
A Consulta Telefónica como Intervenção de Enfermagem ao Doente e Família com Dor Crónica, numa Unidade de Dor

Madalena Martins, Enfermeira, Mestre em Comunicação em Saúde

Maria dos Anjos Pereira Lopes, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Mestre e Doutora em Ciências de Enfermagem

A comunicação por telefone surge como recurso de aproximação e qualidade de atendimento ao doente/família pela equipa de saúde, numa área subjectiva como é o alívio do sofrimento e controlo da dor crónica.

O objectivo do estudo foi compreender o processo de cuidados implícito na consulta telefónica ao doente/família com dor crónica na Unidade Dor, do Hospital Garcia de Orta com vista a incrementar novas medidas favorecedoras da tomada de decisão da equipa de saúde.

A metodologia do estudo reveste-se das características de estudo de caso. Os dados obtiveram-se através de análise de registos das consultas telefónicas, observação participante e entrevistas formais às 4 enfermeiras, 103 doentes e familiares, e informais a 3 médicos.

Os resultados obtidos permitem conhecer o nível de satisfação dos doentes e famílias bem como os principais motivos que impulsionam os doentes a telefonar para a Unidade de Dor que são: a gestão do regime terapêutico e os problemas decorrentes da doença ou da terapêutica.

Conclui-se que a consulta telefónica é referida como um recurso importante para o doente/família, sendo salientado o nível de exigência intrínseco ao processo de cuidados num tipo de interacção não presencial. Esta exigência situa-se na articulação do circuito informativo virtual entre o doente, a enfermeira e o médico e o retorno da informação ao doente.

Palavras-chave: comunicação em saúde; consulta telefónica; continuidade de cuidados; dor crónica; intervenção em enfermagem.

The telephone communication emerges as an approach resource and quality of care to the patient/family by the health team, in a subjective area like pain relief and chronic pain control.

The aim was to understand the implicit caring process of telephone consultation to the patient/family with chronic pain in the Pain Unit of Hospital Garcia de Orta in order to enhance new promoting measures of decision-making of the health team.

The study methodology exhibits the characteristics of a case study. The data were obtained through the analysis of records of telephone consultations, participant observation and formal interviews with 4 nurses, 103 patients and relatives, and informal interviews to 3 doctors.

The results allow knowing the level of satisfaction of patients and families as well as to know the main intentions which lead them to call the Pain Unit: the management of the therapeutic regimen and the problems arising from disease or therapy.

We conclude that the telephone consultation is mentioned as a very important resource to the patient/family, being emphasized the requirement inherent to the process of care in a kind of non face-to-face interaction. This requirement is located in the articulation of virtual information circuit between the patient, the nurse and doctor and the feedback to the patient.

Keywords: health communication; telephone consultation; chronic pain; continuity of care; nursing intervention.

* Artigo baseado na dissertação de mestrado em Comunicação em Saúde da Universidade Aberta em 2010.

INTRODUÇÃO

A dor crónica que alguns doentes sofrem constitui um dos problemas que mais tem desafiado os profissionais de saúde a recorrerem a modelos de abordagem da pessoa de uma forma global e integrada. Epidemiologicamente o problema da dor crónica é relevante. Breivik et al. (2005) realizaram um estudo na Europa (no qual Portugal não participou), em que a prevalência média de dor crónica encontrada foi de 20% na população adulta, afectando particularmente mulheres (52%) e idosos. A etiologia da dor crónica é de natureza musculoesquelética ou osteoarticular em 40% das pessoas, enquanto que as dorso-lombalgias constituem 30% e as cefaleias cerca de 10% dos casos de dor persistente. Neste estudo, cerca de 4% dos inquiridos atribuiu à dor a perda do emprego, confirmando que a dor crónica interfere com a qualidade de vida das pessoas de forma moderada a grave, ao nível das actividades domésticas ou laborais.

Em Portugal foi realizado um primeiro estudo publicado na Tribuna Médica Press/Público (2008) que incluiu 5095 entrevistados com mais de 18 anos, no qual 31% das pessoas referiu sentir dor várias vezes por mês, nos últimos 6 meses. As mulheres eram as mais afectadas, sendo que cerca de metade referiu que a dor era moderada ou forte. Relativamente aos motivos da dor crónica o estudo revelou similaridades em relação ao estudo europeu.

O Programa Nacional de Controlo da Dor (Direcção-Geral da Saúde, 2008a) menciona a presença de dor em 90% dos doentes oncológicos em fim de vida e justifica a atenção necessária a dar a este grupo, uma vez que é a segunda causa de morte em Portugal.

A dor crónica tem repercussões não só em quem a sofre, mas também junto dos familiares e de toda a sociedade. A sua persistência é um dos mais fortes obstáculos à promoção da qualidade de vida e afecta o modo do doente comunicar (Breivik et al., 2005). O sofrimento, as alterações - psicológicas, cognitivas, físicas -, e a subjectividade da experiência de dor, remetem frequentemente o doente a uma solidão comunicacional, em relação aos que lhe são mais próximos, e também aos profissionais de saúde. Quer o afastamento do doente relativamente ao que o rodeia, quer a percepção de que ninguém o entende, faz com que o sofrimento seja um fenómeno inacessível à compaixão e compreensão do outro (Le Breton, 2007).

Face a estes problemas a sociedade reage e as políticas e estratégias de saúde reordenam-se e procuram por via do Plano Nacional de Luta Contra a Dor (Direcção-Geral da Saúde, 2001) intervir de modo precoce e multidisciplinar, através de unidades especialmente criadas para a avaliação e tratamento da dor com vista a melhorar a qualidade de vida dos doentes.

Na Unidade Dor do Hospital Garcia de Orta (HGO) a consulta telefónica (CT) existia desde 1995, mas funcionando de um modo pouco estruturado. Contudo, era reconhecida pela equipa de saúde a importância de desenvolver pesquisa nesta área para fundamentar e fazer evoluir a prática de cuidados associada à mesma. Esta consulta tinha como objectivos: garantir de uma forma fácil e económica a continuidade dos cuidados ao doente/família com dor crónica, ajudar no controlo da dor, efectuar a detecção precoce de efeitos colaterais dos tratamentos e medicamentos, assim como dar apoio emocional ao doente e família. O horário de funcionamento da CT era das 9 às 15 horas em dias úteis. Os doentes na primeira consulta eram informados pela enfermeira da existência, horário de funcionamento e objectivos desta CT. Esta informação era corroborada no guia terapêutico entregue no final da consulta.

Até ao início deste estudo o atendimento telefónico era realizado normalmente por uma enfermeira em exercício no hospital de dia através de um telefone portátil. Este atendimento acontecia na simultaneidade de outras actividades, pelo que era sujeita a inúmeras interrupções e solicitações.

O modo usual do funcionamento da consulta telefónica passava pela identificação do autor da chamada, o nome do doente e o motivo do telefonema e desta triagem decorria naturalmente uma intervenção. Existia um registo muito sumário, informal, que nem sempre ficava documentado no processo do doente, o que por vezes gerava perturbação na comunicação da equipa.

Assim, o presente estudo teve como finalidade compreender o processo de cuidados implícito na CT ao doente/família com dor crónica na Unidade Dor, do HGO. Os objectivos a atingir foram:

- Caracterizar a população utente da CT, nomeadamente os doentes e familiares.
- Identificar os principais motivos para o recurso à CT na Unidade Dor do HGO.

- Avaliar a satisfação dos utilizadores da CT, na Unidade Dor do HGO.
- Identificar os elementos que, na perspectiva das enfermeiras, caracterizam o processo de cuidados ao doente/família na consulta telefónica na Unidade Dor do HGO.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Na pessoa com dor crónica verifica-se uma deterioração nas capacidades funcionais e no desempenho das actividades mais básicas da vida diária como comer, beber, trabalhar e comunicar (Gagliese e Melzack, 2003; Wall, 2007; Breivik et al., 2005). Também, as capacidades de mobilização estão muitas vezes afectadas pelo desconforto que a própria dor provoca. Para Gonçalves (2001), a pessoa com dor crónica sofre como que um trajecto de luto que se segue a uma perda e que pode *complicar-se com a evolução arrastada ou fixa em quadros clínicos variados de apresentação, tendo como consequência uma inadaptação ou uma evolução patológica* (p. 304). A dor não é exclusivamente um facto fisiológico, mas existencial, pois quem sofre é a pessoa por inteiro (Le Breton, 2007). A nível psicológico, a dor é uma ameaça poderosa ao sentimento de identidade (Le Breton, 2007). Monopoliza a atenção de tal modo, que o comportamento e o raciocínio ficam debilitados (Wall, 2007). A dor encarcera a pessoa num corpo que ela desconhece, mas que impõe a sua presença, num paradoxo, que Macedo (2001) refere como *“nada mais pessoal do que a dor e no entanto nada mais estranho a si do que essa mesma dor”* (p.78). Este é um problema de saúde tão sério que merece dos profissionais o maior empenho na promoção de ajuda em tempo útil.

