

Maria Madalena Nobre Marreiros Assunção Mela Martins

**A CONSULTA TELEFÓNICA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
AO
DOENTE/FAMÍLIA COM DOR CRÓNICA**

Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde

**Orientadora:
Professora Doutora Natália Ramos**

**Co-orientadora:
Professora Doutora Maria Anjos Veiga Pereira Lopes**

Universidade Aberta

Lisboa, Setembro 2009

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	8
CAPÍTULO 1 – COMUNICAÇÃO EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE	9
1.1. PARADIGMAS E MODELOS DE SAÚDE	10
1.2. MODELOS DE COMUNICAÇÃO	16
1.3. COMUNICAÇÃO DOENTE/PROFISSIONAL DE SAÚDE	21
1.3.1. <i>Princípios da comunicação doente/profissional de saúde</i>	24
1.3.2. <i>Dificuldades na comunicação doente/profissional de saúde</i>	28
1.4. AS TELECOMUNICAÇÕES EM CONTEXTO SAÚDE	31
1.5. A CONSULTA TELEFÓNICA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	37
CAPÍTULO 2 – A PESSOA COM DOR CRÓNICA	42
2.1. DOR CRÓNICA – DEFINIÇÃO, PREVALÊNCIA E CONSEQUÊNCIAS	43
2.2. REPERCURSSÕES DA DOR CRÓNICA	44
2.2.1. <i>Nível físico</i>	45
2.2.2. <i>Nível laboral</i>	47
2.2.3. <i>Nível psicológico</i>	48
2.2.4. <i>Nível familiar/social</i>	51
2.3. CONTROLO DA DOR EM PORTUGAL	53
2.3.1. <i>Unidades de dor</i>	55
2.3.2. <i>Terapêutica analgésica na dor crónica</i>	59
CAPÍTULO 3 – CONTINUIDADE DE CUIDADOS	63
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	66
CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA	67
4.1. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA, QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS	68
4.2. TIPO DE ESTUDO	69
4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA	72
4.4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	73
4.5. TÉCNICAS DE RECOLHAS DE DADOS	77
4.6. ANÁLISE DOS DADOS	83
4.7. QUESTÕES ÉTICAS	85
CAPÍTULO 5 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	89
5.1. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	89
5.1.1. <i>Unidade Dor do Hospital Garcia de Orta</i>	89
5.1.2. <i>Consulta telefónica da Unidade Dor</i>	96
5.1.2.1. <i>A história da consulta telefónica</i>	96

5.1.2.2. A consulta telefónica durante o estudo	99
5.2. ANÁLISE DOS RESULTADOS	103
5.2.1. <i>Características do grupo de doentes deste estudo</i>	103
5.2.2. <i>Análise dos dados resultantes dos registos de enfermagem da consulta telefónica</i>	107
5.2.3. <i>Resultados das entrevistas face à satisfação dos doentes e familiares pela consulta telefónica</i>	121
5.2.4. <i>Resultados das entrevistas às enfermeiras</i>	125
5.2.4. <i>Resultado final: Guia orientador da intervenção em enfermagem na Unidade Dor</i>	145
5.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	149
CONCLUSÃO	160
BIBLIOGRAFIA	167
ANEXOS	
Anexo I - Guião de entrevista às enfermeiras	
Anexo II - Guião e instrumento de registo da consulta telefónica da Unidade Dor e da entrevista de avaliação da satisfação aos doentes e familiares	
Anexo III - Autorização do Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta, EPE	
Anexo IV - Primeiro instrumento de registo da consulta telefónica da Unidade Dor	
Anexo V - Guia terapêutico utilizado na Unidade Dor	
Anexo VI - Guia orientador para a intervenção de enfermagem na consulta telefónica	
Anexo VII - Instrumento de registo da consulta telefónica da Unidade Dor	
ÍNDICE DE TABELAS	
Tabela 1 - Unidades de dor em Portugal com atendimento telefónico	58
Tabela 2 - Movimento assistencial na Unidade Dor	94
Tabela 3 – Evolução número de consultas telefónicas na Unidade Dor	98
Tabela 4 – Caracterização sócio-demográfica dos doentes do estudo	106
Tabela 5 – Caracterização dos doentes relativamente à origem da doença e utilização de analgésicos opióides	107
Tabela 6 – Autores dos telefonemas para a Unidade Dor e sua caracterização por sexo	110
Tabela 7 – Caracterização do número de telefonemas pelos períodos horários da consulta telefónica	112
Tabela 8 – Problemas/motivos apresentados pelos doentes/familiares na consulta telefónica	120
Tabela 9 – Caracterização da amostra dos entrevistados relativamente à avaliação da satisfação na consulta telefónica	122
ÍNDICE DE FIGURAS	
Figura 1 - Principais tendências na saúde e medicina contemporânea	15
Figura 2 - Modelo Linear da comunicação	17
Figura 3 - Modelo Circular da comunicação	18

Figura 4 - Modelo Espiral da comunicação	19
Figura 5 - Terminologia em telesaúde e sua relação com a tele-enfermagem	32

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Efeitos nocivos da dor crónica não controlada	46
Quadro 2 - Classificação e requisitos das unidades de dor em Portugal	56
Quadro 3 - Cronograma das actividades e procedimentos metodológicos do estudo	76
Quadro 4 - Intervenção na consulta telefónica na perspectiva das enfermeiras	126

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos telefonemas pelas horas de funcionamento da consulta telefónica	113
Gráfico 2 - Distribuição de número de motivos apresentados pelos doentes/familiares por telefonema	115
Gráfico 3 - Opinião dos doentes/familiares quanto à satisfação na resolução do problema através da consulta telefónica	123
Gráfico 4 - Opinião dos doentes/familiares quanto à satisfação no tempo de espera na resolução do problema através da consulta telefónica	124

*À Gina,
pela fortaleza na debilidade e no sofrimento*

AGRADECIMENTOS

À Professora Natália Ramos pela sua compreensão e incentivo ao longo deste processo.

À Professora Maria dos Anjos Pereira Lopes por ter entrado na minha vida, e me ajudar em cada dia a encontrar o sentido e a paixão de ser enfermeira. A minha gratidão pela preciosa ajuda, entusiasmo e confiança ao longo destes anos, e em especial durante este projecto, sem os quais eu dificilmente chegaria até aqui.

A todos os doentes/familiares, a toda a equipa da Unidade Dor, do Hospital Garcia de Orta, pelo privilégio e satisfação que é, em cada dia, trabalhar e aprender convosco.

A todos os meus benfeitores, aqueles que me apoiaram, acompanharam e incentivaram ao longo deste tempo, e cuja página é pequena para os nomear, a minha mais profunda gratidão.

A toda a minha família e em particular ao Alberto, ao Samuel e à Mariana...por tudo.

RESUMO

O presente estudo pretende contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde ao doente/família com dor crónica. A flexibilidade na comunicação em saúde entre o doente/família e o rápido acesso aos cuidados de saúde são condições essenciais para garantir uma eficaz continuidade dos cuidados ao doente com dor crónica. A comunicação por telefone surge como potencial de aproximação e de intervenção entre o doente/família e a equipa de saúde, desde que alicerçada em instrumentos que facilitem a tomada de decisão da equipa de saúde, numa área subjectiva como o sofrimento e a dor.

O objectivo definido para o estudo é incrementar o atendimento telefónico ao doente/família com dor crónica na Unidade Dor, do Hospital Garcia de Orta. A compreensão da dinâmica comunicacional inerente à consulta telefónica e a identificação dos problemas dos doentes/famílias que utilizam a consulta telefónica constituem os outros objectivos. A metodologia do estudo caracteriza-se num paradigma predominantemente qualitativo com características de estudo de caso, em que é usada uma combinação de métodos qualitativos e quantitativos. Os dados obtiveram-se de entrevistas às enfermeiras, aos doentes/famíliares e análise de registos das consultas telefónicas.

Os resultados obtidos permitem conhecer os principais problemas que impulsionam os doentes/famíliares a telefonar para a Unidade Dor, assim como a satisfação dos doentes e famílias pela consulta telefónica. Nos resultados emerge a perspectiva das enfermeiras em relação à consulta telefónica, como uma porta aberta ao doente/família, a interacção no processo de cuidados, os problemas dominantes do doente com dor crónica e a exigência da intervenção na consulta telefónica na Unidade Dor. Os principais resultados obtidos na investigação aglutinaram-se na construção de um guia de orientação para a intervenção em enfermagem na consulta telefónica na Unidade Dor, do Hospital Garcia de Orta.

PALAVRAS-CHAVE:

Comunicação em Saúde; Consulta Telefónica; Dor Crónica; Continuidade de Cuidados; Intervenção em Enfermagem

ABSTRACT

This study aims at contributing to the improvement of the health care provided to the patient / family suffering from chronic pain. Flexibility in health communication between patient / family and health team and the rapid access to health care are essential conditions to guarantee an effective continuity in care providing to the patient with chronic pain. The telephonic communication appears as a powerful means of bringing closer the patient / family and the health team as well as enabling a swift intervention, provided it is based in tools allowing a decision to be taken more easily by the health team in the subjective field of suffering and pain.

The definite goal of this study is to improve the telephonic response given to the patient/family suffering from chronic pain in the Pain Unit of Garcia de Orta Hospital. The two other objectives of this study are to understand the communicational dynamics intrinsic to the telephonic consultation and to identify the patients / families' problems that lead them into making the telephonic consultations. This study methodology is based on a mainly qualitative paradigm with study case characteristics in which a combination of qualitative and quantitative methods has been used. The data were obtained through interviews to nurses, patients, relatives and perusal of telephonic records.

The results of this study provide knowledge of the main problems that make patients / relatives call the Pain Unit as well as the satisfaction of patients and families with the telephonic consultation. The results also present the nurses' view of the telephonic consultation, seen as an open door for the patient / family, the interaction in the care giving process, the major problems of the patient suffering from chronic pain and the delicacy of the intervention in the telephonic consultation at the Pain Unit. The main results of this research have been used to create an orientation guide for the nursing intervention in the telephonic consultation at the Pain Unit of Garcia de Orta Hospital.

KEY WORDS:

Health Communication; Telephonic Consultation; Chronic Pain; Continuity of Care; Nursing Intervention.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da comunicação e das tecnologias de informação foram factores, senão decisivos, pelo menos impulsionadores da globalização. Este fenómeno social mudou tão profundamente a perspectiva de ver o mundo e, conseqüentemente, das relações interpessoais que, em termos evolutivos da sociedade humana, é já considerada tão importante como a ocorrida na passagem do século XVIII para o século XIX (Giddens, 2004). A inovação na gestão do tempo e do espaço traz outras formas de interacção social. O espaço deixou de ser um impedimento à instantaneidade na comunicação, que se tornou essencial hoje em dia. As pessoas estão habituadas no seu quotidiano a ter acesso imediato à informação, a escolher entre as mais diversas opções de serviços sem se deslocarem de sua casa ou trabalho. Conhecem o que de melhor se faz no mundo, experienciam que não existem ideias permanentes e imutáveis sobre situações, que, essas sim, são permanentes: a doença, o tratamento, o sofrimento e a morte (Barreto, 2002).

A área da saúde não é, portanto, alheia à influência das forças globalizantes, nos mais diferentes níveis: os sistemas, as percepções, a organização, a importância, a eficácia, o conteúdo político e o conceito cultural. Os grandes avanços científicos e tecnológicos influenciam a evolução das práticas humanas e dos sistemas sociais, e portanto, da sociedade. É posto em causa o modelo biomédico da saúde, vigente durante décadas. A assimetria do poder entre o médico e o doente provocou uma falha na comunicação entre ambos. A compartimentação da pessoa por vários especialistas, cada um com a sua visão parcelar do problema, contraria a unicidade da pessoa. A atenção dos profissionais centrava-se no órgão “avariado”, e nas dezenas de parâmetros fisiológicos fornecidos por uma série de máquinas sofisticadas. A hipervalorização da dimensão física (doença), relativamente às dimensões psicológica e espiritual, desconsidera a pessoa que a sofre. A relação entre o doente e o profissional de saúde ficou limitada. A comunicação tornou-se mecanizada e despersonalizada, o que remeteu o doente à solidão e isolamento, num ambiente hospitalar desconhecido e hostil (Coe, 1979; Pearson & Vaughan, 1992; Collière, 1999).

Esta abordagem por parte dos profissionais tornou visíveis as insuficiências e os constrangimentos cada vez maiores em satisfazer as necessidades do doente e família, particularmente daqueles em situações de sofrimento extremo, em que a comunicação é imprescindível, como nas de fim de vida ou de dor crónica.

O doente com dor crónica, é sem dúvida, um dos que mais tem desafiado os profissionais de saúde a recorrerem a modelos de abordagem da pessoa de uma forma global e integrada, numa coesão multidisciplinar. Presente em muitas situações de doença, oncológica ou não, 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 (Breivik, Collett, Ventafrida, Cohen & Gallacher, 2005). A síndrome depressiva encontra-se frequentemente associada a doentes com dor crónica, e as alterações nas suas actividades de vida diária (na realização de tarefas domésticas, a nível familiar, laboral, recreativo) e a inactividade são significativas. Como consequências surgem o isolamento e o absentismo laboral do doente, cuja problemática se estende também à sua família. Antevê-se assim, o grande impacto social da dor crónica (Cantista, 2001). A dor paralisa toda a actividade de pensamento ou acto de viver, e interfere nas relações sociais (Le Breton, 2007). A capacidade de comunicar está afectada, não só pelo afastamento do doente relativamente ao que o rodeia, mas sobretudo pela percepção de que ninguém o entende, que o sofrimento é inacessível à compaixão e compreensão dos outros. Os problemas provocados pela dor crónica interferem não só no corpo, mas na pessoa no seu todo. E o sofrimento que pesa na existência da pessoa com dor não é detectado pela sofisticação e mecanização da medicina moderna.

Exigem-se actualmente, dos profissionais de saúde, práticas de cuidados de saúde, que rompam com a segmentação do modelo biomédico, que se centrem numa abordagem holística da pessoa, e em que a comunicação com o doente/família seja igualmente privilegiada. A flexibilidade, rapidez e qualidade são exigências que a globalização trouxe, e que os doentes com dor crónica desejam que estejam presentes nas respostas às suas necessidades individuais de saúde. A intervenção precoce e multidisciplinar para o controlo da dor crónica, em unidades especialmente criadas para a avaliação e tratamento da dor, são

um contributo valioso para melhorar a qualidade de vida dos doentes. A mudança rápida do mercado global obriga a práticas de produção e padrões organizacionais mais flexíveis, também nas organizações de saúde, bem como a participação em redes e parcerias.

Em Portugal, reconhece-se através do Plano Nacional de Luta Contra a Dor (Direcção-Geral da Saúde, 2001), a necessidade da existência de unidades de dor, que viabilizem a acessibilidade a cuidados especializados de saúde ao doente com dor crónica. Nestes cuidados especializados, no que diz respeito em particular ao doente/família com dor crónica, é necessário um acompanhamento permanente entre o doente e os profissionais de saúde, um contacto acessível, prevenir e despistar complicações, e atempadamente realizar ajustes terapêuticos de acordo com as necessidades dos doentes, com a maior segurança e com menos custos. A existência de uma consulta telefónica reveste-se, nesta área da dor, de um grande interesse. É um meio privilegiado que permite a comunicação entre doente/família com dor crónica e os profissionais de saúde de unidades de dor, para terem acesso a cuidados de saúde individualizados, diferenciados e seguros, rompendo fronteiras imputadas à vigência do modelo biomédico na saúde.

A utilização do telefone na intervenção em saúde insere-se na área da telemedicina e foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como uma estratégia para o século XXI (Ortiz, 2003). Num conceito mais abrangente, *a telesáude* consiste na utilização de novas tecnologias de comunicação – telefone e máquinas de fax, vídeo interactivo, *Internet*, *World Wide Web*-, em diferentes áreas da prática de cuidados de saúde de forma a garantir a continuidade de cuidados e o acesso a cuidados de saúde especializados, ultrapassando barreiras geográficas com diminuição significativa dos custos.

Estas novas configurações na comunicação entre o doente/família e o profissional de saúde suscitam novos desafios. A comunicação não presencial exige competência para a criação de proximidade e intimidade, à distância. Obriga os profissionais ao aperfeiçoamento de aptidões, nomeadamente a capacidade de extrair a informação fornecida pelo utente, de comunicar com uma abordagem atenciosa, de escuta; em suma: exige competência e formação no atendimento telefónico. Se estabelecer uma relação de

confiança entre cliente e profissional é importante na consulta telefónica, diversos organismos profissionais são unânimes em recomendar que a prática de *telecuidados* tem por base protocolos e linhas orientadoras desenvolvidos na evidência científica/empírica, resultados e opinião de peritos. Realçam ainda, que devem resultar da colaboração e consenso dos diferentes profissionais envolvidos, ter contributos das diferentes disciplinas, com normas que garantam a segurança e o cumprimento dos princípios de ética profissional (*The National Council of State Boards of Nursing, 1997; Nursing Care Quality Assurance Commission, 2000; Internacional Council of Nurses, 2001; Australian Nursing & Midwifery Council, 2006*).

Também a Ordem dos Enfermeiros (2001) reconhece que a importância da produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de saúde, baseados na evidência empírica, constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício dos enfermeiros. Em relação à continuidade de cuidados, reconhece que é responsabilidade do profissional o atendimento da pessoa em tempo útil, para permitir diagnósticos e tratamentos, o mais precocemente possível, bem como a orientação da pessoa para outros profissionais de saúde, quando o problema ultrapasse a competência profissional. Reforça ainda a necessidade de assegurar a informação à pessoa e família relativamente aos cuidados de enfermagem, aos recursos a que a pessoa pode ter acesso e como os obter para garantir a continuidade de cuidados.

