

Utentes com gastrectomia por carcinoma gástrico: nutrição *versus* qualidade de vida – Revisão sistemática de literatura

Users with gastrectomy for gastric carcinoma: nutrition *versus* quality of life – Systematic literature review

Usuarios con gastrectomía por carcinoma gástrico: nutrición *versus* calidad de vida – Revisión sistemática de la literatura

Ivo Cristiano Soares Paiva; Daniela Alexandra Rodrigues dos Santos**
Vanessa Filipa Oliveira Pimentel***; Maria Manuela Frederico Ferreira****

Resumo

A doença oncológica reveste-se de um carácter estigmatizante, sentida pelo utente e sua família que, associada a incertezas de prognóstico, provocam sofrimento, levantando questões ao nível da Qualidade de Vida (QV) dos indivíduos.

Com a finalidade de compreender qual o impacto da gastrectomia em utentes com carcinoma gástrico (nutrição *versus* QV), a sua influência na satisfação do autocuidado e o papel do enfermeiro, ao longo do processo de transição saúde-doença efectuou-se uma Revisão Sistemática de Literatura (RSL), sem meta-síntese e sem metanálise.

Foi seguida a metodologia PI[C]OD – Participantes; Intervenções; [Comparações]; Outcomes; Desenho do estudo – para a elaboração da pergunta de investigação e definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos recolhidos, sendo que, doze constituíram a amostra: foram analisados, interpretados e sintetizados.

Dessa análise pode concluir-se que a nutrição se traduz num benefício quando iniciada precocemente traduzindo-se numa melhoria da QV. O enfermeiro funciona como elemento facilitador no processo, promovendo a autonomia e independência necessárias para satisfazer as necessidades, expressas ou sentidas, de autocuidado.

Em Portugal, surge a necessidade de reconhecer a importância da variável nutrição na minimização do impacto da cirurgia por carcinoma gástrico e desenvolver estudos neste âmbito spondo os resultados para a prática.

Palavras-chave: gastrectomia; qualidade de vida; autocuidado; cuidados de enfermagem.

Abstract

Cancer has a stigmatizing nature felt by the sufferer and his familie, associated with the uncertainty of prognosis, causing suffering, and raising issues of the Quality of Life (QOL) of individuals.

In order to understand the impact on those having gastrectomy for gastric carcinoma (nutrition versus QOL), its influence on satisfaction with self-care and the nurse's role during the health-disease transition process, a Systematic Literature Review (RSL) was conducted, without meta-synthesis and without meta-analysis. The PI[C]OD methodology - Participants; Interventions; [Comparisons]; Outcomes, Study design - was used to develop the research question and to define the criteria for inclusion and exclusion of studies identified, with twelve forming the sample; analysis, interpretation and summary were conducted.

From this analysis it can be concluded that nutrition is beneficial when started early, leading to improvement in QOL.

The nurse acts as a facilitator in the process, promoting autonomy and independence, to satisfy the needs, expressed or perceived, for self-care.

In Portugal, there is a need to recognize the importance of nutrition in minimizing the impact of surgery for gastric carcinoma and to carry out studies in this area to transfer the results into practice.

Keywords: gastrectomy; quality of life; self-care; nursing cares.

* Enfermeiro licenciado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra [ivo-paiva3@hotmail.com].

** Enfermeira licenciada pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermeira, Naturidade [danielasantos_13@hotmail.com].

*** Enfermeira licenciada pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermeiro, Cáritas Diocesana de Coimbra [vanexa_oliveira17@hotmail.com].

**** RN, Doutorada em Ciências Empresariais. Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra [mfederico@esenfc.pt].

