aumento do sangramento, edema, rubor, presença de pus, ou um cheiro inusitado, invulgar/incomum? da ferida ou em torno de quaisquer tubos, drenos ou estomas - febre de 38 °C ou superior - calafrios - edema nos membros - dor súbita e intensa (dor superior ao habitual no local da ferida) - dificuldade para respirar, andar ou atividades que fazia sem dificuldade anteriormente à cirurgia	American Cancer Society (2020); Cancer Research UK (2020); Cancer Council (2019); Odom-forren & Wesmiller (2017)

Da totalidade dos artigos incluídos salienta-se a importância de uma abordagem multimodal da dor, devido à sua complexidade em oncologia, e ainda em como a sua gestão, no período pós-operatório, se deve focar no compromisso da funcionalidade e na recuperação da pessoa submetida a este tipo de tratamento. Esta gestão pode e deve incluir intervenções farmacológicas e não farmacológicas. No entanto, é consensual que os dados sobre a eficácia das estratégias não farmacológicas é ainda limitada,^{33,34} não devendo substituir as estratégias farmacológicas, mas antes complementá-las.⁷

As intervenções não farmacológicas podem ser: intervenções físicas (exercício terapêutico, massagem, aplicação de calor e/ou frio, acupuntura, exercícios respiratórios entre outras); cognitivo-comportamentais, destinadas a promover uma perceção de controlo sobre a dor (*mindfulness*, relaxamento através de imaginação guiada, hipnose, ouvir música (como técnica de distração, entre outras); psicossociais (suporte psicossocial e providenciar educação aos pacientes e familiares); e espirituais (como rezar, auscultar crenças culturais sobre os tratamentos) (Tabela 4).

As orientações descritas pelas publicações incluídas têm um carácter informativo e prático, que pode complementar a informação fornecida no momento da alta hospitalar, pelo profissional de saúde, no sentido de promover a segurança sentida pela pessoa submetida a cirurgia. Das orientações terapêuticas identificadas para gestão de sintomas relacionados com a ferida cirúrgica,

salientam-se as intervenções de monitorização de sintomas indicativos de infeção, processo de cicatrização comprometido ou circulação comprometida. Os cuidados com a alimentação como adjuvantes do processo de cicatrização, são também reportados pelas publicações incluídas, assim como sinais de alarme que requerem observação médica (Tabela 5).

Interpretação dos resultados

Esta revisão da literatura teve como objetivo identificar orientações terapêuticas relacionadas com a auto-gestão da dor e de sintomas relacionados com a ferida cirúrgica, no período após alta hospitalar, em doentes oncológicos. A escolha destes sintomas deveu-se ao facto de serem os mais comuns, que estão presentes em todas as valências cirúrgicas em oncologia. Foi encontrado um número reduzido de estudos que abordam especificamente orientações terapêuticas de suporte à autogestão desta sintomatologia, associada ao tratamento cirúrgico do doente oncológico, sugerindo que esta área de cuidados não tem sido muito investigada. É de destacar ainda que, através desta revisão, apenas se chegou à enumeração de medidas sugeridas para a autogestão da dor e da ferida cirúrgica, não sendo possível retirar informação sobre a eficácia e aplicabilidade dessas medidas, uma vez que a maioria dos documentos analisados se reportam a *guidelines* e orientações de sociedades científicas e poucos a estudos empíricos.

Na pessoa submetida a cirurgia, estratégias eficazes que promovem a autogestão de sintomas pós-operatórios são particularmente importantes para a sua recuperação, uma vez que esta necessita, frequentemente, de tratamento terapêutico adjuvante. Para garantir uma alta mais segura, a equipa de enfermagem deve facilitar a transição do doente para casa, documentando a correta administração dos medicamentos, fornecendo estratégias não farmacológicas de controlo dos sintomas e providenciando um aconselhamento antecipatório sobre o que o doente pode esperar acontecer após cirurgia.⁴² Cuidados centrados no doente e a sua melhor preparação para participar ativamente durante o percurso do tratamento da doença são peças chave para a otimização de cuidados e uma recuperação pós-operatória sem complicações.⁷

