

Acompanhamento telefônico de pacientes pós-prostatectomia radical: revisão sistemática¹

Luciana Regina Ferreira da Mata²

Ana Cristina da Silva³

Maria da Graça Pereira⁴

Emilia Campos de Carvalho⁵

Objetivo: avaliar e sintetizar as melhores evidências científicas de ensaios clínicos controlados randomizados sobre acompanhamento telefônico de pacientes pós-prostatectomia radical, a partir de informações sobre como as chamadas telefônicas são realizadas e os efeitos clínicos e psicológicos para os indivíduos que receberam essa intervenção. Método: a busca foi realizada nas bases eletrônicas MEDLINE, Web of Science, Embase, CINAHL, LILACS e Cochrane. Das 368 referências encontradas, cinco foram selecionadas. Resultados: dois estudos testaram intervenções direcionadas ao apoio psicológico e três testaram intervenções direcionadas aos efeitos físicos do tratamento. A intervenção psicoeducativa para o gerenciamento da incerteza, referente à doença e ao tratamento, apresentou evidências estatisticamente significativas, reduziu o nível de incerteza e da angústia gerada por essa. Conclusão: foi possível determinar os efeitos benéficos do acompanhamento telefônico, sendo uma ferramenta útil para o acompanhamento de pacientes pós-prostatectomia.

Descritores: Prostatectomia; Educação em Saúde; Telefone; Alta do Paciente.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado "Efetividade de um programa de ensino para o cuidado domiciliar de pacientes submetidos à prostatectomia radical: ensaio clínico randomizado" apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo nº 141377/2010-0.

² Doutoranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

³ Aluna do curso de graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São João del Rei, Divinópolis, MG, Brasil.

⁴ PhD, Professor Associado, Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

⁵ PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Emilia Campos de Carvalho
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Av. Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: ecdcava@usp.br

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

A educação do paciente no pós-operatório é fundamental para prover conhecimento adequado ao indivíduo para o autocuidado no ambiente domiciliar e, assim, reduzir a ocorrência de complicações após a alta e melhorar a sua recuperação e qualidade de vida⁽¹⁾.

As intervenções educativas relacionadas ao preparo do indivíduo para a alta hospitalar devem ter como prioridades: aumento do conhecimento do indivíduo sobre o autocuidado e promoção de mudança de comportamento para o estímulo ao autocuidado⁽¹⁾.

O diagnóstico de câncer de próstata pode resultar em angústia e estresse ao paciente, principalmente em relação à incerteza quanto ao tratamento e à recuperação⁽²⁻³⁾. A prostatectomia radical é o procedimento mais utilizado dentre os diferentes tratamentos para esse tipo de câncer, contudo, pode levar a mudanças na qualidade de vida, uma vez que o paciente pode apresentar incontinência urinária e impotência sexual, dentre outros sintomas, decorrentes do procedimento cirúrgico⁽³⁻⁴⁾.

Educação e aconselhamento são itens regulares e indispensáveis na prestação do cuidado a homens submetidos a esse tipo de cirurgia, tanto no pré quanto no pós-operatório. Esses itens devem ser direcionados para o fornecimento das melhores informações referentes ao preparo dos pacientes para os cuidados relacionados à ferida operatória e ao manuseio da sonda vesical de demora, no domicílio, como, também, para o enfrentamento dos efeitos colaterais físicos, como incontinência urinária e disfunção erétil, e o consequente sofrimento psicológico que esses efeitos trazem ao homem e à sua esposa⁽³⁻⁵⁾.

A diminuição da permanência hospitalar faz com que haja poucas oportunidades para orientação dos pacientes e respostas às suas preocupações^(3,6-7). Além disso, grande parte das complicações ocorre no domicílio⁽¹⁾. Dessa forma, o acompanhamento após a alta hospitalar é essencial para que o paciente e sua família estejam preparados para o autocuidado e para mudanças no estilo de vida. Outro benefício é a criação de vínculo entre a equipe de saúde e os pacientes, o que pode propiciar maior confiança nos profissionais e sentimento de segurança diante de preocupações e dúvidas^(2,8).

Informação escrita, lista de itens de ensino aplicados no hospital, a fim de assegurar a consistência do ensino ao paciente, envolvimento do parceiro em sessões de ensino e o acompanhamento por telefone, após sua saída do hospital, têm sido identificados como estratégias importantes para o desenvolvimento de programas educativos⁽⁹⁾, inclusive para alta⁽¹⁾.

Intervenções relacionadas ao ensino no pós-operatório de prostatectomia radical, inclusive o acompanhamento por telefone, podem potencializar a recuperação física do indivíduo, o bem-estar emocional e a adesão ao autocuidado após a alta hospitalar, pois, tendo ciência do que irá enfrentar e como fazer para minimizar os efeitos, o paciente se sentirá mais seguro⁽³⁾. A estratégia de acompanhamento e ensino realizado por profissionais de saúde via telefone fornece valioso apoio aos pacientes e permite o reforço das orientações para a alta, manejo de sintomas, troca de informações, identificação prévia de sinais de complicações, além do esclarecimento de dúvidas e preocupações. O principal objetivo desse tipo de intervenção é aumentar a adesão aos cuidados pós-alta e facilitar a transição entre o hospital e o retorno para casa. Isso diminui o estresse e aumenta o conhecimento dos pacientes para lidar com os sintomas, o que resulta em aumento da confiança na relação paciente/profissional e da qualidade do serviço, após a alta hospitalar⁽⁷⁻⁸⁾.