O conhecimento do mandato social relativo à profissão de enfermagem, os problemas do doente/família com dor crónica e os desafios da globalização em saúde, nomeadamente a flexibilidade e acessibilidade na comunicação do doente/família com o profissional de saúde, suscitaram-nos inquietação, quando iniciámos funções na Unidade Dor, do Hospital Garcia de Orta, e responsabilizaram-nos, quando posteriormente assumimos o cargo de enfermeira responsável, em Outubro de 2006. Constatámos na altura a inexistência de um guia orientador para a consulta telefónica, o que numa fase de integração nos causou muita insegurança e dúvidas no atendimento aos doentes/famílias, apesar de toda a informação e ajuda prestada pelas restantes enfermeiras. Posteriormente verificámos que a dificuldade na consulta telefónica era partilhada por toda a equipa da

Unidade Dor, pois, apesar de ser realizada por enfermeiras, a consulta telefónica resulta da articulação interdisciplinar da equipa de saúde da Unidade Dor. A enfermeira surge, neste processo de cuidados, com um papel de charneira na comunicação entre o doente/família e a equipa de saúde.

Contudo, apesar dos benefícios reconhecidos na prática da consulta telefónica, reconhece-se que é realizada por profissionais sem formação específica em comunicação telefónica, com desconhecimento das implicações éticas neste tipo de intervenção clínica. Depende da experiência do profissional que atende. Portanto, a avaliação era feita sem directrizes comuns, variando de pessoa para pessoa, o que podia originar erros, pondo em causa a segurança dos cuidados e, portanto, a saúde das pessoas. Os erros podem ser de diagnóstico, tratamento, de cuidados preventivos, falhas de comunicação, equipamento ou do sistema de cuidados de saúde.

Tendo em conta que não existe evidência fundamentada e sistemática, para a intervenção na consulta telefónica ao doente/família, na Unidade Dor, no Hospital Garcia de Orta, nem em outras unidades dor do país, reconhece-se a pertinência do desenvolvimento da investigação nesta área, que poderá contribuir para que através da consulta telefónica, melhore a continuidade de cuidados, apoio e encaminhamento do doente/família com dor crónica.

Assim, o principal objectivo do estudo de investigação que desenvolvemos foi incrementar o atendimento telefónico ao doente/família com dor crónica na Unidade Dor, do Hospital Garcia de Orta. Definimos ainda, como objectivos:

- Caracterizar os doentes e familiares que utilizam a consulta telefónica.
- Identificar os problemas e dificuldades dos doentes/famílias utilizadores da consulta telefónica na Unidade Dor, do Hospital Garcia Orta, EPE.
- Identificar os elementos que, na perspectiva das enfermeiras, caracterizam o processo de cuidados ao doente/família na consulta telefónica na Unidade Dor, do Hospital Garcia Orta.
- Elaborar um guia de orientação para a intervenção de enfermagem na consulta telefónica na Unidade Dor do Hospital Garcia Orta.

Tendo em conta os objectivos definidos decidimos enveredar por um estudo de investigação, num paradigma predominantemente qualitativo com características de estudo de caso, em que utilizamos uma combinação de métodos qualitativos e quantitativos.

Ressaltamos que, ao longo do texto optámos pela designação de “enfermeiras”, pois a equipa de enfermagem é constituída exclusivamente por elementos do sexo feminino.

Apesar da Ordem dos Enfermeiros (2003) nomear a pessoa que está no centro do processo de cuidados por “cliente”, optámos pela designação de “doente”, visto ser a nomenclatura mais usual na cultura hospitalar. Salientamos ainda, ao longo do estudo, que a referência ao doente tem subjacente a família.

Passamos então a apresentar o plano da presente dissertação.

A presente dissertação é composta por duas partes. A primeira parte é constituída por três capítulos e visa a apresentação do enquadramento teórico do estudo empírico desenvolvido no trabalho. No capítulo 1, percorremos a problemática da comunicação em contexto de cuidados de saúde. Apresentamos em primeiro lugar os paradigmas e modelos de saúde, ao longo dos principais momentos históricos da humanidade. Em segundo lugar, apresentamos a evolução dos modelos inerentes á comunicação humana, articulando-os com os diferentes modelos de saúde, em que explicitamos a comunicação entre doente/família e profissional de saúde. Por último, neste capítulo, apresentamos o papel das telecomunicações em contexto de saúde, em especial do telefone, como meio de intervenção de enfermagem ao doente/família. O capítulo 2 centra-se na apresentação da problemática do doente com dor crónica. Inicia-se com a explicitação da prevalência e consequências da dor crónica, que justificam ser um problema de saúde pública a nível mundial. De seguida, apresentamos a evolução no controlo da dor crónica em Portugal, especificando seguidamente, a importância das unidades dor no seguimento dos doentes/famílias com dor crónica, em que a consulta telefónica surge como um meio de intervenção privilegiado para a continuidade da prestação de cuidados. Este último conceito, continuidade de cuidados, é aprofundado no capítulo 3.

A segunda parte da dissertação é constituída por três capítulos e visa apresentar a investigação empírica realizada. O capítulo 4 apresenta a metodologia do presente estudo, onde explicita o tipo de estudo, objectivos do estudo, a população e amostra, os procedimentos metodológicos realizados, técnicas de recolha e análise dos dados e as questões éticas do presente estudo. No capítulo 5 procedemos à apresentação dos resultados da investigação. Numa primeira parte, descrevemos o contexto da investigação empírica, nas dimensões histórica e organizativa. Na segunda parte, apresentamos os resultados do estudo e procedemos à discussão dos resultados.

Finalmente, a conclusão apresenta a síntese global do trabalho realizado e uma reflexão acerca do percurso realizado, e de novos questionamentos para estudos futuros.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 – COMUNICAÇÃO EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Comunicar deriva da palavra latina “*communicare*” cujo sentido significa partilhar, colocar em comum. A comunicação é determinada pelo contexto onde ocorre, que engloba a situação e a relação que se estabelece entre os indivíduos, – o espaço da interacção. No contexto inserem-se simbolismos, normas, regras, modelos e rituais que pautam a interacção (Ramos, 2004, 2007, 2008).

A saúde é um contexto em mudança, neste início de século XXI, reflexo de uma sociedade também ela num processo de mudança, que decorreu da conjugação de factores económicos, políticos, sociais e culturais, mas, sobretudo, do desenvolvimento de tecnologias de informação e comunicação, que vieram intensificar a velocidade e as interacções entre pessoas de culturas diferentes do mundo inteiro. O fenómeno responsável por esta mudança é designado por globalização. Define-se como os processos que intensificam a interdependência e as relações sociais a nível mundial (Giddens, 2004). No entanto, para este autor a globalização é um fenómeno cuja amplitude mundial afecta o quotidiano individual de cada um de nós, e que está a mudar a visão que temos de nós próprios e do mundo, nomeadamente, da saúde e das interacções sociais que ocorrem no seu contexto.

Para uma melhor compreensão das transformações na área da saúde, torna-se necessária uma reflexão e aprofundamento, que de seguida apresentamos, acerca da evolução dos paradigmas e modelos de saúde que orientam a prática da prestação de cuidados e dos modelos de comunicação entre profissional de saúde/doente, que mutuamente se influenciam.

1.1. PARADIGMAS E MODELOS DE SAÚDE

Apresentamos, neste subcapítulo, as diferentes concepções e modelos de saúde que emergiram da vida da humanidade em três momentos históricos, acompanhando a evolução da sociedade: as sociedades tradicionais pré-modernas, a sociedade industrializada e a sociedade contemporânea.

Saúde e doença são conceitos que variam de acordo com a cultura. Para Barreto (2002) não existem ideias permanentes, imutáveis e socialmente invariáveis para situações que elas, sim, são permanentes: a doença, o tratamento e a morte. A evolução da saúde acompanha a da sociedade. Afirma este autor que:

“As pressões sociais e políticas, o desenvolvimento económico, as expectativas individuais e colectivas, as mentalidades, os costumes e as crenças têm influência no tempo e no modo de desenvolvimento dos dispositivos da saúde e apoio à doença. E o mesmo se pode dizer da evolução das atitudes e dos comportamentos dos indivíduos sobre a doença, a saúde e os serviços médicos.”
(Barreto, 2004, p.283)

Giddens (2004) explicita o entrosamento da evolução da sociedade com o surgimento de diferentes concepções e modelos de cuidados de saúde. Situa-nos em três momentos históricos da humanidade: as sociedades tradicionais pré-modernas, a sociedade industrializada e a sociedade contemporânea em mudança.

Nas sociedades tradicionais a saúde e a doença eram encaradas numa perspectiva mágica: a questão de “bem” (sentir-se bem, viver) e de “mal” (mal-estar, morrer), numa relação estreita com o universo. Nesta dialéctica entre o que é bom e o que é mau, joga-se a continuidade da espécie, o medo de morrer está presente, pelo que era preciso afastar a morte. A responsabilidade de lidar com a doença era da família, que estava presente, a “tomar conta” do ente em sofrimento, numa relação de proximidade, principalmente as mulheres, que perpetuavam práticas de continuidade de vida e cura, de geração em geração (Collière, 1999). Surgem os curandeiros, depois os padres, que com remédios físicos ou religiosos, interpretam, decidem o que é bom ou mau e asseguram as forças benéficas para a recuperação do doente, pois a doença passou a ser encarada como resultante de um

espírito maligno ou de punição por pecados cometidos. A saúde manteve-se durante séculos um assunto de natureza privada (Giddens, 2004).

Com a industrialização e o aparecimento do estado-nação surge a preocupação com a população, enquanto recurso a ser gerido e regulado, para contribuir para a sustentabilidade do poder e riqueza do estado. A saúde é a erradicação da doença, passa a ser uma responsabilidade do estado; começa a nascer a ideia de saúde pública, e a necessidade da melhoria de condições de vida (saneamento básico, rede de água, estradas, habitação). Surgem processos de regulamentação, controlo e reforma dos hábitos das pessoas e, como consequência, aparecem instituições, como prisões, escolas, e no campo da saúde, hospitais, asilos (Giddens, 2004).

Nessa altura emerge o modelo biomédico da saúde que se baseia em três pressupostos. Primeiro, a doença é vista como uma ruptura, uma avaria no funcionamento “normal” do corpo humano, que é como uma máquina. A saúde depende da identificação e tratamento da causa da doença. Segundo, a existência de uma separação entre corpo e espírito, separando o doente da doença, parcelando as regiões do corpo e a pessoa. No doente interessa a doença, que é o objecto da investigação, de uma forma isolada, sem ter em conta o bem-estar da pessoa na sua globalidade. O objectivo é a cura. O modelo biomédico caracteriza-se por um desenvolvimento da tecnicidade da medicina, com enfoque nos valores fisiológicos e analíticos, em detrimento de factores psicossociais que possam afectar a pessoa. O olhar do profissional sobre o doente é neutro e técnico, o que resulta numa abordagem distanciada do profissional de saúde para com o doente. O terceiro e último pressuposto do modelo biomédico diz que o médico é o único detentor de conhecimentos para o tratamento da doença. O hospital é o ambiente propício para o exercício da sua actividade que, ao ser reconhecida, é incontestada pelo doente (a quem não são atribuídos conhecimentos de natureza científica), o que confere ao médico o poder de decisão e ao doente o da passividade da aceitação no que diz respeito à sua saúde (Pearson & Vaughan, 1992).

Coe (1979) refere que a este modelo se associa o conceito de *instituições totais*, devendo-se o seu nome à forma de organização que procura suprir todas as necessidades básicas do doente, que foi afastado do seu ambiente familiar e social. Proporcionam esses cuidados a todos os doentes no mesmo ambiente estranho, com pouca consideração pelos seus interesses ou necessidades especiais. A hospitalização nestas instituições apresenta características que reconhecemos ainda hoje nas nossas organizações de saúde, e são descritas por este autor. Nomeadamente, a crença que:

- Todas as situações de doença são reversíveis, desde que devidamente diagnosticadas e realizada a intervenção técnica adequada;
- O doente só tem que assumir temporariamente o papel de doente, pois a situação é aguda e autolimitada;
- Os doentes são casos “a quem e para quem se fazem coisas”;
- A passividade do doente, que anteriormente referimos, relativamente ao médico e às normas do hospital, acelerava o processo de recuperação e a possibilidade de retomar a vida normal.

A hospitalização, independentemente do significado que cada pessoa possa atribuir à sua doença, acarreta sempre desorganização nas relações sociais, pela ruptura dos seus papéis laboral e familiar e a ansiedade provocada pelo ambiente estranho e pelo desconhecimento da doença, prognóstico ou tratamentos. Obriga o doente a uma série de interações com pessoas desconhecidas, com uma cultura e linguagem que apela à objectividade, em situações em que o sofrimento apela à emotividade e subjectividade. De acordo com Coe (1979), o hospital controla os comportamentos dos doentes ajustando-os à cultura hospitalar, ao despojar a pessoa dos seus suportes de identidade cultural e social, da sua identidade como pessoa. Acontece através do despojamento dos seus objectos pessoais, da sua roupa, do tratamento padronizado e despersonalizado (Ramos, 2004). Assim como na limitação da mobilidade, em que o doente só tem acesso a determinados espaços e necessita de autorização para sair, dar conhecimento onde se encontra, a família só está com o doente em determinado horário e espaço, previamente definido (Carapinheiro, 1998). Também se verifica, através do controle de recursos materiais, nomeadamente na utilização obrigatória da roupa do hospital, da alimentação, do horário e produtos de higiene. No

entanto, o maior controlo dos doentes deve-se sobretudo à falta de informação dada ao doente pelos profissionais de saúde (Ramos, 2004).

Os cuidados de saúde são prestados ao doente numa abordagem paternalista, na perspectiva de Le Sommer-Péré (2000), que acentua a submissão do doente e o não reconhecimento da sua capacidade de assumir e tomar decisões, no que diz respeito à sua saúde. O profissional de saúde é que decide a informação a dar, de acordo com o que considera o princípio do bem-fazer para os interesses do doente, pois este é infantilizado e considerado incompetente devido à doença, pelos profissionais de saúde. As situações de insucesso ou incumprimento do plano inicialmente previsto para a sua evolução clínica, contribuem para o doente se sentir rejeitado. Conclui a autora que neste modelo de cuidados, o diálogo entre o doente e o profissional de saúde não é valorizado.

Os factores anteriormente referenciados influenciaram profundamente a relação e a comunicação entre o profissional de saúde e o doente, remetendo este último para uma situação de doença num maior isolamento e sofrimento, apesar de estar diariamente rodeado e próximo de inúmeros profissionais (Pearson & Vaughan, 1992; Collière, 1999; Amaral, 2002; Giddens, 2004). Aprofundaremos no próximo subcapítulo as características da comunicação predominantes no modelo biomédico, que marcou de forma determinante a prática de cuidados em saúde no século XX e cuja influência se sente ainda hoje.

O terceiro momento remete-nos para a sociedade contemporânea em mudança devido à globalização. Emerge um novo individualismo que, na perspectiva de Giddens (2004), se caracteriza pela capacidade reflexiva e pró-actividade de cada pessoa na tomada de decisão, desde as escolhas mais simples, – como vestir, lazer –, até às escolhas que podem influenciar a própria vida, como os cuidados de saúde. No entanto, a interacção mundial enfraquece laços, valores e códigos sociais que anteriormente determinavam e perpetuavam comportamentos, que regiam a prática de cuidados em saúde e surgem críticas ao modelo biomédico. Nomeadamente, o poder médico na definição do que é saúde, doença e tratamento, ignorando a experiência da pessoa, os seus conhecimentos e capacidades, as suas concepções e interpretações. Questiona-se a excessiva dependência relativamente à medicina, e abrem-se horizontes a outras fontes de conhecimentos e tratamentos alternativos, como por exemplo a acupunctura e a homeopatia, resultado da rapidez e troca

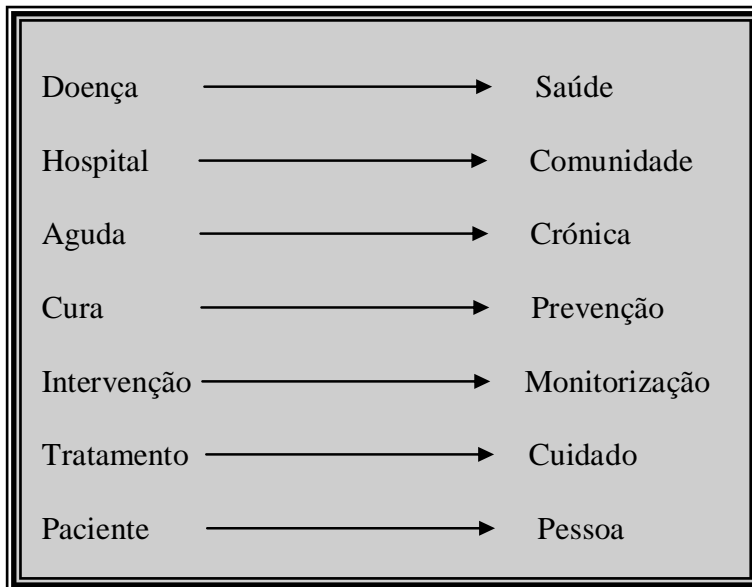
de informações possibilitadas pelas novas tecnologias. Simultaneamente, o panorama da natureza das doenças tem-se alterado, passou de doenças agudas e infecciosas para doenças crónicas não-infecciosas (cardíacas, circulatórias, diabetes, cancro) características também do envelhecimento da população, o que leva os sociólogos a considerar estarmos numa fase de transição na saúde (Giddens, 2004). Esta transformação acarreta a necessidade de uma prestação regular de cuidados de saúde durante muito tempo, confronta o médico com alterações corporais e emocionais nos doentes crónicos, que são desconhecidas para ambos, e impele-os a uma aprendizagem mútua de estratégias de adaptação à doença, quer a nível prático, quer a nível das interações pessoais.

O médico perde o “totalitarismo” do poder de decisão, começa a existir uma tendência para a centração no doente, que está em casa, habitualmente, e só recorre ao hospital em fase de agudização da doença. As instituições hospitalares burocratizadas, descritas anteriormente, tornam-se obsoletas, pois não respondem às necessidades em cuidados de saúde com a qualidade e rapidez que as pessoas esperam e às quais estão habituadas em outras áreas da sociedade. Numa sociedade em que a informação é abundante e imediata e que proporciona o acesso ao que de melhor e mais actual se faz no mundo, as pessoas criam expectativas e reivindicam flexibilidade e melhoria nos cuidados de saúde. Mas a participação activa das pessoas nas mudanças na saúde é ainda reduzida, fica normalmente limitada aos agentes profissionais e económicos (Barreto, 2002).