A evidência demonstra que uma adequada informação sobre os potenciais problemas e cuidados a ter no domicílio encontra-se associada, de forma positiva, com o sentimento de segurança que o doente possa sentir para lidar com imprevistos, sendo esta uma área que deve ser trabalhada desde a admissão e durante todo o período peri operatório.⁴³ Assim, o desenvolvimento de intervenções adequadas às necessidades dos doentes, focadas na otimização da qualidade de vida após alta cirúrgica, demonstram ser uma necessidade.^{44,45}

Na revisão da literatura relativa à autogestão da dor cirúrgica foi identificado um conjunto de orientações terapêuticas que incluíram além, de intervenções de monitorização da dor e gestão do regime medicamentoso, técnicas não farmacológicas, nomeadamente intervenções físicas, cognitivo comportamentais e psicossociais.

A dor é um dos sintomas mais comuns no período pós-operatório e constitui uma experiência multidimensional, multifatorial e por isso muito idiossincrática.⁹ A sua gestão eficaz através de uma abordagem multimodal, conduz a uma melhor recuperação, constituindo assim um aspeto essencial do cuidado à pessoa submetida a tratamento cirúrgico.^{10,19,20,46} Embora os analgésicos estejam na base no tratamento da dor após cirurgia e estando a sua eficácia bem documentada,^{18, 46-51} as intervenções não farmacológicas parecem ter um efeito considerável no controlo da intensidade da dor moderada a leve, constituindo assim, uma outra estratégia da sua gestão^{46,53}, o que foi também verificado na totalidade dos estudos analisados. A aplicação de medidas não farmacológicas pode também, resultar na diminuição de efeitos secundários resultantes da medicação analgésica.^{46,54} Fora do contexto oncológico, foi demonstra-

do que a aplicação de conjuntos de intervenções não farmacológicas para a diminuição dos níveis de dor no período pós-operatório, como, por exemplo, a utilização de técnicas de relaxamento muscular, relaxamento com exercícios respiratórios e/ou com música, assim como técnicas de distração, massagem, aplicação de bolsas de calor e acupuntura reduzem significativamente a dor no período pós-operatório, nomeadamente na cirurgia ortopédica,^{55,56} cirurgia cardíaca⁵⁷ e cirurgia geral.^{45,58}

Dos estudos incluídos, entre as várias intervenções não farmacológicas identificadas, as mais frequentemente reportadas foram as técnicas de relaxamento^{7,35-38}, música^{7,33,36,38} e aplicação de bolsas de frio^{7,35,36,38}. Alguns estudos têm demonstrado que a utilização destas intervenções na prática de enfermagem, com capacitação da pessoa com dor, podem ser eficazes no tratamento da dor pós-operatória. Num estudo⁵⁹, a imaginação guiada, é indicado no controlo da dor em oncologia. Neste estudo, as sessões de imaginação guiada foram conduzidas por enfermeiros especializados e tiveram uma duração média de 17.4 minutos, em que os níveis de dor foram monitorizados pré-intervenção, imediatamente após a intervenção e 1 hora após a intervenção. Os pacientes comentaram constituir uma experiência positiva e os enfermeiros referem benefício para o controlo da dor e conforto para a pessoa com doença oncológica. Também é reportado o efeito do relaxamento como eficaz para o controlo da dor pós-operatória e que métodos de controlo de dor não farmacológicos podem ser usados para otimizar o efeito da medicação analgésica.⁶⁰ Neste estudo foi examinado o efeito de exercícios de relaxamento no controlo da dor pós-operatória a pessoa submetida a cirurgia abdominal, num período até 4 dias após cirurgia, com uma gravação áudio para ensinar e aplicar os exercícios de relaxamento. As gravações incluíam incluí instruções audíveis para relaxamento exercícios, benefícios e pontos importantes a serem lembrados durante a prática e aplicação de exercícios de relaxamento. As instruções incluídas nas gravações incluíam técnicas de respiração, bem como na contração e relaxamento de vários grupos musculares. Foi demonstrado que 71.7% dos pacientes sentiram alívio da dor após os exercícios de relaxamento.