A necessidade da avaliação dos doentes por equipas diferenciadas e competentes na área da dor é sentida como vital e foi preconizada pela Direcção-Geral da Saúde (2008b). A enfermeira tem a possibilidade de fazer a ponte mediadora entre o doente/família e o médico para garantir a continuidade de cuidados, contribuindo para a concretização dos objectivos inerente às unidades de dor *“diminuir a prevalência da dor crónica moderada a forte, aumentar a adesão dos doentes à terapêutica e melhorar a sua qualidade de vida, reduzir os mitos e preconceitos associados aos medicamentos opióides”* (Direcção-Geral da Saúde, 2001, p.1). Contudo ajudar as pessoas com dor crónica coloca aos profissionais alguns desafios, nomeadamente no domínio da comunicação. Abordaremos alguns deles.

A comunicação em contexto de saúde e em particular a comunicação na interacção doente/profissional de saúde caracteriza-se por ser de grande exigência. Esta é ainda agravada nas situações em que existe sofrimento inerente à dor e à situação de cronicidade da doença, e também na comunicação a distância.

Também as percepções, dos doentes, seus familiares e dos profissionais de saúde, relativamente ao processo saúde/doença são diferentes por poderem provir de culturas diferentes (Ramos, 2008): A cultura do doente com o seu vivido, que o faz ter uma relação única consigo próprio e com a doença; a cultura hospitalar com regras próprias, hierarquizada, tecnológica, linguagem técnica, à qual a maioria dos doentes não está habituada (Ramos, 2007). Estas disparidades são um obstáculo na comunicação entre o doente e os profissionais de saúde.

Apesar das diversas dificuldades que a comunicação a distância coloca, e em particular a comunicação em saúde, importa realçar que a mesma apresenta vantagens de ordem individual (para o doente/família) e social (para as organizações e para a sociedade), sobremaneira relevantes para as pessoas portadoras de dor/doença crónica. Estas pessoas são recorrentemente utilizadoras dos serviços de saúde, com todos os prejuízos que tal acarreta para todos. A comunicação a distância, como a proporcionada pela CT, pode, a despeito das dificuldades, representar uma mais-valia apreciável para todos.

Todavia, importa ter a noção que a comunicação via telefone apresenta dificuldades: excesso de informação, de pormenor, falas rápidas, o que pode levar a impedimentos no seu processamento. A distância introduz ruído, e aumenta a possibilidade de distorções da mensagem (Rego, 1999). Também Carpenito, em 1997, alertava para a necessidade de controlar as barreiras que estão sempre presentes na interacção doente/profissional de saúde. Destas barreiras a autora citava entre outras a falta de privacidade, a presença de obstáculos físicos, a pressa, a ansiedade e a dor. A proximidade facilita a comunicação face-a-face, permite validar a informação através do *feedback* imediato e favorece a rectificação, até porque a maior parte da comunicação faz-se através do componente não

verbal, facto que o profissional de saúde deve ter em conta na interacção (Querido, Salazar e Neto, 2006). Sabe-se que os problemas de comunicação entre o profissional de saúde e o doente têm repercussões negativas na sua qualidade de vida.

Foram aquelas dificuldades que fizeram com que houvesse a necessidade de CT. A comunicação na CT tem os mesmos pressupostos que uma comunicação presencial exigindo competências para a criação de uma relação de proximidade e/ou intimidade, embora os actores se encontrem fisicamente distantes. Revela-se como uma prática complexa pois desenrola-se em contextos culturais múltiplos: o contexto do doente e/ou do familiar; o contexto do enfermeiro e do médico, o contexto da organização hospitalar e da unidade de dor (Nadot, 2003; Rebelo, 1997). A interacção na consulta telefónica torna-se assim, uma prática de elevada exigência profissional da qual não existe habitualmente consciência. Desta forma o processo de cuidados inerente à consulta telefónica precisa ser sustentado numa metodologia e em linhas orientadoras que garantam a segurança e o cumprimento dos princípios de ética e responsabilidade.

A literatura aponta como principais benefícios do uso do telefone, a acessibilidade à informação sobre os problemas de saúde e respectivas soluções, bem como o evitar deslocações (Hagan, Morin e Lépine, 2000). Os estudos de Gardner et al. (2001) e Bohnenkamp, Lopez e Blackett (2004) constataram que a consulta telefónica permitiu ultrapassar barreiras geográficas proporcionando e que doentes e outros profissionais pudessem ter acesso à opinião de enfermeiras peritas. Neste estudo, os doentes referiram ainda, a importância do atendimento telefónico durante as 24 horas, em especial à noite, como sendo um factor que favorecia a redução da ansiedade. A disponibilidade, a competência e a gentileza dos enfermeiros, foram identificados como elementos coadjuvantes da importância deste serviço disponibilizado (Hagan et al., 2000). Chewitt, Fallis e Suski (1997) enfatizam a importância de uma linha de atendimento telefónico para garantir a continuidade de cuidados a doentes cirúrgicos no pós-operatório. Este estudo salienta a linha telefónica como um meio não dispendioso que é como que uma ponte no espaço, entre o hospital e a casa do doente. Contudo, os doentes e familiares reconhecem algumas dificuldades como a garantia da confidencialidade e a comunicação à distância, (Rice, 2004; Hagan et al., 2000).

Os profissionais de saúde também reconhecem a potencialidade existente nesta área de intervenção para os doentes e familiares e para a sua satisfação profissional. Apontam como factores principais de satisfação profissional, a autonomia na interacção telefónica, o status profissional, o pagamento e as políticas organizacionais (Schlacta-Fairchild e Grady, 2006).

Neste contexto de comunicação não presencial, exige-se dos profissionais de saúde competência para a criação de proximidade e intimidade, à distância. Diversos autores reconhecem os riscos da intervenção nesta área da tele saúde para os doentes e de saúde. Salientam, como essencial a utilização de guias de orientação da intervenção através do telefone e de protocolos, que ajudem no processo de triagem e tomada de decisão do enfermeiro (Gardner et al., 2001; Chewitt et al., 1997; Rice, 2004). Estes guias são essenciais sobretudo nos doentes com dor, pois esta em si mesma afecta a comunicação da pessoa consigo própria e com os outros.

Pelo conjunto de particularidades, benefícios, dificuldades, e exigências elencadas, quer os associados à pessoa que vive com dor crónica, quer os relacionados com a prática de cuidados a esta, concretamente através de CT, acredita-se ser pertinente estudar tal prática num contexto concreto.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo qualitativo, pois este tipo de desenho possibilita a contextualização da prática clínica, a descrição de contextos culturais e das situações e relações entre as pessoas, afinal, modos pertinentes de melhor compreender os problemas da área da saúde (Benjumea, 1999).

Este estudo tem as características básicas de um estudo de caso, porque decorre no seu ambiente natural, é balizado por um sistema limitado em termos de processo e tempo e a investigadora recorreu a múltiplas fontes de dados (Yin, 2009). As técnicas de recolha de dados foram diversificadas: entrevistas, análise documental, observações, que mais à frente serão referidas nos seus objectivos e modo de uso. Ponte (1994) salienta o potencial analítico e interrogativo do estudo de caso no desenvolvimento de novas questões para outras investigações.

No estudo de caso, o investigador pretende unicamente a compreensão da dinâmica e os processos inerentes, sem todavia intervir. Todavia alguns dos requisitos da investigação-acção foram mobilizados, nomeadamente a participação conjunta e a aprendizagem social proporcionada pelo estudo (Esteves, 1999). A complexidade dos procedimentos operatórios e formalização da gestão de mudança de um colectivo não se ajustavam ao tempo disponível e competências do investigador.

Participantes do estudo

Existiram 2 grupos de participantes; doentes/familiares (1º grupo) e enfermeiros e médicos (2º grupo).

Relativamente aos doentes optou-se por uma amostra por conveniência constituída por todos os sujeitos que no período de 24 de Março a 9 de Abril de 2009 utilizaram a consulta telefónica. Este número foi de 103 sujeitos, de uma população de 968 doentes, seguida na unidade de dor (dados de Setembro de 2008).

No que concerne aos enfermeiros, os participantes foram as 4 que constituíam a equipa de enfermagem. A escolha foi intencional uma vez que se pretendia participantes que proporcionassem riqueza de informação e os enfermeiros possuíam-na, já que tinham tempo superior a 10 anos de exercício profissional e a experiência na Unidade Dor oscilava entre 1 e 10 anos.

Desenho do estudo e instrumentos de recolha de dados

Face aos objectivos do estudo, desenhou-se um percurso de investigação suportado pelas técnicas da entrevista, da observação participante e análise documental. Assim, e para concretizar as entrevistas, no grupo de doentes procedeu-se à elaboração de dois instrumentos, um para a caracterização dos sujeitos (A) e outro para conhecer o seu grau de satisfação sobre os cuidados prestados através da CT, a serem preenchidos pelas enfermeiras da CT (B). Realizou-se o pré-teste a doentes, utilizadores da CT da Unidade Dor, em Novembro de 2008. Foram reformulados face à extensão do mesmo de modo a fazer emergir os problemas do doente/família.

Elaborou-se também um terceiro instrumento □ um guião de entrevista □ para a recolha de dados junto dos participantes enfermeiras.

As enfermeiras foram informadas da finalidade do instrumento de registo e comprometeram-se a fazê-lo de uma forma sistemática. Também os médicos se responsabilizaram por registar o encaminhamento dado, mantendo o registo habitual no processo clínico do doente.