A relação entre o doente e o profissional de saúde pauta-se frequentemente pelo princípio da autonomia, reflectindo-se na prática de cuidados numa abordagem contratual, inerente às sociedades democráticas (Le Sommer-Péré, 2000). O doente tem direito à informação personalizada, liberdade de escolha e decisão relativamente ao seu projecto de cuidados. O profissional é pago para ser competente e resolver o problema do doente. O consentimento esclarecido e o segredo profissional são fundamentais neste modelo de cuidados. No entanto, Le Sommer- Péré (2000) considera que a igualdade que se antevê é a fragilidade da abordagem contratual, considera-a um mito. Justifica-o ao considerar a relação profissional-doente como assimétrica, pois o doente está numa situação de crise, de vulnerabilidade, em que a sua capacidade de julgamento e cooperação se altera, pois o que está em causa é o sentido da sua vida. O profissional terá maior responsabilidade no discernimento e solicitude para ajudar o doente a conceber o seu projecto de cuidados.

As (novas) necessidades de cuidados de saúde estão a permitir a revalorização de especialidades (na área de saúde comunitária) e o surgimento de profissionais que vêm questionar criticamente a tendência da hiperespecialidade e tecnicidade centrada no médico e segmentação do doente, características do modelo biomédico (Canário, 1997). Embora autores como Giddens (2004) reconheçam as mudanças e as tendências a ocorrer na saúde (ver Figura 1), ainda não se permitem falar da existência de um novo paradigma para além do biomédico: Diversos autores defendem o modelo holístico para explicitar as tendências que estão a ocorrer (Ramos, 2004; Pearson & Vaughan, 1992). O modelo holístico deve a sua designação ao grego “*holos*”, refere-se à noção de totalidade, em que o todo é mais do que a soma das partes. A pessoa é vista como um todo, em que os factores físicos, mentais, espirituais, sociais e ambientais são considerados como elementos de uma totalidade que interagem permanentemente (Armeiro, 2008).

Figura 1 - Principais tendências na saúde e medicina contemporânea



Fonte: Adaptado de Giddens (2004)

Em síntese, as mudanças na sociedade traduzem-se na evolução nos modelos de saúde que orientam as práticas de cuidados e influenciam a organização dos sistemas de saúde. A globalização é um fenómeno que se repercutiu na área da saúde, sobretudo num

movimento crítico ao modelo biomédico, que caracterizou a prática clínica nos dois últimos séculos. A transição na saúde que se está a viver impele à flexibilização das organizações de saúde, à participação activa das pessoas nas mudanças, para responder de forma mais rápida e eficaz às necessidades de cuidados que a cronicidade da doença coloca às pessoas, actualmente. O modelo holístico considera todas as dimensões constituintes da pessoa, integrando-a na definição do seu projecto de saúde. Barreto (2002) lembra, no entanto, que apesar da complexidade e dimensão dos sistemas de saúde, a questão central continua a ser a relação médico-doente, o que nos remete para a importância de desenvolver neste trabalho os modelos e os tipos de comunicação profissional de saúde/doente.

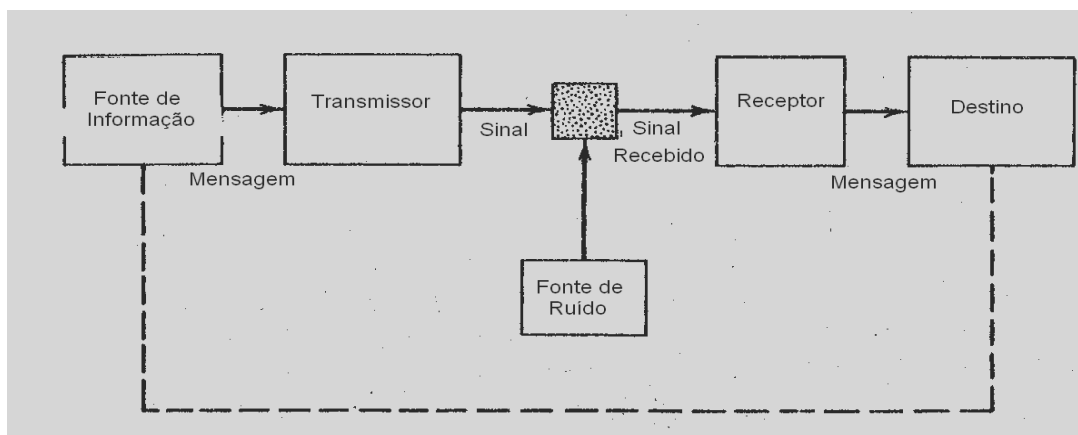
1.2. MODELOS DE COMUNICAÇÃO

Descrevemos em seguida, neste subcapítulo, os principais modelos da comunicação humana, procurando reconhecer as respectivas características predominantes nos diferentes paradigmas e modelos de saúde referidos anteriormente.

A comunicação é a mais básica e vital de todas as necessidades, depois da sobrevivência física (Ribeiro, 1993). É o fundamento da cultura e da própria vida (Hall, 1986). A naturalidade da comunicação no quotidiano dificultou o seu estudo até meados do século passado. Só em 1948 Claud Shannon, matemático e engenheiro, elaborou no âmbito da área de telecomunicações (telefone), o que designou por *teoria matemática da comunicação*. O Modelo Linear gráfico (ver Figura 2) proposto abriu possibilidades de aprofundamento para a compreensão da comunicação nas ciências humanas, ao introduzir os elementos fundamentais para a transmissão da informação como emissor: (a pessoa que emite a mensagem), receptor (a pessoa que recebe a mensagem), mensagem (informação transmitida), canal (meio pelo qual é transmitida a mensagem, como escrita, fala, gestos, telefone, internet).

A linearidade delineada neste modelo de comunicação é associada ao paradigma biomédico que caracterizou e ainda caracteriza muitas das práticas em cuidados de saúde.

Figura 2 - Modelo Linear da comunicação



Fonte: Adaptado de King (1984)

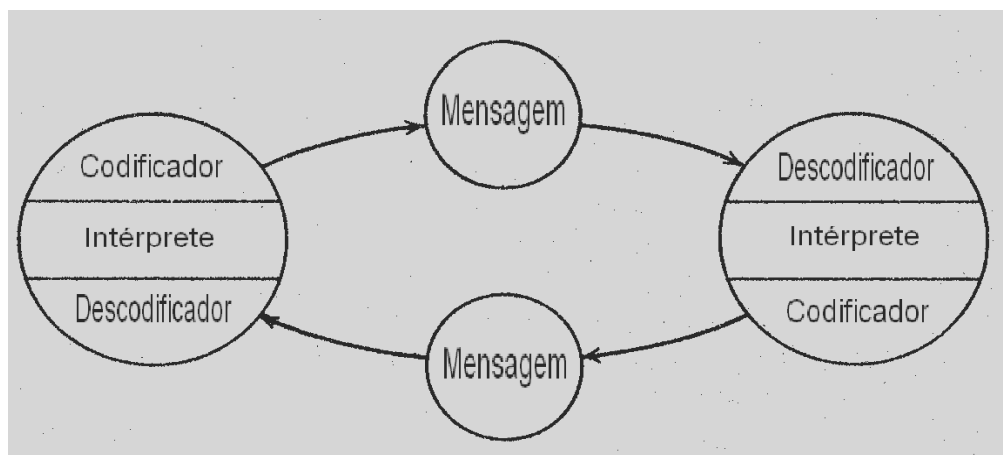
O profissional de saúde é o detentor único da informação e é sua iniciativa comunicar com o doente, que é o receptor, que tal como o nome indica, é o depositário passivo da mensagem que o emissor (profissional de saúde), decidiu transmitir. Reconhece-se o “saber” do profissional de saúde, em oposição à ignorância, que se pressupõe, do doente. Não se espera que o doente questione o poder, nem a informação dada pelos técnicos de saúde, apenas que adira às decisões tomadas relativamente à sua saúde. Em vez de comunicar-se, diz Freire (1972), o profissional faz comunicados. Mesmo que estejam próximos fisicamente, doente e profissional de saúde, a comunicação estabelecida impõe uma distância, que remete o doente para viver a subjectividade da doença em grande solidão. E quando a pessoa se sente impedida de interagir, qualquer que seja o motivo, e se descobre incapaz de usar as suas capacidades, sofre (Freire, 1972). O sofrimento das pessoas coloca em relevo as fragilidades de um modelo de saúde e de comunicação, que trouxe avanços científicos que contribuíram para um aumento da esperança de vida e diminuição da taxa de mortalidade, contudo também ocasionou insatisfação na área da saúde, tanto nos doentes como nos profissionais (Ramos, 2007; Amaral, 2002).

Na procura de modelos mais próximos de comunicação humana, os investigadores integraram conhecimentos de diferentes disciplinas, como a termodinâmica e a cibernética, que trouxeram as noções de retro-alimentação e sistema aberto para a comunicação, através da teoria geral dos sistemas e da teoria cibernética. (Leclerc, 1999; Freixo, 2006). Wilbur

Schramm propôs o Modelo Circular da comunicação (ver Figura 3). O referido modelo apresenta a comunicação como um processo em que ambas as pessoas são emissoras e receptoras da mensagem, em que está constantemente sujeita à interpretação de quem a recebe, ou seja, mensagens iguais podem ter significados diferentes para ambas as pessoas (King, 1984).

Integra os factores psicológicos como inerentes à interacção humana. Numa perspectiva académica, podemos aproximar este modelo ao modelo biopsicossocial da saúde. A comunicação entre técnico de saúde e doente procura realizar-se no contexto de uma relação, em que o técnico tem em conta as diferentes variáveis biológicas, psicológicas e sociais que influenciam a pessoa na sua doença. Procura-se um envolvimento da pessoa, pois percebe-se que a sua interpretação dos acontecimentos influencia a comunicação e, portanto, o desenrolar do processo cura (Amaral, 2002). No entanto, o modelo biopsocossocial não descola, na sua essência, do paradigma biomédico, pois o técnico de saúde comunica e utiliza os seus conhecimentos para influenciar o doente a adoptar, a aderir às informações e orientações dadas, de acordo com o que é considerado adequado para a sua recuperação e saúde.

Figura 3 - Modelo Circular da comunicação

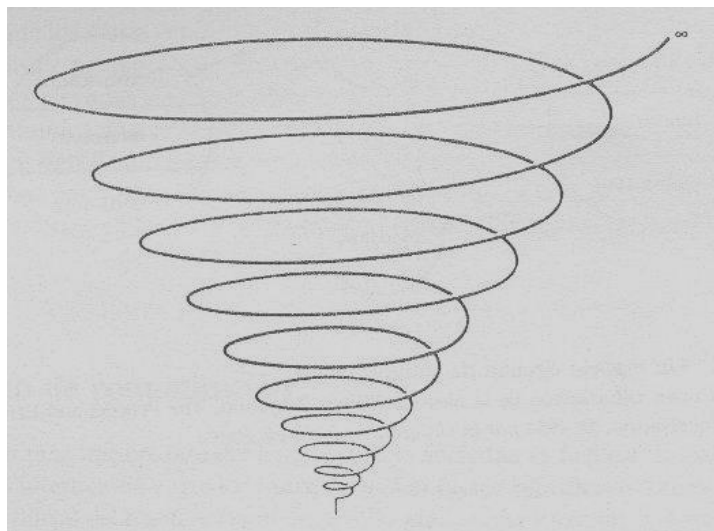


Fonte: Adaptado de King (1984)

O Modelo da Espiral de Dance citado por King (1984) assume que também as experiências passadas influenciam o processo comunicacional, transformando-o num

sistema aberto, dinâmico, irreversível e imprevisível, uma vez que tende para o infinito (ver Figura 4).

Figura 4 - Modelo Espiral da comunicação



Fonte: King (1984)

Stewart, citado por King (1984), definiu princípios que apresentam a interacção entre duas pessoas, como um modelo de comunicação complexo, pois é um processo circular, não é linear. Refere ainda que a comunicação é complexa e intervêm nela seis pessoas:

1. A pessoa que pensa que és;
2. A pessoa que o interlocutor pensa que és;
3. A pessoa que crês que o teu interlocutor pensa que és;
4. A pessoa que o interlocutor pensa que é;
5. A pessoa que crês que o teu interlocutor é;
6. A pessoa que o interlocutor crê que tu pensas que ele é.

A comunicação torna-se assim irreversível e não repetível. Implica a pessoa na sua totalidade.

Nos princípios anteriores está implícito o conceito de percepção, que influencia as interacções humanas. Percepção é o processo de selecção, interpretação, organização e transformação da informação resultante de estímulos sensoriais e da memória (King, 1984;

Ramos, 2004). A percepção é universal, mas, simultaneamente, pessoal e subjectiva. A cultura, o espaço, o tempo, a integridade ou não do organismo e o contexto influenciam a forma como as pessoas percebem os outros, os objectos e meio ambiente, sobre o qual vão elaborar informação sobre o mundo (King, 1984). A forma como tudo se percepçiona influencia a conduta humana.

Ramos (2004) enquadra e relaciona a comunicação com o contexto onde ocorre, integrando-o em determinada cultura, sendo, portanto, um conceito integrador. Define a comunicação como:

“...um processo bidireccional, contínuo, dinâmico, interactivo, irreversível, que se produz num determinado contexto físico e social influenciando o comportamento (...) estando cada acto de transmissão de uma mensagem integrado numa matriz cultural, num conjunto de códigos e de regras que tornam possíveis e mantêm as relações ente os membros de uma mesma cultura ou sub-cultura.”
(p.297)

King (1984) considera ainda que para além da *comunicação interpessoal*, definida como a que se estabelece entre as pessoas, pode ser verbal (a palavra falada, sons, grito, choro) e não verbal (gestos, tacto, a palavra escrita), existe outro tipo de comunicação que denominou de *comunicação intrapessoal*, e que ambas são interdependentes.

Na *comunicação intrapessoal* inclui-se a informação genética acerca de processos como a troca de substâncias químicas entre as células, a sua reprodução, as hormonas que controlam o desenvolvimento e homeostase do organismo humano. Destaca-se também o sistema nervoso que regula e influencia a comunicação interna e externa da pessoa, em que qualquer alteração no funcionamento interno pode intervir na função social, ao enviar mensagens de dor, perturbações de pensamento, hipertermia, hipertensão. Esta comunicação na qual o nosso controlo é habitualmente reduzido, tem uma função essencial na comunicação não verbal, que adiante desenvolveremos.

Importa ainda salientar, que para Giddens (2004) existem dois tipos de interacção humana. A interacção humana mais frequente é a realizada face-a-face, a chamada *interacção directa*, em que as pessoas interagem em presença. Com a globalização e o desenvolvimento de novas tecnologias na comunicação, são cada vez mais frequentes as *interacções indirectas*, ou seja, acontecem quando as pessoas interagem à distância. O

nosso quotidiano está povoado de interacções indirectas e que têm vindo a ocorrer com progressivo aumento também na área da saúde, nomeadamente através do telefone, internet, vídeo.

Em resumo, os modelos de comunicação apresentados revelam a complexidade envolvida na interacção humana. Se a comunicação em saúde tradicionalmente linear do paradigma biomédico, presencial, - pois o doente está internado no hospital -, coloca dificuldades a ambos os intervenientes, a globalização na área da saúde coloca (novas) dificuldades, ao acrescentar a distância entre o doente/profissional de saúde. Assim, antes de aprofundar as interacções indirectas em saúde, importa compreender o que torna a comunicação doente/ profissional de saúde um processo tão complexo, o que nos remete para o próximo subcapítulo.

1.3. COMUNICAÇÃO DOENTE/PROFISSIONAL DE SAÚDE

Neste subcapítulo apresentamos as principais características presentes na comunicação em contexto de saúde, assim como os princípios e os principais obstáculos à comunicação entre o doente/profissional de saúde.

A comunicação em contexto de saúde acrescenta à interacção doente/profissional de saúde, uma característica que a diferencia de muitas das interacções, que é a problemática do sofrimento inerente à cronicidade da doença. Outra característica da interacção entre doente/profissional de saúde é a diferente percepção relativamente ao processo saúde/doença, que advém das diferentes culturas onde se inserem (Ramos, 2008). Assim, as interacções entre os doentes e profissionais de saúde ocorrem em contexto organizacional, mesmo que sejam interacções directas, em casa do doente, ou interacções indirectas, via telefone, por exemplo. O hospital tem uma cultura própria, hierarquizada, tecnológica, à qual a maioria dos doentes não está habituada (Ramos, 2007).

Saber comunicar é uma competência fundamental e um parâmetro essencial na função de cuidar, refere Nadot (2003). Para este autor, a prática é uma acção humana controlada e guiada por elementos simbólicos, compreendidos num sistema cultural (conhecimentos, valores, ideologia), que dá o sentido da acção, aos cuidados. Afirma que, os enfermeiros ocupam um lugar estratégico no sistema de saúde, pois a complexidade da prática exige, desde a comunicação interpessoal no acto de cuidar, até à gestão da informação, para fazer convergir actividades de diversos actores, equipas e serviços. O enfermeiro é como um intermediário cultural nos cuidados, que desenvolve a sua actividade no seio de um espaço-tempo singular.

A actividade da enfermagem desenrola-se simultaneamente entre três sistemas culturais hierarquizados, que não estão em sinergia, a saber: a hierarquia institucional e administrativa (a exiguidade de espaço, a insuficiência de pessoal, a tecnologia à disposição, o acesso aos cuidados de saúde especializados), a hierarquia médica (equipa médica, os actos médicos delegados, a comunicação entre médico e doente, a patologia dos doentes, os avanços tecnológicos), a pluralidade cultural e social trazida pelas pessoas cuidadas e respectivos familiares (meio socioeconómico, idade, sexo, expectativas quanto saúde, migrantes), bem como a dos próprios enfermeiros cuidadores (filosofia de cuidar, colaboração e gestão dos fluxos de informação, gestão de stress). O enfermeiro encontra-se «entre» o cuidado e a pessoa, a pessoa e os outros (familiares, médicos, doentes, outros profissionais da saúde, administrativos), a mediação entre o corpo, o tempo e espaço, mediação entre o sentido dado às contradições do presente, mediação entre a vida social, entre o mundo natural e o sagrado (sentido da vida, da morte, do sofrimento).