A intervenção musical também pode integrar uma via para otimização do tratamento da dor pós-operatória, como adjuvante dos analgésicos no controlo da dor pós-operatória. Numa revisão sistemática⁶¹, com o objetivo de examinar o efeito da música no controlo da dor pós-operatória e efeito no uso de analgésicos, aplicado

por enfermeiros, esta intervenção foi aplicada. A revisão englobou estudos com doentes submetidos a diferentes tipos de cirurgia. No conjunto de estudos existiu uma variedade na aplicação desta intervenção, nomeadamente relativamente à seleção da música (se escolhida pelo próprio ou pelo investigador), como e se os doentes foram instruídos, manipulação do ambiente, momento da aplicação da intervenção e em que momentos a dor foi avaliada, até os 3 dias no período pós-operatório. Em 83% dos estudos incluídos foram obtidos resultados significativos que indicaram redução dos níveis de dor pós-operatória nos grupos de intervenção musical.

Relativamente a intervenções físicas, como aplicação de bolsas de frio aplicadas na ferida cirúrgica, após cirurgia abdominal em oncologia, os autores analisaram, nos primeiros 3 dias após cirurgia, a sua eficácia na diminuição da dor no período pós-operatório.⁶² A maioria dos doentes (81%) referiram que as bolsas de frio promoveram alívio da dor pós-operatória e constitui um método simples e acessível.

Desta forma, verifica-se a possibilidade de implementação das orientações para a gestão da dor aguda pós-operatória, sugeridas nas publicações incluídas na revisão, associadas à prática de enfermagem, podendo constituir um complemento adicional na prestação de cuidados no controlo de sintomas no período pós-operatório.

Associado à eficácia das medidas não farmacológicas, um dado relevante a estudar com mais pormenor é a frequência de utilização. É reportado que técnicas de distração, de relaxamento, aplicação de bolsas de calor e/ou frio e estratégias ativas como massagem, fisioterapia, exercícios e alongamentos são as abordagens mais frequentemente utilizadas,^{55, 63, 64} e uma menor proporção de participantes utiliza estratégias passivas como o repouso, reposicionamento e oração.⁶⁴ Também, intervenções que exigem algum custo associado ou necessidade de recurso a profissionais especializados, fora do âmbito hospitalar, como a hipnose e a acupuntura parecem ser menos aplicadas pelos doentes.⁷

Relativamente à autogestão de sintomas relacionados com a ferida cirúrgica, encontrou-se também um número reduzido de estudos com orientações terapêuticas específicas. Da revisão realizada, destacaram-se a vigilância de sinais de infeção, o controlo da dor da ferida cirúrgica, o conhecimento sobre sinais de alarme que requerem observação por profissional de saúde, os cuidados a ter com o penso da ferida cirúrgica, a nutrição e a adesão ao regime medicamentoso. Estas interven-

ções parecem ir ao encontro das preocupações sentidas pelos doentes no período após alta hospitalar e descritas na literatura nomeadamente a identificação de complicações relacionadas com a ferida, dor na ferida, como permanecer ativo em casa.⁶⁵ Estas são áreas que se constituem como primordiais nos objetivos dos cuidados no tratamento de feridas, ou seja, a prevenção de infeções, da perda de integridade cutânea, o alívio da dor e a promoção da cicatrização da ferida.⁶⁶ Ensinar doentes e cuidadores sobre a deteção precoce de infeções locais e sistémicas é uma prioridade durante o processo de alta, capacitando-os para se tornarem participantes ativos dos cuidados e ter maior conhecimento sobre a promoção da cicatrização de feridas e prevenção de infeção. O doente deve assim ser instruído sobre quais os sinais de alarme e quando contactar o profissional de saúde.

