

Acompanhamento por telefone de idosos submetidos a cirurgias de coxa e quadril: Estudo-piloto

Monitoring for elderly subject phone to thigh and hip for surgery: Pilot study

Acompañamiento por teléfono de ancianos sometidos a cirugías de muslo y cadera: Estudio piloto

Rosimere Ferreira Santana
Isamara da Conceição Moraes da Rocha
Aluane dos Santos Cardozo
Keila Mara Cassiano
Shimmenes Kamacael Pereira
Raquel Dantas Vaqueiro

RESUMO: Este estudo-piloto analisa o acompanhamento por telefone comparado ao tratamento convencional em idosos no pós-operatório de cirurgias de coxa e quadril. Observou-se uma redução sob o ponto de vista clínico entre a primeira e a última avaliação para “perda do apetite sem náuseas”, “dificuldade para movimentar-se” e “fadiga”. Houve tendência de queda da “dor” e da “infecção pós-operatória no local da incisão”. As atividades de intervenção exercidas através do telefone mostram-se acessíveis à população, com boa adesão e baixo custo.

Palavras-chave: Telenfermagem; Enfermagem Geriátrica; Saúde do Idoso.

ABSTRACT: *This pilot study analyzes the telephone follow-up compared to the conventional treatment in the elderly in the postoperative period of thigh and hip surgeries. He observed a clinical reduction between the first and last evaluation for "loss of appetite without nausea," "difficulty to move" and "fatigue". There was a tendency for "pain" and "postoperative infection at the incision site to drop." Intervention activities carried out through the telephone are accessible to the population, with good adherence and low cost.*

Keywords: *Telenursing; Geriatric nursing; Health of the Elderly.*

RESUMEN: *Este estudio-piloto analiza el seguimiento por teléfono comparado al tratamiento convencional en ancianos en el postoperatorio de cirugías de muslo y cadera. Se observó una reducción desde el punto de vista clínico entre la primera y la última evaluación para "pérdida del apetito sin náuseas", "dificultad para moverse" y "fatiga". En la mayoría de los casos, se observó un aumento de la mortalidad por rotavirus en el momento de la vacunación.*

Palabras clave: *Teleenfermagem; Enfermería Geriátrica; Salud del Anciano.*

Introdução

O aumento na expectativa de vida da população causa elevação do número de procedimentos cirúrgicos em idosos, dentre eles, as cirurgias osteoarticulares, fazendo com que a traumatologia e ortopedia geriátrica passem a apresentar uma importância cada vez maior (Monteiro, & Mancussi, 2010).

A fratura nos idosos é muitas vezes causada por traumas pequenos e não intencionais, como a queda da própria altura, e por fatores extrínsecos exemplificados por acidentes automobilísticos, como o atropelamento. O uso de diversos medicamentos por coexistência de doenças sistêmicas também predispõe os idosos ao trauma (Monteiro, & Mancussi, 2010).

Entre as lesões traumáticas, a mais comum na população idosa é a fratura de fêmur, que pode ocorrer na região proximal, distal ou ainda na diáfise femoral. Uma vez que a dinâmica óssea é alterada e impossibilita a transferência de carga durante o movimento, o idoso irá apresentar dor aguda e prejudicada sua capacidade para movimentar-se. Dessa forma, os idosos que permanecem imobilizados por períodos prolongados, têm o risco aumentado para diminuição da funcionalidade (Muniz, Arnaut, Yoshida, & Trelha, 2007).

Os cuidados perioperatórios se intensificam conforme a idade, como gravidade de afecção cirúrgica, presença de comorbidades e pelas alterações do estado funcional do idoso. Com isso, a atenção a pacientes idosos submetidos à cirurgia de coxa e quadril deve levar em conta a análise da capacidade física e de riscos específicos desses idosos, na tentativa de reduzir danos (Monteiro, & Mancussi, 2010).

Pode-se dizer que a maioria das complicações, principalmente em pós-operatório de idosos, ocorre por problemas clínicos como as infecções, que se encontram entre as principais causas de morte na população idosa. Portanto, é necessário o uso de estratégias para um suporte adequado no pós-alta hospitalar (Leme, Sitta, Toledo, & Henriques, 2011).

O acompanhamento por telefone, item selecionado como intervenção de enfermagem para esta pesquisa, é instituído pela Classificação Internacional de Enfermagem (NIC) que permite monitorar as condições de saúde de um paciente para atuar em situações de um estado anormal contribuindo para a detecção de problemas de forma precoce e eficiente (Bulechek, Dochterman, & Butcher, 2014).

O acompanhamento por telefone permite que o profissional atue a distância nos cuidados que deverão ser realizados em domicílio. Cuidados referentes à ferida operatória, ao uso de medicamentos, controle da dor, mobilidade física, alimentação, eliminação e autocuidado são os principais eventos fornecidos aos pacientes e familiares, no domicílio. Além de aproximar a relação entre o profissional de saúde e o paciente e esclarecer as dúvidas em momento oportuno, aumenta a satisfação de quem recebe os cuidados (Schulz, *et al.*, 2013; Delphino, Santana, & Souza, 2016).