Estar «entre» é estar no coração das contradições e enfrentar as lacunas da organização através de uma prática informacional, que recorre à comunicação para realizar/gerar um fluxo informativo, às interacções e à comunicação escrita. Pois, no processo de cuidados em saúde, é essencial o acesso e a comunicação da informação, para resolver problemas, transmitir saberes e debater em conjunto (Nadot, 2003).

Benner (2001) explicita a acção do enfermeiro, como mediador psicológico e cultural, na compreensão dos doentes, através da aprendizagem dos significados que o processo de doença tem para eles, a linguagem que utilizam, os sentimentos por detrás dos

comportamentos. É deixar que os doentes ensinem aos técnicos o que significa viver com determinada doença.

A gestão da informação é uma actividade que exige um esforço mental e emocional, pois realiza-se de maneira sequencial, frequentemente durante “correrias”, no barulho, na simultaneidade, na incerteza, na imprecisão, na impotência e no questionamento. Consiste em perceber, triar, elaborar, hierarquizar, organizar, armazenar, recuperar e rerepresentar a informação, em vista de transformar a informação em actos e/ou palavras. Requer competências de transmissão linguísticas e culturais para que o sentido da mensagem esteja consoante as referências e reportório dos destinatários (Auderset & Nadot-Ghanem, 2003).

A interacção entre o profissional de saúde e a pessoa doente pressupõe um processo relacional, que cada um dos intervenientes realiza a partir das significações que atribuem à comunicação verbal e não verbal, sendo influenciadas pela cultura, onde estão inseridos (Ramos, 2004).

Os sistemas culturais do doente e do técnico de saúde são por sua vez determinantes na percepção no decorrer da interacção, como referido anteriormente.

A percepção é a base para obter e interpretar a informação de uma comunicação, que no contexto de cuidados de saúde, se pretende de ajuda para a pessoa em sofrimento. A percepção do doente pode estar distorcida por estados emocionais como o medo, stress, a dor, por fármacos, o álcool, bem como pelo excesso ou privação de estimulação sensorial, por exemplo, a surdez ou a cegueira, uso de mecanismos de defesa e factores de personalidade. Também ambientes ou relações espaço-tempo pouco familiares podem influenciar a percepção, e alterar comportamentos. Muitos destes factores estão presentes nas situações de doença e de hospitalização e, conforme afirma King (1984), reportando-se a um estudo realizado por Whiting, a percepção da necessidade de cuidados das enfermeiras e a necessidade de cuidados dos doentes eram diferentes. Esta dicotomia está presente nomeadamente na percepção da dor, em que os doentes apresentam intensidade de dor superior à que é percebida pelas enfermeiras (Price & Ckeek, 1996), o que provoca um inadequado controlo da dor, e perpetua o sofrimento do doente.

Os estereótipos e preconceitos também influenciam a percepção, o que provoca uma distorção da realidade e uma desvalorização dos cuidados que as pessoas precisam. Resultam da categorização espontânea da informação recebida, numa tentativa de controlo do meio ambiente, mas conduzem à simplificação, generalização e rigidez (Ramos, 2004). Verificam-se preconceitos na prática de cuidados por parte dos profissionais relativamente por exemplo, aos idosos, referindo-os como dependentes, grandes consumidores de cuidados de saúde, queixosos, pobres, deprimidos, renitentes à mudança, e focalizados na morte (Lopes, 2003); ou os doentes difíceis, que são os reivindicativos; bem como os que estão sempre a solicitar a atenção dos profissionais de saúde, os doentes apelativos (Amaral, 2002). Também, se verificam preconceitos em relação à avaliação e tratamento da dor do doente, por exemplo, o medo de administrar opióides (chamado “mito da morfina”), pressupor que a determinados procedimentos ou cirurgias corresponde uma dor ou que para ter dor é necessária a presença de uma lesão (Walsh, 1989). A tendência espontânea para criação de estereótipos é a responsável pelo impacto das primeiras impressões, relativamente às pessoas em interacção e influencia a comunicação, sendo muito difícil modificar esta primeira imagem (Phaneuf, 2005).

1.3.1. Princípios da comunicação doente/profissional de saúde

Rego (1999) importou alguns dos contributos da investigação da comunicação na área do marketing, que designou por leis da comunicação, e que se mostram significativos para a compreensão dos factores que influenciam a comunicação interpessoal, nomeadamente doente/profissional de saúde, inserida num contexto organizacional, nomeadamente: lei do emissor, da congruência, receptor, repetição, simplificação, distorção, efeito boomerang, efeitos do diferencial de percepções e o *feed-back*, que desenvolvemos de seguida.

A investigação realizada tem confirmado os princípios mencionados, tanto nas interacções directas como indirectas entre doente e o profissional de saúde. Iniciamos a apresentação das leis da comunicação, com a *lei do emissor*.

A *lei do emissor* realça que o impacto da mensagem é maior quando é reconhecida a importância, status ou a competência do emissor. No contexto de saúde, o reconhecimento da competência do profissional de saúde por parte do doente, permite a confiança e favorece uma relação de proximidade, que autoriza os cuidados e a partilha emocional (Lopes, 2006). Phaneuf (2005) apresenta esta influência como uma responsabilidade para o enfermeiro, em ajudar a pessoa que necessita dos seus cuidados, sustentada pela confidencialidade, partilha de objectivos, abertura às percepções da outra pessoa e a manter-se realista quanto às possibilidades de mudança e aos limites de cada um dos envolvidos na relação. No entanto, pode acontecer que a avaliação que é feita em relação ao emissor, estereótipos do doente ou do profissional de saúde, vá influenciar a interpretação da mensagem, nomeadamente na desvalorização dos sintomas do doente (Lopes, 2003).

Neste sentido, surge a *lei da congruência*, em que a eficácia da mensagem é maior se existir coerência entre esta e o emissor. Para Rogers (1985), na relação com o doente é necessário que o profissional de saúde seja uma pessoa unificada, ou seja, que está consciente do que está a experimentar num determinado momento da relação, pelo que os seus sentimentos mais profundos se revelam através daquilo que está a dizer. Pressupõe-se que ele aceita os seus sentimentos imediatos e as suas reacções, que tem deles consciência quando ocorrem e se modificam. Existe uma congruência entre as palavras e as comunicações, o que possibilita a relação de confiança entre o doente e o profissional de saúde. Phaneuf (2005) fala em autenticidade. É a base de uma intervenção utilizada na prática clínica, designada por solicitação testemunhal, em que se solicita a um doente num estadio mais avançado da doença ou tratamento, que dê o seu testemunho perante outro a vivenciar determinada dificuldade, que o primeiro ultrapassou de forma positiva (Lopes, 2006). A emoção influencia o modo de comunicar, assim como a interpretação que os outros conferem à mensagem. O entusiasmo e optimismo tornam a mensagem mais eficaz.

A interacção entre o profissional de saúde, nomeadamente enfermeiro, e doente desenrola-se na sua maioria em contexto físicos onde estão mais pessoas e no qual interagem doentes, familiares, auxiliares de acção médica, enfermeiros, médicos, interacções essas que exigem do enfermeiro atenção, pois necessita de dar respostas

adequadas às solicitações e simultaneamente desempenhar actividades de rigor técnico. A complexidade desta “trama relacional” é descrita por Lopes (2006), relativamente a uma sala de quimioterapia, mas facilmente reconhecemos similaridades com outros contextos de práticas de cuidados. Verificamos a *lei dos receptores*, que nos diz que um maior número de receptores e a sua heterogeneidade dificulta a comunicação, pois existe mais dificuldade do emissor estar atento aos sinais verbais e não verbais de vários receptores e em adaptar a mensagem às características dos diferentes receptores. Por outro lado, o receptor tem uma capacidade de percepção cinco vezes superior à do emissor, pelo que pode abstrair-se da mensagem proferida pelo emissor. Para controlar esta diferença, a mensagem do profissional de saúde precisa de fazer-se acompanhar de dados adicionais para captar a atenção do doente.

O *efeito diferencial* de percepções é minimizado, quando o doente sente que é escutado com atenção pelo profissional de saúde. Silverman, Kurtz e Draper (1999) explicita as habilidades do profissional de saúde de uma escuta activa durante a interacção, como: esperar pela resposta do doente, respeitar o seu tempo, facilitar as respostas, oferecer “deixas” verbais ou não verbais de encorajamento, prevenir-se da tomada de decisões prematuras, não pensar na próxima questão, para poder escutar a história do doente que fala da sua doença e sofrimento. Frequentemente, os doentes partilham com os profissionais de saúde o que não podem dizer à família com receio de os magoar (Lopes, 2006). A centração no doente demonstrada pelo médico numa consulta mais prolongada resulta na maior satisfação do doente (Flocke, Miller & Crabtree, 2002). Assim como o recurso ao humor e a facilitação da participação dos doentes (Levinson, Rotter, Mullooly, Dull & Frankel, 1997).

A *lei da repetição* alerta para a necessidade de repetir várias vezes a informação, as que forem necessárias à compreensão do doente, pois facilita a adesão às propostas terapêuticas, com o suporte criterioso de literatura escrita (Lopes, 2006). Advém ainda o facto dos doentes no hospital recordarem apenas 47 a 57% da informação transmitida em consultas (Ley citado por Amaral, 2002). A disponibilização de circuitos de comunicação flexíveis entre profissionais de saúde e doentes, nomeadamente através de linhas

telefónicas, torna-se relevante para doentes e famílias com doenças crónicas, em que o sofrimento acarretou alterações psíquicas e cognitivas, e portanto necessitam que as orientações sejam reforçadas.

A compreensão da mensagem e a sua memorização é facilitada pela simplificação da informação, *a lei da simplificação*. Lopes (2006) fala da adequação da linguagem como uma das técnicas mais usadas pelas enfermeiras, quando da comunicação com os doentes. O processo de descodificação da informação tem em conta o conhecimento prévio do doente, adequando aos elementos de natureza cognitiva e cultural aos estadios de aceitação da doença (Lopes, 2006). Collière (1999) refere a necessidade de reaprender as linguagens utilizadas pelas pessoas no quotidiano, porque a linguagem profissional perdeu as referências simbólicas que dão sentido ao que as pessoas exprimem. Refere ainda que são as pessoas e os seus familiares que dão o fio condutor, o sentido das informações a partilhar com quem cuida, tendo os profissionais de saúde a necessidade de compreender, criar laços entre as informações, de forma a utilizá-las para identificar os problemas e ajudar os doentes e famílias naquilo que realmente precisam em cuidados de saúde.

Acautelam deste modo o *efeito boomerang*, ou seja, a rejeição ou desconsideração da mensagem que não agrada, não tem significado, ou entra em dissonância com as concepções que já firmámos. Ouvimos o que queremos ouvir (Rego, 1999). Os profissionais de saúde, porque já não compreendem o conteúdo e o sentido da informação dada pelas pessoas e só assimilam o que cabe nas categorias pré-definidas das doenças, e os doentes não entendem o jargão científico, desconhecem conceitos anatómicos e reagem à aparente indiferença com que lhes são comunicadas informações que lhes vão mudar a vida: diagnósticos, prognósticos, cirurgias e tratamentos mutilantes. Existem pessoas que procuram informação para se prepararem melhor para a situação, outros, pelo contrário, evitam qualquer informação relevante pois é geradora de maior stress (Amaral, 2002 citando Miller & Mangan).

A mensagem sofre alterações à medida que é retransmitida de pessoa para pessoa, ou o espaço temporal é mais alargado, diz-nos a *lei da distorção*. Os *efeitos diferenciais da*

ordem das mensagens remetem-nos para a utilidade de coordenar os dois efeitos, o efeito da recenticidade, em que a pessoa (receptor) tende a reter a última mensagem, e o efeito aparentemente contraditório do efeito da prioridade, em que a mensagem retida mais facilmente é a emitida em primeiro lugar. Assim, na prática de comunicação, apresentam-se as mensagens importantes no início e repetem-se no fim, para garantir a sua apreensão (Amaral, 2002).

Finalmente a última lei da comunicação, o *feedback*, que é o retorno da mensagem emitida. Permite clarificar o problema, esclarecer dúvidas, dá segurança ao emissor de que a mensagem foi recebida e ao receptor a segurança da avaliação (Dinarés, 2006).

Apresentámos alguns princípios designados por *leis*, que facilitam a comunicação doente/profissional de saúde, o que contribui para o estabelecimento de uma boa relação interpessoal, troca de informações clínicas e ainda a tomada de decisão clínica. Resulta numa maior satisfação do doente, adesão ao tratamento e recordação e compreensão da informação dada pelo profissional de saúde (Ong, Haes, Hoos & Lammes, 1995). Contudo, os contextos de saúde caracterizam-se pela sua complexidade e incluem alguns obstáculos, que dificultam a comunicação entre o doente/profissional de saúde, que mencionamos de seguida.

1.3.2. Dificuldades na comunicação doente/profissional de saúde

Apresentamos algumas das dificuldades na comunicação entre o doente e o profissional de saúde, no que diz respeito à comunicação verbal e não verbal.

Na comunicação verbal, a língua é um elemento essencial para a transmissão cultural dos valores, normas e crenças, relativamente ao processo saúde-doença, de interagir e de pensar com as outras pessoas (Ramos, 2004). Hall (1986) refere que mesmo em culturas aparentemente semelhantes existem diferenças implícitas, na estruturação do tempo, espaço, objectos e relações humanas, que afectam e estão na origem de dificuldades na comunicação.

Com a globalização crescem as interações com pessoas de culturas diferentes e as dificuldades resultantes do preconceito que o migrante desconhece a língua, pelo que lhe é dada pouca informação, não são solicitados tradutores, remetendo a pessoa à solidão, ansiedade e angústia acerca da sua saúde, num ambiente igualmente hostil e estranho que é o hospital (Ramos, 2004).

A linguagem técnica, o jargão científico, é um obstáculo na comunicação entre o doente e os profissionais de saúde; por exemplo, a utilização de uma escala para avaliar a dor pode continuar a ser estranha para alguns doentes, mesmo depois de explicada (Martins & Travanca, 2003).

Outra das dificuldades advém do excesso de informação, que pode ocorrer quando alguém fala muito depressa, ou quando a quantidade de informação é muito pormenorizada, o que pode levar a impedimentos no seu processamento (Rego, 1999). Ou então a escassez de informação por parte dos profissionais de saúde, em relação a diagnóstico, tratamento e/ou prognóstico, que é frequentemente referida pelos doentes e familiares (Ramos, 2008). No estudo realizado por Detmar, Muller, Wever, Schonagel e Aaronson (2001), em relação à comunicação do médico com doentes em cuidados paliativos, verificou-se que 20 a 54% dos doentes apresentavam problemas significativos em inúmeros domínios da sua qualidade de vida, para os quais os médicos não dedicaram tempo a discuti-los com os doentes.

Relativamente à comunicação não verbal, Querido, Salazar e Neto (2006) referem que a maior parte da comunicação faz-se através do componente não verbal, facto que o profissional de saúde terá em conta na interação com o doente. O ser muito efusivo ou abrupto interfere na comunicação com o doente. Bem como os sinais que pode emitir, como evitar o olhar, acenar com a cabeça, podem ser interpretados pelo doente como descrédito em relação à capacidade do doente para lidar com a situação. As emoções que dominam o doente e o profissional de saúde - medo, raiva, felicidade, alegria, excitação, angústia - acabam por influenciar o processo comunicacional. Existem etapas da vida do doente, nomeadamente o fim de vida, em que os problemas de comunicação entre o profissional de saúde e o doente têm repercussões negativas na sua qualidade de vida.

Carpenito (1997) alerta para a necessidade de controlar barreiras que estão sempre presentes na interacção doente/profissional de saúde. Considera-as como ruído, pois dispersam a atenção de ambos os intervenientes. A importância do seu controlo possibilita a escuta activa, essencial na interacção em contexto de saúde. Nomeadamente, a aparência, o vestuário, o sotaque do doente pode dispersar a atenção do profissional de saúde. A falta de privacidade, obstáculos físicos como mobiliário (secretária, equipamentos, espaço), a existência de várias pessoas a fazerem comentários ou interrupções pode influenciar a interacção entre técnico de saúde e doente. A pressa, a ansiedade, a dor são outras das barreiras presentes e que podem dificultar a escuta activa, e que facilmente reconhecemos nos contextos de saúde.

Outra dificuldade na comunicação é a distância física. A proximidade facilita a comunicação face-a-face, permite validar a informação através do *feed-back* imediato e facilita a rectificação. A distância introduz ruído, e aumenta a possibilidade de distorções da mensagem (Rego, 1999).

O receio da quebra da confidencialidade e a percepção do papel da família são factores que dificultam a abertura a uma comunicação entre profissional de saúde, doente e família (Phaneuf, 2005).

Constatamos, através do que foi apresentado ao longo deste subcapítulo, que a comunicação entre o doente/profissional de saúde é um processo comunicacional que se desenrola em situações de grande sofrimento e em contexto organizacional. A problemática cultural introduz na comunicação em contexto de saúde uma maior complexidade, pela diversidade cultural entre o doente e o profissional de saúde. A enfermeira intervém no processo comunicacional como intermediária cultural entre o doente e a cultura hospitalar. Para a comunicação ser sentida como eficaz pelos doentes e profissionais terá que alicerçar-se nos princípios e acautelar as dificuldades atrás descritas, que estão presentes na comunicação em contexto de saúde.