O conteúdo das orientações terapêuticas identificadas nos estudos incluídos na presente revisão vão ao encontro de outros estudos que objetivaram desenvolver ferramentas para automonitorização da ferida cirúrgica após alta hospitalar.^{24, 67}

Estes conteúdos, relativos às orientações terapêuticas, são muitas vezes desenvolvidos com o intuito de incorporar tecnologias educacionais, destinadas a promover a autogestão de sintomas no doente oncológico. Muitos destes recursos integram programas de exercício, técnicas de relaxamento, como imaginação guiada ou meditação, no sentido de os envolver ativamente nos cuidados.⁶⁶

Decorrente do presente trabalho espera-se numa etapa futura operacionalizar as medidas encontradas em conteúdos passíveis de serem incluídos numa ferramenta de suporte à autogestão da pessoa com doença oncológica, o projeto *iGestSaúde*. Este projeto foca-se no desenvolvimento de um aplicativo destinado a promover a autogestão da doença oncológica e monitorização dos sintomas e complicações no período após alta clínica hospitalar, acompanhando o doente no domicílio, com vista à melhoria da qualidade de vida e reforço da comunicação com os profissionais de saúde.⁶⁸ Assim, é objetivo desenvolver informação complementar para a realização das intervenções terapêuticas para que possam ser realizadas pelo próprio doente.

Nesta discussão importa ainda referir que a escassez de artigos publicados sobre esta temática impôs algumas limitações à concretização dos objetivos deste estudo, e que dado que muitos estudos são *guidelines*, a par da inexistência de *RCTs*, limita o nível de evidência.

Conclusão

Com a realização desta revisão, foram identificadas orientações terapêuticas de suporte à autogestão da dor aguda e sintomas relacionados com a ferida cirúrgica, após alta hospitalar, em doentes submetidos a cirurgia oncológica. Com as orientações identificadas pretende-se responder às necessidades de cada pessoa, com informação personalizada e um roteiro com sugestões específicas sobre como gerir os seus sintomas fora do ambiente hospitalar. A evidência indica que o controlo da dor pós-operatória pode beneficiar quando se complementam intervenções farmacológicas com intervenções não farmacológicas. A capacitação para a automonitorização da ferida cirúrgica, nomeadamente a deteção precoce de sinais de infeção, é o principal promotor para a sua autogestão.

De salientar a escassez de estudos que abordam especificamente orientações terapêuticas de suporte à autogestão de sintomas associados ao tratamento cirúrgico nesta população. Também foi possível constatar a falta de evidência sobre a eficácia de intervenções não farmacológicas para o tratamento de sintomatologia pós-operatória, nestes doentes, sendo necessária mais investigação para validar o seu papel no controlo desta sintomatologia.

Um adequado conhecimento sobre uma eficaz autogestão dos sintomas, no período após alta hospitalar, fornece maior segurança ao doente, melhor gestão de expectativas, com o poder de reduzir ansiedade e melhorar a sua recuperação.

Investigações futuras devem incidir a sua análise sobre a eficácia das intervenções não farmacológicas de apoio à autogestão desta sintomatologia e, também, avaliar se os enfermeiros têm conhecimento sobre estas técnicas e qual a sua experiência na sua aplicabilidade.