Resumen

La enfermedad oncológica está impregnada de un carácter estigmatizante sentida por el usuario y su familia que, asociado a incertidumbres de pronóstico, provoca sufrimiento, planteando interrogantes respecto a la Calidad de Vida (QV) de los individuos. Con el fin de comprender cuál es el impacto de la gastrectomía en usuarios con carcinoma gástrico (nutrición *versus* calidad de vida), su influencia en la satisfacción del autocuidado y el papel del enfermero a lo largo del proceso de transición salud-enfermedad se efectuó una Revisión Sistemática de la Literatura (RSL), sin meta-síntesis y sin metanálisis.

Se siguió la metodología PI[C]OD – Participantes; Intervenciones; [Comparaciones]; Resultados; Diseño del estudio – para la elaboración de la pregunta de investigación y definición de los criterios de inclusión y exclusión de los estudios recogidos siendo que, los doce que constituyeron la muestra fueron analizados, interpretados y sintetizados.

De ese análisis pudo concluirse que la nutrición se traduce en un beneficio cuando es iniciada precozmente y que conlleva a una mejora de la Calidad de Vida.

El enfermero funciona como elemento facilitador en el proceso, promoviendo la autonomía e independencia necesarias para satisfacer las necesidades, exprimidas o sentidas, de autocuidado. En Portugal, ha surgido la necesidad de reconocer la importancia de la variable nutrición en la minimización del impacto de la cirugía por carcinoma gástrico y de desarrollar estudios en este ámbito, transponiendo los resultados a la práctica.

Palabras clave: gastrectomía; calidad de vida; autocuidado; cuidados de enfermería.

Recebido para publicação em: 06.12.10

Aceite para publicação em: 24.01.10

Introdução

A partir do século XX, as doenças crónicas tornaram-se os principais problemas de saúde: persistem, recidivam e requerem terapêuticas por longos períodos. O cancro deixou de ser uma doença rapidamente fatal e dura meses ou anos, com tratamentos complexos (Pimentel, 2003).

Em Portugal, esta doença constitui a segunda causa de morte e, dos tumores malignos que ocorrem no estômago, o carcinoma constitui, sem dúvida, a lesão mais importante e comum (90 a 95% dos casos).

O único tratamento curativo, eficiente, é a ressecção, que é cirúrgica na maior parte dos casos, e sabe-se que a desnutrição está presente na grande maioria dos indivíduos, tornando importante a terapia nutricional no pré e no pós-operatórios (Mendonça, Gagliardo e Ribeiro, 2008).

Também como tratamento paliativo, parece que a ressecção é um dos melhores tratamentos, não pelo aumento da sobrevivência média a longo prazo mas, certamente, pelo aprimoramento da QV (*Idem*).

Constatando toda a controvérsia associada à temática da terapia nutricional e da QV dos utentes submetidos a gastrectomia traçaram-se os seguintes objectivos: compreender qual o impacto da gastrectomia em utentes com carcinoma gástrico (nutrição *versus* QV), a sua influência na satisfação do autocuidado e o papel do enfermeiro ao longo do processo de transição saúde-doença.

Quadro Teórico

O cancro é uma das doenças mais frequentes nas sociedades ocidentais. Apesar dos avanços científicos relacionados com a genética e a imunologia oferecerem novas e promissoras possibilidades no domínio da prevenção, do diagnóstico precoce e do tratamento, tem-se verificado, na Europa, um aumento da incidência do cancro que resulta de múltiplos factores, encontrando-se relacionado com o aumento e envelhecimento da população e alterações nos hábitos de vida (Coelho, 2008).

O carcinoma gástrico pode apresentar-se sob a forma de lesões polipóides, úlceras malignas ou difusamente e possuem uma etiologia multifactorial, existindo uma complexa interacção entre factores hereditários, ambientais e culturais (Phipps *et al.*, 2007).

Esta patologia tem um início insidioso, em que mais de 80% dos doentes se apresentam totalmente assintomáticos, todavia com a evolução da mesma podem surgir sinais e sintomas como: dispepsia – saciedade precoce, enfartamento, anorexia; epigastralgias ou sensação de ardor; náuseas ligeiras; perda de peso, que pode ser rápida e acentuada; fadiga e fraqueza (Phipps *et al.*, 2007). É ainda comum a ocorrência de anemia crónica por perdas hemáticas e a existência de sangue oculto nas fezes (Robalo, 2006 in *Servir*).