1.4. AS TELECOMUNICAÇÕES EM CONTEXTO SAÚDE

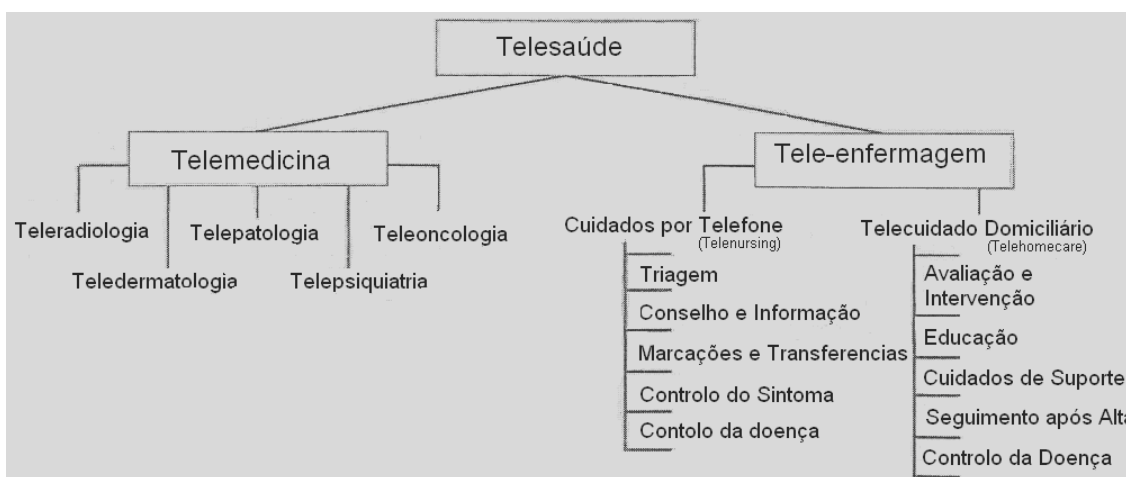
A comunicação presencial entre o doente e os profissionais de saúde reveste-se de diversos elementos, referidos anteriormente, que a tornam um processo complexo. Neste subcapítulo abordamos as implicações da comunicação à distância entre o doente/família e o profissional de saúde e os desafios que advêm da utilização de telecomunicações em contexto de saúde. Tendo em conta o objecto de estudo, o enfoque é na comunicação telefónica.

Até há algumas décadas, os médicos eram os principais utilizadores da tecnologia das telecomunicações para providenciar informações e serviços médicos, sendo designada esta actividade por telemedicina (Zundel, 1996). A Organização Mundial de Saúde reconheceu a utilização da telemedicina na sua estratégia de saúde para o século XXI, alertando para as potencialidades da utilização das telecomunicações na saúde (Ortiz, 2003).

Actualmente, acompanhando as diferentes abordagens em modelos de cuidados em saúde e as novas necessidades em cuidados de saúde, a que nos referimos anteriormente, a utilização das telecomunicações alargou-se para outras áreas médicas -anestesia, dermatologia, cardiologia, psiquiatria, radiologia, cuidados intensivos, oncologia-, mas sobretudo para outras profissões na saúde, como a enfermagem. A sua actuação nesta área é frequentemente denominada, por tele-enfermagem (*telenursing*), definida como a prática de enfermagem à distância, utilizando a tecnologia das telecomunicações, segundo *The Nacional Council of State Boards of Nursing* (1997). Permite assim, intervir à distância, em áreas tão diversificadas como monitorização do doente em casa, cuidados domiciliários, cuidados aos idosos em casa ou em instituições, e também na formação dos profissionais e na educação do doente/família (Wakefield, Flanagan & Specht, 2001).

A telemedicina e a tele-enfermagem englobam-se numa área mais ampla designada por telesaúde. Na Figura 5 apresentamos esquematicamente a relação da tele-enfermagem com a telesaúde.

Figura 5 - Terminologia em telesaúde e sua relação com a tele-enfermagem



Fonte: Adaptado de Greenberg (2000)

O desenvolvimento nas últimas décadas na utilização das telecomunicações como meio de prestar cuidados de saúde, deve-se sobretudo aos benefícios que doentes, famílias, profissionais de saúde e administrações de organizações de saúde reconhecem.

Os estudos realizados apontam benefícios para os doentes e familiares, para a utilização das telecomunicações na prestação de cuidados de saúde. Hagan, Morin e Lépine (2000), num estudo realizado a 4.696 utilizadores de uma linha de atendimento de saúde pública no Canadá, verificaram que os principais benefícios referidos foram a rapidez de acesso, a informação sobre os problemas de saúde e respectivas soluções e o evitar deslocações.

Gardner et al. (2001) salientam que o uso de tecnologia (vídeo interactivo), permitiu ultrapassar barreiras geográficas e ter acesso a enfermeiras peritas, no aconselhamento de cuidados a doentes com úlceras crónicas dos membros inferiores.

Os mesmos benefícios foram sentidos por doentes com ostomias num estudo realizado por Bohnenkamp, Lopez e Blackett (2004). Após a alta do hospital, 28 doentes foram divididos em dois grupos: um grupo recebia a visita da enfermeira da comunidade, o

outro grupo, para além da visita da enfermeira da comunidade, tinham a possibilidade de comunicar por telefone com a enfermeira estomoterapeuta, que os acompanhou no hospital. Este último grupo mostrou-se mais satisfeito por ter a possibilidade de esclarecer dúvidas e sentir apoio da enfermeira que consideravam perita.

Marcin et al. (2005) demonstraram no seu estudo de análise retrospectiva de 223 processos individuais de doentes de fisiatria, endocrinologia e dermatologia, que tinham sido observados por médicos de clínica geral em primeiro lugar, e que posteriormente foram consultados por médicos especialistas por telemedicina, que tal facto permitiu uma mudança precoce de diagnóstico (48%), e de tratamento (81,6%), com conseqüente melhoria clínica em 60,1% dos doentes.

Os doentes referem a importância da disponibilidade dos enfermeiros, disponibilidade do serviço de atendimento telefónico 24 horas, em especial à noite, na redução da ansiedade, a competência e a gentileza (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. Referem a linha telefónica como um meio não dispendioso, que é como que uma ponte no espaço, entre o hospital e a casa do doente. Salientam ainda, que o contacto telefónico ajuda a diminuir as deslocações ao hospital.

Não só os doentes reconhecem os benefícios da telesaúde. Também os profissionais de saúde reconhecem a potencialidade existente nesta área de intervenção para os doentes e familiares, mas também para a sua satisfação profissional.

Num inquérito realizado *online*, em 2004, a 719 enfermeiros de 39 países a trabalhar em tele-enfermagem, os enfermeiros referem uma grande satisfação em trabalhar nesta área. Apontam como factores principais de satisfação profissional, a autonomia na interacção telefónica, o status profissional, o pagamento e as políticas organizacionais (Schlacta-Fairchild & Grady, 2006). Reconhecem a importância da certificação de competências nesta área de cuidados, mas a maioria não a tem.

Relativamente aos doentes, 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 o tempo de enfermagem (Schlacta-Fairchild & Grady, 2006).

Reconhecem na utilização do telefone, a necessidade de aperfeiçoamento de aptidões, nomeadamente a capacidade de extrair a informação fornecida pelo utente, de comunicação com uma abordagem atenciosa, de escuta, a competência (conhecimentos e confiança), e ainda como essencial a formação no atendimento telefónico (Dale citado por Rice, 2004). Revela-se o potencial formativo e a colaboração entre profissionais em diferentes locais, minimizando diferenças de localização geográfica e a falta de recursos humanos (Rice, 2004).

Para as organizações a telemedicina constitui uma oportunidade de mudança e inovação (Titler, 2006). Na perspectiva de Ortiz (2003) é uma ferramenta essencial para flexibilizar hábitos de trabalho na organização, de forma a integrar todos os momentos, meios, lugares e profissionais num único processo assistencial, para responder ao problema de saúde da pessoa, e garantir a continuidade dos cuidados. Como ganhos refere a diminuição do número de consultas e, conseqüentemente, uma melhor rentabilização dos recursos de um serviço de consulta de um centro hospitalar, diminuindo a lista de espera para as consultas. A optimização dos recursos disponíveis permite um melhor controlo ao longo do processo assistencial, logo, dos custos (Rice, 2004).

A partilha de informações entre os profissionais é de acesso rápido, eficiente e com respostas adequadas às questões e aos problemas colocadas pelas pessoas (Zundel, 1996) e à formação dos próprios profissionais. Deste modo, poder-se-ão evitar transferências de doentes para outros hospitais, longe da área de residência do doente.

Apesar dos benefícios reconhecidos por doentes, profissionais e organizações, a comunicação doente/profissional de saúde através de tecnologias de informação não é isenta de limitações e dificuldades, para ambos os intervenientes, que apresentamos de seguida.

De acordo com os autores existem três categorias de barreiras à utilização das novas tecnologias da comunicação em saúde para os técnicos de saúde: comportamental, legislativa e tecnológica (Peck, 2005).

Na primeira categoria estão os factores humanos, como a resistência por parte dos enfermeiros de estarem a “delegar” trabalho em máquinas, porque historicamente o cuidado de enfermagem baseia-se na interacção face-a-face, em que enfermeiro e doente estão fisicamente próximos (Peck, 2005). 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 & Kee, 1999; Schlacta-Fairchild & 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 et al., 2001; Schlacta-Fairchild & Grady, 2006).

A nível legislativo, ressalta a indispensabilidade de existir um quadro legal que regule o exercício da actividade, no que diz respeito a quem a exerce e a formação que necessita (Peck, 2005).

Por último, na terceira categoria de barreiras estão aquelas que advêm da própria tecnologia, como a necessidade de infra-estruturas que suportem o equipamento, desde a aquisição, à instalação, manutenção e actualização do mesmo (Wakefield et al., 2001). Pressupõe o desenvolvimento de registos de saúde electrónicos e normas de recolha de dados, que possibilitem a partilha de dados do doente entre a equipa de saúde de forma a assegurar a continuidade de cuidados, garantindo a confidencialidade (Peck, 2005). Os utilizadores têm de estar familiarizados com o equipamento e o seu funcionamento, e existir equipas que garantam e esclareçam as dúvidas colocadas pelos profissionais de saúde (Wakefield et al., 2001). As imprecisões ou falta de definição no som ou imagem, podem interferir na percepção dos profissionais de saúde e influenciar o diagnóstico realizado (Wakefield et al., 2001; Gardner et al., 2001).

Os doentes e familiares também reconhecem algumas dificuldades como a garantia da confidencialidade e a comunicação à distância, em interacção não presencial (Rice, 2004; Hagan et al., 2000). A ansiedade no uso da tecnologia é um elemento apontado por

técnicos de saúde, como já referimos, e simultaneamente por doentes e familiares (Hagan et al., 2000; Bohnenkamp et al., 2004).

Diversos autores alertam para as dificuldades que algumas pessoas têm no manuseamento do equipamento, quer seja por falta de informação, quer seja por idosos e pessoas com incapacidades motoras (pessoas com deformações nas mãos derivadas de artrite avançada), sensitivas (surdez, hipoacúsia, cegueira), ou cognitivas (confusão), em que um telefonema se torna uma tarefa praticamente impossível, se o equipamento não for adequado às suas necessidades (Collins, 1994; Martin, 1994).

As dificuldades monetárias são outro dos factores que impede a utilização de equipamentos como o telefone, particularmente nas situações de vida mais precárias (Collins, 1994). As dificuldades apontadas no uso de equipamentos de comunicação indicam um dos riscos da globalização, que é a desigualdade referida por Giddens (2004). As barreiras apontadas, nomeadamente na utilização de equipamentos de telecomunicações para acesso a cuidados especializados de saúde, podem dificultar o acesso equitativo aos cuidados de saúde, particularmente a grupos mais vulneráveis, nomeadamente os idosos, e cada vez mais numerosos devido ao envelhecimento.

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 telesaúde para os doentes/profissionais 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). A unanimidade na existência e utilização de linhas orientadoras é recomendada por diversos organismos de regulação profissional de enfermagem, a que adiante faremos referência.

Em suma, neste subcapítulo, centrámo-nos na utilização das telecomunicações em contexto de saúde. Os benefícios referidos na literatura, para doentes, profissionais de saúde e organizações, indicam que esta parece ser uma intervenção em desenvolvimento.

Apresenta algumas limitações, que necessitam ser acauteladas para não provocar situações de desigualdade nos acessos aos cuidados de saúde, nomeadamente nos grupos mais vulneráveis como os idosos, pessoas com incapacidades motoras, sensitivas ou cognitivas, bem como pessoas em situações económicas precárias.

A tecnologia na comunicação em contexto de saúde, sendo útil e necessária, deve no entanto contextualizar-se numa lógica de cuidados ao serviço do doente na sua individualidade. Fica assim, delimitada a sua acção à intencionalidade dos cuidados, que os enfermeiros planearam para aquele doente. Aprofundar de que modo a consulta telefónica se torna uma intervenção terapêutica é o objectivo do próximo subcapítulo.

1.5. A CONSULTA TELEFÓNICA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

As mudanças que têm ocorrido na prática de enfermagem, resultantes da utilização das telecomunicações e tecnologia de informação pelos enfermeiros, remetem para a reflexão acerca da natureza da intervenção de enfermagem na consulta telefónica, a que nos propomos neste capítulo.

McLuhan (1969) ajuda na compreensão dos telecuidados como prática de enfermagem. Assim, utilizamos para isso o exemplo do telefone, por ser um dos meios mais utilizados em saúde, e sobre o qual o nosso estudo incidirá. Para este autor os meios de comunicação são como extensões do homem. O telefone é como que a extensão do ouvido e da voz, como que uma espécie de percepção extrasensorial.

Para Garcia (2002), o profissional de saúde numa linha telefónica é um comunicólogo, “*um tecelão das palavras*” (p. 59), que utiliza a voz como instrumento de comunicação, utilizando os elementos para-verbais - sonoridade, pausa, silêncio, tonalidade - para dar sentido ao que é dito, para que o doente se sinta compreendido e valorizado no

seu sofrimento. Reivindica uma participação completa das pessoas envolvidas, o que é exigente, visto que pela tradição de pensamento cartesiano estamos habituados a uma atenção fragmentada. É uma forma de participação que exige um parceiro, pressupõe um diálogo entre profissional de saúde e doente, em que ambos detêm o poder na interacção McLuhan (1969).

O profissional de saúde que trabalha num serviço telefónico de ajuda é confrontado em cada telefonema com o imprevisível mistério da complexidade humana (Garcia, 2002). Do outro lado está uma pessoa a viver uma situação de fragilidade, dor e sofrimento que espera “aqui e agora” uma ajuda para o seu problema. O poder de autonomia que a pessoa detém de, a qualquer momento, interromper a interacção, torna presente o carácter dinâmico, imprevisível e irreversível da comunicação telefónica referido anteriormente. Assim, o profissional de saúde na interacção telefónica põe em jogo e utiliza toda a sua pessoa e competências, para intervir naquela pessoa que, em sofrimento, pediu ajuda ao discar num momento um número telefónico.

Benner (2001) ajuda-nos na compreensão da função de ajuda do profissional de saúde ao doente e familiar, explicitando as competências que se consideram necessárias numa intervenção terapêutica via telefone.

Numa interacção telefónica, o profissional de saúde necessita, em primeiro lugar, de um ambiente terapêutico que favoreça o estabelecimento de uma relação que permita a cura (Benner, 2001). A relação assenta na confiança, que se estabelece logo desde o início da interacção, onde o acolhimento inicial é essencial para criar um espaço virtual e um tempo, onde a relação se constrói na proximidade, apesar da distância física dos intervenientes.

O telefone é o instrumento pelo meio do qual é possível o técnico e o doente abrirem um canal de partilha de esperança, da possibilidade de encontrar um sentido para a dor e sofrimento e de o transformar e integrar no seu projecto de vida (Garcia, 2002).

Ao ajudar o doente a interpretar ou a nomear a doença, a dor, o medo, a ansiedade que o aflige, o técnico está simultaneamente a ajudar a pessoa a enfrentar e a aceitar o apoio que necessita, social, emocional ou espiritual (Benner, 2001).

A presença, estar com o doente, é outra competência na função de ajuda. Para Garcia (2002), a presença manifesta-se na escuta do sofrimento, no desejo de acolher e de transmitir interesse pelo outro como pessoa. A escuta na perspectiva de Boletto (2002), tem uma premissa, que é a unicidade da história da pessoa. A focalização da atenção do profissional de saúde é nas particularidades, e não nas semelhanças com as outras histórias, para não correr o risco de categorizar o doente, não ouvir a sua história, deixar de escutar o seu problema, não estar presente no seu sofrimento e deixar o doente na solidão.

Reconfortar e comunicar pelo toque é a outra competência apontada por Benner (2001), e que os profissionais de saúde mobilizam no atendimento telefónico.

McLuhan (1969), ao considerar os meios de comunicação como extensões da pessoa, diz-nos que quando colocamos o nosso corpo físico e os nossos sentidos no meio que é o telefone, este torna-se um prolongamento do nosso sistema nervoso, configurando a consciência e experiência de cada um de nós.

Deste modo, o que era a essencial na interacção directa, continua a sê-lo, mas “toque” e “contacto” deixam de se referir apenas à pele, “... mas ao jogo recíproco dos sentidos: “manter contacto” ou “estabelecer contacto” é algo que resulta do encontro frutífero dos sentidos - a visão traduzida em som e o som em movimento, paladar e olfacto” (p. 80-81). A apreensão da dimensão da comunicação proposta pelo autor mostra a sua relevância na comunicação em saúde, pois apesar das interacções serem cada vez mais indirectas, existe a compulsão da proximidade, referenciada por Giddens (2004), citando Bodem e Molotch. Estes autores reconhecem que as pessoas sentem necessidade de se encontrarem, de estarem próximas, de forma a perceberem e monitorizarem o que os outros sentem e pensam, a sinceridade do seu envolvimento.

Todos os meios de comunicação, como extensões de nós mesmos, servem para formar uma consciência de nós próprios enquanto profissionais de saúde e da pessoa que necessita dos cuidados, e possibilitam uma visão transformadora para o projecto de vida de ambos. Permitem, em suma, uma maior proximidade a uma comunicação não presencial.