O método de acompanhamento por telefone tem sido usado principalmente como uma forma de seguimento daqueles pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, não caracterizados como pacientes de grande risco, permitindo que tenham vida tão normal quanto possível e longe do ambiente hospitalar. É uma estratégia de cuidado considerada melhor para o serviço, ao reduzir a carga de trabalho no sistema convencional de acompanhamento ambulatorial, permitindo que os profissionais concentrem-se no cuidado a pacientes que realmente necessitam de atendimento hospitalar^(6,10), o que, conseqüentemente, também reduz os gastos com possíveis readmissões⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Há uma variedade de aspectos que envolvem o seguimento por telefone, por exemplo, a frequência, a duração e o momento da alta em que se inicia a chamada, o profissional que a realiza, o objetivo dos contatos telefônicos, o formato e o conteúdo abordado⁽⁷⁻⁸⁾.

Diante dessas considerações, achou-se pertinente avaliar e sintetizar as melhores evidências científicas sobre o acompanhamento telefônico de pacientes pós-prostatectomia radical e obter informações sobre como as chamadas telefônicas são realizadas e os efeitos clínicos e psicológicos para os indivíduos que receberam essa intervenção.

Métodos

Trata-se de pesquisa de revisão sistemática da literatura que busca reunir todas as evidências disponíveis, conforme os critérios de elegibilidade pré-especificados, para responder a uma questão de pesquisa específica. Utiliza método sistemático, proporcionando resultados

mais confiáveis, a partir do qual é possível tirar conclusões e tomar decisões⁽¹²⁾.

Com base no método para revisão da Cochrane, as etapas percorridas nesta revisão sistemática foram: definição da questão de pesquisa e dos critérios de inclusão, busca e seleção dos estudos, coleta de dados, avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos, análise dos dados, identificação de vieses, sumarização e apresentação dos resultados em tabelas, interpretação dos resultados e apresentação das conclusões⁽¹²⁾.

Dessa forma, a questão norteadora para o alcance do objetivo proposto foi: "quais os efeitos do uso do telefone no seguimento de pacientes após prostatectomia?".

Os critérios de inclusão dos artigos foram: ensaios clínicos (incluindo estudos não controlados, estudos controlados e ensaios clínicos randomizados e controlados)⁽¹³⁾, publicados em inglês, português ou espanhol, realizados com pacientes submetidos à prostatectomia radical e que utilizaram a chamada telefônica como a intervenção para o acompanhamento pós-alta. A busca não teve seu tempo de publicação limitado por se tratar de um desenho de estudo específico, aumentando, assim, sua força de evidência científica.

A busca dos estudos foi realizada em seis bases eletrônicas: *Medical Literature Analysis and Retrieval*

System on-line (MEDLINE), *Web of Science*, *Excerpta Médica* (Embase), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e no *Cochrane Central Register of Controlled Trials* da Cochrane Library.

Foram utilizados os descritores controlados do vocabulário MeSH do U.S. National Library of Medicine (NLM) "prostatectomy", "telenursing", "telephone" e "hotlines". Utilizou-se o operador booleano AND para combinações restritivas do descritor "prostatectomy" com os demais. A partir das referências dos artigos selecionados, foi realizada a busca manual de artigos que não foram encontrados nas bases de dados.

Por meio dos descritores citados acima, foram encontrados 368 artigos. Entretanto, desses, 363 foram excluídos: tema diferente (179); duplicidade (143); telefone para coleta de dados (30); desenho de estudo diferente – quatro descritivos, dois qualitativos e uma revisão narrativa (7); editorial (1); protocolo de pesquisa (1); idioma – japonês (1) e acompanhamento telefônico em homens com câncer de próstata sem especificar tratamento (1). Ressalta-se que, a partir da estratégia de busca de estudos pelas referências dos artigos selecionados, nenhum ensaio clínico foi encontrado. A Tabela 1 descreve os motivos da exclusão dos artigos e suas respectivas bases de dados.