No instrumento A considerámos as seguintes variáveis: data e hora do telefonema, autor do mesmo, nome do doente, idade, sexo, nacionalidade, diagnóstico, em termos de ser ou não do foro oncológico, estar ou não a fazer terapêutica opióide, agregado familiar, escolaridade, situação profissional, estado civil e concelho de residência, tempo de residência no concelho, motivo do telefonema, intervenção, orientação dada, encaminhamento dado para o profissional de saúde. Este preenchimento foi realizado pela enfermeira que atendia o telefonema.

No instrumento B as variáveis foram: data e hora, identificação do sujeito, sexo, nacionalidade, grau de parentesco com o doente, grau de satisfação quanto à eficácia da intervenção da equipa de saúde na resolução do problema e ao tempo de resposta. Este instrumento foi preenchido com a colaboração de um estudante de enfermagem que após preparação prévia realizou todas as entrevistas, para garantir maior liberdade de expressão dos doentes/familiares. O instrumento foi preenchido no período entre Maio e Junho de 2009. Mais adiante desenvolvemos o modo como foi garantido o cumprimento ético também neste procedimento.

Em simultâneo com as entrevistas aos doentes, relativamente ao segundo grupo, decorreram as entrevistas às enfermeiras, de acordo com o guião de entrevista que contemplou as seguintes variáveis: vantagens na CT, dificuldades na utilização da CT, motivos da CT por doentes e familiares, modo de questionar os doentes/familiares na CT, princípios na tomada de decisão no encaminhamento, prioridade no encaminhamento médico.

As entrevistas às enfermeiras foram realizadas pela autora/investigadora. O tempo médio das entrevistas audiogravadas às enfermeiras oscilou entre uma hora e trinta minutos. Decorreram fora do horário de trabalho usual e fora da unidade de dor.

Os momentos escolhidos para a observação das enfermeiras foram no decurso da CT.

Para melhor compreensão do contexto da Unidade Dor e CT procedeu-se à leitura e análise

documental dos seguintes documentos: registos de enfermagem nos processos clínicos dos doentes, relatórios e planos de acção do serviço, trabalhos académicos realizados por estudantes e enfermeiros sobre experiências vividas na Unidade Dor.

Na fase de pré-teste foi possível perceber que face à proximidade que a investigadora tinha com as fontes, não podia desperdiçar a riqueza de informação sobre o desempenho das enfermeiras, pelo que resolvemos assumir o papel de observador participante.

Procedimentos de recolha de dados

Para o primeiro grupo (dos doentes) e para dar resposta aos dois primeiros objectivos usou-se um instrumento elaborado para atendimento da consulta telefónica, sendo o instrumento A preenchido pela enfermeira e o instrumento B pela estudante de enfermagem.

Em alguns casos da CT foi efectuada áudio gravação para maior rigor da análise da intervenção da enfermeira. Foram somente gravadas as partes da interacção em que a enfermeira era a emissora. No segundo (das enfermeiras) grupo além da entrevista estruturada e áudio-gravada, usou-se a observação participante e a análise dos registos dos enfermeiros sobre a CT. Também se utilizaram entrevistas informais aos médicos, enfermeiros e notas decorrentes do trabalho de campo.

O papel de observador participante □ assumido integralmente pela autora □ aconteceu no período de Fevereiro a Junho de 2009 e incidiu sobre o desempenho das enfermeiras no decurso da consulta telefónica. Após esta observação sucedia-se uma entrevista informal, o mais próximo possível do momento da observação, para questionamento e clarificação de aspectos que tinham de ser aprofundados. Manteve assim, o duplo papel de investigadora e prestadora e gestora de cuidados, o que exigiu o uso de si mesma (Agar, 1996).

O uso *do self* da investigadora e a sua capacidade reflexiva é uma condição da investigação qualitativa. Cuesta (2003) salienta o papel do investigador como instrumento ao serviço da investigação de um modo flexível e alerta para a importância do carácter reflexivo da investigação. A investigadora assumiu o papel de actor social situado naquele contexto, que desenvolve a capacidade para compreender as experiências do outro e as observar de um ângulo particular. Os registos do investigador foram os meios eficazes para salvaguardar a dificuldade de mistura de papéis e adquirir objectividade na descrição de interacções subjectivas. O registo imediato de notas breves permitiram reescrever e registar posteriormente, com pormenor, as interacções observadas (Carmo e Ferreira, 1998; Quivy e Campenhout, 2003).

Análise de dados

Na análise dos registos dos enfermeiros dos dados procedentes dos doentes, sobre o decurso da consulta telefónica, usámos a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), por ser o tipo de registo adoptado na instituição e naturalmente na Unidade Dor.

No tratamento dos dados demográficos procedente dos registos da consulta telefónica usou-se o programa informático Excel 2003. Esta opção deveu-se ao facto de se pretender uma análise de dados quantitativos apenas descritiva.

Nos registos das entrevistas às enfermeiras e equipa de saúde procedeu-se à análise temática de conteúdo, seguindo as etapas referidas por Carmo e Ferreira (1998), que passamos a descrever.

Realizámos a transcrição das gravações e elaboração de *verbatim* das entrevistas às enfermeiras e das consultas telefónicas e as respostas às perguntas abertas e sugestões dos doentes, com posterior análise do seu conteúdo. Realizou-se igualmente análise de conteúdo dos registos de observação. A análise documental dos documentos da Unidade Dor fez-se também por análise de conteúdo, tendo como critério a leitura flutuante da vasta documentação, seleccionando e analisando os documentos que referenciam a dinâmica da Unidade Dor e CT. A análise foi realizada pela investigadora, tendo efectuado telefonemas e entrevistas informais a enfermeiros que anteriormente tinham trabalhado na Unidade Dor. As categorias sido validadas pelos orientadores e por um dos participantes mais experiente.

Após a constituição do *corpus* procedeu-se a leituras sucessivas do texto tendo sempre presente os objectivos da investigação. À medida que ia lendo os documentos, procedeu-se à codificação dos excertos significativos, que por sua vez foram analisados e agrupados em categorias e sub-categorias, procurando regularidades e padrões nos dados.

A fidelidade da análise foi garantida através de duas formas: fidelidade inter-codificadores, em que um perito em investigação validou os critérios de codificação utilizados e aplicados; fidelidade intra-codificador, em que acautelou, a aplicação dos critérios da codificação ao longo do trabalho.

No registo dos dados foram usadas as seguintes nomenclaturas para os diferentes tipos de registos: RO- registo de observação; EE- entrevista da enfermeira; GCT- Gravação de consulta telefónica.

QUESTÕES ÉTICAS

Os princípios éticos inerentes à investigação foram cumpridos ao nível organizacional e de cada um dos participantes:

- Deste modo solicitámos permissão ao Conselho de Administração do HGO, EPE, que autorizou o desenvolvimento do estudo na Unidade Dor. Posteriormente solicitámos autorização para a divulgação do nome da instituição e do serviço, o que foi concedida;
- Toda a equipa de saúde da Unidade Dor foi envolvida nas diversas etapas, nomeadamente na explicitação dos objectivos de estudo e forma de colaboração individual na investigação;
- Todos os participantes do estudo foram informadas dos procedimentos em que iriam estar envolvidas e deram o seu consentimento oral para a sua participação. A todas foi assegurada a confidencialidade dos dados e o anonimato. Assim, para garantir o anonimato face à dimensão restrita do grupo, os dados sócio-demográficos dos profissionais foram agrupados em classes latas;
- Todos os participantes foram informados da liberdade de colaborar no estudo, ou desistir no seu percurso, sem quaisquer consequências;
- Para garantir a liberdade de expressão do doente/familiar, na avaliação do grau de satisfação em relação à eficácia da consulta telefónica da Unidade Dor, esta foi feita por uma estudante de enfermagem, com a devida orientação e autorização do Director da Escola;
- Ao nível dos participantes foi dado particular realce à informação e sensibilização do estudo, assim como ao consentimento oral do doente/familiar em participar na entrevista telefónica, bem como foi garantida a confidencialidade nas respostas. Certificávamo-nos quanto à pertinência e respeito do momento do telefonema, negociando novo horário sempre que foi identificado ou percebido ser inoportuno o momento (Carmo e Ferreira, 1998).

RESULTADOS

Apresentamos os resultados que visam responder a alguns dos objectivos do estudo: caracterizar os doentes e familiares utilizadores da CT, identificar os principais motivos para o recurso à CT e avaliar a satisfação dos utilizadores da CT, na Unidade Dor do HGO.

Na análise dos dados resultantes dos registos de enfermagem da consulta telefónica provenientes do instrumento elaborado para esse fim e cujas variáveis se encontram referidas na metodologia e sintetizadas no Quadro 1.

Salienta-se somente os principais achados do quadro. A maioria dos doentes era do sexo feminino e tinha a nacionalidade portuguesa. Cinco participantes tinham outras nacionalidades: angolana, cabo-verdiana; moçambicana; ucraniana. Estes dados parecendo escassos todavia revelam a multiculturalidade da população portuguesa.

Em relação à idade, a moda dos doentes situa-se acima dos cinquenta anos, nas seguintes classes: 50-59; 60-69; 70-79, o que faz pensar que são os adultos e idosos o grupo que mais doenças crónicas vivem, e a dor afecta a sua vida

A maioria dos doentes é casada o que faz pressupor a existência de um cuidador familiar. A escolaridade é baixa. A maioria dos doentes tem de escolaridade o 1º ciclo (41 participantes). Somente 8 dos doentes tem uma licenciatura e 5 doentes tem o curso médio/bacharelato.