O diagnóstico do carcinoma gástrico é realizado em 50% dos casos numa fase já muito disseminada da doença (Robalo, 2006 in *Servir*) e com base na história clínica do doente, do seu exame físico e posterior realização de exames auxiliares de diagnóstico (EAD), de entre os quais a endoscopia digestiva alta constitui o método de eleição, pois, para além da visualização directa do tumor, permite a realização de biópsia (*Idem*).

Muitas vezes associado a cancro surge o conceito de Qualidade de Vida (QV). Este conceito foi introduzido na pesquisa na área da saúde com o principal objectivo de avaliar o impacto específico não médico da doença crónica e como um critério para a avaliação da eficácia dos tratamentos médicos e psicossociais (Paredes *et al.*, 2008). A QV é uma sensação de bem-estar pessoal que provém da satisfação ou insatisfação com áreas da vida que são importantes para essa pessoa (Ferrans e Powers, 1992 *apud* Coelho, 2008), com as seguintes dimensões: estado físico e desempenho, estado psicológico e bem-estar, interacções sociais e factores económicos e/ou vocacionais (Crame e Spilker, 1998 *apud* Coelho, 2008).

A avaliação da QV em doentes oncológicos é fundamental, na medida em que permite, entre outros aspectos, conhecer o impacto da doença e do seu tratamento, em diversas áreas de vida do doente, avaliar a eficácia dos tratamentos, aceder melhor ao doente, à sua evolução e adaptação à doença, melhorar o conhecimento acerca dos efeitos secundários dos tratamentos, definir e desenvolver estratégias e potenciar recursos pessoais com vista a uma melhoria do bem-estar dos doentes, facilitar a sua reabilitação e proporcionar informação prognóstica relevante quer para a resposta ao tratamento, quer para a sobrevivência (*Idem*).

A QV, ao ser avaliada, pressupõe a análise da componente social. Nesta, estando implícito o grau

de dependência, importa avaliar as actividades de vida diária cuja realização está relacionada com a preservação da independência e manutenção de uma boa QV.

Mencionado pela primeira vez, em 1958, por Dorothea Orem, autocuidado pode ser entendido como a prática de actividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas, iniciadas e desempenhadas dentro de espaços de tempo, em seu benefício próprio e com o intuito de preservar a vida e o funcionamento saudável (Orem *apud* Taylor, 2004); essas acções são voluntárias e intencionais, envolvem a tomada de decisões, e têm o propósito de contribuir de forma específica para a integridade estrutural, o funcionamento e o desenvolvimento humano (*Idem*).

Segundo Soderhamn (2000) *apud* Queirós (2010) a capacidade de adquirir, de ter, ou de recuperar o autocuidado, por acção própria ou por terceiros, acontece de forma faseada, em primeiro lugar as pessoas têm de adquirir a capacidade de identificação do que necessitam para recuperar a autonomia – autocuidado estimativo; depois identificam as várias opções para a aquisição ou recuperação do autocuidado e escolhem uma delas – autocuidado transitivo; por fim, é necessário demonstrar a capacidade real de autocuidado - autocuidado produtivo.

Quando os recursos existentes não permitem a auto-satisfação das necessidades de autocuidado surge a exigência de autocuidado terapêutico, sendo imperioso a ajuda de terceiros que o forneçam, denominados por agentes de autocuidado terapêutico, podendo estes ser formais ou informais (Queirós, 2010).

O enfermeiro, como agente de autocuidado terapêutico, deve procurar estimular o utente a satisfazer as suas exigências de autocuidado, sem nunca o substituir naquilo que ele é capaz de realizar por si próprio, intervindo, apenas, no sentido de o compensar nas suas incapacidades, sendo essencial o envolvimento da família ou de outro agente de autocuidado, por forma a capacita-los para cuidar do indivíduo.