Tabela 1 - Seleção de publicações de bases de dados, de acordo com os critérios estabelecidos para a exclusão de estudos. Brasil, 2013

Critérios de exclusão	PubMed (n=76)	CINAHL (n=13)	Web of Knowledge (n=84)	Embase (n=183)	Cochrane (n=9)	LILACS (n=3)	Total
Não tem relação com tema	50	3	22	102	0	2	179
Telefone para coletar dados	16	3	4	7	0	0	30
Idioma	1	0	0	0	0	0	1
Duplicidade	0	5	54	74	9	1	143
Protocolo de pesquisa	1	0	0	0	0	0	1
Estudo descritivo	4	0	0	0	0	0	4
Estudo qualitativo	2	0	0	0	0	0	2
Editorial	1	0	0	0	0	0	1
Revisão narrativa	0	1	0	0	0	0	1
Acompanhamento câncer	0	0	1	0	0	0	1
Total de artigos excluídos	75	12	81	183	9	3	368
Amostra	1	1	3	0	0	0	5

Para extração dos dados, foi utilizado um instrumento baseado no Manual Cochrane de Revisões Sistemáticas de Intervenções, que identifica os seguintes dados: título, revista, banco de dados, ano de publicação, local de coleta de dados, objetivo, detalhamento metodológico, intervenções, medidas de desfecho e análise estatística, resultados, implicações para a prática, nível de evidência e escore de Jadad⁽¹⁴⁾.

O escore de Jadad avalia a qualidade metodológica do estudo⁽¹⁴⁾. Um ponto é atribuído para cada resposta positiva, caso o estudo seja descrito como randomizado, se é duplo-cego e se há a descrição das exclusões e perdas da amostra estudada. Adicionalmente, atribui outro ponto para cada item caso a randomização e o cegamento sejam adequados. Contudo, se considerados inadequados é retirado um ponto de cada item. O total pode variar entre

zero e cinco. Escore maior ou igual a três revela estudo com qualidade metodológica adequada.

Resultados

Dos cinco artigos selecionados, um foi encontrado na base de dados PubMed⁽¹⁵⁾; um na CINAHL⁽¹⁶⁾; e três na Web of Knowledge⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. Os periódicos em que os estudos foram publicados são: Urologic Nursing⁽¹⁶⁾; Urology⁽¹⁵⁾; Cancer⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ e International Journal of Urological Nursing⁽¹⁷⁾. A Figura 1 descreve detalhadamente

todos os estudos em relação ao objetivo, amostra, dados sobre a intervenção por telefone, resultados e implicações.

Ao avaliar os estudos por meio da escala de Jadad, três^(15,17-18) apresentaram pontuação três, pois eram randomizados, descreviam de forma satisfatória o processo de randomização e relatavam as perdas amostrais; dois^(16,19) obtiveram pontuação dois, pois não descreveram a forma de randomização. Ressalta-se que nenhum dos cinco estudos era duplo-cego.

Autor, ano, país	Objetivo/amostra	Detalhes relacionados à intervenção por telefone	Resultados	Implicações quanto ao uso do telefone
Moore et al., 2008, Canadá	Testar a efetividade do Treinamento Muscular do Assoalho Pélvico (PFMT) semanal realizado por fisioterapeuta para incontinência <i>versus</i> um único treino de PFMT e apoio por contato telefônico	Enfermeira urológica, quatro semanas após a cirurgia, com duração média de 15 minutos e frequência semanal nos três meses iniciais; e mensais, após esse período, até completar um ano Grupo Controle (apoio): 99 Grupo Intervenção (PFMT): 106	Sintomas urinários e a qualidade de vida (International Prostate Symptom Score – IPSS/QOL): leves sintomas no pré-operatório; em oito semanas retorno ao nível basal*; QOL: pior resposta nas primeiras quatro semanas (período de maior incontinência)* Percepção da incontinência (questionário tipo Likert): em um ano, foi relatada como “não problemática” por 55% Grupo Controle e 53% Grupo Intervenção; “um pouco problemática” por 41 e 38% e “muito problemática” por 4 e 9%, respectivamente Custos: menores com o grupo controle (recebeu apoio)	Instruções verbais e escritas aliada ao acompanhamento telefônico se mostraram tão eficazes quanto o PMFT intensivo realizado por terapeutas, porém, mais econômico. Apoio e incentivo recebidos foram mais valorizados nas primeiras 12 semanas
Mishel et al., 2002, Estados Unidos	Testar a efetividade de uma intervenção realizada por telefone diretamente ao paciente ou ampliada a um familiar para gerenciamento da incerteza relacionada à doença e tratamento	Enfermeira treinada, semanalmente durante oito semanas consecutivas. Uma entrevista semiestruturada avaliou as preocupações e incertezas relacionadas ao câncer Informações sobre os seus problemas; exercícios de Kegel para incontinência e métodos para a impotência; habilidades de uma comunicação assertiva; encorajou os familiares a discutirem os sintomas e ofereceu informações sobre como ajudar em seu gerenciamento	Reformulação cognitiva (subescala do <i>Self Control Scale</i>): Grupo Intervenção complementado comparado ao Grupo Controle nos primeiros quatro meses* (p=0,009) Comunicação paciente x profissional (questionário):* Conhecimento sobre câncer (<i>Cancer Knowledge Scale</i>):* controle dos efeitos colaterais do tratamento (<i>Symptom Distress Scale</i>): †(p=0,02); essa diferença foi maior entre os caucasianos no Grupo Intervenção complementado (p=0,02). O número médio de sintomas relatado pelo Grupo Intervenção comparado ao Grupo Controle do quarto ao sétimo mês foi menor* (p=0,02). A intensidade dos sintomas relatados diminuiu ao longo do tempo para todos os grupos (p=0,001), não diferindo entre os Grupos Intervenção e Controle Disfunção erétil:*	Intervenção direta ou ampliada a um familiar resultou em melhora significativa no gerenciamento da incerteza Grupo Intervenção relatou controle sobre o fluxo de urina do início ao quarto mês do estudo. Mesmo sendo eficaz na resolução de problemas, essa intervenção não afetou a intensidade dos sintomas
Campbell et al., 2007, Estados Unidos	Avaliar a viabilidade e efetividade do treinamento de habilidades de enfrentamento em relação à doença (CST) em homens afro-americanos e em suas companheiras íntimas	Psicólogos doutores em seis sessões semanais com uma hora de duração cada Informações sobre câncer de próstata, seus efeitos físicos em longo prazo e na vida do casal; habilidades para o gerenciamento dos sintomas, resolução de problemas e comunicação; técnicas de relaxamento muscular; e plano de manutenção do enfrentamento	Autoeficácia (<i>Self-Efficacy for Symptom Control Inventory</i> - SESCOI):* autoeficácia das companheiras (<i>Self-Efficacy for Symptom Control Inventory</i> – SESCOI):*, porém, as integrantes do Grupo Intervenção demonstraram menor depressão e fadiga e maior vigor Qualidade de vida das companheiras (<i>Profile of Mood States-Short Form POMS-SF</i> e o <i>Caregiver Strain Index CSI</i>):*, Grupo Intervenção declararam efeito moderado de depressão e fadiga, maior vigor e menor tensão 87% dos casais do Grupo Intervenção descreveram a intervenção CST como benéfica	Dentre as habilidades ensinadas, a comunicação foi considerada como a mais valiosa Essa forma de intervenção é uma promessa para melhorar a fase pós-operatória Demonstrou potencial para ajudar na vida da parceira íntima