A maioria dos doentes vive na área de abrangência do HGO, (Almada, Seixal e Sesimbra), embora o quadro mostre que doentes de outras áreas sejam atendidos na unidade. Se maioria dos doentes viviam no concelho há mais de 10 anos, 7 participantes estão a residir há menos de um ano

na área. A razão da mudança de residência deveu-se a motivos de doença, necessitarem de apoio familiar, ou estarem mais perto do hospital. Vemos como a dor altera a vida da pessoa, inclusive exige mudança de residência.

QUADRO 1 - Caracterização sócio-demográfica dos doentes do estudo

	Variável	n=103	%
Idade	< 40 Anos	7	6,80
	40 - 40 Anos	18	17,47
	50 - 59 Anos	22	21,36
	60 - 69 Anos	22	21,36
	70 - 70 Anos	22	21,36
	> 80 Anos	12	11,65
Sexo	Feminino	72	69,90
	Masculino	31	30,10
Nacionalidade	Portuguesa	98	95,14
	Outra	5	4,86
Estado Civil	Casado	66	64,07
	Víuvo	16	15,56
	Solteiro	5	4,85
	Divorciado	5	4,85
	União de Facto	3	2,91
	Separado	2	1,94
Escolaridade	Desconhecido	6	5,82
	Licenciatura	8	7,77
	Curso médio/bacharelato	5	4,85
	Ensino secundário	7	6,80
	3º Ciclo	13	12,62
	2º Ciclo	12	11,65
	1º Ciclo	41	39,80
Residência	Sem escolaridade	9	8,74
	Desconhecida	8	7,77
Residência	Área de abrangência do HGO	83	80,58
	Fora da área de abrangência do HGO	20	19,42
Tempo de residência no concelho	< 1 Ano	7	6,80
	1 - 10 Anos	8	7,77
	11 - 30 Anos	33	31,04
	31 - 50 Anos	21	20,38
	> 50 Anos	14	13,59
	Desconhecido	20	19,42
Profissão	Reformado	53	51,46
	Trabalhador por conta de outrém	23	22,33
	Doméstica	12	11,65
	Desempregado	5	4,85
	Trabalhador por conta própria	4	3,88
	Desconhecida	6	5,83
Agregado familiar	Cônjuge	53	51,46
	Outros familiares	32	31,07
	Companheiro/companheira	2	1,94
	Só	14	13,59
	Instituição	1	0,97
	Desconhecido	1	0,97

A situação profissional da maioria dos doentes era a de reformado, seguido de, trabalhadores por conta de outrem e domésticas.

A maioria dos doentes vivia com o cônjuge, e doentes a viverem sós encontrámos 14; apenas uma doente se encontrava institucionalizada.

Segundo o Quadro 2, consta-se que a maioria dos doentes do estudo apresentavam doença não oncológica. Estes dados, embora a amostra seja de conveniência, ajuda a desmistificar a representação social de que a unidade de dor se destina predominantemente a doentes oncológicos. A dor de causa oncológica é frequentemente apontada como uma das principais causas de dor crónica, mas, na realidade, representa somente 1 a 2% da população.

A maioria (93,20%) dos doentes, que telefonaram está medicada com analgésicos opióides.

QUADRO 2 - Caracterização dos doentes relativamente à origem da doença e utilização de analgésicos opióides

Variável	n=103	%
Origem da Doença		
Não Oncológica	77	74,75
Oncológica	26	25,25
Analgésicos Opióides		
Sim	96	93,20
Não	7	6,79

Quanto ao número total de telefonemas foi de 132, o que corresponde a 1,28 por doente e significa que cada doente ou familiar telefonou mais do que uma vez. No que se refere à autoria do telefonema, uma larga maioria (74) foram realizados pelos próprios doentes. Este dado revela na generalidade, um assumir do controle do auto-cuidado e salienta a vontade própria da pessoa continuar a gerir a sua vida.

A autonomia não foi exercida sobretudo nas situações das pessoas mais idosas, com algum grau de dependência, com dificuldade em ouvir, e ou em expressar-se em dizer o nome dos medicamentos. Nesses casos delegavam o controlo da situação no familiar, vizinho ou amigo de que dispunham.

A cooperação inter-instituições de saúde embora escassa, existe, tendo havido 2 (dois) telefonemas efectuados por enfermeiras do centro de saúde responsáveis pelo seguimento dos doentes em sua casa. Quanto ao horário de funcionamento usado pelos doentes a maioria dos contactos ocorreu no período da manhã, sendo o período de maior intensidade das 9-11 horas.

A razão do telefonema

Nos 132 telefonemas atendidos pelas enfermeiras identificaram-se 192 diferentes motivos que impulsionaram os doentes/familiares a solicitar a ajuda da equipa da Unidade Dor, o que se traduz numa média de 1,45 motivos por telefonema. Os dois principais motivos da consulta telefónica estavam relacionados com a gestão do regime terapêutico (57,28%), e os problemas decorrentes dos efeitos colaterais do regime terapêutico e evolução da própria doença (42,72%).

Os motivos que justificam o telefonema sobre a gestão do regime terapêutico reportavam-se ao pedido de receitas (17,18%), marcação de consulta na unidade da dor, o esclarecer dúvidas sobre o regime medicamentoso e a terapêutica de *resgate*, bem como o dar informações acerca da sua situação clínica foram motivos de telefonema. Outro grande motivo foi a solicitação de fármacos inexistentes na farmácia pública (23,43%), ou quando os doentes não têm possibilidades económicas.

O problema mais frequente que motivou a consulta telefónica foi o agravamento da dor (17,18%). Outros sintomas estavam relacionados com os efeitos secundários da terapêutica e os sintomas relacionados com a doença.

A análise global dos motivos do telefonema mostrou através dos sintomas apresentados, alterações nas funções da pessoa a diferentes níveis: da sensação, digestão, tegumentos, eliminação, reparação, emoção, memória, cognição, volume líquidos, actividade motora, respiração, temperatura corporal e metabolismo. Estes problemas reflectem o modo como a doença atinge a pessoa no seu todo, o que requer das enfermeiras da consulta telefónica, uma vasta área de

conhecimentos técnico-científicos para poder compreender e responder de forma individual à totalidade da situação do doente.

Satisfação dos doentes/familiares quanto à CT

A designação de *uma porta aberta* deriva da perspectiva das enfermeiras sobre a CT, pois permite a proximidade entre o profissional de saúde e o doente/família. Embora o doente saiba que o horário formal de atendimento tenha passado a ser ao longo do estudo das 9 às 17 horas, algumas vezes telefonaram das 8 às 18horas 30minutos. A frase repetidamente ouvida dos doentes/família ilustra esta cultura: “Vocês disseram-me para nós ligarmos sempre que tivéssemos qualquer dúvida (RO 8), revela a sensação de liberdade e disponibilidade que emana da fácil acessibilidade ao cuidado de saúde diferenciado proporcionado pela Unidade Dor na resposta às dúvidas no momento em que elas existem.

O grau de satisfação dos doentes/família foi avaliado e corresponde à opinião que a equipa de saúde tem sobre o seu desempenho. Realizaram-se entrevistas a 93 pessoas, sendo as opiniões provenientes em primeiro lugar dos próprios doentes (53,76%), seguido dos familiares (46,23%).

Os doentes e familiares ficaram satisfeitos e muito satisfeitos em relação à resolução do problema através da consulta telefónica, bem como ao tempo de resposta na resolução do problema, tal como se apresenta no Gráfico 1.

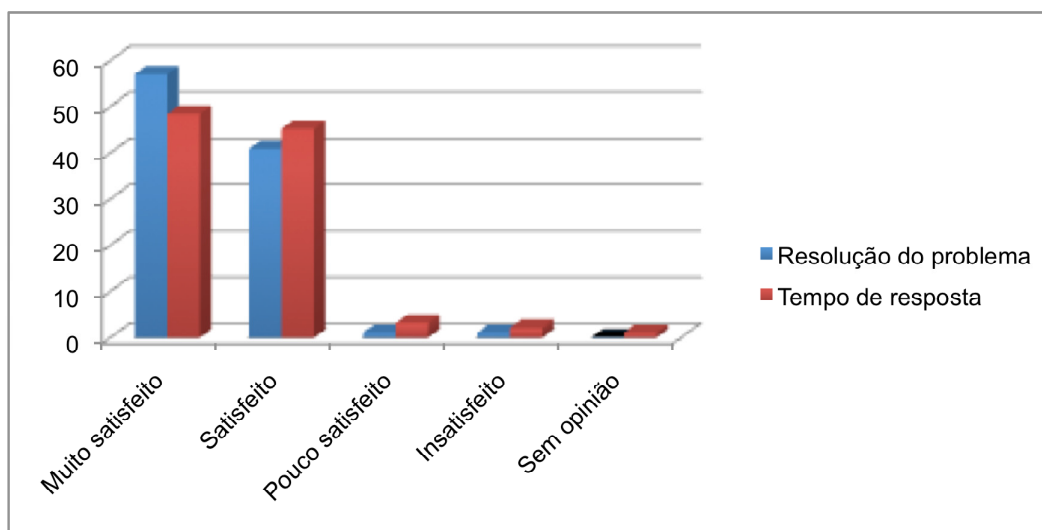


Gráfico 1 – Satisfação dos doentes/familiares em relação à consulta telefónica

Algum grau de insatisfação manifestada na resolução do problema remete-nos para as expectativas utópicas do doente/família no controlo da dor. Também alguma insatisfação em relação ao tempo de resposta reforçam a necessidade da equipa proceder a mudanças que agilizem ainda mais a resposta ao doente.