Para esta pesquisa definiu-se como item de investigação os fatores relacionados e as características que definem o diagnóstico de enfermagem Recuperação Cirúrgica Retardada (RCR): Adia o retorno das atividades de trabalho/emprego; Dificuldade para movimentar-se; Fadiga; Percepção de que é necessário mais tempo para recuperação; Evidência de interrupção na cicatrização da área cirúrgica; Perda de apetite, com náusea; Perda de apetite, sem náusea; Precisa de ajuda para completar o autocuidado; Dor; Sentimento pós-operatório; Infecção pós-operatório no local da incisão; Obesidade; Procedimento cirúrgico extenso; Procedimento cirúrgico prolongado (Herdman, & Kamitsuru, 2014).

Apesar do constante aprimoramento dos conhecimentos sobre segurança cirúrgica e do desenvolvimento tecnológico voltado para este fim, pelo menos a metade dos eventos em pacientes hospitalizados ocorre em pacientes submetidos a cirurgias (WHO, 2009).

Um estudo de Santana e Lopes (2012), com amostra de 72 sujeitos, entre eles adultos e idosos, revelam que o diagnóstico de Recuperação Cirúrgica Retardada apontou uma prevalência de 36,67% de RCR em pacientes ortopédicos.

Nessa direção, o presente estudo aborda um teste-piloto sobre o acompanhamento por telefone de idosos no pós-operatório de osteossínteses e artroplastias totais de Quadril. Tem como objetivo analisar a intervenção de enfermagem com acompanhamento por telefone, comparado ao tratamento convencional.

Método

Trata-se de estudo-piloto controlado, randomizado e cego, com abordagem quantitativa para testagem da intervenção acompanhamento por telefone aos pacientes em pós-operatório de cirurgia de coxa e quadril.

O local escolhido para a realização da coleta de dados foi um Hospital de Ensino do Estado do Rio de Janeiro. O período de coleta de dados correspondeu de janeiro de 2015 a setembro de 2015.

O tempo de acompanhamento de cada sujeito foi de 4 meses, baseado em estudos anteriores que revelam que apenas 17% dos casos de pacientes idosos com fratura do fêmur proximal alcançaram a capacidade prévia de realizar tarefas após quatro meses, e somente 43% readquiriram a anterior capacidade de deambulação (Van-Balen, *et al.*, 2001).

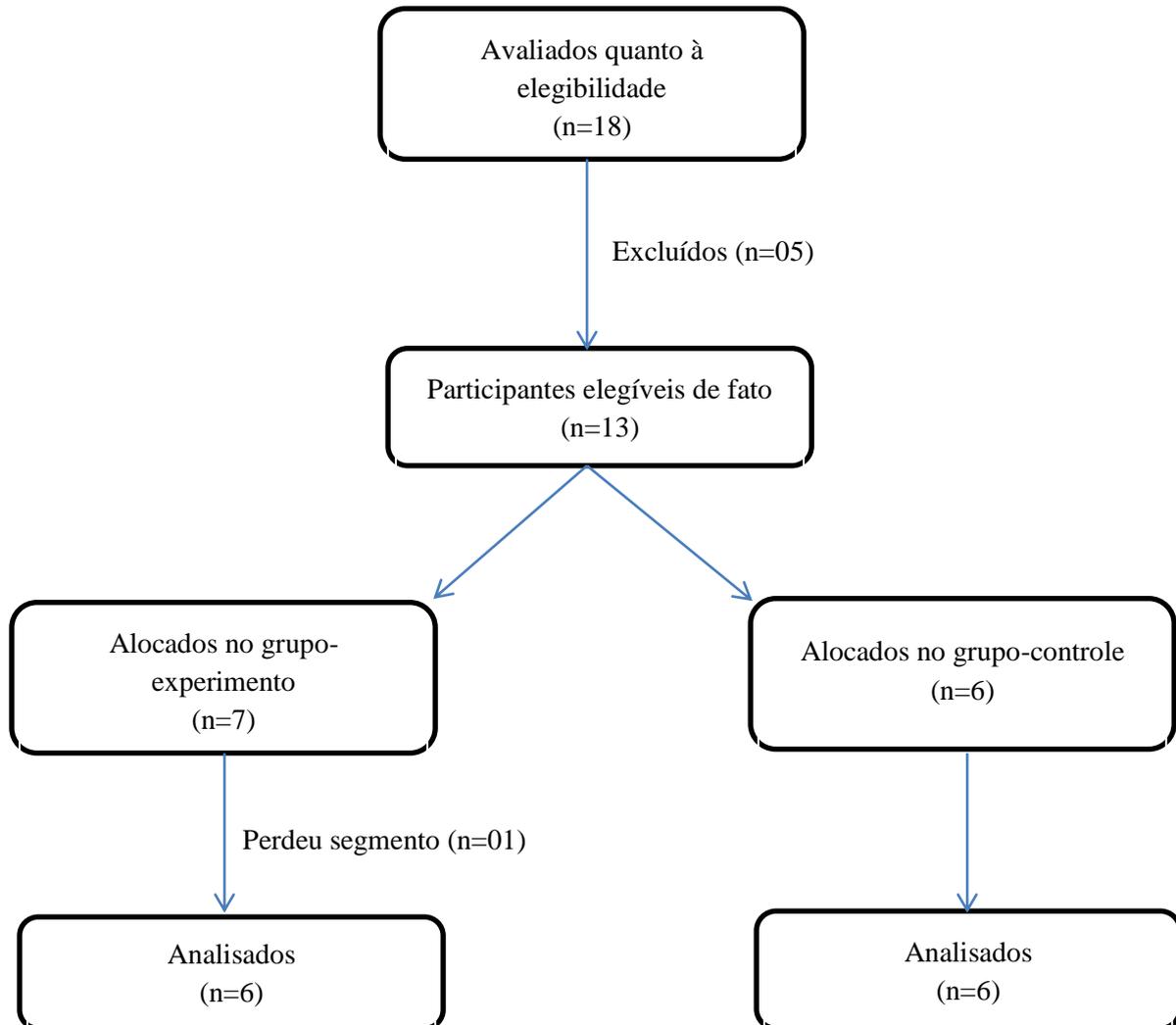
Com base no tempo hábil para a coleta de dados, na média mensal de cirurgias reduzidas e no período de greve, os quais foram características limitantes do estudo, a amostra nesse caso foi de doze sujeitos.