(a figura 1 continua na próxima tela)

Autor, ano, país	Objetivo/amostra	Detalhes relacionados à intervenção por telefone	Resultados	Implicações quanto ao uso do telefone
Jensen et al., 2011 Dinamarca	Investigar a eficácia de Consultas Telefônicas (TC) realizadas por enfermeiras no pós-operatório imediato após prostatectomia radical; sua otimização na reabilitação e a satisfação do paciente Grupo Controle: 49 Grupo Intervenção: 46	enfermeiras clínicas especializadas três dias após a alta, com duração de 15 minutos, utilizando uma entrevista semiestruturada	Os dados foram coletados através de questionários: satisfação, senso de segurança e desconforto pós-operatório:* Eficácia global:* Desconforto intestinal: reduzido em 24% [†] (p=0,03) Quase 70% dos homens de ambos os grupos relataram problemas de incontinência e a constipação estava presente em 40% deles. Mais de 50% relataram dor e 75% relataram desempenho limitado nas atividades 26% relataram a necessidade da assistência de outros profissionais A reabilitação foi significativamente melhor naqueles que consideraram a TC como útil no grupo intervenção	Os pacientes em geral foram suficientemente educados no gerenciamento de questões clínicas no pós-operatório Acompanhamento telefônico pode ser considerado um serviço adicional na reabilitação
Inman et al., 2011 Estados Unidos	Determinar se o acompanhamento educacional por telefone (TFU), após prostatectomia radical aumenta a compreensão do paciente sobre a gerência de seus cuidados em casa; se diminui sua procura por recursos de saúde; se aumenta a satisfação e identifica as possíveis preocupações dos pacientes após 30 dias da alta Grupo Controle: 30 Grupo Intervenção: 30	Enfermeira urológica, três a cinco dias após a alta, com duração de 10 minutos. Protocolo continha questões "como você está fazendo?"; "você já teve problemas ou preocupações desde que teve alta?". De acordo com a necessidade, o reforço era realizado Avaliou a compreensão sobre o gerenciamento do cuidado no domicílio, o uso de recursos e possíveis dúvidas	Compreensão do paciente sobre gerenciamento de sua saúde e medicamentos (<i>The 3-item Care Transitions Measure</i> CTM-3):* 34% do Grupo Controle (10/29) e 17% do Grupo Intervenção (5/30) identificaram tópicos que gostariam de ter recebido antes da alta Embora os materiais escritos abordassem informações significativas sobre cuidados pós-operatórios, outras preocupações foram identificadas através da experiência vivida de cada participante Mesmo com as informações sendo ensinadas de forma verbal e escrita, muitos pacientes relataram dificuldade em recordá-las Ligações telefônicas não planejadas foram realizadas mais vezes por participantes do Grupo Controle, que também possuíam um número maior de dúvidas sobre seus cuidados A maioria das preocupações relatadas pelos participantes pode ser sanada pela enfermagem	A estratégia aumentou a recordação do paciente quanto às informações recebidas na alta hospitalar e sanou outras questões advindas de sua vivência em casa. Foi relatada pelos pacientes como útil e reduziu a necessidade de utilizar outros recursos