Como tal, o enfermeiro tem o papel de promotor do restabelecimento da saúde do doente, com a implementação de práticas assistenciais e educativas que valorizem o acto do mesmo se autocuidar.

O cancro do estômago e o tratamento através da

realização de cirurgia influenciam directamente o autocuidado, na medida em que, existe uma dificuldade ou incapacidade em se alimentar, quer pela alteração do trajecto dos alimentos após a cirurgia.

Para Papini-Berto (2001), é importante existir uma avaliação nutricional do utente. Após essa avaliação devem ser transmitidas orientações dietéticas individualizadas com o objectivo de estabelecer um plano terapêutico nutricional.

O utente com carcinoma gástrico é, muito frequentemente, um indivíduo emagrecido, com alterações no estado de nutrição e hidratação, manifestando transtornos alimentares, sendo o momento de alimentação simultaneamente angustiante e de revolta, dada esta incapacidade (Robalo, 2005 in *Nursing*).

Aguilar *et al.* (2006) *apud* Mendonça, Gagliardo e Ribeiro (2008) afirma que actualmente, o procedimento de manter o utente em jejum prolongado desde a noite que antecede a cirurgia está a ser equacionada em alguns centros hospitalares e têm sido adoptadas novas condutas.

Estudos demonstram que utentes que receberam aporte de nutrientes, duas a quatro horas antes da cirurgia, evidenciaram como benefícios: diminuição da resposta orgânica ao stress, diminuição das perdas de nitrogénio, diminuição do tempo de internamento, diminuição da sensação de sede e fome, melhoria do bem-estar, menores incidências de vómitos e estase gástrica (Aguilar *et al.*, 2006).

Na perspectiva de Waitzberg (2004), os utentes desnutridos e candidatos à cirurgia como tratamento por carcinoma gástrico necessitam da ocorrência de uma intervenção nutricional de sete a dez dias antes da operação (aqueles que possam aguardar) para que sejam intervencionados sem agravamento do quadro clínico.

A técnica, ainda muito utilizada para o retorno da dieta nos utentes submetidos a cirurgias gastrointestinais, baseia-se apenas no retorno do peristaltismo que é caracterizado clinicamente pelo aparecimento de ruídos hidro-aéreos e eliminação de gases, prolongando o jejum pós-operatório de dois a cinco dias (Aguilar *et al.*, 2006 *apud* Mendonça, Gagliardo e Ribeiro, 2008).

Para Silva (2005), esta conduta tem vindo a ser contrariada pelas novas literaturas que demonstram os benefícios de uma re-alimentação precoce, num

intervalo máximo de 48 horas em pós-operatório, de utentes submetidos a ressecção gástrica, sendo eles: melhoria da cicatrização, estímulo da motilidade intestinal, diminuição de complicações infecciosas, de tempo de internamento, de custos e de morbimortalidade.

O enfermeiro deve ter sempre presente que a satisfação da necessidade de alimentação, para alguns utentes, não é apenas uma questão de sobrevivência, sendo uma parte importante do estilo de vida, devendo ser respeitadas as componentes sociais, emocionais e físicas do acto de comer (Keston, 2005). Alimentar-se reflecte uma série de desejos e emoções e, por isso, a orientação dietética deve ser adequada às diversas necessidades da pessoa visando melhorar a sua qualidade de vida (Robalo, 2005 in *Nursing*).

Metodologia

Apóstolo e Gameiro (2005) definem a Investigação em Enfermagem como um processo sistemático, científico e rigoroso, que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. Engloba todos os aspectos da saúde que são de interesse para a Enfermagem.

Perante a existência de inúmeros estudos empíricos, cujos resultados obtidos se encontram dispersos, torna-se imperioso desenvolver uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) que avalie um conjunto de dados

existentes, de forma a obter uma síntese rigorosa de informação científica sobre um determinado tema, de acordo com um conjunto de critérios definidos (Munoz *et al.*, 2002).