Como **Crítérios de Inclusão** encontram-se: Pacientes idosos com 60 anos ou mais de idade; Pré-operatório das cirurgias de Osteossíntese de fêmur e Artroplastia total de quadril; Possuir contato telefônico (fixo ou móvel) para o contato pela acadêmica pesquisadora.

Determinou-se como **Crítérios de Exclusão**: Pacientes que serão submetidos à cirurgia devido a complicações cirúrgicas anteriores ou para revisão; Pacientes com prejuízo cognitivo diagnosticado sem responsável legal; Pacientes com déficit auditivo sem acompanhante/cuidador que possa receber as orientações por telefone.

Como **Crítérios de Descontinuidade**: Atender menos de 75% das chamadas telefônicas; e não disponibilizar tempo para as orientações ao telefone.

De acordo com os critérios de elegibilidade da amostra, seis pacientes foram excluídos pelos critérios de exclusão e um, pelo critério de descontinuidade.

Figura 1. Diagrama de Fluxo

Destaca-se que dois acompanhamentos ocorreram em paralelo: o acompanhamento das variáveis do diagnóstico comum a todos os participantes realizado durante o acompanhamento ambulatorial, e o acompanhamento por telefone, intervenção aplicada somente ao grupo-experimento.

Os pacientes admitidos no período pré-operatório foram selecionados através da folha de passagem de plantão oferecida pelo setor, em que eram aplicados os critérios de inclusão e exclusão. Os pacientes foram convidados a participar do estudo mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após o aceite, o examinador realizou a coleta de dados e fez o acompanhamento vinte e quatro horas após a cirurgia e, no retorno desses pacientes para a consulta ambulatorial, utilizando a Escala de Avaliação do grau de dependência para atividade de vida diária, Escala de Atividades de Vida Diária, Mini-Exame do Estado Mental e Mini-Avaliação Nutricional. Estes colaboram para avaliar os itens referentes à determinação precoce da Recuperação Cirúrgica Retardada: Adia o retorno das atividades de trabalho/emprego; Dificuldade para movimentar-se; Fadiga; Percepção de que é necessário mais tempo para recuperação; Evidência de interrupção na cicatrização da área cirúrgica; Perda de apetite, com náusea; Perda de apetite, sem náusea; Precisa de ajuda para completar o autocuidado; Dor; Sentimento pós-operatório; Infecção pós-operatório no local da incisão; Obesidade; Procedimento cirúrgico extenso; Procedimento cirúrgico prolongado.

A randomização da amostra foi realizada pelo pacote estatístico do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) que define os sujeitos que compõem os subgrupos experimento e controle. Os dados foram analisados por estatística descritiva simples.

O grupo A corresponde aos participantes que utilizaram a intervenção de enfermagem acompanhamento por telefone mais o tratamento convencional (grupo-experimento) e o grupo B corresponde aos participantes que utilizaram o tratamento convencional, sem adição de orientações por telefone (grupo-controle), sendo D2 (a primeira avaliação), D45 (a segunda avaliação) e o D150 (a terceira avaliação) da recuperação cirúrgica do paciente.

O grupo-experimento foi monitorado no período pós-operatório através de ligações telefônicas durante quatro meses após a alta hospitalar, sendo o primeiro contato após a alta, e os demais, com periodicidade semanal, além do acompanhamento de rotina. Nesses contatos foram identificadas alterações e realizadas orientações para o cuidado em domicílio através de um protocolo de ligação estruturado.