Após apresentação dos dados referentes à caracterização dos sujeitos doentes, dos motivos que justificam a CT, do realce da filosofia da CT, passamos a partir da análise das entrevistas realizadas às enfermeiras da Unidade da dor, salientar os elementos que caracterizam o processo de cuidados ao doente/família na CT.

Elementos do processo de cuidados ao doente/família na CT

A consulta telefónica contém em si alguns elementos intrínsecos ao processo de cuidados, Estes elementos são: **conhecer o doente e seu problema, poder na partilha de informação, percepção do risco da interacção telefónica, assegurar a confiança, transmissão de segurança.**

Conhecer o doente e seu problema

Da análise efectuada ressalta que conhecer o doente é um pré-requisito. Este conhecimento

tanto pode advir da existência de uma relação já iniciada na Unidade da dor entre essa enfermeira e o doente/família, como tal conhecimento pode só iniciar-se através da consulta dos registos do processo clínico.

No início do estudo a auto-apresentação da enfermeira através do nome e profissão, não era efectuada de forma sistemática por todas as enfermeiras. Quando a enfermeira porventura se identificava somente pela identidade organizacional «Fala da Unidade Dor... ou somente «Unidade Dor, bom dia/boa tarde», o doente/família inquiria da identidade profissional e pessoal. Este dado aparentemente tão simples revela a necessidade de cumprimento de um dos princípios básicos da comunicação que é saber-se a identidade de emissor e receptor era requerido pelo doente/família.

Já a etapa seguinte era sempre cumprida por parte da enfermeira, que se concretizava por identificar com rigor a identidade do doente. Ao consultar o processo clínico a enfermeira (re)constrói o doente e o seu percurso ao longo do tempo. O processo clínico torna presente o doente e dá-lhe uma identidade, “já me lembro, já sei quem é” (RO 30), dizem as enfermeiras ao (re)lembrarem as diferentes interações anteriores presenciais, telefónicas, com o doente e família que ficaram registadas ao longo do tempo.

É importante decifrar o que está por detrás da queixa, o significado oculto que o doente/familiar atribui àquele sintoma. O excerto de entrevista a uma enfermeira ilustra a preocupação da enfermeira em saber o problema que levou o doente a telefonar, mas sobretudo compreender o que preocupa o doente/família: “...saber o nome da pessoa, quem está no outro lado, saber qual o problema dele, o problema principal (...) saber principalmente qual é a maior preocupação dele, porque nos telefonou, o motivo.” (EE 3).

Verificou-se que as enfermeiras na triagem usavam um primeiro ciclo de perguntas, com o objectivo de identificar com precisão o problema do doente. Assim, sendo a dor um dos problemas prioritários o tipo de perguntas realizado pelas enfermeiras eram minuciosas no sentido de compreenderem o fenómeno dor que afectava o doente. Assim perguntas sobre a localização, início, duração, tipo de dor, padrão de dor, factores de agravamento ou alívio. O excerto a seguir revela um modo como um enfermeiro do estudo dizia inquirir a dor “O que desencadeou?, A que associa o problema, à doença, aos medicamentos?» dói mais de dia ou de noite, estratégias de alívio da dor o que faz quando lhe dói; o que faz de medicação? (EE 1).

Tentavam compreender, através das palavras o que o doente/familiar transmitia, o significado que atribuíam aos problemas que sentiam, nomeadamente à dor, à anorexia, à fraqueza, sendo estes os problemas mais frequentes. Os cuidados que precisavam e a urgência da situação, exigia das enfermeiras serem sensíveis e competentes na procura da descoberta e compreensão do significado global daquele telefonema.

Interação telefónica: comunicação de risco

As enfermeiras têm a percepção do risco no processo de cuidados na consulta telefónica: não estar presente, exigências e desafios da comunicação não presencial, capacidade oral virtual, informação ambígua dada pelo doente e o ambiente com ruído.

Reconhecem que um dos riscos permanente da CT é o doente não estar presente fisicamente. Podem estar a intervir ao lado do que é a preocupação principal e, deste modo, não resolver os problemas efectivos do doente/família. O extracto da entrevista a uma enfermeira ilustra que o risco advém também do facto do doente não estar visível: “Mas é arriscado, é arriscado porque não temos o doente à nossa frente () não se consegue ver a cara do doente, nem do familiar” (EE 1).

Se a interacção face a face entre o profissional de saúde e o doente/família não está isenta de erros de percepção, as enfermeiras reconheceram que na consulta telefónica acrescem as exigências e desafios, da comunicação não presencial, em que um órgão sensorial privilegiado é a audição. As dificuldades resultam, como descreveram as enfermeiras, da diferença do quadro de referências dos dois emissores, bem como das capacidades de sensibilidade auditiva do doente e enfermeiro bem como das condições técnicas do telefone. Como sintetiza uma enfermeira no seguinte excerto: “. . . é fundamental que eu perceba exactamente o que o doente me está a dizer. Existem doentes com imensa dificuldade em falar, não conseguem, a dicção não sai da mesma maneira, até mesmo nós, podemos não estar a ser perceptíveis, porque eles não nos ouvem bem ou porque o telefone não está nas melhores condições” (EE1).

Outra das dificuldades apontadas pelas enfermeiras pela capacidade oral virtual, que vai além da capacidade sensorial da dicção. Assim, o timbre, a voz pausada, o tom de voz usado pelo doente permitem ou não identificar o problema e a respectiva gravidade. Significa isto que tem que ser boa ouvinte e tem que saber descodificar tonalidades de voz e através delas, como dizia uma enfermeira, “*tem que perceber algumas características faciais do doente mesmo sem o estar a ver*” (EE 1). Gostar de ouvir e de conversar, ter uma voz calma, saber que uma conversa pode ser um cuidado de enfermagem que pode amenizar o problema do doente, são características que as enfermeiras anotaram como importantes na intervenção telefónica.

Um risco intrínseco à CT deriva da informação ambígua dada pelo doente. É competência da enfermeira ajudar a objectivar o problema e não se deixam iludir com algumas respostas ambíguas. Quando o doente afirma que *faço tudo como me disseram ou faço tudo como está no papel* (RO 25), pedem ao doente para especificar. A frase mais usual é “*diga-me, lá o que fez exactamente*” (RO 32), e aí verificam se a medicação estava a ser realizada de forma adequada, ou seja o medicamento certo, na dose certa, à hora certa. Caso esta informação não seja aferida o doente pode ser indevidamente diagnosticado e medicado porque grande parte das vezes a dor deriva do não cumprimento do plano terapêutico.

Um outro risco intrínseco à eficácia da CT é o ambiente de ruído continuado existente na Unidade Dor. As condições estruturais do ambiente, nomeadamente, a exiguidade de espaço e a simultaneidade de actividades, acrescem o risco inerente à CT e fundamenta algumas das preocupações das enfermeiras do estudo, relativamente ao receio da triagem do problema do doente/família não se efectuar num ambiente seguro

Assegurar a confiança

Assegurar a confiança passa por estar presente virtualmente, evitar o risco de engano e assegurar vigilância à distância

A CT permite ao doente reconhecer a existência de alguém, que, estando longe pode estar perto. Estar presente virtualmente é referido por uma enfermeira, como um objectivo da CT como o excerto a seguir revela: “*por vezes uma conversa assim mais calma, às vezes nem precisa de medicação. Basta às vezes conversar connosco e saber que estamos deste lado para eles ficarem mais calmos. Isso acontece muitas vezes.*” (EE 3)

Assim o perfil da enfermeira que realiza a CT é decisivo na qualidade da mesma. As enfermeiras deste estudo, afirmaram que deveriam ser pessoas que soubessem inspirar confiança, porque a firmeza e determinação daquilo que é dito ao doente, faz com que ele se sinta seguro. Para isso precisa *ter segurança em si, para transmitir segurança* (EE 4).

Para assegurar a confiança do doente e na filosofia de um atendimento personalizado, a enfermeira reconhece a importância de garantir ao doente/família que tudo é feito para evitar o risco de engano. Uma enfermeira do estudo ilustra o modo de tranquilizar um familiar “*nós vamos tirar o processo da sua mãe, vamos validar a terapêutica e já lhe voltamos a ligar.*” (GCT 2)

O telefone era o meio que funcionava como uma extensão da enfermeira para assegurar vigilância à distância, e assumindo a responsabilidade profissional para com estes doentes como se estivessem internados “*o doente telefona de manhã e só faz o medicamento de manhã e à noite, posso dizer: «vamos fazer o seguinte, o senhor vai experimentar à hora do almoço a fazer outro MST, e da parte da tarde, voltamos a ligar para saber como está.»*” (EE 1).

Para garantir confiança a enfermeira faz perguntas ao doente/família para perceber a situação, e informa quanto ao encaminhamento que vai ser dado ao seu problema.