Questão de Investigação

Considera-se a prática de Enfermagem, baseada na evidência, como sendo a incorporação da evidência científica existente conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis (Apóstolo e Gameiro, 2005).

Polit, Beck e Hungler (2004) referem que a questão de investigação consiste num enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população-alvo e sugere uma investigação empírica.

Para a presente revisão sistemática da literatura definiu-se como questão de investigação: “*Qual o impacto da cirurgia gástrica na qualidade de vida dos utentes e qual a influência do estado nutricional?*”.

Como linha orientadora para a construção da questão de investigação e para identificação dos conceitos exploratórios, recorremos ao método de PICOD: *Participants, Intervention, Comparisons, Outcomes* e *Design* e que nos serviu para a definição dos critérios de inclusão e de exclusão dos estudos na revisão RSL (Ramalho, 2006).

QUADRO 1 – Critérios de Inclusão/ Exclusão de Estudos Primários

	Critério de Inclusão	Critério de Exclusão
Características dos Participantes	Com carcinoma gástrico; Com idade superior a 16 anos; Submetidos a gastrectomia como tratamento cirúrgico.	Com lesões gástricas irressecáveis; Submetidos a hemodiálise; Com idade inferior a 16 anos.
Características dos Estudos	Investigação, quer sejam de natureza quantitativa ou qualitativa.	Não científicos; Repetidos em bases de dados; Não apresentavam resumo na base de dados.
Idioma dos Estudos	Publicados em português (de Portugal ou do Brasil), Inglês ou Espanhol.	Publicados cujos idiomas não fossem Português, Inglês ou Espanhol.

No período de 30 de Abril a 3 de Junho e para a realização desta revisão sistemática da literatura, recorremos a diversas bases de dados electrónicas e publicações periódicas (EBSCOhost, B-On – Biblioteca do Conhecimento On-line, Scielo e

Biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra) que nos permitissem encontrar estudos de investigação científica ou de revisão da literatura. Os descritores utilizados foram: gastrectomia, qualidade de vida, nutrição, recuperação, estilos de vida.

Aquando da pesquisa nestas bases de dados tivemos um total de cento e quarenta e um artigos. Posteriormente e depois de aplicados os critérios de inclusão e de exclusão supracitados, obteve-se um total de doze artigos (cinco com metodologia quantitativa, seis com metodologia qualitativa e um como ambas as metodologias) com datas de publicação compreendidas entre 2002 e 2010.

Resultados e Discussão

Após a análise transversal dos estudos seleccionados, sobressaem algumas temáticas que constituem as linhas orientadoras para a discussão dos resultados,

nomeadamente: a importância da nutrição em utentes gastrectomizados; a Qualidade de vida em utentes submetidos a gastrectomia e a influência da nutrição na qualidade de vida dos utentes submetidos a cirurgia gástrica.

A gastrectomia, total ou subtotal, influencia directamente a manutenção de um estado nutricional adequado nos utentes com diagnóstico médico de carcinoma gástrico, não só pela dificuldade que manifestam em alimentar-se, mas também pela adaptação ao novo trajecto digestivo reconstituído durante a intervenção cirúrgica.

Assim, relativamente ao Índice de Massa Corporal (kg/m²), constatou-se:

QUADRO 2 – Resultados obtidos nos artigos científicos analisados face ao Índice de Massa Corporal

Autor do Estudo (Ano de Publicação):	Resultados Obtidos:
Kamiji e Oliveira (2003)	GT pré-op. $22,8 \pm 3,9$ GT $19,6 \pm 2,5$ GST pré-op. $25,7 \pm 7,3$ GST $23,3 \pm 6,1$
Kawamoto (2006)	Pré-op. $22,0 \pm 1,9$ Pós-op. $19,5 \pm 2,7$
Kamiji <i>et al.</i> (2009)	Sem dif. significativa GT e GST Pós-GT a QV tende a diminuir
Ravasco <i>et al.</i> (2006)	Diminuído em 85% dos utentes QV decrece nos primeiros 6 meses
Costa <i>et al.</i> (2006)	$21,1 \pm 2,9$ (em 4 utentes diminuído)