O grupo-controle recebeu acompanhamento-padrão, com as orientações para a alta e consultas de retorno para avaliação. Ao final da quarta semana após a alta, os pacientes foram contatados por telefone com a finalidade de vigilância de infecção de sítio cirúrgico e avaliação do desfecho.

Apenas o grupo-experimento recebeu a intervenção de enfermagem, acompanhamento por telefone, compondo os dias referentes ao D7 (a primeira ligação efetuada para o contato inicial); D10 (a segunda ligação); D15 (a terceira ligação); D30 (a quarta ligação); D90 (a quinta ligação) e D120 (a sexta e última ligação).

A análise descritiva apresenta os dados observados na forma de tabela, expressos pela frequência (n) e percentual (%) para dados categóricos e pela média, p-valor, desvio-padrão dos dados numéricos. Composta para verificar se existe diferença significativa nas variáveis sociais e demográficas entre os grupos ao longo do tratamento ou no interior de cada grupo.

Com relação aos aspectos éticos desta pesquisa, cabe ressaltar que o projeto de pesquisa foi enviado ao Sistema da Plataforma Brasil para o Comitê de Ética em Pesquisa aprovado sob parecer n.º 791.556, de 19/09/2014.

Resultados

Variáveis sociodemográficas e clínicas

A cirurgia de osteossíntese de fêmur foi mais comum entre as mulheres; e a cirurgia de artroplastia total de quadril foi composta em sua maioria por homens. Ao longo do texto serão apresentados os resultados de forma descritiva, levando-se em consideração os grupos A e B, não diferenciando a modalidade cirúrgica.

Tabela 1. Variáveis sociais e demográficas segundo os grupos, Niterói, RJ, 2016

Variável	Categoria	Grupo A (n=6)		Grupo B (n = 6)	
		N	%	N	%
Gênero	Masculino	4	66,6	3	50,0
	Feminino	2	33,4	3	50,0
Estado Civil	Solteiro	1	16,6	2	33,4
	Casado	2	33,4	3	50,0
	Viúvo	2	33,4	1	16,6
	Divorciado	1	16,6	0	0,0
Escolaridade	Analfabeto	1	16,6	0	00,0
	Fund. Incompleto	0	00,0	1	16,6
	Fund. Completo	0	00,0	1	16,6
	Médio Incompleto	3	50,0	2	33,4
	Médio Completo	2	33,4	2	33,4
	Superior	0	00,0	0	00,0
Renda	Aposentado	2	33,4	1	16,7
	Pensionista	0	0,0	1	16,7
	Do lar	1	16,6	0	00,0
	Trabalha	3	50,0	4	66,6
Comorbidades	Diabetes	3	50,0	3	50,0
	Dislipdemia	1	16,7	0	0,0
	HAS	5	83,3	3	50,0
	Anemia	0	0,0	2	33,4

Os pacientes do grupo-controle (grupo B) tinham idade entre 60 e 70 anos, sendo a média de 63,5 anos e a idade mediana de 62,5 anos, com baixa variabilidade em torno da média, dado o $CV=0,05$, seguindo distribuição normal, dados os p-valores dos testes de normalidade.

Os pacientes submetidos ao Tratamento (grupo A) tinham idades entre 60 e 83 anos, com média de 71 anos e mediana de 70,5 anos, com maior variabilidade em torno da média, $C.V=0,14$, mas também seguindo distribuição normal. Entretanto, as diferenças nas variâncias dos dois grupos não são significativas (p-valor=0,056 do teste de Levene), bem como as diferenças nas médias (p-valor=0,115 do teste t de Student).

Em abordagem não paramétrica, recomendada para verificação, devido aos pequenos tamanhos amostrais, as idades dos grupos, controle e tratamento, também foram comparados pelo Teste t-de Student, cujo p-valor resultante foi 0,310, e concluiu-se que a idade de pacientes dos grupos, tratamento e controle, também não diferiam significativamente pelo Teste de Mann Whitney.

No que se refere ao estado civil, mais da metade da amostra declarou serem casados 41,66%, portanto, possuíam como cuidadoras suas esposas.

Após a análise, observou-se que não existe diferença significativa nas variáveis sociais e demográficas estudadas entre os dois grupos de tratamento, evidenciando semelhança nas amostras.

Variáveis relacionadas ao acompanhamento por telefone

O horário das ligações foi pré-estabelecido em horário comercial entre 9h e 18h. Agendava-se dia e horário na próxima semana, na preferência da pessoa, respeitando o contato das seis ligações, detalhadas na Tabela 2.

As Orientações pelo acompanhamento por telefone eram relacionadas aos cuidados pós-operatórios: dor, ferida cirúrgica, náuseas, vômitos e dificuldades no autocuidado.