Para assegurar confiança a decisão da enfermeira é negociada com o doente/família. Perguntas como *Está bem?*, *Concorda?*, *Acha bem assim?* escutavam-se frequentemente ao longo das interacções telefónicas realizadas pelas enfermeiras. O compromisso assumido com o doente/família, da enfermeira voltar a contactar após a análise do problema pela equipa era outro modo de confirmar a confiança estabelecida. A frase *Nós depois voltamos a ligar, está bem?* (CC 1,) é um exemplo frequente de resposta.

Transmitir segurança

Inerente ao atendimento personalizado no processo de cuidados na consulta telefónica, estava

o conseguir transmitir segurança ao doente/família. Esta foi outra das características que a enfermeira necessitou tornar presente no atendimento telefónico. Uma enfermeira afirmou mesmo, que *se não o conseguia fazer (transmitir segurança) era preferível não realizar a consulta telefónica (EE1)*.

As enfermeiras referiam o processo como a validação passo-a-passo visava transmitir segurança. Este conceito significava que a enfermeira procurava repetir sempre toda a informação que tinha recebido do doente, de modo a devolver-lhe a informação percebida. Esta validação era extensível ao familiar sempre que necessário. A enfermeira reconhece que muitas vezes o discurso usado não é inteligível para o doente e por isso tem o cuidado *“de ir ao encontro com palavras que eles entendam” (EE 1)*. Esta validação era feita numa linguagem aparentemente simplista e popular, quando o simbolismo usado visava adequar o discurso à compreensão do doente. Um dos exemplos mais frequente era a designação de «chupa» dado pelos doentes ao fentanil transmucoso devido à forma de apresentação do fármaco.

A validação passo-a-passo acontecia sempre que existiam dificuldades na fala, na dicção não perceptíveis, nas pessoas que não ouviam bem, ou em que o telefone não estava nas melhores condições.

A CT nem sempre é a melhor forma de certificar que a segurança do tratamento é assumida. A vinda à unidade era solicitada nos doentes que via telefone não aderiam às explicações, ou quando os enfermeiros duvidavam da eficácia dessa compreensão, ou quando a informação era complexa e necessitava de um reforço e suporte informativo. *“Quando se telefona para um doente, por exemplo, e acontece muitas vezes, e o doente começa logo (...) - Não diga nada, que eu não percebo nada (...) Então, olhe, vamos combinar o seguinte, amanhã, aqui com o senhor nós explicamos (EE 1)*.

A colaboração da unidade de cuidados continuados do hospital na visita domiciliária neste momento é ainda de carácter excepcional.

Poder na partilha da informação

Verificou-se no estudo que, o espírito de equipa entre médicos e enfermeiras, fazia parte de dinâmica da consulta telefónica na Unidade Dor. Eram parceiros, e estão mutuamente interdependentes das informações em relação ao doente, para a tomada de decisão. Assim a enfermeira detém informações que recebe do doente e que partilha com o médico, nas quais a decisão médica se apoia. Por seu lado, o médico deixa à enfermeira a responsabilidade da transmissão da sua prescrição ao doente.

Esta prática exige grande cooperação e confiança, que revela poder na partilha de informação. A parceria manifestou-se nas decisões partilhadas acerca do doente; a enfermeira, ao transmitir ao doente/família a decisão médica, tinha que se apropriar da decisão médica. Esta apropriação da informação/decisão médica era vital porque iria ser a mediadora junto do doente. Para transmitir essa informação precisava compreender e acreditar que tal decisão médica era a melhor para o doente. Só assim conseguiria transmitir segurança e garantir a confiança do doente/família. Por isso o conceito de negociar com o médico era entendido e aceite no seio da equipa sem qualquer tipo de conflito.

Apresentamos o circuito actual de comunicação estabelecido na CT da Unidade Dor do HGO, que ao longo deste estudo sofreu evolução por sugestão e reflexão do grupo:

1. O doente/familiar telefona para a Unidade Dor;
2. A enfermeira identifica o autor da chamada, o nome do doente a que se refere e o motivo do telefonema;
3. De seguida faz a triagem da situação e o diagnóstico de enfermagem;
4. A enfermeira intervém, donde resultam 3 tipos de encaminhamento da situação do doente:
5. (A) A enfermeira assegura a implementação das intervenção planeada ao doente/familiar (B) A enfermeira faz o encaminhamento imediato para outros técnicos de saúde (C) A enfermeira faz o encaminhamento para o médico da Unidade Dor, avaliando o carácter de urgência do problema.
6. A enfermeira faz a transmissão presencial da informação ao médico
7. O médico faz o diagnóstico clínico e toma a decisão.

8. Validação mútua médico e enfermeira da decisão clínica e objectivo do reajuste do plano terapêutico;
9. A enfermeira implementa decisão médica comunicando essa decisão ao doente, orienta o doente e família quanto ao ajuste do plano terapêutico, assegurando-se da sua compreensão.

Todas as etapas do circuito de comunicação da CT são validadas com o processo clínico do doente. Todo este processo é registado em linguagem CIPE, em documento próprio construído para o efeito.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ressaltou no estudo a proximidade com os doentes/famílias que a consulta telefónica proporciona, permitindo-lhes revelarem de si por sua iniciativa aquilo que desejarem, no momento em que o querem ou precisam fazer. Neste encontro, as enfermeiras tornam-se presentes através da consulta telefónica e reconhecem nesta presença virtual uma competência cuja intervenção visa ajudar o doente/família (Benner, 2001). O telefone foi utilizado pelas enfermeiras do estudo como uma extensão de si mesmas, ultrapassando barreiras geográficas que a separam do doente/família. Este mesmo sentido já era referido por McLuhan, (1969), quando na década de setenta estudos os meios de comunicação como extensão da pessoa. Este autor afirmava que entrar em comunicação procurava, reconfortar com o toque, não directamente através da pele, mas de outros sentidos como a audição. Por outro lado, também o doente/família utilizaram o telefone e a enfermeira como extensões de si para chegar até ao médico. Colocaram na enfermeira o poder de na sua ausência física, apresentar e defender os seus interesses e necessidades perante o médico.

Verificámos como as enfermeiras agiam como mediadoras psicológicas e culturais para ajudar o doente/família (Benner, 2001), aplanando o fosso linguístico existente entre a linguagem científica e a comunicação quotidiana das pessoas.

Quando os tratamentos falham e a dor persiste, a frustração, o medo e a angústia podem instalar-se. A cronicidade da doença coloca a pessoa numa dependência quase permanente dos prestadores de cuidados e dos meios terapêuticos. Por um lado, a dor agudiza o sentimento de solidão e faz com que o indivíduo tenha uma relação privilegiada com a sua aflição, por outro, sendo indicador de um sofrimento existencial, autoriza socialmente um contacto, um reconforto (Le Breton, 2007), o que talvez justifique que grande número de telefonemas tenha tido como motivo a solicitação de terapêutica.

Assim, para as enfermeiras do estudo o doente era o interlocutor privilegiado, sendo a primeira fonte de conhecimento, sempre que possível, tal como sugere Collière (1999). A família constituiu-se também uma extensão do doente, quando este estava incapaz de assumir esse papel, sobretudo nas situações de maior dependência e sofrimento e limitações sensoriais e cognitivas. O doente foi o fio condutor para a enfermeira encontrar e descodificar os elos de significação numa situação de cuidados, para que a intervenção através do telefone fosse apropriada e centrada naquele doente/família (Collière, 2003).

A CT reflectiu o processo de cuidados de enfermagem ao salientar a intencionalidade das enfermeiras em enveredar por um processo de cuidado durante a interacção telefónica ao qual procurava dar significação. A consciência de intencionalmente precisar conhecer o doente era elemento essencial. Este conhecimento passava necessariamente por conhecer a sua dor, que na pessoa com dor crónica, já é a própria doença, a sua etiologia. Também conhecer o sexo e a idade do doente e enquadrar a doença na sua história de vida, e na família a que pertence, são elementos básicos na compreensão e construção das interacções que vão ocorrendo durante a CT. As perguntas que as enfermeiras faziam, a triagem e a validação da informação passo-a-passo, tinham como objectivo encontrar um sentido para informações dispersas.

Os resultados do estudo, através dos elementos *percepção do risco da interacção telefónica, assegurar a confiança, transmissão de segurança*, revelam também outro domínio de competência das enfermeiras na CT, o de vigiar e assegurar a qualidade dos cuidados ao doente/família com dor crónica (Benner, 2001). Denotou-se a preocupação das enfermeiras em garantir a segurança do

doente, nomeadamente, em assegurar a sua total compreensão em relação ao plano terapêutico, ou em ajustá-lo de acordo com a evolução do doente.

A competência das enfermeiras da Unidade Dor deste estudo demonstrou-se também na capacidade de avaliar o que podia ser omitido, ou acrescentado às prescrições médicas para promover o bem-estar do doente, sem correr riscos acrescidos. Um dos exemplos, referido pelas enfermeiras, era o problema da obstipação dos doentes. Esta situação tão desconfortável fazia com que a enfermeira interviesse após uma avaliação cuidadosa e pormenorizada, determinando a toma de laxantes usualmente recomendados na Unidade Dor, sem que todavia existisse uma prévia prescrição médica. A existência de protocolos na equipa, para formalizar e retirar ambiguidades nas áreas de actuação médica e de enfermagem, será uma evolução na prática clínica, de modo a ser dada resposta rápida ao problema do doente.