Referências bibliográficas

1. Grady PA, Gough LL. Self-management: A comprehensive approach to management of chronic conditions. *Am. J. Public Health.* 2018;108: S430-S6. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302041>
2. Rosland AM, Heisler M, Piette JD. The impact of family behaviors and communication patterns on chronic illness outcomes: a systematic review. *J Behav Med.* 2012;35(2):221-39. <https://doi.org/10.1007/s10865-011-9354-4>
3. Holman H, Lorig, K. Patient Self-Management : A Key to Effectiveness and Efficiency in Care of Chronic Disease in Care to Effectiveness of Chronic Disease. *Public Health Rep.* 2004;119:239-43. <https://doi.org/doi: 10.1016/j.phr.2004.04.002>
4. Pizzoli SFM, Renzi C, Arnaboldi P, Russell-Edu W, Pravettoni G, Monacis L. From life-threatening to chronic disease: Is this the case of cancers? A systematic review. *Cogent Psychol.* 2019;6(1). <https://doi.org/10.1080/23311908.2019.1577593>
5. Talboom-Kamp EPWA, Verdijk NA, Kasteleyn MJ, Numans ME, Chavannes NH. From chronic disease management to person-centered eHealth; a review on the necessity for blended care. *Clinical eHealth.* 2018;1(1):3-7. <https://doi.org/10.1016/j.ceh.2018.01.001>
6. Saúde SNd. SNS+ Proximidade - Mudança centrada nas pessoas. 2018.
7. Odom-Forren J, Wesmiller S. Managing Symptoms: Enhancing Patients Self-Management Knowledge and Skills for Surgical Recovery. *Semin Oncol Nurs.* 2017;33(1):52-60. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2016.11.005>
8. Avery KNL, Richards HS, Portal A, Reed T, Harding R, Carter R, et al. Developing a real-time electronic symptom monitoring system for patients after discharge following cancer-related surgery. *BMC Cancer.* 2019;19(1). <https://doi.org/10.1186/s12885-019-5657-6>
9. Richards HS, Portal A, Absolom K, Blazeby JM, Velikova G, Avery KNL. Patient experiences of an electronic PRO tailored feedback system for symptom management following upper gastrointestinal cancer surgery. *Qual Life Res.* 2020. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02539-w>
10. Cata JP, Corrales G, Speer B, Owusu-Agyemang P. Postoperative acute pain challenges in patients with cancer. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2019;33(3):361-71. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2019.07.018>
11. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *The Lancet.* 2006;367(9522):1618-25. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(06\)68700-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(06)68700-x)
12. Shipton EA. The transition from acute to chronic post surgical pain. *Anaesth Intensive Care.* 2011;39:824-36.
13. Park R, Mohiuddin M, Arellano R, Pogatzki-Zahn E, Klar G, Gilron I. Prevalence of Postoperative Pain Following Hospital Discharge: Protocol for a Systematic Review. *JMIR Res Protoc.* 2020;9(12):e22437. <https://doi.org/10.2196/22437>
14. Baratta JL, Schwenk ES, Viscusi ER. Clinical consequences of inadequate pain relief: barriers to optimal pain management. *Plast Reconstr Surg.* 2014;134(4 Suppl 2):15S-21S. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000000681>
15. Pfaill JL, Garden EB, Gul Z, Katims AB, Rosenzweig SJ, Razdan S, et al. Implementation of a nonopioid protocol following robot-assisted radical cystectomy with intracorporeal urinary diversion. *Urol Oncol.* 2021;39(7):436.e9-e16. <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2021.01.002>
16. Jacobs BL, Rogers D, Yabes JG, Bandari J, Ayyash OM, Maganty A, et al. Large reduction in opioid prescribing by a multipronged behavioral intervention after major urologic surgery. *Cancer.* 2021;127(2):257-65. <https://doi.org/10.1002/cncr.33200>
17. Higgins TM, Pham M, McDonald J, Le Neveu M, Haslett W, Ereksan E, et al. The Effect of State Legislation on Opioid Prescribing Practices Following Gynecologic Surgery. *J Gynecol Surg.* 2021;37(4):291-6. <https://doi.org/10.1089/gyn.2020.0139>
18. Gunasingha RMKD, Niloy IL, Wetstein BB, Learn PA, Turza LC. Keeping tabs: Reducing postoperative opioid prescriptions for patients after breast surgical procedures. *Surgery.* 2021;169(6):1316-22. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2020.11.045>
19. Odom-Forren J, Wesmiller S. Managing Symptoms: Enhancing Patients Self-Management Knowledge and Skills for Surgical Recovery. *Semin Oncol Nurs.* 2017;33(1):52-60. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2016.11.005>
20. Small C, Laycock H. Acute postoperative pain management. *Br J Surg.* 2020;107(2):e70-e80. <https://doi.org/10.1002/bjs.1147>
21. DGS. "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico. In: DGS, editor. dqs@dgs.min-saude.pt2022.