Banard e Sandelowski (2001) defendem que a tecnologia não se opõe à humanização dos cuidados, antes deve ser uma decisão tomada de forma deliberada e específica ao serviço da intervenção de enfermagem.

Neste sentido, a prática de enfermagem fundamenta-se num processo de enfermagem com várias etapas, que se constroem em interacção mútua e contínua, em que o foco de atenção é a pessoa ou um grupo de pessoas: identificação (colheita sistemática de dados da pessoa/grupo); diagnóstico (identificação das necessidades/problemas baseada nos dados colhidos); planeamento (formulação de objectivos em conjunto com a pessoa/grupo para responder às suas necessidades e selecção das intervenções adequadas); implementação do plano de acção e, por último, a avaliação dos resultados obtidos (Doenges, Moorhouse & Murr, 2008). Para estas autoras, o processo de enfermagem permite aos enfermeiros um maior controlo na sua prática, bem como a oportunidade de utilizar o seu conhecimento, competência e intuição para construir, de forma dinâmica, uma prática de cuidados que satisfaça as pessoas cuidadas e os profissionais de enfermagem.

No entanto, é necessária a utilização de uma classificação de enfermagem para fundamentar a tomada de decisão e facilitar a comunicação entre enfermeiras, doentes e outros técnicos de saúde. A classificação de enfermagem permite o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem e proporciona dados, que podem ser analisados para avaliar a qualidade e custos efectivos das intervenções de enfermagem, e a sua contribuição para os resultados na saúde dos doentes, através da tele-enfermagem (Maas, 2006).

Em Portugal e em particular no Hospital Garcia de Orta, foi adoptado desde 2004 a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Curiosamente, na nota de apresentação da segunda versão da CIPE, a versão *Beta*, a Associação Portuguesa de Enfermeiros (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2003) refere que, inicialmente, a CIPE foi traduzida e divulgada pelo então Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF), *“no âmbito das suas responsabilidades como parceiro português do Projecto Telenurse, que teve como preocupação a promoção do desenvolvimento das*

aplicações da telemática à enfermagem, desenhadas para registar e organizar dados clínicos, descrever a prática clínica de enfermagem”(p.v).

A existência de uma linguagem comum é essencial para uma adequada comunicação entre os profissionais. Neste sentido, diversos organismos de regulação profissional de enfermagem são unânimes em recomendar que a prática de telecuidados tenha por base linhas orientadoras e protocolos desenvolvidos na evidência científica /empírica, resultados e opinião de peritos. Realçam ainda, que devem resultar da colaboração e consenso dos diferentes profissionais envolvidos, ter contributos das diferentes disciplinas, com normas que garantam a segurança e o cumprimento dos princípios de ética profissional (*The National Council of State Boards of Nursing, 1997; Nursing Care Quality Assurance Commission, 2000; Internacional Council of Nurses, 2001; Australian Nursing & Midwifery Council, 2006*).

A prática assim fundamentada garante a continuidade de cuidados ao doente/família com dor crónica, conceitos que desenvolveremos nos próximos capítulos.

CAPÍTULO II – A PESSOA COM DOR CRÓNICA

A dor é a experiência humana mais partilhada, para além da morte (Le Breton, 2007). Devemos-lhe a sobrevivência como espécie, porque quando sentimos dor, como acontecimento consciente, o nosso corpo reage. Surgem sinais de alerta, orientação, atenção e exploração. De imediato, os músculos contraem-se para evitar o estímulo, mas depois esta reacção traduz-se numa atitude de defesa, pois a imobilidade a que obriga, ajuda a pessoa a proteger a região afectada e a favorecer a sua recuperação (Wall, 2007). Esta dor é transitória, quotidiana, muitas vezes inevitável, acompanha muitas das actividades do homem. Torna presente a fragilidade da condição humana e a sua vulnerabilidade ao meio ambiente. Ensina a prudência, a distância e a vigilância útil à constante evolução, relativamente ao que nos rodeia (Le Breton, 2007). Esta dor, que consideramos aguda, traduz-se num fenómeno fisiológico essencial para a preservação da integridade física; compreendemos portanto, que seja a principal causa de procura de cuidados de saúde (Direcção-Geral Saúde, 2008a).

Mas, por vezes, a dor deixa de ser um sintoma. Persiste mesmo depois da erradicação da lesão que lhe deu origem, deixa de ter a função de sinal de alarme. A pessoa perde no tempo o seu início e a sua relação com uma lesão tecidual. Verificam-se mudanças fisiopatológicas, com respostas do sistema nociceptivo e psicológicas, que perpetuam o problema da dor. Torna-se a própria doença, tal como é reconhecida numa declaração emitida pela *European Federation of International Association for Study of Pain Chapters* no Parlamento Europeu em 2001 (Bond & Breivik, 2004).

A dor é definida pela *International Association for the Study of Pain* como “*uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial, ma, também um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão.*” (McCaffery & Pasero, 1999, p. 16).

Esta definição encaminha-nos para a prevalência e complexidade das repercussões físicas, psicológicas, sociais e culturais da dor crónica na vida da pessoa, e também para a

necessidade de uma abordagem multidimensional e portanto interdisciplinar, que abordaremos neste capítulo.

2.1. DOR CRÓNICA – DEFINIÇÃO, PREVALÊNCIA E CONSEQUÊNCIAS

No Programa Nacional de Controlo da Dor, a dor crónica é definida como uma dor persistente ou recorrente, de duração igual ou superior a 3 meses e/ou que se mantém para além da cura da lesão que a originou (Direcção-Geral Saúde, 2008a). A dor crónica pode ser de origem oncológica ou não oncológica.

Breivik et al. (2005) realizou um estudo na Europa (no qual Portugal não participou), em que a prevalência média de dor crónica é de 20% na população adulta, afectando particularmente mulheres (52%) e idosos. Cerca de 30 a 40% das pessoas sofrem de dor crónica de origem musculoesquelética ou osteoarticular. As dorso-lombalgias constituem 30%, e cefaleias cerca de 10% dos casos de dor persistente.

As pessoas sofrem com dor durante muitos anos, como nos mostram Breivik et al. (2005), em que 60% dos inquiridos sofrem de dor entre 2 e 15 anos, 21% têm dor há 20 ou mais anos; apenas 12% dos inquiridos têm dor há menos de 2 anos. Mas, o impacto da dor crónica na vida da pessoa não se traduz somente na longevidade da sua permanência. Sente-se sobretudo nas alterações vivenciadas nos comportamentos quotidianos – nas actividades de vida diária, familiar, laboral e lazer – apresentados em 75% das pessoas com dor crónica, em que a síndrome depressiva está presente em 70% dos casos (Cantista, 2001), dos quais resulta, globalmente, uma situação de incapacidade.

Em Portugal foi realizado o primeiro estudo epidemiológico levado a cabo por uma equipa de investigadores da Faculdade de Medicina do Porto, coordenado pelo Professor Castro Lopes sobre a prevalência da dor crónica na população portuguesa, que ainda não se encontra publicado. Existe a divulgação, através da comunicação social, das principais conclusões do estudo (Tribuna Médica Press/Público, 2008). O estudo incluiu cerca de 5095 entrevistados com mais de 18 anos, em que cerca de 31% das pessoas referiu sentir

dor várias vezes por mês, nos últimos 6 meses. Destas pessoas, em que as mulheres são as mais atingidas, cerca de metade referiram que a dor era moderada ou forte. Também em Portugal, onde a dor crónica interfere com a qualidade de vida das pessoas cerca de metade disse que a dor interferia de forma moderada a grave com as actividades domésticas ou laborais. Cerca de 4% dos inquiridos atribuiu à dor a perda do emprego. O estudo português revelou também similaridades em relação ao estudo europeu relativamente, aos motivos de dor crónica, que são do foro osteoarticular, sendo a lombalgia, que atinge um maior número de pessoas, cerca de 40%, um número um pouco superior ao estudo europeu. A osteoporose, os traumatismos, a artrite reumatóide e as cefaleias são as outras causas de dor.

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 com dor crónica. A dor oncológica ganha importância, porque é um problema frequente e com elevado impacto na vida dos doentes. Cerca de 30% dos doentes com cancro têm dor no momento do diagnóstico e, numa fase avançada, cerca de 65 a 85% irão ter dor. Dois em cada três doentes referem a intensidade da dor como moderada a intensa (Pereira, 2006). 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 justificam a atenção a este grupo, uma vez que é a segunda causa de morte em Portugal.

A prevalência da dor crónica apontada por este estudo mostra que os idosos são os que mais sofrem; estando o envelhecimento da população a aumentar, prevê-se que a prevalência da dor crónica tenha tendência também para aumentar. Este é um problema de saúde pública, cujo impacto é revelado pelas sérias repercussões que tem na vida da pessoa e no seio familiar e social, e que aprofundamos de seguida.

2.2. REPERCURSSÕES DA DOR CRÓNICA

A dor crónica tem consequências na pessoa que a sofre a nível físico e psicológico. No entanto, a dor crónica pela sua persistência no tempo, pelas limitações e sofrimento que acarreta, ultrapassa a própria pessoa, e tem repercussões na própria sociedade. Para

uma melhor compreensão da dimensão do problema, desenvolvemos neste subcapítulo as repercussões da dor crónica nos níveis: físico, laboral, psicológico e familiar/social.

2.2.1. Nível físico

Quando a dor surge, todo o corpo reage fisiologicamente, com alterações nos vários sistemas que constituem o corpo humano, de uma forma global e protectora .

No entanto, o prolongamento da dor e das respostas do sistema nervoso simpático à situação de stress podem trazer efeitos nocivos para a pessoa (McCaffery & Pesaro, 1999). Os músculos estão contraídos para perceberem o que piora e o que alivia a dor, e procurar uma posição agradável para a suportar. Como resultado temos um corpo rígido, os músculos estão permanentemente em contracção, o que, com o passar do tempo, vai deteriorar as articulações e tendões. A imobilidade traz assim alterações a nível local.

Os sistemas vasculares e endócrinos não estão treinados para lidar com estados prolongados de tensão. A libertação da hormona de cortisol é essencial para a produção e manutenção de níveis elevados de glicemia, fundamentais para a resposta do organismo a situações de stress.

No entanto, a sua permanência, como em situações de dor crónica, acarreta a destruição das proteínas no músculo e inibe a fixação de cálcio no osso, o que pode provocar miopatia, fraqueza, fadiga e descalcificação do osso, factores estes associados ao desenvolvimento de fibromialgia e artrite reumatóide (Melzack & Wall, 2003).

O sistema gastrointestinal apresenta diminuição da sua mobilidade, o que provoca obstipação. O sono é impossível e a exaustão aparece. A privação do sono provoca alterações cognitivas e afectivas.

Apresentamos sinteticamente no Quadro 1 as respostas do organismo à dor não controlada, e a sua afectação. Para uma melhor compreensão da sua complexidade, são separados os domínios, apesar interagirem como um todo.

Verifica-se uma deterioração nas capacidades funcionais e no desempenho das actividades da vida diária na pessoa com dor crónica (Gaglisse & Melzack, 2003).

A dor monopoliza a atenção. Todas as acções são um esforço, mesmo as mais básicas como comer e beber (Wall, 2007).

Quadro 1 - Efeitos nocivos da dor crónica não controlada

Domínios Afectados	Respostas Específicas à Dor
Endócrino	Aumento de: Hormona adrenocorticotrópica, cortisol, hormona antidiurética, epinefrina, noraepinefrina, hormona do crescimento, catecolaminas, renina, angiotensina II, aldosterona, glucagon, interleucina 1,; Diminuição de insulina e testosterona.
Metabólico	Gluconeogénese, glicogénólise hepática, hiperglicémia, intolerância à glicose, resistência à insulina, catabolismo muscular proteico, aumento da lipólise.
Cardiovascular	Taquicardia, aumento da saída cardíaca, aumento de: resistência vascular periférica, resistência vascular sistémica, hipertensão, resistência vascular coronária, consumo oxigénio; hipercoagulação, trombose venosa profunda.
Respiratório	Diminuição dos ciclos e volumes, atelectasias, hipoxémia, diminuição reflexo tosse, infecção.
Genito-urinário	Diminuição da função renal, sobrecarga líquidos, retenção urinária, hipocaliémia.
Gastrointestinal	Diminuição da motilidade gástrica e intestinal.
Músculo-esquelético	Espasmos musculares, deterioração da função muscular, fadiga, imobilidade.
Cognitivo	Redução da função cognitiva, confusão mental.
Imunitário	Depressão da resposta imunitária.
Desenvolvimento	Aumento de respostas comportamentais e fisiológicas à dor, temperamento alterado, somatização elevada; alteração no desenvolvimento do sistema de dor, aumento da vulnerabilidade a perturbações de stress, comportamentos de adição, e estados de ansiedade.
Qualidade de Vida	Insónias, ansiedade, medo, desespero, tentativa de suicídio.
Dor futura	Debilidade para síndromes de dor crónica.

Fonte: Adaptado de McCaffery e Pasero (1999)

Breivik et al. (2005) revela, no inquérito que realizou a cerca de 4838 pessoas com dor crónica, o respectivo impacto na vida diária e na qualidade de vida. Para metade da população com dor crónica, a dor é contínua ao longo do dia, e uma em cada três pessoas refere que a dor é severa. Dois terços das pessoas relatam distúrbios do sono, metade tem dificuldade ou já não é capaz de levantar-se, caminhar, realizar as tarefas domésticas, manter a actividade social, manter a independência na sua vida, ter relações sexuais e conduzir. Se estes números nos remetem para a dimensão global do problema da dor crónica, conhecer o impacto que cada incapacidade tem na pessoa, concretamente, é importante para um plano terapêutico individual. Controlar a dor é um objectivo primordial, pois possibilita ajudar no processo de preservação funcional, e portanto de movimento, factores que influenciam a qualidade de vida da pessoa com dor crónica.

2.2.2. Nível laboral

A dor crónica acarreta uma diminuição da capacidade de trabalho, e até mesmo uma inaptidão para o mesmo. A produtividade diminui, pois é necessário reduzir o número de horas ou a carga de trabalho efectivo. As relações entre os colegas de trabalho e superiores hierárquicos podem ser afectadas.

O absentismo que ocorre deve-se sobretudo à severidade da dor e às ausências para consultas médicas. Existe uma sobreutilização dos serviços de saúde, por parte das pessoas com dor crónica. Sessenta por cento das pessoas com dor crónica visitaram o médico duas a nove vezes nos últimos seis meses; onze por cento mais de dez vezes, tal como constatou Breivik et al. (2005).

A precariedade dos vínculos laborais agrava a insegurança na manutenção do emprego, e na garantia monetária mensal. Esta instabilidade causa ansiedade e medo, relativamente ao futuro, para o doente e para a sua família. São factores de agravamento da angústia, frustração e depressão. As faltas prolongadas por doença, as reformas antecipadas ou pensões por invalidez têm custos indirectos para a sociedade muito mais altos que os custos dos cuidados de saúde.

Surgem dificuldades em manter o trabalho, o absentismo torna-se uma realidade, com repercussões que não se limitam ao próprio e sua família, mas a toda a sociedade.

2.2.3. Nível psicológico

A linearidade do conceito de dor, proposto por Descartes no século XVII, colocava de parte todas as situações de dor que não tivessem causa física, pois explicava que o estímulo doloroso activava receptores e fibras que transmitiam directamente mensagens para a espinal-medula e para o cérebro, para um local onde eram percebidas, um centro de dor. Pressupunha uma separação entre corpo e mente (Wall, 2007). Acreditava-se na dor se a pessoa apresentasse uma lesão (ferida, queimadura, infecção) ou uma doença, caso não fosse visível atribuía-se a um sofrimento psicológico ou a um fingimento de doença (Melzack & Wall, 2003).

É recente a possibilidade de conceptualmente a comunidade científica poder falar na dor como experiência subjectiva individual. Foi Melzack e Wall, que em 1965, com a teoria do portão (*Gate Control Theory*), enfatizou o papel dinâmico do cérebro na dor, e deste modo, permitiu introduzir também os processos psicológicos, tais como experiência passada, sugestão, atenção. Actualmente, a atenção continua a focalizar-se no cérebro e nos processos que ocorrem quando a pessoa tem dor. Reconhece-se a dor como um sistema biológico aberto, em que diferentes áreas do cérebro estão envolvidas, e que compõem a “matriz central de dor”. Para a actividade da neuromatriz (*body-self neuromatrix*), contribuem simultaneamente “*inputs*” dos neuromódulos sensorial, afectivo e cognitivo. Por sua vez, a neuromatriz projecta para outras áreas do cérebro padrões de saída “*outputs*” que produzem as múltiplas dimensões da experiência da dor, que concorrem para a homeostase e respostas comportamentais (Melzack & Wall, 2003).

O desenvolvimento deste conceito da dor permitiu uma ruptura com a racionalidade cartesiana e abrir caminho, na convicção de Fernandes (2000), a uma visão holística da pessoa. Porque a dor não é exclusivamente um facto fisiológico, mas existencial, pois quem sofre é a pessoa por inteiro (Le Breton, 2007). Assim, surge a questão do sofrimento numa quase inequívoca relação com a dor crónica, no nosso quotidiano. Na dor fazemos alusão à fisiologia, à emoção e afectividade; no sofrimento está sobretudo a significação ética do

existir. Para Cantista (2001) o sofrimento prende-se no seu sentido filosófico mais profundo com a finitude e com a vulnerabilidade humana, que é a realidade da morte. A morte que se vive por antecipação. O sofrimento liga-se intimamente com a morte, está relacionado como que uma falta, no presente. Refere-se a “tudo aquilo” a que o analgésico e as técnicas não conseguem actuar.

A dor e o sofrimento são experiências-limite cujas representações marcam mais profundamente a pessoa que as conhece, do que as vivências de prazer ou comprazimento (Alcoforado, 2001). Porque o prazer e a alegria constituem experiências familiares, de expansão das relações, têm carácter transitório, enquanto que a dor crónica coloca no mais profundo do homem a suspeita da sua permanência, e leva a pessoa a fechar-se em si, a perder o interesse nas relações familiares e com o mundo. É uma ameaça poderosa ao sentimento de identidade (Le Breton, 2007). A dor 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).