Ainda neste domínio de assegurar e vigiar a qualidade dos cuidados, as enfermeiras da Unidade Dor revelaram uma elevada competência em obter dos médicos respostas em tempo útil e adequadas aos problemas dos doentes. Reconhecemos nestas enfermeiras a arte de apresentar o problema do doente ao médico, que é referido por Benner (2001):. Para a autora a firmeza e a clareza na apresentação do problema, o conhecimento do médico e das suas características pessoais, permitia assegurar qualidade dos cuidados existia pela mesma interpretação dada à situação do doente.

A natureza dos cuidados oferecidos pelos enfermeiros tem que ver com as finalidades a que os cuidados têm que responder, para acompanhar a pessoa nas grandes etapas da vida, como refere Collière (2003). Assim, no estudo verificámos que as enfermeiras da Unidade Dor acompanhavam os doentes em grandes passagens da vida, como a morte, mas também nas crises e rupturas que a doença e a dor provocam, devido às perdas de autonomia, capacidade de mobilização, perda do papel familiar, desemprego. Emergiram predominantemente dois tipos de cuidados: os cuidados de apaziguamento e os cuidados de conforto. Os cuidados de apaziguamento que, segundo Collière (2003), têm a ver com o alívio da dor, contribuem para ajudar o doente a suportar melhor nos momentos de grande sofrimento, bem como facilitam a optimização de recursos físico-afectivos no atenuar da dor e suas repercussões psico-mentais. Em muitos dos doentes, principalmente nas situações de fim de vida, as enfermeiras através da consulta telefónica via familiares, promoviam a realização de cuidados, cuja finalidade é o acompanhamento em fim de vida. Tal como Collière (2003) refere, este acompanhamento é para remediar, o que “significa evitar transpor um limiar de não regresso, evitar o agravamento” (p. 211). No estudo notou-se a falta de apoios que existe ao nível dos cuidados paliativos na área de abrangência do HGO. Alguns dos problemas referenciados pelos doentes/familiares no estudo revelam as dificuldades com que se debatem nas suas casas, sem terem o apoio e/ou acompanhamento necessário.

Um tipo de cuidados que as enfermeiras prestam através da consulta telefónica, é os cuidados de conforto. São cuidados particularmente pertinentes nos doentes com dor crónica, e em especial nos doentes idosos. Os cuidados de conforto, relativos à segurança física e efectiva, têm a ver com a ajudar o doente a manter as capacidades existentes e a reconquistar as que podem ser recuperadas, a fim de prevenir situações de dependência total. Também o ensinar o doente/familiar, na resolução de cuidados relacionados com o desconforto de sintomas é muitas vezes designado na literatura por «pequenas coisas», quanto a nós é uma designação indevida. Estes problemas são intervenções de enfermagem, por mais simples que possam parecer aos profissionais de saúde. Eles são a causa de grande ansiedade, pois impedem a pessoa de continuar a viver de uma forma regular naquele preciso momento da dúvida. Um exemplo desses pormenores era o de saber interpretar em casa o alarme da PCA (Patient control analgesia), embora tivesse sido alvo de demonstração e treino prévia.

O resultado desta característica de *porta aberta*, é essencial à qualidade de vida dos doentes e familiares face aos inúmeros problemas com que se deparam em casa como já foi acima ilustrado nos motivos de telefonema.

A satisfação dos doentes relativamente à consulta telefónica resulta não só da resolução do problema, mas também do bom atendimento, sendo a simpatia e o carinho as palavras que mais frequentemente utilizam. Para Lopes (2006), estas são respostas que os enfermeiros usam para intervir de forma terapêutica junto do doente/família e que pudemos constatar durante o estudo. No

entanto, nas entrevistas, as enfermeiras não explicitaram estas características de modo claro. Se os doentes atribuem uma importância central à simpatia, como facilitador da relação, será que as enfermeiras identificam na sua competência comunicacional esta estratégia? Ou consideram esse elemento da interacção como intrínseco ao facto de ser enfermeiro? Ou simplesmente de serem seres humanos? Importa clarificar a intencionalidade e o conhecimento das intervenções na prática de cuidados para os resultados poderem ser mais nítidos para clientes e profissionais.

Verificou-se no estudo que toda a equipa agia em volta de um objectivo comum, mais nitidamente na relação enfermeira e médico parceiros. Esta parceria existe pois estão mutuamente dependentes das informações em relação ao doente para a tomada de decisão. A CT coloca as enfermeiras no domicílio do doente, como mediadoras, não só entre o médico e o doente/família, mas também com o centro de saúde e os cuidados continuados (Nadot, 2003). A enfermeira detém informações acerca do doente, que partilha com o médico, e nessas informações assentam as tomadas de decisão médica. Por seu lado, o médico deixa à enfermeira a transmissão ao doente de uma prescrição médica. Esta prática exige grande cooperação e confiança. A parceria manifestou-se também nas decisões partilhadas acerca do doente; a enfermeira, ao transmitir ao doente/família a decisão médica, tinha que a partilhar, compreender e acreditar que era a melhor para o doente. Só assim poderia transmitir segurança e garantir a confiança do doente/família na equipa de saúde. A dinâmica referida demonstra um processo comunicacional predominante de *rede de comunicação de canais múltiplos*, como designa Rego (1999). Para este autor este tipo de comunicação é importante porque facilita e enriquece a discussão e permite apresentar propostas de solução.

A CT não existe por si só, existe numa dinâmica estruturada de cuidados, em que o conhecimento do doente é partilhado e construído por toda a equipa. Materializa-se e dá visibilidade no processo clínico todo o trabalho de uma equipa centrada no alívio da dor do doente/família. Assim os registos das interacções pessoais e telefónicas são registados pelos diferentes profissionais, por ordem cronológica e sequencial das interacções com o doente/família. Quando o grupo tem uma dinâmica de qualidade, a liderança transformacional ou carismática, (Bilhim, 1996) de alguns dos seus líderes, faz com que cada elemento da equipa se transcenda para o bem-estar do doente/família com dor crónica.

Podemos afirmar que a CT torna-se uma intervenção com grau elevado de exigência e competência para as enfermeiras. No perfil de competência estas reconhecem a necessidade do possuírem conhecimento ligados à doença, aos fármacos mas sempre focalizadas no doente e na descodificação das particularidades intrínsecas a cada um e à comunicação não verbal. A capacidade da enfermeira manter uma atenção e concentração continuada durante a interacção telefónica; exige um ambiente seguro que permita perceber o que o doente transmite, validar o sentido do que está a dizer, de modo a traduzir o significado da mensagem e obter a melhor resposta possível.

A investigação revela a importância da certificação de competências nesta área de cuidados, mas a maioria dos enfermeiros não tem. Os enfermeiros vêem a tecnologia como um meio para prestar cuidados, proporcionar melhor orientação e ensino, manter os doentes em sua casa, diminuir as hospitalizações e poder gerir melhor o tempo de enfermagem (Schlacta-Fairchild e Grady, 2006). Mas a não visualização da expressão facial do doente e família é um constrangimento na percepção de alguns elementos da comunicação não-verbal, a ter em conta aquando da utilização de equipamentos sem imagem (Borchers e Kee, 1999; Schlacta-Fairchild e Grady, 2006). A necessidade de formação e treino para os profissionais de saúde de forma a integrar os meios tecnológicos no processo de cuidados é referido como uma dificuldade para a sua utilização na área da saúde (Wakefield, Flanagan e Specht, 2001; Schlacta-Fairchild e Grady, 2006).

CONCLUSÃO E SUGESTÕES

A CT foi reconhecida como uma *porta aberta* ao encontro entre doente/família e a enfermeira/equipa de saúde. O telefone é utilizado pela enfermeira como uma extensão de si própria, para ultrapassar as barreiras geográficas que a separam do doente/família e entrar em comunicação activa para resolução dos problemas que motivaram a CT. Por outro lado, para chegar até ao médico o doente/família utilizam o telefone e a enfermeira como extensões de si.

As enfermeiras transferem para o atendimento telefónico da Unidade Dor os mesmos

princípios intrínsecos ao processo de cuidados de qualquer interacção presencial com o cliente. Assim identificam com minúcia o problema do doente, fazem avaliação diagnóstica validando o problema sistematicamente e asseguram-se que a planificação de intervenção é compreendida e realizada pelo actor mais adequado, avaliando o resultado posteriormente, seja novamente através da consulta telefónica, seja já na consulta da dor.

O perfil da enfermeira na CT é exigente e esta precisa ser detentora de conhecimentos múltiplos, sejam estes de índole técnico-científica, como de índole comunicacional de forma a poder identificar o problema do doente/família com a máxima precisão possível. Este conhecimento científico alia-se à necessidade de ser uma boa comunicadora virtual.