Tabela 3. Descrição da duração das ligações e total no grupo experimento, Niterói, 2016

Ligações	Média (minutos)	Mínimo	Máximo
Ligação 1	31,5	20	43
Ligação 2	27,5	18	37
Ligação 3	15	9	21
Ligação 4	12,5	5	20
Ligação 5	8	3	13
Ligação 6	4,5	2	7
Total Ligações	99	57	141

Pode-se observar que a duração total nas seis ligações foi em média de 99 minutos por paciente, variando de 2 a 43 minutos, e que, da primeira para a sexta ligação, as chamadas tiveram uma redução considerável; esse fato deu-se pelo desenvolvimento da recuperação e o esclarecimento das dúvidas em ligações anteriores.

Vale ressaltar que as ligações foram atendidas pelos idosos, que conseguiram ouvir e apresentar suas dúvidas e preocupações em seu domicílio em relação à recuperação cirúrgica.

Em casos apenas especiais, como ausência do idoso, a família atendeu ao telefone e, em casos isolados, dois idosos preferiram que a família recebesse as orientações, na primeira ligação, atendendo posteriormente as demais.

Variáveis relacionadas à determinação de Recuperação Cirúrgica Retardada

A Tabela 3 traz a incidência das Características Definidoras em cada avaliação, nos grupos, experimento (grupo A) e controle (grupo B).

A significância da diferença entre as incidências foi avaliada pelo teste Exato de Fisher, pelos p-valores exibidos, todos maiores que 5%; concluiu-se que não foi detectada diferença significativa entre a incidência dos itens avaliados nos grupos controle e experimento, nas três avaliações.

Observa-se redução da incidência das características definidoras nos dois grupos de uma avaliação para outra; as reduções são grandes do ponto de vista numérico-proporcional, mas, provavelmente e, principalmente, devido ao tamanho amostral pequeno, o teste de McNemar, ideal para julgar a significância dessa evolução, não pôde ser executado para a maioria das características definidoras e, e quando foi possível executar o teste de McNemar, o teste não detectou significância na evolução dos valores.

Tabela 3. Evolução dos itens avaliados para determinar a Recuperação Cirúrgica Retardada nos grupos, n=12, Niterói, RJ, 2016

Características Definidoras	G r u p o	1ª Avaliação (D2)			2ª Avaliação (D45)			3ª Avaliação (D150)		
		p-valor		N	p-valor		N	p-valor		N
		N	%		%	N		%		
Adia o retorno das atividade de trabalho /emprego	A	6	100	1,000	1	16,7	0,545	0	0	1,000
	B	6	100		3	50,0		0	0	
Dificuldade para movimentar-se	A	6	100	1,000	1	20,0	1,000	0	0	1,000
	B	6	100		2	33,3		1	16,7	
Fadiga	A	6	100	1,000	1	16,7	1,000	0	0,0	1,000
	B	6	100		2	33,3		1	16,7	
Percepção de que é necessário mais tempo para recuperação	A	2	33,3	1,000	1	16,7	0,545	1	16,7	1,000
	B	2	33,3		3	50		1	16,7	
Evidência de interrupção na cicatrização da área cirúrgica	A	2	33,3	1,000	0	0	1,000	0	0	1,000
	B	3	50		1	16,7		1	16,7	
Perda de apetite, com náusea	A	2	33,3	1,000	2	33,3	1,000	0	0	1,000
	B	2	33,3		1	16,7		0	0	
Perda de apetite, sem náusea	A	0	0,00	1,000	0	0,0	1,000	1	16,7	1,000
	B	1	16,7		0	0,0		0	0,0	
Precisa de ajuda para completar o autocuidado	A	3	50,0	0,545	0	0,0	1,000	1	16,7	1,000
	B	1	16,7		0	0,0		1	16,7	

* D2 = Segundo dia de Pós-operatório; D45 = Quadragésimo Quinto dia de Pós-operatório e o D150 = Centésimo quinquagésimo dia de pós-operatório

Observou-se que existe redução significativa sob ponto de vista clínico do D2 para D150 na “dificuldade para movimentar-se”, comparando o do grupo A com o grupo B que permaneceu com 16,7% (n=1) dos participantes, apresentando a Característica Definidora. Também do diferencial em D2 para D45 na “fadiga” do grupo B com 33,3% (n=2).

Observou-se que existe redução significativa sob o ponto de vista clínico do D2 para D150 na “perda de apetite sem náuseas” e “precisa de ajuda para completar o autocuidado” do grupo A, no CD-8, nota-se que não ocorreram variações do grupo B. Pode-se dizer que existe uma tendência de queda do D2 para D45 na “Adia o retorno das atividades de trabalho/emprego” do grupo A.

A Tabela 5 traz a incidência dos Fatores Relacionados em cada avaliação. A significância da diferença entre as incidências foi avaliada pelo teste Exato de Fisher. Pelos p-valores exibidos, todos maiores que 5%, conclui-se que não foi detectada diferença significativa entre a incidência dos fatores relacionados nos grupos, controle e tratamento, nas três avaliações.