22. DGS. Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. dqs@dgs.min-saude.pt2013.
23. Tanner J, Khan D, Aplin C, Ball J, Thomas M, Bankart J. Post-discharge surveillance to identify colorectal surgical site infection rates and related costs. *J Hosp Infect.* 2009;72(3):243-50. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2009.03.021>
24. Macefield R, Richards HS, Avery KNL, Portal A, Harding R, Reed T, et al. A hospital-integrated symptom monitoring system for patients after discharge following surgery: a pilot study in cancer-related surgery. *Trials.* 2019;20. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3688-6>
25. Anaya DA, Cormier JN, Xing Y, Koller P, Gaido L, Hadfield D, et al. Development and validation of a novel stratification tool for identifying cancer patients at increased risk of surgical site infection. *Ann Surg.* 2012;255(1):134-9. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31823dc107>
26. Hari M, Rosenzweig M. Incidence of preventable postoperative readmissions following pancreaticoduodenectomy: implications for patient education. *Oncol Nurs Forum.* 2012;39(4):408-12. <https://doi.org/10.1188/12.ONF.408-412>
27. Shah M, Douglas J, Carey R, Daftari M, Smink T, Paisley A, et al. Reducing ER Visits and Readmissions after Head and Neck Surgery Through a Phone-based Quality Improvement Program. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2021;130(1):24-31. <https://doi.org/10.1177/0003489420937044>
28. Petherick ES, Dalton JE, Moore PJ, Cullum N. Methods for identifying surgical wound infection after discharge from hospital: a systematic review. *BMC Infect Dis.* 2006;6:170. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-6-170>
29. Macefield RC, Reeves BC, Milne TK, Nicholson A, Blencowe NS, Calvert M, et al. Development of a single, practical measure of surgical site infection (SSI) for patient report or observer completion. *J Infect Prev.* 2017;18(4):170-9. <https://doi.org/10.1177/1757177416689724>
30. Peters M.D.J, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco A.C, Khalil H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E MZE, editor. *JBIR Reviewer's Manual*, JBI, 20202020.
31. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021;372:n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
32. Trotter PB, Norton LA, Loo AS, Munn JI, Voge E, Ah-See KW, et al. Pharmacological and other interventions for head and neck cancer pain: a systematic review. *J Oral Maxillofac Surg.* 2013;3(4):e1. <https://doi.org/10.5037/jomr.2012.3401>
33. Tola YO, Chow KM, Liang W. Effects of non-pharmacological interventions on preoperative anxiety and postoperative pain in patients undergoing breast cancer surgery: A systematic review. *J Clin Nurs.* 2021;30(23-24):3369-84. <https://doi.org/10.1111/jocn.15827>
34. Hill BL, Lefkowitz C. Strategies for Optimizing Perioperative Pain Management for the Cancer Patient. *Surg Oncol Clin N Am.* 2021;30(3):519-34. <https://doi.org/10.1016/j.soc.2021.02.011>
35. Gordon DB, Dahl JL, Miaskowski C, McCarberg B, Todd K, Paice JA, et al. American Pain Society Recommendations for Improving the Quality of Acute and Cancer Pain Management. *Arch Intern Med.* 2005;165:1574-80. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.14.1574>
36. Swarm RA, Paice JA, Anghelescu DL, Are M, Bruce JY, Buga S, et al. Adult Cancer Pain, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* 2019;17(8):977-1007. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2019.0038>
37. British Columbia Cancer Agency. Symptom Management Guidelines: PAIN. 2018 [Available from: <http://www.bccancer.bc.ca/managing-symptoms-site/Documents/Pain-from-Cancer.pdf>].
38. National Cancer Institute. Cancer Pain Control: Support for People With Cancer. 2019. [Available from: <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/pain-control>]
39. American Society. Scars and Wounds. 2020. [Available from: <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/physical-side-effects/hair-skin-nails/scars-and-wounds.html#2020>]