* Sem diferença estatisticamente significativa

† Com diferença estatisticamente significativa

Figura 1 - Características dos ensaios clínicos incluídos na revisão sistemática quanto ao acompanhamento telefônico, após prostatectomia radical

Dois artigos⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ testaram, por meio do acompanhamento telefônico, intervenções direcionadas ao apoio psicológico. Um testou o gerenciamento da incerteza, decorrente da falta de conhecimento e preocupações, intervenção realizada diretamente com o paciente e ampliada a um familiar⁽¹⁸⁾ e o outro um treinamento de habilidades para enfrentamento dos efeitos adversos do tratamento⁽¹⁹⁾.

Os demais estudos⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ testaram intervenções direcionadas aos efeitos físicos do tratamento, como o treinamento muscular do assoalho pélvico para a incontinência urinária⁽¹⁵⁾ e o reforço das informações fornecidas na alta para gerenciamento do cuidado no domicílio⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Conteúdo das chamadas

Em dois estudos⁽¹⁸⁻¹⁹⁾, o conteúdo das chamadas foi composto por informações sobre câncer de próstata, os sintomas advindos do tratamento, métodos para gerenciá-los e o ensino de habilidades para melhora da comunicação. Um deles⁽¹⁹⁾ também ensinou técnicas de relaxamento e formulou um plano para enfrentamento da doença e tratamento.

Outros conteúdos abordados foram o treinamento muscular do assoalho pélvico associado com informações sobre manuseio da Sonda Vesical de Demora (SVD), prevenção de infecção do trato urinário, medicação, disfunção erétil, recuperação emocional e aconselhamento⁽¹⁵⁾.

Alguns autores descreveram a utilização de um protocolo para o acompanhamento telefônico, com questões sobre o gerenciamento do cuidado no domicílio e sobre dúvidas ou preocupações⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Profissionais responsáveis e duração das chamadas

As chamadas telefônicas direcionadas aos efeitos físicos foram realizadas por enfermeiras urológicas⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Em dois estudos foi realizada uma chamada, três a cinco dias após a alta, com duração entre 10 e 15 minutos⁽¹⁶⁻¹⁷⁾; outro estudo iniciou as chamadas quatro semanas após a cirurgia, com duração média de 15 minutos e frequência semanal nos três meses iniciais, posteriormente, mensais, durante um ano, totalizando 21 chamadas⁽¹⁵⁾.

Já as intervenções por telefone relacionadas a fatores psicológicos foram realizadas por enfermeiras que receberam treinamento⁽¹⁸⁾ e por psicólogos⁽¹⁹⁾, com frequência semanal, num total de seis a oito chamadas. A duração das chamadas foi citada somente em um dos estudos⁽¹⁹⁾, em que psicólogos realizavam a intervenção em uma hora. Ressalta-se que os autores de ambos os estudos não citaram o período inicial das intervenções.

Resultados mensurados

Os resultados mensurados foram incontinência urinária⁽¹⁵⁾; qualidade de vida^(15,19); preocupações/incertezas^(16,18); controle dos efeitos adversos do tratamento⁽¹⁸⁾; autoeficácia⁽¹⁹⁾; gerenciamento do cuidado no domicílio⁽¹⁶⁾; uso de recursos médicos no período pós-operatório⁽¹⁶⁾; satisfação⁽¹⁶⁻¹⁷⁾; segurança quanto aos cuidados a serem realizados em casa⁽¹⁷⁾ e reabilitação em relação ao manejo do cateter, tratamento de feridas, dor, função intestinal e atividades da vida diária⁽¹⁷⁾.

Para avaliação da incontinência urinária foram utilizados o *24 Hour Pad* e o *Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7)*⁽¹⁵⁾. Os resultados não foram significativos entre os grupos, contudo, detectou-se que o período de maior incontinência são os quatro meses iniciais.

Para avaliar a incerteza/preocupações, utilizaram-se as escalas *Mishel Uncertainty in Illness Scale* e *Self-Control Scale* com suas subescalas "reformulação cognitiva" e "resolução de problemas", associadas a uma entrevista semiestruturada⁽¹⁸⁾, além de autorrelato⁽¹⁶⁾. A incerteza declinou significativamente ($p=0,01$), com diferenças entre os grupos para reformulação cognitiva ($p=0,005$) e resolução de problemas ($p=0,009$), principalmente nos quatro meses iniciais ($p=0,05$)⁽¹⁸⁾. As preocupações relatadas foram os efeitos colaterais do tratamento, como incontinência e problemas de ereção⁽¹⁸⁾, além de espasmos na bexiga, inchaço escrotal, dor, constipação,

nível de atividade física⁽¹⁶⁾ e a comunicação com o profissional⁽¹⁸⁾ (Figura 1).