Tabela 5. Evolução dos Fatores Relacionados (FR) do RCR nos grupos, n=12, Niterói, RJ, 2016

Fatores Relacionados	Grupo	1ª Avaliação (D2)		p-valor %	2ª Avaliação (D45)		p-valor %	3ª Avaliação (D150)		p-valor %
		N	%		N	%		N	%	
Dor	A	5	83,3	1,000	2	33,3	0,558	0	0	1,000
	B	4	66,7		3	50		0	0	
Sentimento pós-operatório	A	4	66,7	1,000	0	0	0,121	0	0	1,000
	B	4	66,7		2	33,3		0	0	
Infecção pós-operatório no local da incisão	A	2	33,3	1,000	1	16,7	0,505	0	0	1,000
	B	0	0,0		2	33,3		0	0	
Obesidade	A	2	33,3	0,455	2	33,3	0,505	2	33,3	0,505
	B	1	16,7		1	16,7		1	16,7	
Procedimento cirúrgico extenso	A	4	66,7	1,000	4	66,7	1,000	4	66,7	1,000
	B	5	83,3		5	83,3		5	83,3	
Procedimento cirúrgico prolongado	A	0	0	0,182	0	0	0,182	0	0	0,182
	B	3	50,0		3	50,0		3	50,0	

Nota-se que existe redução significativa sob ponto de vista clínico do D2 para D45 na “dor” e “sentimento pós-operatório ansioso e preocupado” do grupo A, o que sugere uma maior compreensão desses sentimentos quando ocorre a troca de informação com o profissional.

Analisando individualmente no interior de cada grupo, o tratamento A mostrou maior número de quedas ou em tendências e valores percentuais um pouco mais expressivos, sugerindo um resultado mais satisfatório que o tratamento B. Resultados mais expressivos são mais evidentes em amostra maior.

Discussão

Com relação ao gênero, estudos revelam que os homens da terceira idade constituem em maior número o grupo que apresenta condições crônicas de saúde e maior mortalidade, comparado às mulheres. Este fato pode ser explicado pela pouca estruturação no atendimento, prevenção e orientação direcionados especificamente ao gênero masculino, e a promoção da saúde que também contribui para a redução de riscos (Linhares, & Vianna, 2015). Isso vem limitando a busca pela assistência à saúde, refletindo na busca por serviços de emergência e serviços especializados, o que requer mais tecnologias em saúde (Costa e Silva, & Menandro, 2014).

Na caracterização da fonte de renda, nota-se que, em sua grande maioria (58,3%), os idosos ainda exercem algum tipo de trabalho, seja ele autônomo ou de carteira assinada. Devido à hospitalização, percebe-se, em muitos, o discurso de ansiedade para voltar a realizar suas atividades trabalhistas, porém o prejuízo funcional e a dependência que seguem a fratura do fêmur é notória e acarreta grande impacto nesse fator.

Observa-se que os pacientes foram bem aleatorizados dentro dos grupos, experimento e controle, no que diz respeito às suas idades, pois não há diferença significativa entre as idades dos pacientes dos grupos, experimento e controle.

Como envelhecimento, fatores como a queda torna-se o mais importante motivo de demanda por serviços de emergência; essa situação agrava a partir dos 70 anos de idade, atingindo um ápice entre os 80 e 89 anos. Estudos revelam que, após os 85 anos, a cada cinco quedas, uma terá o desfecho de óbito (Melo, Leal, & Vargas, 2011).

Na variável idade, identificou-se que a maior a faixa etária dos 60-65 anos esteve em prevalência com 58,33% da amostra (N=7), o que indica um maior quantitativo de idosos jovens na amostra. Outra faixa etária que se destacou foi entre os 70 e 72 anos (N=3). Os idosos longevos, acima de 80, também compuseram a amostra, apesar de a idade cronológica propiciar mau prognóstico para a cirurgia, constata-se que, com o desenvolvimento tecnológico, permite-se a avaliação do risco mesmo em procedimentos eletivos.

Dentre os idosos com idade avançada, a viuvez gera dois vieses. Esse *status* pode vir a ocasionar o isolamento social, e levar ao déficit de autocuidado, pelo sentimento de solidão e perda do companheiro. Como também pode vir a comprometer a independência e autonomia devido a atitudes paternalistas dos familiares (Lenardt, *et al.*, 2014).

Quanto à escolaridade, a maioria dos pacientes possuía baixo grau de escolaridade. Associada a fatores socioeconômicos e culturais, a baixa escolaridade dificulta a conscientização para o cuidado em saúde, diminui a adesão ao tratamento e, muitas vezes, impossibilita a compreensão da prevenção de fatores de risco (Pereira, Santos, Fhon, Marques, & Rodrigues, 2013).

Como forma de tentar amenizar as necessidades encontradas pelo paciente no pós-operatório de cirurgias de coxa e quadril, foi utilizada a intervenção, via acompanhamento por telefone, para avaliar a Recuperação Cirúrgica ao longo de 4 (quatro) meses de pós-operatório, realizadas individualmente para o grupo-experimento.