Também no perfil da enfermeira para intervir na CT, está a capacidade de gerir o sofrimento dos que vivem a dor, e esta tanto afecta a vida das pessoas que têm recursos económicos, como a dos socialmente desfavorecidos. Ouvir os problemas com que muitos doentes se debatem, em termos de falta de apoios sociais, falta de afecto e graves problemas de solidão, fazem dos clientes da CT um desafio profissional diário. A consulta telefónica, sendo uma intervenção exigente para as enfermeiras, faz ressaltar a sua autonomia e responsabilidade. As enfermeiras têm a oportunidade de se envolver e tomar parte activa no processo de tomada de decisão acerca do projecto de cuidados para o doente/família, pois é-lhes reconhecida a sua experiência e competência na sua área de actuação. Para a enfermeira realizar a CT, tem que ser detentora de conhecimentos múltiplos, sejam estes de índole técnico-científica, como de índole comunicacional, de forma a poder identificar o problema do doente/família com a máxima precisão possível. Este conhecimento científico alia-se à necessidade de ser uma boa comunicadora virtual.

Estes factores que mencionámos são reconhecidos pelo Conselho Internacional dos Enfermeiros (2007), como essenciais para um ambiente favorável à prática de cuidados de saúde, em que a satisfação profissional resultante se traduz em cuidados de qualidade ao doente/família com dor crónica.

Este estudo revelou ainda a importância de uma CT, pela flexibilidade no horário e rapidez de atendimento e ser um meio pouco dispendioso. É um meio privilegiado que permite a comunicação entre o doente/família com dor crónica e os profissionais de unidades de dor, para terem acesso a cuidados de saúde individualizados, rápidos, diferenciados e seguros, rompendo as fronteiras imputadas a modos de funcionamento burocratizados que muitas vezes ainda imperam nas instituições de saúde. Importa que a formação académica e a formação em contexto de trabalho sensibilizem e prepare os estudantes e profissionais para esta intervenção exigente. Em termos de investigação este estudo deve ser continuado com o desenvolvimento de um instrumento que propicie a monitorização do processo de diagnóstico, de planeamento e avaliação do atendimento telefónico de modo a promover e realçar a qualidade do atendimento da pessoa com dor pela via da CT.

Fruto deste estudo e das dinâmicas de trabalho da equipa de saúde na unidade de dor emergiu a necessidade de um guia de atendimento e resposta para cada um dos problemas dominantes na CT, bem como no flexibilizar horários da CT de modo a ser uma porta afectivamente aberta durante muito mais tempo. Doentes e famílias dispõem de um tempo muito mais alargado para a resolução dos seus problemas e conciliarem melhor o horário laboral com o apoio ao familiar com dor, é um direito que importa assegurar a todos os que vivem a vida com o problema dor!

As limitações deste estudo enquadram-se na inexperiência da investigadora. Sendo um estudo de âmbito académico o domínio das capacidades e competências de investigação foram alvo de um processo de aprendizagem, e como tal assumo o papel de principiante. O rigor dos procedimentos metodológicos foram cumpridos, embora tivesse vivido as vicissitudes do duplo papel de investigadora e prestadora de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agar, M. (1996). *The professional stranger*. (2ª ed.). San Diego: Academic Press.
- Benjumea, C. de la C. (1999). Contribucion de la investigación cualitativa al campo de la salud. *Sinais Vitais*, 27, 33-35.

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bohnenkamp, S. K., Lopez, A. M.; Blackett, A. (2004). Traditional versus telenursing outpatient management of patients with câncer with new ostomies. *Oncology Nursing Fórum*, 31(5), 1005-1010.
- Borchers, L.; Kee, C. (1999, May). An experience in telenursing. Consultado em 21 Janeiro de 2007. *Clinical Nurse Specialist*. Lippincott Williams& Wilkins, Inc, 12(3), 115-118:
<http://gateway.ut.ovid.com/gw1/ovidweb.cgi>.
- Breivik, H. et al. (2005). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily live, and treatment. Consultado em 9 Junho de 2008. *European Journal of Pain*. Elsevier:
<http://www.sciencedirect.com>.
- Carmo, H.; Ferreira, M. M.(1998). *Metodologia de investigação. Guia de aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carpenito, L. J. (1997). *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul.
- Chewitt, M. D.; Fallis, W. M.; Suski M. C. (1997). The surgical hotline: bridging the gap between hospital and home. *JONA*, 27(1), 42-49.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar...a primeira arte da vida*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Conselho Internacional dos Enfermeiros (2007). *Ambientes favoráveis à prática de enfermagem*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Cuesta, C. de la (2003). El investigador como instrumento flexible de la indagación. *International Journal of Qualitative Method*, 2(4), 25-38.
- Direcção-Geral da Saúde (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2008a). Circular Normativa Nº 11/DGCS/DPCD 2008. *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2008b). Circular Normativa Nº 09/DSCS/DPCD/DSQC de 24/3/2008. *Utilização dos medicamentos opióides fortes na dor crónica não oncológica*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Esteves, A. J. (1999). A investigação-acção. In: Silva, A. S.; Pinto, J. M. *Metodologia das ciências sociais*. (10ªed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Gaglisse, L.; Melzack, R. (2003). Pain in elderly. In Melzack, R.; Wall, P. D. *Handbook of Pain Management* (pp. 559-568). (s.l.): Churchill Livingstone.
- Gardner, S. E. et al. (2001). How accurate are chronic wound assessments using interactive video technology? *Journal of Gerontological Nursing*, 27(1), 15-20.
- Gonçalves, A. (2001). Da sensação à expressão da dor. In Dupuis, M. et al. *Dor e sofrimento: uma perspectiva interdisciplinar* (pp. 295-310). Porto: Campo das Letras.
- Hagan, L.; Morin D.; Lépine, R. (2000). Evaluation of telenursing outcomes: satisfaction, self-care practices, and cost savings. *Public Health Nursing*. Blackwell Science, Inc., 17 (4), 305-313.
- Le Breton, D. (2007). *Comprender a dor*. Cruz Quebrada: Estrela Polar.
- Lopes, C.(2008). Tribuna press
- Lopes, M. J. (2006). A Relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Coimbra: Formasau.
- Macedo, J. M. C. (2001). A dor no mundo como desafio à racionalidade. In Dupuis, M. et al. *Dor e sofrimento: uma perspectiva interdisciplinar*. Porto: Campo das Letras.

- McLuhan, M. (1969). Os meios de comunicação: como extensões do homem. S. Paulo: Cultrix.
- Miguélez, M. M. (1999). Critérios para la superación del debate metodológico cuantitativo/cualitativo. Consultado em 21 Fevereiro de 2007. *Revista Interamericana de Psicología*, 33(1), 79-107: <http://prof.usb.ve/miguelm/superaciondebate.html>.
- Nadot, M. (2003). Des pratiques soignantes révélées par leur histoire à la médiologie de la santé en tant que construit théorique d'une étude sur l'activité professionnelle «infirmière». In Nadot, M. *Actes du 2e Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones*. Montpellier, Séance Parallèle n° 39, 5-15.
- Olabuénaga, J. I. R. (1999). La investigación cualitativa. In Olabuénaga, J. I. R. *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto. p. 11-14.
- Pereira, J. L. (2006). Gestão da dor oncológica. In Barbosa, A.; Neto, I. G. (eds.). *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade Medicina de Lisboa. p. 61-114.
- Ponte, J. P. (1994). O estudo de caso na investigação em matemática. *Quadrante*, 3(1), 3-8.
- Querido, A.; Salazar, H.; Neto, I. G. (2006). Comunicação. In Barbosa, A.; Neto, I. G. (eds.). *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade de Medicina de Lisboa. p. 357-378.
- Quivy, R.; Campenhoudt, L. Van (2003). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramos, N. (2007). Comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde. *Psychologica*, 45, 147-169.
- Ramos, N. (2008). Interculturalidade e comunicação nos cuidados de saúde. In Ramos, N. (org.). *Saúde, migração e interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas*. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB.
- Rebelo, M. T. (1997). Sobre a noção de prática. *Pensar enfermagem*, (0):1, 3-4.
- Rego, A. (1999). Comunicação nas organizações: teoria e prática. Lisboa: Edições Sílabo.
- Rice, R. (2004). Da telesaúde aos telecuidados: implicações para a prática clínica. In Rice, R. *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicação* (pp. 509-520). (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Schlacta-Fairchild, L.; Grady, J. (2006, 31 October). Current Status of Telenursing: Roles & Competencies. Consultado em 2 Outubro 2008. In *Conference Proceedings Creating a National Telehealth Nursing Research Agenda- An Invitational Conference funded by Agency for Health Research and Quality (AHRQ)- R13-HSO115961-01,16-26*: http://tie.telemed.org/articles/National_%20Telehealth_%20Nursing_%20Research_%20Agenda_%20AHRQConferenceProceedings.pdf Research and Policy\ Position Statement and Guidelines Revisions 2005-2006\May 06 Guideline on Telenursing.doc.
- Tribuna Médica Press/Público (2008, 12 Junho). *Quase um terço da população queixa-se de dor crónica*. Consultado em 20 Junho de 2009. Tribuna Médica Press: <http://www.tribunamedicapress.pt/nacional-1/5937-quase-um-terco-da-populacao-queixa-se-dor-cronica>.
- Wakefield, B., Flanagan, J., Specht, J. K. P. (2001). Telehealth: an opportunity for gerontological nursing practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 27(1), 10-14.
- Wall, P. (2007). *Dor: a ciência do sofrimento*. Porto: Ambar.
- Yin, R. (2009). Case study research. Design and Methods. (4ªed.). Los Angeles: Sage.

Contacto:
maveiga@esel.pt