No que respeita à ingestão de um adequado aporte energético e à incidência de sinais, sintomas e complicações pós-operatórias, verificou-se que:

Quadro 3 – Resultados obtidos nos artigos científicos analisados face ao aporte energético

Autor do Estudo (Ano de Publicação):	Resultados Obtidos:
Bakulic <i>et al.</i> (2009)	NEP 32,1% das exigências NET 24% das exigências
Papapietro <i>et al.</i> (2002)	NEP $29,6 \pm 5,6$ cal/Kg/dia NPC+NE $28,5 \pm 4,9$
Ravasco <i>et al.</i> (2006)	Estádio III/IV face à ingestão habitual ingerem (-491kcal/dia; -64 g proteína/dia)
Costa <i>et al.</i> (2006)	16 utentes com bom aporte energético.

QUADRO 4 – Resultados obtidos nos artigos científicos analisados face aos sinais, sintomas e complicações cirúrgicas

Autor do Estudo (Ano de Publicação):	Resultados Obtidos:
DIARREIA Papapietro <i>et al.</i> (2002)	NPC+NE 29% NE 14%
HIPERGLICÉMIA Papapietro <i>et al.</i> (2002)	5:1 (NPC + NE vs NE)
PLENITUDE EPIGÁSTRICA Kamiji e Oliveira (2003)	18% dos utentes
NÁUSEAS, VÓMITOS, S. <i>Dumping</i> Arancibia <i>et al.</i> (2009)	Raramente
XEROSTOMIA, DOR, DISFAGIA Hjermstad <i>et al.</i> (2006)	45%, 27% e 16%
FADIGA Ravasco <i>et al.</i> (2006)	III/IV = 68 <i>versus</i> I/II n=19
ESVAZIAMENTO E TRÂNSITO GI Kamiji <i>et al.</i> (2009)	Rápido GT e GST, face ao G. controlo

Face a estes resultados pode verificar-se que as acções que os utentes desenvolvem para o autocuidado podem ficar comprometidas, uma vez que, não se encontram a ingerir o aporte energético necessário. A fim de evitar algumas complicações (quedas, ou outros) o enfermeiro deve proceder a uma avaliação rigorosa no pós-operatório, por forma a indagar a

possibilidade da execução de determinadas tarefas pelos utentes, procurando sempre promover a satisfação do autocuidado.

Importa, ainda, salientar que os utentes sujeitos a NET apresentaram uma diminuição estatisticamente significativa ($p=0,05$) da albuminémia (g/dL.) no período pós-operatório.

Quadro 5 – Resultados obtidos nos artigos científicos analisados face a valores de Albuminémia

Autor do Estudo (Ano de Publicação):	Resultados Obtidos:
Bakulic <i>et al.</i> (2009)	NET pós-op. 2,9 ± 0,7 NEP pós-op. 3,8 ± 0,6
Costa <i>et al.</i> (2006)	0,21 ± 0,05

A qualidade de vida dos utentes gastrectomizados por cancro gástrico tem um significado importante e implicações que assumem uma grande relevância clínica. A qualidade de vida destes utentes depende

da sua percepção e integração de funções físicas, psíquicas e sociais que importa avaliar de forma objectiva (Costa *et al.*, 2006). Assim sendo, dada a análise efectuada, constatou-se:

QUADRO 6 – Resultados obtidos nos artigos científicos analisados face à percepção de Qualidade de Vida

Autor do Estudo (Ano de Publicação):	Resultados Obtidos:
Arancibia <i>et al.</i> (2009)	55% utentes boa QV melhor QV (global) que - vertente Psicológica Aos 6M pós-op: boa ou regular Após 6M: regular ou deficiente
Hjermstad <i>et al.</i> (2006)	Sem dif. significativas género
Wu <i>et al.</i> (2008)	Sem dif. Significativas género
Ravasco <i>et al.</i> (2006)	Cancro gástrico pio r QV