40. Cancer research UK . Surgery for cancer - Going home after surgery. 2019 [Available from: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/cancer-in-general/treatment/surgery/long-term-problems>]
41. Cancer Council Australia. Understanding Surgery. A guide for people with cancer, their families and friends 2019. [Available from: <https://www.cancer.org.au/assets/pdf/understanding-surgery-booklet>]
42. Nallani R, Fox CC, Sykes KJ, Surprise JK, Fox CE, Reschke AD, et al. Pain Management and Education for Ambulatory Surgery: A Qualitative Study of Perioperative Nurses. *J Surg Res.* 2021;260:419-27. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.11.001>
43. Mitchell M. Home recovery following day surgery: a patient perspective. *Journal of clinical nursing.* 2015;24(3-4):415-27. <https://doi.org/10.1111/jocn.12615>
44. Chaparro-Diaz L, Rojas MZ, Carreño-Moreno SP. Optimising postoperative discharge plans for patients undergoing surgical treatment for gastric cancer: a literature review. *Gastroenterol Nurs.* 2021;19(1):34-40. <https://doi.org/10.12968/gasn.2021.19.1.34>
45. Harrison JD, Young JM, Auld S, Masya L, Solomon MJ, Butow PN. Quantifying postdischarge unmet supportive care needs of people with colorectal cancer: a clinical audit. *Colorectal Dis.* 2011;13(12):1400-6. <https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2010.02478.x>
46. Patil JD, Sefen JAN, Fredericks S. Exploring Non-pharmacological Methods for Pre-operative Pain Management. *Front Surg.* 2022;9:801742. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.801742>
47. Boitano TKL, Sanders LJ, Gentry ZL, Smith HJ, Leath CA, Khaja A, et al. Decreasing opioid use in postoperative gynecologic oncology patients through a restrictive opioid prescribing algorithm. *Gynecol Oncol.* 2020;159(3):773-7. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2020.09.014>
48. Choi KS, Jeong YM, Lee E, Kim KI, Yee J, Lee BK, et al. Association of pre-operative medication use with post-surgery mortality and morbidity in oncology patients receiving comprehensive geriatric assessment. *Aging Clin Exp Res.* 2018;30(10):1177-85. <https://doi.org/10.1007/s40520-018-0904-2>
49. Ellis JL, Ghiraldi EM, Cohn JA, Nitti M, Friedlander JI, Ginzburg S, et al. Prescribing Trends in Post-operative Pain Management After Urologic Surgery: A Quality Care Investigation for Healthcare Providers. *Urology.* 2021;153:156-63. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2020.11.070>
50. Fearon NJ, Benfante N, Assel M, Chesnut GT, Vickers A, Levine M, et al. Standardizing Opioid Prescriptions to Patients After Ambulatory Oncologic Surgery Reduces Overprescription. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2020;46(7):410-6. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2020.04.004>
51. Glaser GE, Kalogera E, Kumar A, Yi J, Destephano C, Ubl D, et al. Outcomes and patient perspectives following implementation of tiered opioid prescription guidelines in gynecologic surgery. *Gynecol Oncol.* 2020;157(2):476-81. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2020.02.025>
52. Kay AH, Venn M, Urban R, Gray HJ, Goff B. Postoperative narcotic use in patients with ovarian cancer on an Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) pathway. *Gynecol Oncol.* 2020;156(3):624-8. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2019.12.018>
53. Ruano A, Garcia-Torres F, Galvez-Lara M, Moriana JA. Psychological and Non-Pharmacologic Treatments for Pain in Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain Symptom Manage.* 2022;63(5):e505-e20. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.12.021>
54. Mohamed Bayoumi MM, Khonji LMA, Gabr WFM. Are nurses utilizing the non-pharmacological pain management techniques in surgical wards? *PLoS One.* 2021;16(10):e0258668. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258668>