A qualidade de vida foi avaliada por meio do *International Prostate Symptom Score – IPSS*⁽¹⁵⁾, *Expanded Prostate Cancer Index Composite – EPIC* (com seus domínios sobre a função urinária, função intestinal, função hormonal, entre outros) e o *Physical Function and Mental Health Scales of the Short Form-36 Health Survey SF-36*⁽¹⁹⁾. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos nos estudos analisados, contudo, constatou-se que, após um ano, a incontinência urinária não interferia mais na qualidade de vida ($p=0,001$)⁽¹⁵⁾, e que a função intestinal demonstrou efeito significativo, pois houve declínio no incômodo decorrente do tratamento ($p=0,042$)⁽¹⁹⁾.

Por meio do instrumento *Symptom Distress Scale*, avaliou-se o controle dos efeitos adversos do tratamento⁽¹⁵⁾. De acordo com itens específicos sobre câncer de próstata, homens do Grupo de Intervenção demonstraram melhor controle do fluxo urinário ($p=0,03$), principalmente nos primeiros quatro meses de estudo ($p=0,01$) (Figura 1).

O uso de recursos médicos no período pós-operatório⁽¹⁶⁾ foi verificado a partir do autorrelato. Sessenta por cento dos homens do Grupo Controle utilizaram recursos não planejados, como visitas ao médico, contra 47% do Grupo Intervenção, sendo que, desses, quatro (28,5%) utilizaram os recursos antes de receber a intervenção. Quanto à reabilitação⁽¹⁷⁾, reduções foram clinicamente relevantes nos domínios controle da dor (23%), manejo do cateter (18%) e tratamento de feridas (13%).

Discussão

O tratamento do câncer e seus efeitos adversos implicam em incertezas e sofrimento psicológico aos indivíduos. Intervenções que visem reduzir esses efeitos são válidas para a melhora da qualidade de vida do paciente. Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, com pacientes submetidos a transplante de células-tronco, averiguou a efetividade de uma terapia cognitivo-comportamental via telefone, realizada por psicólogos, e obteve como resultado a redução no estresse pós-traumático, gerado pelo procedimento e sua consequente angústia e depressão⁽²⁰⁾. Melhoras significativas também foram observadas em um estudo da amostra onde foi possível reduzir a incerteza e, conseqüentemente, a angústia gerada pela prostatectomia radical ($p=0,01$)⁽¹⁸⁾.

Em relação às complicações de ordem física, a incontinência urinária é a que ocorre com maior frequência e afeta a autoestima do paciente, favorecendo a ocorrência

de dermatites e constantes infecções urinárias⁽⁵⁾. Para correção dessa alteração existem diferentes tipos de tratamento, classificados em conservativos e invasivos. A forma mais comum de tratamento conservativo é o treino da musculatura do assoalho pélvico, que consiste em repetidas e progressivas contrações da musculatura para reforço do assoalho pélvico e conseqüente melhora da função vesical. Evidências mostram que pacientes que realizam sessões desse treinamento reverterem esse quadro mais rapidamente, comparados àqueles que não recebem qualquer tipo de intervenção⁽²¹⁾.

Não há consenso na literatura quanto ao período inicial do treinamento ou quantos exercícios ou sessões são necessárias. Também não há relatos sobre o benefício do acompanhamento telefônico adicionalmente a essa intervenção. Um dos estudos da amostra utilizou o acompanhamento telefônico como adicional a um único treino da musculatura do assoalho pélvico, realizado quatro semanas após a prostatectomia radical⁽¹⁵⁾ e constatou que essa junção se mostrou tão eficaz quanto o treinamento realizado diretamente ao paciente, além de gerar menor ônus e propiciar a resolução de suas dúvidas.

Um ponto relevante apontado por um dos estudos⁽¹⁵⁾ foi o período de maior criticidade para a incontinência urinária, que foram os quatro meses iniciais após a cirurgia. Esse achado foi reafirmado por outro artigo da amostra que considerou esse período como o mais pertinente para uma intervenção psicoeducativa⁽¹⁸⁾.

A incontinência urinária e a disfunção sexual, decorrentes da cirurgia, também afetam negativamente a relação conjugal e a qualidade de vida do casal, com o desenvolvimento de sofrimento psíquico, fadiga e mudanças na vida social e sexual, sendo necessárias intervenções que minimizem esses efeitos⁽⁵⁾.

Com esse propósito, um estudo da amostra testou habilidades de enfrentamento relacionadas à doença em pacientes e esposas⁽¹⁹⁾, constatando que, mesmo sem obter diferenças significativas entre os grupos, houve melhora da depressão e fadiga das mulheres que sofreram a intervenção, aumentando o vigor do casal. Pesquisadores americanos corroboram esse achado após verificar que uma intervenção realizada por enfermeiras, através de visitas e contato telefônico, utilizando um protocolo padronizado, obteve modesta melhora na função sexual e na relação conjugal do casal, apesar dos resultados não mostrarem significância estatística⁽³⁾.