Desta forma compete ao Enfermeiro possibilitar aos indivíduos, família e comunidade tomarem iniciativas e assumirem responsabilidades, bem como,

empenharem-se efectivamente no desenvolvimento do seu próprio caminho em direcção à melhoria da qualidade de vida, saúde e bem-estar. Assim

sendo, está muito além daquilo que a pessoa pode fazer por si própria. Envolve o controlo, a liberdade e responsabilidade da pessoa na melhoria da sua qualidade de vida.

Neste processo de transição de saúde-doença, o enfermeiro deve procurar manipular os factores condicionantes básicos (os externos aos indivíduos) que afectam as suas capacidades para realizar o seu autocuidado, o tipo e/ou quantidade de autocuidado requeridos, nomeadamente, o estado de saúde, os factores ambientais e a disponibilidade e adequação de recursos. Eles influem nas capacidades de autocuidado e nas formas de atender aos requisitos de autocuidado, assim como na prestação de cuidados de enfermagem, ou seja, condicionam cada profissional de enfermagem na atenção que ele proporciona aos utentes.

De uma forma global, embora o autocuidado seja um pressuposto de cada indivíduo, há situações nas quais o enfermeiro assume o papel de agente de autocuidado para aqueles indivíduos que estão, total ou parcialmente, incapazes de desempenhar o autocuidado. Há outras situações nas quais o enfermeiro proporciona orientação e suporte (apoio) aos indivíduos, a fim de ajudá-los a adquirir a competência tradicional para o autocuidado.

Conclusão

O impacto da Gastrectomia na Qualidade de Vida de Utesentes com Carcinoma Gástrico é um tema actual, contudo, é ainda uma questão pouco discutida. Assim, a realização deste trabalho permitiu-nos aprofundar o conhecimento sobre esta temática, baseado na evidência científica.

Dos objectivos que delineámos para a sua orientação, consideramos que, de uma forma global, todos foram alcançados.

A investigação em enfermagem é importante na medida em que toda a prática de enfermagem deve ser baseada na evidência científica. Então, a metodologia utilizada para a sua concretização, baseou-se na análise criteriosa de estudos empíricos desenvolvidos nesta temática, através da revisão da literatura.

Deste modo, conseguimos identificar que, dada a acentuada perda de peso em utentes gastrectomizados e a inexistência de estudos de investigação que avaliem a importância de uma terapia nutricional

pré-operatória, torna-se imperioso a intervenção do profissional de Enfermagem na monitorização de parâmetros que evidenciem, no seio da equipa multidisciplinar, a importância da implementação precoce desse tratamento. Ainda neste âmbito, considera-se relevante a implementação de uma terapia nutricional pós-operatória, sendo que, esta acarreta mais benefícios quanto mais precocemente for introduzida.

Assim, pode garantir-se uma melhoria da Qualidade de Vida dos utentes minimizando o impacto da cirurgia gástrica. Desta forma, compete ao Enfermeiro a recolha de informação pormenorizada, a colaboração na elaboração de um plano alimentar individualizado, bem como obter informação, tendo em vista a preparação da alta clínica e necessidade de ensino ao utente/família sobre os hábitos alimentares a adoptar no futuro. Como agente de autocuidado terapêutico deve identificar as exigências de auto-cuidado (do utente e da família) – nas suas diversas modalidades: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde – o nível de competência para o autocuidado de cada um e as acções desenvolvidas e levadas a cabo para atender a tais exigências, definindo as tendências do utente para o auto-cuidado e estimulando-o para a sua manutenção.

É prioritário que num serviço diferenciado como o de Cirurgia, a atenção dos enfermeiros não descure a implementação de intervenções neste âmbito integrando o utente e a família no processo de prestação de cuidados.