Quando os tratamentos falham e a dor persiste, a frustração, o medo e a angústia¹ podem instalar-se.

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 esperança na cura dificulta a aceitação da cronicidade da dor, e, portanto, do tratamento adequado para o controlo da dor e da reabilitação funcional. A cronicidade da doença coloca a pessoa numa dependência quase permanente dos prestadores de cuidados e dos meios terapêuticos. Esta situação tem consequências psíquicas, como a regressão e a depressão, que constituem mecanismos de defesa que podem ajudar a uma adaptação à doença (Romher, 2002).

¹ Medo e angústia são duas categorias diferentes na perspectiva de Alcoforado (2001). O medo surge como uma “*reação perante uma ameaça concreta e definida, pelo menos nos seus contornos mais evidentes*”, e a angústia é uma construção reflexiva mais elaborada, “*que resulta do confronto da pessoa com uma complexidade ameaçadora e destrutiva, nunca completamente definida, ou cujos contornos são tão amplos como indizíveis*” (p.155).

A regressão manifesta-se por uma diminuição dos interesses a longo prazo, egocentrismo, dependência e sobrevalorização das reacções dos que rodeiam a pessoa com dor crónica, o que a leva a acreditar na onipotência dos técnicos de saúde e dos medicamentos. É um mecanismo que exprime uma reacção de protecção e interiorização, possibilita a mais fácil aceitação de ajuda. Torna-se negativo quando o doente cria uma exigência reivindicativa relativamente aos que o acompanham. Para familiares e profissionais de saúde a não compreensão da necessidade de regressão pode remeter o doente à solidão, quando se descure a resposta afectiva ou se reage com paternalismo (Romher, 2002).

A segunda atitude é a reacção depressiva, em que o doente apresenta uma diminuição da auto-estima, com sentimentos de vulnerabilidade e de falibilidade. Manifesta-se por sentimentos de desvalorização, incapacidade de pensar projectos, fatalismo e resignação. A dificuldade em ultrapassar as fases depressivas que surgem ao longo do processo de doença, alerta para o risco de abandono de planos terapêuticos (Romher, 2002). O estado depressivo aumenta a intensidade da dor e diminui a sua definição, pois o sofrimento é inseparável das implicações emocionais (Silva, 2005).

Existem, ainda, mecanismos de defesa como a negação, reacção projectiva e o isolamento, que mostram sobretudo a fragilidade psíquica do doente face à dor crónica e afastam o doente das possibilidades de ajuda. Na negação, o doente rejeita, inconscientemente, a doença e os tratamentos. Apresenta hiperactividade e mantém todas as actividades, apesar de conhecer intelectualmente as consequências lesivas que acarretam. Também, pode projectar a culpa “do mal” que lhe acontece em factores externos, tornar-se vingativo e crítico para os profissionais de saúde e familiares mais próximos, com reacções persecutórias. O mecanismo de defesa patológico de isolamento engloba uma aparente falta de emoção e afecto, mesmo estando consciente, relativamente à sua situação de saúde e às suas consequências. Reconhece-se nas pessoas que descrevem a dor em termos muito objectivos e científicos, que estão muito documentadas. Para Romher (2002), é um escudo que *“esconde uma incapacidade total do doente em verbalizar a sua angústia e a sua afectividade.”* (p. 151).

A intervenção terapêutica do profissional de saúde no doente com dor pressupõe a identificação das cognições do doente em relação à dor, pois são elementos necessários a ter em conta na comunicação com o doente, para que se possa fornecer a informação adequada à doença, dor, e assim modificar as cognições disfuncionais, de modo a promover o auto-controlo da dor e aceitação do seu estado de saúde (Gonçalves, 2001).

É neste contexto de processamento de informação, interna e externa, que a pessoa vai elaborar o significado da dor, antecipar as consequências da dor, os comportamentos, as expectativas quanto à evolução e tratamentos.

2.2.4. Nível familiar/social

O sofrimento que a cronicidade da dor provoca não é uma experiência estritamente pessoal, em que a doença actua na pessoa isoladamente (Kleinman, 1988). A cronicidade constrói-se a partir das expectativas negativas partilhadas nas interacções entre o doente e as outras pessoas; os doentes vêem-se como casos crónicos, e esta visão é perpetuada por familiares e também profissionais de saúde.

A dor crónica traz consequências para a família cuja dinâmica vai influenciar também a vivência do processo de doença da pessoa. As dificuldades do doente obrigam a uma reorganização de papéis e funções na família; alguns membros têm que garantir o desempenho de funções e actividades anteriormente da responsabilidade do doente. Esta ausência pode provocar conflitos, uma vez que é necessário também um ajuste do doente a um novo papel no seio familiar. As dificuldades financeiras, a precariedade no trabalho, a diminuição do acompanhamento da família nas actividades sociais e de lazer, a incapacidade de expressão de sentimentos, afectam a comunicação do doente com os familiares, empobrecendo as interacções e levando-os a um afastamento, que revela a incapacidade de lidar com o sofrimento que a dor causa. A sobrecarga de um dos membros da família, para compensar a lacuna, provoca cansaço físico e psíquico, e sentimentos de culpa na pessoa com dor. A procura de outros membros que possam ser prestadores de cuidados, por exemplo, ir buscar medicação, receitas, acompanhar nas consultas, introduz novas rotinas na organização familiar. Babers, McWherter e Brown (2007) referem que a responsabilidade de cuidar dos membros da família ainda é imputada sobretudo às

mulheres. A necessidade de recorrer a outras pessoas para ajudar nas actividades de vida, não deixa de ser uma intromissão na intimidade e privacidade da família (Bouso, Tito, & Dias, 2004).

Se, por um lado, a dor aguça o sentimento de solidão e obriga o indivíduo a ter uma relação privilegiada com a sua aflição, por outro, sendo indicador de um sofrimento existencial, autoriza socialmente um contacto, um reconforto (Le Breton, 2007). Nesta dualidade, os familiares podem adoptar comportamentos que favorecem a cronicidade da dor. Nomeadamente, quando as manifestações de dor são reforçadas positivamente pelos familiares, ou quando o conforto dado proporciona vantagens.

Conhecer a família, a sua experiência, crenças e valores é importante, pois tais conhecimentos influenciam a gestão e a adesão ao regime terapêutico instituído ao doente. As crenças erróneas associadas à morfina - dependência, tolerância ou depressão respiratória - podem levar a família a não administrar ou a diminuir a dose dos opióides prescritos, agravando a dor do doente. A dificuldade da família em lidar com o sofrimento do doente pode levar a um excessivo consumo de medicação, na tentativa de controlar a dor.

Consideramos, no entanto, pertinente referir também que a família no seu conceito tradicional está em mudança, pelo que existe actualmente uma grande diversidade de formas familiares (Giddens, 2004). Desta forma, para o profissional de saúde, o significado do sofrimento provocado pela dor na família insere-se na compreensão da família em si, do seu desenvolvimento e funcionalidade, e não só na situação específica de sofrimento que como referimos anteriormente, modifica profundamente as relações entre os seus membros (Kleinman, 1988).

A comunicação entre o profissional de saúde, o doente com dor e a sua família significa lidar na subjectividade. Pois estes últimos têm a necessidade de descrever uma experiência complexa, indefinível e difusa que é a dor nas suas vidas. Para isso, vão utilizar palavras que conhecem, de acordo com a sua emoção, experiência e cultura. Por outro lado, o profissional de saúde vai tentar descodificar a mensagem, de acordo com a sua

personalidade, emoção, a sua cultura e com o vocabulário que lhe é característico. No entanto, os profissionais de saúde sabem que por detrás das queixas de dor, como refere Catana (2002), *“encontra-se implícita a narrativa do sujeito e, com respeito a esta realidade, tentamos ser uma espécie de políglotas que adaptam as diversas línguas à fala do doente.”* (p. 72)

2.3. CONTROLO DA DOR EM PORTUGAL

Para Gonçalves (2001), actuar na dor logo desde o seu início na fase aguda, é estar a prevenir a sua evolução para a cronicidade. Neste sentido, a importância do controlo da dor é reconhecida em 1999, quando o Governo Português cria o Dia Nacional de Luta Contra a Dor, e a Direcção-Geral de Saúde nomeia um Grupo de Trabalho, que em colaboração com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, elabora o Plano Nacional de Luta Contra a Dor, que é aprovado por despacho ministerial de 26 Março de 2001.

O Plano Nacional de Luta Contra a Dor (Direcção-Geral da Saúde, 2001) estabeleceu orientações para o controlo da dor, e apresentou modelos organizacionais de abordagem multidisciplinar da pessoa com dor, quando a complexidade do diagnóstico e técnicas terapêuticas e/ou o controlo da dor é difícil. As metas de desenvolvimento centram-se sobretudo na criação de unidades de dor, que possam garantir cuidados de saúde diferenciados à pessoa com dor, em meio hospitalar.

Em 2003, estabelece-se o dever para todos os profissionais de saúde de proceder ao diagnóstico da dor, avaliação e registo sistemático da intensidade da dor, em que a Dor é equiparada como 5º Sinal Vital, através de uma circular normativa (Direcção-Geral da Saúde, 2003). Apresenta propostas de escalas de auto-avaliação, para que o doente possa avaliar a intensidade da sua dor. Reconhece que é uma boa prática clínica para otimizar terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados e melhorar a qualidade de vida do doente.

A Carta dos Direitos do Doente Internado (Ministério da Saúde, 2005) explicita que, no contexto científico actual, é possível controlar a dor da pessoa, quase na totalidade das situações, pelo que constitui como um direito receber cuidados apropriados relativamente ao tratamento da dor, sentida pelas crianças, adultos e idosos. Reafirma deste modo, o dever das instituições e profissionais zelarem pela aplicação das regras da deontologia profissional e assegurar que os doentes tenham a possibilidade de assegurar os seus direitos e a sua primazia como pessoas.

Esta movimentação na tomada de consciência dos cidadãos, do direito ao controlo da dor, como garante pelo respeito à dignidade da pessoa, impulsionou as ordens profissionais a dedicar atenção à dor, no sentido de cumprirem o dever ético e legal para com a sociedade.

A Ordem dos Médicos criou a competência em Medicina da Dor, que reconhece e promove a diferenciação desta área do conhecimento científico, em 2006. A Ordem dos Enfermeiros (2008), por seu lado, publicou um Guia de Boas Práticas orientador dos cuidados à pessoa com dor. Este documento aglutina a preocupação da defesa da qualidade dos cuidados prestados à população, com a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, como é enunciado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001), na especificidade da abordagem à pessoa com dor. Explicita os princípios da avaliação e controlo da dor, bem como recomendações para a prática profissional, no que diz respeito à prestação de cuidados, à formação e às políticas organizacionais. Sintetiza nas recomendações os contributos trazidos nos últimos anos pela investigação, pela experiência nos diferentes contextos de cuidados alicerçados nos documentos oficiais, emanados das entidades com responsabilidade na regulação do exercício profissional à pessoa com dor. Também explicita a necessidade de envolver não somente a pessoa com dor, mas também o cuidador principal e a família no processo de controlo da dor.

A Direcção-Geral da Saúde emitiu a 18 de Junho de 2008 a Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCDO, em que estabelece o Programa Nacional de Controlo da Dor (Direcção-Geral da Saúde, 2008a). Este Programa decorre do Plano Nacional de Luta

Contra a Dor, da experiência portuguesa adquirida entre 2001 e 2007, no âmbito da prestação de cuidados ao doente com dor. O Programa Nacional de Controlo da Dor insere-se no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, em que estabelece o controlo da dor como uma prioridade e um factor decisivo na humanização da prestação de cuidados de saúde. Reúne a orientação para a prática clínica ao doente com dor em princípios, que sintetizam o sentido da evolução da realidade portuguesa, nos últimos anos, nomeadamente a subjectividade da dor, a dor como 5º sinal vital, o direito do doente ao controlo da dor, o dever profissional no controlo da dor e o tratamento diferenciado da dor.

Este último princípio, o tratamento diferenciado da dor, remete para a necessidade do controlo da dor a todos os níveis das redes de prestação de cuidados de saúde, desde os Cuidados de Saúde Primários até unidades especializadas e diferenciadas. Surgem então as unidades de dor nos Cuidados de Saúde Hospitalares, consideradas como o topo do sistema de referência, em especial para a pessoa com dor crónica, dada a complexidade da sua situação clínica e/ou estratégia terapêutica necessária para o controlo da dor, que apresentamos de seguida.

2.3.1. Unidades de dor

O Plano Nacional de Luta Contra a Dor (Direcção-Geral da Saúde, 2001) afirma que é um direito do doente com dor crónica ser tratado adequadamente em unidades de dor. Considera que nestas unidades existe uma actuação conjugada de vários profissionais de saúde, com formação e experiência na avaliação e controlo da dor, cujo objectivo é reabilitar o doente com dor crónica no seu funcionamento físico, psicológico, social e laboral. Pressupõe um modelo de abordagem para além da centração na doença, *“baseado na compreensão do doente e na humanidade, respeitando a individualidade da pessoa.”* (p.37). Refere ainda que as unidades de dor *“podem 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”* (p.1). O Programa Nacional de Controlo da Dor (Direcção-Geral da Saúde, 2008a) apresenta novas normas de organização e classificação das unidades de dor crónica, com

requisitos considerados mínimos, adequando-as aos hospitais que as integram, de modo a estarem mais adequados à realidade portuguesa, que sintetizamos no quadro 2.

As unidades dor surgem para aglutinar recursos humanos, técnicos e científicos para uma prática clínica numa entidade nosológica, sem dúvida uma das mais complexas, a dor crónica. Presente em muitas situações de doença, 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 vida (Breivik et al., 2005)

Quadro 2 - Classificação e requisitos das unidades de dor em Portugal

	Consulta de Dor Crónica	Unidade Terapêutica de Dor	Unidade Multidisciplinar de Dor	Centro Multidisciplinar de Dor
Plataforma Hospitalar	C (Hospital Local)	B (Hospital Médico-cirúrgico)	A (Hospital Polivalente)	Hospitais Universitários
Profissionais	Médico –1	Médicos -2 Psiquiatra ou Psicólogo; Enfermeiro - 1	Médicos Psiquiatra ou Psicólogo; Enfermeiro Fisioterapeuta Técnico Serviço Social Administrativo	Médicos -1 Psiquiatra ou Psicólogo; Enfermeiro Fisioterapeuta Técnico Serviço Social Administrativo
Instalações próprias	Não	Sim	Sim	Sim
Actividade Regular	Semanal	3 vezes por semana	Diária	Diária
Registo de doentes	Sim	Sim	Sim	Sim
Hospital De Dia		Sim	Sim	Sim
Centro de Custos		Independente	Independente	Independente
Atendimento Telefónico			Sim	Sim
Investigação				Com financiamento próprio e publicação regular dos resultados.
Formação				Pré e Pós-graduada de profissionais de saúde.

Fonte: Direcção-Geral da Saúde (2008a)

Constata-se que hoje, com o progresso da Medicina da Dor, é possível aliviar a dor em cerca de 95% dos casos. É no entanto difícil ultrapassar a dicotomia entre a possibilidade, e a realidade segundo a opinião de Marques (2003), que ainda hoje se mantém actual. Este médico aponta obstáculos de natureza diferente. O primeiro tem a ver os problemas decorrentes do próprio sistema de saúde, com a falta de interesse e investimento a nível político. O segundo está relacionado com os próprios profissionais nomeadamente, com a insuficiente ou inadequada formação teórico-científica relativamente à dor; inabilidade na avaliação e desvalorização da dor; com os mitos e preconceitos na utilização de determinados medicamentos, especialmente opióides; bem como receios dos efeitos colaterais, adição e dependência. Por último, mas igualmente relevantes, surgem as dificuldades relacionadas com os doentes (negação da dor para que o médico se centre no tratamento da doença; medo da dor significar agravamento da doença e de aborrecer os profissionais), e com incumprimento da terapêutica, pelo medo da dependência, tolerância e pelos efeitos colaterais (Marques, 2003).

Para impulsionar mudanças de atitude é necessário um acompanhamento permanente entre o doente e os profissionais de saúde, manter o contacto acessível, prevenir e despistar complicações, e atempadamente realizar ajustes terapêuticos, de acordo com as necessidades dos doentes, com a maior segurança e com menos custos (Marques, 2003).

Neste sentido o atendimento telefónico é apontado como um requisito desejável numa unidade de dor e fundamental em unidades de dor mais diferenciadas (ver Quadro 2).

O Prontuário das Unidades de Dor Portuguesas (Caseiro, 2008) permite retratar a realidade do atendimento telefónico nas unidades de dor em Portugal, que sintetizamos na Tabela 1.

Verificamos a existência em Outubro de 2008 de 55 unidades de dor em Portugal. O atendimento telefónico é referido como prática em 18 unidades de dor, o que corresponde a 32, 72% do total das unidades de dor. A Zona Centro é aquela em que o atendimento telefónico está presente em maior percentagem (40%), seguida da Zona Norte em 38,46% das unidades de dor. Na Zona Sul e Ilhas a percentagem de unidades de dor com atendimento telefónico desce para 12,28%.

O atendimento telefónico nas unidades de dor reveste-se de grande diversidade, resultante da própria história organizacional e na actualidade, da gestão de recursos físicos, técnicos, humanos e financeiros. Existem unidades de dor em que o atendimento telefónico é realizado por médicos, outras por enfermeiras. Nalgumas unidades dor existem linhas telefónicas fixas, noutras os doentes e familiares ligam para o telemóvel do médico ou da enfermeira. O horário também é variável. Existem unidades com o atendimento telefónico permanente, durante 24 horas, outras com horários definidos. Uma unidade de dor (Évora) assume o atendimento por telemedicina, realizada uma vez por semana por um médico.