55. Chan EY, Blyth FM, Nairn L, Fransen M. Acute postoperative pain following hospital discharge after total knee arthroplasty. *Osteoarthritis Cartilage*. 2013;21(9):1257-63. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2013.06.011>
56. Fan M, Chen Z. A systematic review of non-pharmacological interventions used for pain relief after orthopedic surgical procedures. *Exp Ther Med*. 2020;20(5):36. <https://doi.org/10.3892/etm.2020.9163>
57. Sarmiento S, Santos K, Dantas J, Silva B, Dantas D, Dantas R. Terapias não farmacológicas no alívio da dor pós-operatória de cirurgias cardíacas: revisão de escopo. *Online Braz J Nurs*. 2021. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20216494>
58. Clarke HA, Manoo V, Pearsall EA, Goel A, Feinberg A, Weinrib A, et al. Consensus Statement for the Prescription of Pain Medication at Discharge after Elective Adult Surgery. *Can J Pain*. 2020;4(1):67-85. <https://doi.org/10.1080/24740527.2020.1724775>
59. Burhenn P, Olausson J, Villegas G, Kravits K. Guided imagery for pain control. *Clin J Oncol Nurs*. 2014;18(5):501-3. <https://doi.org/10.1188/14.CJON.501-503>
60. Topcu SY, Findik UY. Effect of relaxation exercises on controlling postoperative pain. *Pain Manag Nurs*. 2012;13(1):11-7. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2010.07.006>
61. Engwall M, Dupplis GS. Music as a nursing intervention for postoperative pain: a systematic review. *J Perianesth Nurs*. 2009;24(6):370-83. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2009.10.013>
62. Watkins AA, Johnson TV, Shrewsbury AB, Nourparvar P, Madni T, Watkins CJ, et al. Ice packs reduce postoperative midline incision pain and narcotic use: a randomized controlled trial. *J Am Coll Surg*. 2014;219(3):511-7. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2014.03.057>
63. Komann M, Weinmann C, Schwenkglens M, Meissner W. Non-Pharmacological Methods and Post-Operative Pain Relief: An Observational Study. *Anesth Pain Med*. 2019;9(2):e84674. <https://doi.org/10.5812/aapm.84674>
64. Veal FC, Thompson AJ, Perry LJ, Bereznicki LR, Peterson GM. Pain intensity and pain self-management strategies following discharge after surgery: An Australian prospective observational study. *J Clin Pharm Ther*. 2018;43(1):8-14. <https://doi.org/10.1111/jcpt.12584>
65. Pieper B, Sieggreen M, Nordstrom CK, Freeland B, Kulwicki P, Frattaroli M, et al. Discharge Knowledge and Concerns of Patients Going Home With a Wound. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2007;34:245-53. <https://doi.org/doi:10.1097/01.won.0000270817.06942.00>
66. Kirkland-Kyhn H, Generao SA, Teleten O, Young HM. Teaching Wound Care to Family Caregivers. *Am J Nurs*. 2018;118:63-7. <https://doi.org/doi:10.1097/01.NAJ.0000530941.11737.1c>
67. Senn B, Mueller MD, Hasenburg A, Blankenstein T, Kammermann B, Hartmann A, et al. Development of a Postsurgical Patient-Reported Outcome Instrument for Women With Vulvar Neoplasia. *Oncol Nurs Forum*. 2012;39(6):E489-E98. <https://doi.org/10.1188/12.ONF.E489-E498>
68. Fernandes CS, Magalhães B, Santos C, Galiano JMM. IGestSaúde a mobile application for the self-management of symptoms associated with chemotherapy treatment: Development protocol. *Nurs Pract Today*. 2021;8:X-X. <https://doi.org/10.18502/npt.v8i2.5126>

Conflito de Interesses

Os autores declaram não existir conflito de interesses.