Outra questão importante abordada nos estudos da amostra é a relação entre o acompanhamento telefônico e a diminuição da busca por recursos de saúde⁽¹⁶⁾. Embora resultados significantes não tenham sido encontrados,

os pacientes do Grupo Intervenção utilizaram menos recursos no período pós-operatório, reduzindo o número de readmissões e, conseqüentemente, gerando economia para o setor da saúde. Um hospital nos Estados Unidos, após experimentar o acompanhamento telefônico de seus pacientes, principalmente aqueles submetidos a cirurgias cardíacas, constatou decréscimo nas readmissões e aumento na satisfação de seus clientes⁽¹¹⁾.

O reforço das orientações fornecidas durante a alta hospitalar também é viabilizado por meio do contato telefônico, facilitando o difícil processo de transição entre a alta e o cuidado domiciliar. Pesquisadores chineses constataram a viabilidade do acompanhamento telefônico por enfermeiras especialistas no cuidado a pacientes pós-ostomias intestinais⁽²²⁾. Além de reforçar as informações que foram concedidas no período da alta, esse foi um momento oportuno para resolução de problemas, como a correção do manejo inadequado da ostomia. Um dos estudos da amostra também reafirma essa viabilidade, e identificou que os pacientes prostatectomizados, mesmo recebendo informações orais e escritas na alta hospitalar, esquecem-se das orientações e vivenciam outras preocupações no domicílio que não foram esclarecidas durante a internação⁽¹⁶⁾.

Considerações finais

Ao analisar os cinco estudos da amostra é possível sumarizar o uso do telefone como estratégia de acompanhamento pós-alta com a finalidade de avaliar o conhecimento do paciente, discutir as preocupações e oferecer ajuda para enfrentá-las, monitorar sintomas físicos e psicológicos, bem como incentivar mudanças comportamentais e do estilo de vida.

Apenas o estudo que testou uma intervenção psicoeducativa para o gerenciamento da incerteza referente à doença e ao tratamento apresentou evidências estatisticamente significativas relacionadas ao acompanhamento telefônico pós-prostatectomia, com redução significativa do nível da incerteza e da angústia gerada por essa.

Foi possível, contudo, identificar que o uso do telefone no seguimento de pacientes após prostatectomia, quando comparados aos avanços do Grupo Controle, também reduziu a procura por serviços de saúde, auxiliou no controle dos efeitos adversos como a incontinência urinária, reforçou informações que foram fornecidas na alta, sanou as dúvidas advindas da experiência do cuidado domiciliar, reduziu alterações psicológicas como ansiedade e depressão nos pacientes e esposas e ensinou habilidades para o gerenciamento da disfunção sexual.

A diversidade das intervenções realizadas e os diferentes desfechos mensurados nos estudos da amostra impossibilitaram a análise estatística dos resultados encontrados. Tal diversidade também dificultou inferir sobre qual o melhor momento, quantidade e frequência para realização das chamadas telefônicas.

Considerou-se, porém, importante a realização do presente estudo para determinar os efeitos benéficos do acompanhamento telefônico nessa modalidade cirúrgica. Com a redução do período de internação, o tempo para fornecimento de orientações para a alta tem sido diminuído, e, assim, o acompanhamento telefônico torna-se ferramenta útil para que enfermeiros e demais profissionais possam atuar nesse período de transição, a fim de proporcionar melhoria da qualidade de vida em saúde dos pacientes e de seus familiares.