Referências bibliográficas:

- AGUILAR-NASCIMENTO, J. E. [et al.] (2006) – Acerto pós-operatório: avaliação dos resultados da implantação de um protocolo multidisciplinar de cuidados peri-operatórios em cirurgia geral. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. Vol. 33, nº 3, p. 181-188.
- APÓSTOLO, João L. A.; GAMEIRO, Manuel G. H. (2005) – Referências onto-epistemológicas e metodológicas da investigação em enfermagem: uma análise crítica. *Referência*. Série 2, nº 1, p. 29-38.
- COELHO, Cecília M. C. (2008) – *Mulheres com cancro da mama em tratamento com quimioterapia: contributos para a compreensão da qualidade de vida*. Porto: [s.n.]. Dissertação de mestrado.
- COSTA, P. [et al.] (2006) – Avaliação multifactorial da qualidade de vida em doentes gastrectomizados por cancro gástrico: estudo piloto de métodos de avaliação. *Jornal Português de*

Gastroenterologia [Em linha]. Vol. 13, nº 4, p. 174-180. [Consult. 30 Abr. 2010]. Disponível em WWW: <URL: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php? Pid=S087281782006000400001&script=sci_arttext>.

KESTON, Deborah (2005) – **The healing secrets of food** [Em linha]. [Consult. 9 Jun. 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.carolgouveiamelo.com>>.

MENDONÇA, Roberta X.; GAGLIARDO, Luiz C.; RIBEIRO, Ricardo (2008) – Câncer gástrico: a importância da terapia nutricional. **Saúde e Ambiente em Revista**. Vol. 3, nº 2, p. 7-19.

MUÑOZ, Susana I. S. [et al.] (2002) – **Revisão sistemática de literatura e metanálise: noções básicas sobre seu desenho, interpretação e aplicação na área da saúde** [Em linha]. [Consult. 4 Jun. 2009]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v2/v2a074.pdf>>.

PAPINI-BERTO, Sílvia [et al.] (2001) – Causas de desnutrição pós-gastrectomia. **Arquivo Gastroenterologia**. Vol. 38, nº 4, 272-275.

PAREDES, Tiago [et al.] (2008) – Impacto da doença crónica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. **Psicologia, Saúde & Doenças**. Vol. 9, nº 1, p. 73-78.

PHIPPS, Wilma J. [et al.] (2007) – **Enfermagem médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença**. 8ª ed. Loures: Lusociência. Vol. 3.

PIMENTEL, Francisco L. (2003) – **Qualidade de vida do doente oncológico**. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Tese de doutoramento.

POLIT, Denise F. ; BECK, Cheryl T. ; HUNGLER, Bernadette P. (2004) – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. São Paulo : Artmed Editora.

QUEIRÓS, Paulo (2010) – Autocuidado, transições e bem-estar. **Revista de Investigação em Enfermagem**. Nº 21, p. 5-7.

RAMALHO, Anabela (2006) – Estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise: estrutura funções e utilização na investigação em enfermagem. **Revista Sinais Vitais**. Nº 64, p. 51-56.

ROBALO, Sara Alexandra B. M. (2005) – Doentes submetidos a gastrectomia por carcinoma gástrico. **Nursing**. Ano 16, nº 201, p. 38-43.

ROBALO, Sara Alexandra B. M. (2006) – O enfermeiro e as consequências do cancro gástrico. **Servir**. Vol. 54, nº 1, p. 28-32.

SILVA, E. (2005) – Cuidados nutricionais no paciente gastrectomizado. **Revista de Nutrição Brasil**. Vol. 3, nº 1.

TAYLOR, Susan (2004) – Teoria do défice de autocuidado de enfermagem. In TOMEY, Ann M.; ALLIGOOD, Martha R. – **Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem**. Loures: Lusociência. p. 211-235.

WAITZBERG, D. (2004) – **Dieta, nutrição e câncer**. São Paulo: Atheneu.