A maioria dos sujeitos relataram estar em bom estado após a cirurgia, porém apresentaram dúvidas com relação aos cuidados com a Ferida operatória, alimentação e controle da dor. Nas primeiras ligações os pacientes relataram dor em fisgada de intensidade leve a moderada (EVA 2 - 4) o que desencadeava a perda de mobilidade.

A dor é um sintoma comum no pós-operatório, como parte do mecanismo de defesa do organismo, estando relacionada com a cirurgia propriamente dita, ao grau de traumatismo cirúrgico, ao tipo de incisão e ao posicionamento cirúrgico prolongado. Deverá ser observado o posicionamento para que haja alívio ou ausência da dor; o movimento do membro afetado deve ser executado de modo seguro e coordenado, pois um músculo lesado torna-se doloroso, hipertônico e sensível (Soares, *et al.*, 2013).

Pode-se notar, através da análise dos dados, que as dificuldades encontradas com o processo de pós-operatório para o diagnóstico de RCR foram: dificuldades para movimentar-se, fadiga, ajuda para o autocuidado, perda do apetite sem náusea e evidência de interrupção na cicatrização. O enfermeiro deve saber avaliar o diagnóstico de enfermagem RCR, objetivando detectar precocemente as complicações.

Dessa forma, o acompanhamento telefônico torna-se benéfico para que o profissional possa atuar no período entre as consultas convencionais, esclarecendo dúvidas, intervindo nesse momento de transição, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida e orientando quanto à redução das Características Definidoras (Mata, Silva, Pereira, & Carvalho, 2014).

Como limitação do estudo, declara-se a necessidade de aumento no número amostral, e recomenda-se que o acompanhamento por telefone possa ser útil nessa cirurgia, dado o tempo de seguimento prolongado, com cuidados domiciliares complexos.

Conclusão

O acompanhamento por telefone teve por objetivo completar o atendimento de cuidados no pós-operatório em domicílio. Constata-se que é um recurso acessível a grande parte da população, com boa taxa de adesão. Potencializa a proximidade da equipe que realiza a intervenção “acompanhamento por telefone”, com as equipes cirúrgicas e de acompanhamento ambulatorial.

O estudo mostra reduções do ponto de vista numérico-proporcional, porém não demonstra significância estatística, principalmente devido ao tamanho amostral pequeno. Contudo, no grupo-experimento, foi observada redução significativa sob ponto de vista clínico das características definidoras e fatores relacionados com relação à intervenção sugerida. Dessa forma, reafirma-se a sugestão de reprodução do estudo para alcançar maior número amostral e obter resultados estatísticos significativos.

Agradecimentos: Pesquisa realizada com o apoio financeiro do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo IC-134354/2013-2014, e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), Projeto Edital Pró-Idoso Rio, Processo E-26/103.269/2012.

Referências

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (2010). *Classificação das Intervenções de Enfermagem Nic/Nursing Interventions Classification (NIC)*. (5ª ed.). Porto Alegre, RS: Elsevier. Recuperado em 17 dezembro, 2015, de: http://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/14/0ac4055be9a07e3df54c72e9651c589e.pdf.

Costa e Silva, S. P., & Menandro, M. C. S. (2014). As representações sociais da saúde e de seus cuidados para homens e mulheres idosos. *Saúde e Sociedade*, 23(2), 626-640. Recuperado em 17 dezembro, 2015, de: doi: 10.1590/S0104-12902014000200022.

Delphino, T. M., Souza, P. A., & Santana, R. F. (2016). Telemonitoramento como intervenção no pós-operatório de facectomia: revisão sistemática da literatura. *Revista Mineira de Enfermagem*, 20, e937. Recuperado em 17 dezembro, 2015, de: doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160007>.