Referências

- Fredericks S, Guruge S, Sidani S, Wan T. Postoperative Patient Education: A Systematic Review. [Revisão]. *Clin Nurs Res*. [Internet]. 2010. [acesso 10 nov 2012]; 19(2):144-64. Disponível em: <http://cnr.sagepub.com/content/19/2/144>
- D Lambert S, Girgis A, Turner J, McElduff P, Kayser K, Vallentine P. A pilot randomized controlled trial of the feasibility of a self-directed coping skills intervention for couples facing prostate cancer: Rationale and design. *Health Qual Life Outcomes*. [Internet]. 2012. [acesso 5 jan 2013]; 10:119. Disponível em: <http://www.hqlo.com/content/10/1/119>
- McCorkle R, Siefert ML, Dowd MF, Rohinson JP, Pickett M. Effects of Advanced Practice Nursing on Patient and Spouse Depressive Symptoms, Sexual Function, and Marital Interaction after Radical Prostatectomy. *Urol Nurs*. 2007; 27(1):65-77.
- Chambers SK, Schover L, Halford K, Clutton S, Ferguson M, Gordon L, et al. ProsCan for Couples: Randomised controlled trial of a couples based sexuality intervention for men with localized prostate cancer who receive radical prostatectomy. *BMC Cancer*. [Internet]. 2008. [acesso 25 nov 2012]; 8:226. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/8/226>
- Bicalho MB, Lopes MHBM. Impacto da incontinência urinária na vida de esposas de homens com incontinência: Revisão integrativa. [Revisão]. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2012. [acesso 12 dez 2012]; 46(4):1009-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/32.pdf>
- Anderson B. The benefits to nurse-led telephone follow-up for prostate cancer. *Br J Nurs*. [Internet]. 2010. [acesso 20 nov 2012]; 19(17):1085-90. Disponível em: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197245695001344
- Flanagan J. Postoperative Telephone Calls: Timing Is Everything. *AORN J*. [Internet]. 2009. [acesso 18 nov 2012]; 90(1):41-51. Disponível em: <http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092%2809%2900259-2>
- Mistiaen P, Poot E. Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for post discharge problems in patients discharged from hospital to home. [Review]. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2006. [acesso 2 nov 2012]; 18(4). Disponível em: <http://www.thecochranelibrary.com>
- Rodríguez-Gázquez MA, Arredondo-Holguín E, Herrera-Cortés R. Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart failure: randomized controlled trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(2):296-306.
- Thompson-Coon J, Abdul-Rahman A, Whear R, Bethel A, Vaidya B, Gericke CA, et al. Telephone consultations in place of face to face out-patient consultations for patients discharged from hospital following surgery: A systematic review [Revisão]. *BMC Health Serv Res*. [Internet]. 2013. [acesso 14 abril 2013]; 13:128. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/128>
- Naffe A. Postdischarge follow up phone call. *Heart & Lung*. [Internet]. 2012. [acesso 12 fev 2013]; 41(99):102. Disponível em: <http://bhvh.cardiologydomain.com/images/uploaded/BHVVH/Naffe.pdf>
- Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.2 [updated September 2009]*. The Cochrane Collaboration [Internet]. 2009. [acesso 3 nov 2012]. Disponível em: www.cochrane-handbook.org
- Glossary of Terms in the Cochrane Collaboration. Version 4.2.5 [updated May 2005]. The Cochrane Collaboration [Internet]. 2005. [acesso 2 nov 2012]. Disponível em : <http://www.cochrane.org/sites/default/files/uploads/glossary.pdf>
- Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJM, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary? *Control Clin Trials*. [Internet]. 1996. [acesso 7 nov 2012]; 17(1):1-12. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197245695001344>
- Moore KN, Valiquette L, Chetner MP, Byrniak S, Herbison GP. Return to continence after radical retropubic prostatectomy: A randomized trial of verbal and written instructions versus therapist-directed pelvic floor muscle therapy. *Urology*. [Internet]. 2008. [acesso 11 dez 2012]; 72(6):1280-6. Disponível em: <http://www.goldjournal.net/article/S0090-4295%2807%2902605-2/pdf>

16. Inman DM, Maxson PM, Johnson KM, Myers RP, Holland DE. The impact of follow-up educational telephone calls on patients after radical prostatectomy: Finding value in low-margin activities. *Urol Nurs*. [Internet]. 2011. [acesso 10 dez 2012]; 31(2):83-91. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/746332>
17. Jensen BT, Kristensen SA, Christensen SV, Borre M. Efficacy of tele-nursing consultations in rehabilitation after radical prostatectomy: A randomised controlled trial study. *Int J Urol Nurs*. [Internet]. 2011. [acesso 11 dez 2012]; 5(3):123-30. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1749-771X.2011.01130.x/pdf>
18. Mishel MH, Belyea M, Germino BB, Stewart JL, Bailey DE, Robertson C, et al. Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects. *Cancer*. [Internet]. 2002. [acesso 13 dez 2012]; 94(6):1854-66. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.10390/pdf>
19. Campbell LC, Keefe FJ, Scipio C, McKee DC, Edwards CL, Herman SH, et al. Facilitating research participation and improving quality of life for African American prostate cancer survivors and their intimate partners. A pilot study of telephone-based coping skills training. *Cancer*. [Internet]. 2007. [acesso 9 dez 2012]; 109(2 Suppl):414-24. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.22355/pdf>
20. Duhamel KN, Mosher CE, Winkel G, Labay LE, Rini C, Meschian YM, et al. Randomized clinical trial of telephone-administered cognitive-behavioral therapy to reduce post-traumatic stress disorder and distress symptoms after hematopoietic stem-cell transplantation. *J Clin Oncol*. [Internet]. 2010. [acesso 12 mar 2013]; 28(23):3754-61. Disponível em: <http://jco.ascopubs.org/content/28/23/3754.full.pdf>
21. MacDonald R, Fink HA, Huckabay C, Monga M, Wilt TJ. Pelvic floor muscle training to improve urinary incontinence after radical prostatectomy: A systematic review of effectiveness. [Review]. *BJU Int*. [Internet]. 2007. [acesso 12 mar 2013]; 100(1):76-81. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1464-410X.2007.06913.x/pdf>
22. Zheng MC, Zhang J, Qin HY, Fang YJ, Wu XJ. Telephone follow-up for patients returning home with colostomies: Views and experiences of patients and enterostomal nurses. *Eur J Oncol Nurs*. [Internet]. 2013. [acesso 4 abr 2013]; 17(2):184-9. Disponível em: <http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889%2812%2900053-1/pdf>

Recebido: 29.5.2013

Aceito: 23.9.2013