- Herdman, H., & Kamitsuru, S. (2014). *Diagnósticos de enfermagem da Nanda: Definições e classificação 2015-2017*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Leme, L. E. G., Sitta, M. do C., Toledo, M., & Henriques, S. da S. (2011). Cirurgia ortopédica em idosos: aspectos clínicos. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 46(3), 238-246. Recuperado em 17 dezembro, 2015, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-36162011000300002>.
- Lenardt, M. H., Grden, C. R. B., Sousa, J. A. V., Reche, P. M., Betioli, S. E., & Ribeiro, D. K. D. M. N. (2014). Fatores associados à diminuição de força de prensão manual em idosos longevos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(6), 1006-1012. Recuperado em 17 dezembro, 2015, de: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1006.pdf.
- Linhares, B. N., & Vianna, L. G. (2015). Análise da dissolução conjugal na população idosa brasileira, 2002-2011. São Paulo: PUC-SP: *Revista Kairós-Gerontologia*, 18(1), 109-128. Recuperado em 17 dezembro, 2015, de: <file:///C:/Users/Dados/Downloads/23898-61830-1-SM.pdf>.
- Mata, L. R. F., Silva, A. C., Pereira, M. G., & Carvalho, E. C. (2014). Acompanhamento telefônico de pacientes pós-prostatectomia radical: revisão sistemática. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(2), 337-345. Recuperado em 17 dezembro, 2015, de: http://www.redalyc.org/pdf/2814/281430669023_2.pdf.
- Melo, S. C. B., Leal, S. M. C., & Vargas, M. A. O. (2011). Internação de idosos por causas externas em um hospital público de trauma. *Enfermagem em foco*, 2(4), 226-230. Recuperado em 17 dezembro, 2015, de: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/189/125>.
- Monteiro, C. R., & Mancussi, A. C. (2010). Avaliação funcional de idoso, vítima de fraturas na hospitalização e no domicílio. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 719-724. Recuperado em 17 dezembro, 2015, de: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3881/art_MONTEIRO_Avaliacao_funcional_de_idoso_vitima_de_fraturas_2010.pdf?sequence=1.
- Muniz, C. F., Arnaut, A. C., Yoshida, M., & Trelha, C. S. (2007). Caracterização dos idosos com fratura de fêmur proximal atendidos em hospital escola público. *Revista Espaço para a Saúde*, 8(2), 33-38. Recuperado em 17 dezembro, 2015, de: [file:///C:/Users/Dados/Downloads/CARACTERIZACAO_DOS_IDOSOS_COM_FRATURA_DE_FEMUR_PRO%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Dados/Downloads/CARACTERIZACAO_DOS_IDOSOS_COM_FRATURA_DE_FEMUR_PRO%20(1).pdf).
- Pereira, R. A., Santos, E. B. D., Fhon, J. R. S., Marques, S., & Rodrigues, R. A. P. (2013). Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(1), 185-192. Recuperado em 17 dezembro, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a23v47n1>.
- Santana, R. F., & Lopes, M. V. O. (2012). Medidas de acurácia clínica do diagnóstico de enfermagem na recuperação cirúrgica retardada. Recuperado em 17 dezembro, 2015, de: <http://www.ee.usp.br/evento/2012/encontro/anais/resumos/R0313-1.html>.
- Schulz, R. S., Santana, R. F., Oliveira, B. G. R. B., Carvalho, M. R., Faleiro, T. B., & Gonçalves, R. C. S. (2013). Monitoramento telefônico à distância na recuperação cirúrgica: Revisão integrativa. *Revista Cuidarte Enfermagem*, 7(2), 107-112. Recuperado em 17 dezembro, 2015, de: http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/cuidarte_enfermagem_v7_n2_jan_jun_2013.pdf.
- Soares, A. B., Silva, A. M., Silva, G. D. da, Siqueira, I. C. G. L. de, Pamponet, J., Cruz, M. P. da, Quiles, P., & Santos, M. dos (2013). A assistência de enfermagem ao paciente submetido à artroplastia total de quadril e a importância dos cuidados no período pós-operatório. *Recien-Revista Científica de Enfermagem*, 3(7), 11-18. Recuperado em 17 dezembro, 2015, de: <file:///C:/Users/Dados/Downloads/47-230-1-PB.pdf>.

Van-Balen, R., Steverberg, E. W., Polder, J. J., Ribbers, T. L., Habbema, J. D., & Cools, H. J. (2001). Hip fracture in elderly patients: outcomes for function, quality of life, and type of residence. *Clin Orthop*, 390, 232-243. Recuperado em 17 dezembro, 2015, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11550871>.

WHO. (2009). World Health Organization. *World health statistics*. Recuperado em 01 dezembro, 2015, de: <http://www.who.int/en/>.

Recebido em 21/02/2017

Aceito em 30/08/2017

Rosimere Ferreira Santana - Enfermeira. Pós-Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: rosifesa@enf.uff.br

Aluane dos Santos Cardozo - Ex-Bolsista de Iniciação Científica. Enfermeira, Residente em Enfermagem, Instituto Nacional de Câncer, INCA. Especialista em Enfermagem Gerontológica, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: aluane-cardozo@live.com

Isamara da Conceição Moraes da Rocha - Ex-Bolsista de Iniciação Tecnológica. Enfermeiro, Residente em Enfermagem, Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia, INTO. Especialista em Enfermagem Gerontológica, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, RJ, Brasil,

E-mail: isamara.rocha@hotmail.com

Keila Mara Cassiano - Bacharel em Matemática. Doutora em Engenharia Elétrica, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Professor Adjunta, Departamento de Estatística, Universidade Federal Fluminense Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: keilamath@hotmail.com

Shimmenes Kamacael Pereira - Enfermeira. Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, PACCS/EEAAC/UFF. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: shimmeneskp@gmail.com

Raquel Dantas Vaqueiro - Acadêmica de Enfermagem, Bolsista de Iniciação Tecnológica, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

E-mail: raquel_vaqueiro@yahoo.com.br