Tabela 1 - Unidades de dor em Portugal com atendimento telefónico

	Unidades de Dor	Unidades Dor com Atendimento Telefónico	
		n	%
Zona Norte	13	5	38,46
Zona Centro	15	6	40,00
Zona Sul e Ilhas	27	7	12,28
Total	55	18	32,72

Fonte: Caseiro (2008)

n – Frequência; % - Percentagem

Nos cuidados especializados ao doente com dor crónica na unidade de dor estão incluídas diferentes abordagens multidisciplinares, que dependem de políticas organizacionais e diferentes recursos humanos e técnicos, para a sua implementação na prática clínica. O controlo da dor crónica resulta da aglutinação de várias técnicas farmacológicas e não farmacológicas.

As intervenções não farmacológicas são vastas e englobam desde o ensino do doente/família em relação à aquisição de novos hábitos de vida como alimentação, mobilização, exercício físico e lazer. As terapêuticas do domínio psicológico também se incluem na abordagem não farmacológica, como a psicoterapia individual e/ou grupo, a hipnose, o relaxamento, o “*biofeedback*” e as técnicas cognitivo-comportamentais (Catana, 2002; Muller, 2002). Existem ainda outras técnicas neste grupo de intervenções como a massagem de relaxamento, a estimulação eléctrica transcutânea, a diatermia, a distração, a

música, a acupunctura, que têm vindo a ser cada vez mais utilizadas concomitantemente com outras intervenções e que ajudam no controlo da dor crónica (McCaffery & Pasero, 1999; Laugner, 2002; Silva & Leão, 2004).

As intervenções farmacológicas no controlo da dor crónica, utilizadas nas unidades de dor, englobam uma multiplicidade de técnicas e medicamentos analgésicos. A abordagem farmacológica é fundamental para o controlo da dor crónica do doente, embora utilizada juntamente com as intervenções não farmacológicas já referidas.

A utilização da terapêutica analgésica é uma prática comum necessária ao controlo da dor crónica nos doentes seguidos em unidades de dor, que exige dos profissionais uma vigilância sistemática para a prevenção e tratamento dos efeitos colaterais que provocam.

No próximo subcapítulo apresentamos os principais grupos de medicamentos utilizados para o controlo da dor crónica, bem como os efeitos colaterais da terapêutica analgésica mais comumente referidos pelos doentes.

2.3.2. Terapêutica analgésica na dor crónica

A utilização da terapêutica analgésica para o controlo da dor crónica continua ainda hoje a obedecer às regras estabelecidas e aprovadas pela Organização Mundial de Saúde, em 1996, tal como refere a Direcção-Geral da Saúde (2008b). O princípio da utilização é o de uma escada analgésica constituída por três degraus, em que ao doente começam a ser administrados medicamentos para o controlo da dor crónica, em ordem crescente. O primeiro degrau é constituído pelos medicamentos analgésicos, anti-inflamatórios não esteróides e outros analgésicos, como o paracetamol e o metamizol. O segundo degrau contém os opióides designados por opióides fracos, de que são exemplos a codeína ou o tramadol. No terceiro degrau estão os opióides designados por fortes, como a morfina, a buprenorfina, o fentanilo ou a hidromorfona. A qualquer um destes degraus podem adicionar-se medicamentos analgésicos designados por adjuvantes, como os antidepressivos, ou anticonvulsivantes e outros.

A utilização de vários medicamentos analgésicos para o controlo da dor crónica é frequente nas unidades de dor, pois os doentes referenciados sofrem de dor moderada a severa, refractária à terapêutica instituída pelos médicos de família. Esta politerapêutica,

associada à utilização de analgésicos opióides fortes, implica uma monitorização regular dos doentes para avaliação da eficácia terapêutica na diminuição da intensidade da dor e na identificação precoce de efeitos colaterais dos medicamentos, bem como dos que resultam de interacções medicamentosas. Após a fase inicial de titulação da dor, a monitorização deve ser realizada regularmente, em períodos que não excedam os dois meses, recomenda a Direcção-Geral de Saúde (2008b). Esta monitorização deve incluir a avaliação da eficácia analgésica no controlo da dor do doente, a funcionalidade física, psicológica e social, o sono, a presença dos efeitos secundários ou de interacções dos medicamentos.

Passamos então a indicar alguns dos efeitos colaterais mais frequentes que os doentes podem apresentar, para compreendermos a pertinência da vigilância regular do doente com dor crónica, em que foi instituído um regime medicamentoso. A apresentação realiza-se de acordo com os medicamentos analgésicos definidos para cada degrau da escada analgésica referida anteriormente.

No grupo de medicamentos analgésicos do primeiro degrau, temos o risco de hepatotoxicidade, quando são ultrapassadas as doses recomendadas de paracetamol. Em relação aos anti-inflamatórios, o efeito colateral mais frequente é a dispepsia, referida por 30 a 50% dos doentes que consomem estes medicamentos durante cerca de um ano (Guerra et al., 2005). Existe ainda o risco de hemorragia gástrica. A incidência de lesões renais é de 5% dos doentes e de 20% em doentes de risco (Bushy et al. citado Guerra, Zaragozá, López-Muñoz & Álamo, 2005), manifestando-se com sintomas como retenção urinária, edema e hipertensão. A toxicidade e a insuficiência hepática também podem estar presentes (McCaffery & Portenoy, 1999).

No segundo e terceiros degraus, estão considerados, conforme já referido, os opióides fracos e fortes. Estes analgésicos opióides têm como efeito colateral mais frequente a obstipação, que ocorre em cerca de 90% dos doentes medicados com opióides, pelo que deve ser tratado a título preventivo (Melzack & Wall, 2003) As náuseas e vómitos podem manifestar-se em 50% dos doentes, sintomatologia que pode desaparecer ao fim do terceiro dia de tratamento. Outros sintomas que os doentes podem referir são a sedação,

sonolência, prurido, retenção urinária e depressão respiratória em 1% dos doentes (Álamo, López-Muñoz & Cuenca, 2007).

Os analgésicos adjuvantes englobam os antidepressivos tricíclicos, de que são exemplos a amitriptilina, nortriptilina, ou a paroxetina e cujos efeitos secundários mais frequentes são a sedação, efeitos colinérgicos (retenção urinária, confusão, obstipação, xerostomia), hipotensão ortostática, alterações do ritmo cardíaco. Neste grupo dos analgésicos adjuvantes encontram-se os anticonvulsivantes, como carmazepina, gabapentina, pregabalina, cujos efeitos mais frequentes são a sonolência, fadiga, tonturas, ataxia, diplopia, ambiplopia, tremor e variação no peso. Pertencem ainda a este grupo: os corticóides, que como efeitos secundários têm miopatia, alterações digestivas, síndrome de Cushing; os reguladores do mecanismo de cálcio que podem provocar mialgias e pirexia; os relaxantes musculares, que podem originar sonolência, tonturas, tremor, insónia e convulsões; os ansiolíticos, dos quais a sonolência e ataxia são os sintomas mais frequentes; e por último os antiespasmódicos (Álamo & Cuenca, 2007; Pereira, 2006; Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A descrição de algumas das opções terapêuticas e respectivos efeitos colaterais permitem-nos antever a necessidade de garantir uma vigilância regular, para poder ajudar os doentes com dor crónica e respectivas famílias, na gestão do regime terapêutico de forma a poderem controlar a dor, na sua prevenção e tratamento. O conhecimento do doente, da sua vida, da sua situação clínica, das suas expectativas ajuda a que a equipa da unidade dor estabeleça um plano de intervenção para o controlo da dor coerente e de acordo com os objectivos do doente (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Para além desse conhecimento do doente, os profissionais da unidade dor necessitam de conhecer as indicações, contra-indicações, efeitos colaterais dos analgésicos utilizados. Assim como as interacções medicamentosas entre estes medicamentos analgésicos e outros fármacos que os doentes estejam a fazer para outras patologias de que sofram. Pois um efeito secundário pode ser atribuído a mais que um medicamento, à sua interacção, ou então à acção de determinado medicamento sobre o doente, na situação específica. Por isso, Pereira (2006) salienta o carácter singular das opções terapêuticas, que devem estar de acordo com as necessidades dos doentes.

A utilização de medicamentos analgésicos opióides para o controlo da dor é considerada pela Organização Mundial Saúde como um dos indicadores da qualidade dos cuidados de saúde no âmbito da terapêutica da dor (Direcção-Geral da Saúde, 2008b). Exige no entanto, que se assegure a vigilância dos doentes.

Neste sentido, a consulta telefónica nas unidades dor emerge neste processo de cuidados, com um meio de comunicação facilitador e flexível, entre o doente/família e a equipa de saúde. A necessidade da avaliação dos doentes por equipas diferenciadas e competentes na área é preconizada (Direcção-Geral da Saúde, 2008b). A enfermeira tem neste sentido a possibilidade de uma função de charneira entre o doente/família e o médico para garantir a continuidade de cuidados.

Apresentamos de seguida a explicitação e a fundamentação de noção de continuidade de cuidados no âmbito do doente com dor crónica.

CAPÍTULO 3 – CONTINUIDADE DE CUIDADOS

A participação activa das pessoas é hoje considerada como uma condição essencial para a evolução das próprias organizações prestadoras de cuidados. A organização surge, na prática, como um processo. A continuidade de cuidados é um conceito-chave no processo assistencial ao doente, até que o seu problema de saúde esteja resolvido. Pretende-se que a pessoa circule no sistema de saúde e rompa fronteiras actualmente existentes, das quais não é responsável (Ortiz, 2003).

Continuidade de cuidados foi definida por Beatty (1980) como a totalidade dos cuidados ao doente, em todas as fases do continuum saúde-doença. Os cuidados abrangem e promovem o mais elevado nível de bem-estar nos doentes qualquer que seja o seu grau de dependência. Para a mesma autora, a continuidade de cuidados requer não só a coordenação e ininterruptão do serviço, mas também um cuidado abrangente, que engloba várias funções: educação para a saúde; prevenção de potenciais doenças; detecção de doença; cuidados continuados e promoção da saúde; cuidados de emergência, episódicos ou em doenças crónicas; reabilitação (física, social, ou laboral) e os cuidados em doentes terminais.

Em Portugal, em 2006, é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, através do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho. Nele estabelecem-se entre outros os objectivos, princípios e direitos da pessoa, modelo e coordenação da rede, o acesso, ingresso e mobilidade. Define como continuidade dos cuidados “*a sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e apoio social.*” (p. 3857)

Estabelece também como destinatários das unidades e equipas da rede, as pessoas que se encontrem em alguma das seguintes situações: dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro; dependência funcional prolongada;

idosas com critérios de fragilidade; incapacidade grave, com forte impacto psicossocial; doença severa, em fase avançada ou terminal.

Apesar dos contributos positivos para muitos doentes, conforme os relatórios de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em 2008 (Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados, 2009), verifica-se no quotidiano nas unidades de saúde as dificuldades em garantir a continuidade dos cuidados aos doentes que, em situações descritas anteriormente aguardam inclusão na rede, que não cumprem critérios de inclusão ou que apesar de terem critérios de inclusão nunca foram referenciados para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

A preocupação na continuidade dos cuidados, para todas as pessoas, é notória no Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Reconhece-se no artigo 83º, a responsabilidade do profissional no atendimento da pessoa, em tempo útil para permitir diagnósticos e tratamentos o mais precocemente possível. Refere ainda o mesmo artigo, a necessidade de orientação da pessoa para outros profissionais de saúde quando o problema ultrapasse a competência profissional, de assegurar a continuidade de cuidados e de proceder ao registo das observações e intervenções.

Também o seu artigo 84º, dever de informar, reafirma a necessidade de informação à pessoa e família, relativamente aos cuidados de enfermagem, aos recursos a que a pessoa pode ter acesso e como os obter. O atendimento deve ser realizado com responsabilidade (exactidão e pertinência) e cuidado (gentileza, atenção, relação de ajuda), a qualquer informação ou explicação pedida.

Alicerçada nestes princípios, bem como no artigo 80º, no dever para com a comunidade, é mandatário para os enfermeiros a participação em projectos para conhecer as necessidades e problemas das populações, participar na busca de soluções e, juntamente com outros profissionais, colaborar em programas que respondam às necessidades em cuidados de saúde.

Chezem (1980) refere que a consulta telefónica possibilita um meio de promover a continuidade dos cuidados, pois permite a avaliação de parâmetros e da necessidade de conhecimentos ou equipamentos. Através da consulta telefónica os enfermeiros incentivam, dão suporte, validam, assim como oferecem acompanhamento na resolução de problemas. Podem resolver os problemas ou tomar a decisão da necessidade de uma avaliação presencial.

A Ordem dos Enfermeiros (2008), também através do Guia Orientador Boa Prática Dor, enfatiza a importância de assegurar a continuidade de cuidados, através do registo das observações e intervenções realizadas relativamente ao doente/família com dor crónica. Sublinha a importância da comunicação com consistência, da informação relevante, correcta e compreensível, acerca do estado de saúde da pessoa, de forma oral, escrita e electrónica, para a pessoa, família e equipa multidisciplinar, preconizado nas Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2004), relativamente às práticas de cuidados à pessoa com dor.

Recomenda ainda, o Guia Orientador de Boa Prática Dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008) a implementação de “...sistemas de documentação que suportem uma abordagem padronizada de avaliação e controlo da dor...” (p. 20), para garantir a articulação e partilha de informação fundamentais à continuidade de cuidados. Antevemos assim, a necessidade de adoptar ou desenvolver metodologias de trabalho, que facilitem a abordagem da pessoa com dor e a família com os prestadores de cuidados de saúde, flexibilizar circuitos de comunicação entre os diferentes membros das equipas multidisciplinares e implementar sistemas de documentação, que garantam a continuidade de cuidados, essencial no doente com dor crónica.

No entanto, não existem em Portugal linhas orientadoras, que sejam um auxílio e fundamentem a tomada de decisão na prática clínica da consulta telefónica, numa unidade de dor e desta forma garantam ao doente e família a continuidade de cuidados, pelo que é pertinente a investigação nesta área.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA

A construção de um guia de linhas orientadoras da boa prática de cuidados baseados na evidência é uma estrutura fundamental para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, preconizada pela Ordem dos Enfermeiros (2001).

A inexistência de linhas orientadoras na avaliação e controle da dor crónica dos doentes do serviço, através da consulta telefónica, justifica a pertinência do desenvolvimento de investigação nesta área. A elaboração de um tal guia poderá contribuir para melhorar os cuidados de saúde prestados através da via telefónica, de modo a minorar o desconforto provocado pela dor e melhor facilitar a continuidade de cuidados, apoio e encaminhamento do doente/família com dor crónica.

A intervenção da equipa de saúde da Unidade Dor, do Hospital Garcia de Orta e em particular a enfermagem, poderá assim ser melhorada e a tomada de decisão desenhada em modelos de intervenção baseados na evidência científica.

Neste estudo o problema emergiu das dificuldades da prática de intervenção clínica diária, na consulta telefónica da Unidade Dor. Foi um problema reconhecido pela equipa de saúde, mas era sobretudo vivido pelas enfermeiras, por serem elas as mediadoras do processo comunicacional via telefone com o doente/família e a equipa de saúde. Os problemas percebidos situavam-se na percepção de risco das enfermeiras, relativamente à realização de diagnósticos de enfermagem com base na informação verbal e percepção do doente e família e na avaliação da gravidade dos problemas do doente/família com dor.

O número crescente de consultas telefónicas na Unidade Dor, bem como a complexidade crescente dos problemas do doente/família com dor crónica colocaram novas exigências à equipa da Unidade Dor, nomeadamente na intervenção das enfermeiras. Repensar práticas mais eficazes em relação à consulta telefónica era sentido pela equipa como pertinente e necessário.

No início do estudo o atendimento e avaliação da dor através do telefone ao doente/família eram realizados sem linhas orientadoras definidas. Variava de enfermeira para enfermeira, de acordo com a sua experiência pessoal e profissional. Tal desempenho

sem estruturação de actividade de grupo originava alguns conflitos e mesmos lapsos e erros, pondo em causa a segurança dos cuidados e o bem-estar na saúde das pessoas.

As enfermeiras também reconheceram a necessidade de adquirirem competências comunicacionais, para conseguir realizar uma colheita de dados que permitisse obter informações objectivas, que fundamentassem um diagnóstico e uma tomada de decisão clínica, reduzindo ao mínimo a possibilidade de erro.

4.1. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA, QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS

Este estudo surge como procura de resposta às seguintes questões:

- Quais os principais problemas que levam o doente/família com dor crónica a recorrer à consulta Telefónica, da Unidade Dor, do Hospital Garcia de Orta, EPE?
- Que dificuldades sentem os profissionais da Unidade Dor em lidar com o doente/família através da consulta telefónica?
- Que elementos estão presentes numa dinâmica de consulta telefónica, de uma unidade dor?

Na tentativa de respondermos a estas questões, formulámos para o nosso estudo a seguinte pergunta de investigação:

- Quais as linhas orientadoras constituintes num guião de uma consulta telefónica conduzida por um enfermeiro, que respondam aos problemas e dificuldades do doente/família numa unidade de dor?

O principal objectivo do estudo de investigação que nos propusemos desenvolver foi incrementar o atendimento telefónico ao doente/família com dor crónica na Unidade Dor, do Hospital Garcia de Orta.

Definimos ainda, como objectivos:

- Identificar os problemas e dificuldades dos doentes/famílias utilizadores da consulta telefónica na Unidade Dor, do Hospital Garcia Orta, EPE.
- Identificar os elementos que, na perspectiva das enfermeiras, caracterizam o processo de cuidados ao doente/família na consulta telefónica na Unidade Dor, do Hospital Garcia Orta.
- Elaborar um guia de orientação para a intervenção de enfermagem na consulta telefónica na Unidade Dor do Hospital Garcia Orta.

4.2. TIPO DE ESTUDO

A investigação neste estudo situa-se num paradigma predominantemente qualitativo, com características de estudo de caso, em que utilizamos uma combinação de métodos qualitativos e quantitativos. Existem razões justificativas da nossa opção que passamos a apresentar.

Optámos pela abordagem da investigação qualitativa, porque pretendíamos compreender o fenómeno em estudo, ou seja, os elementos que constituem a consulta telefónica, no seu contexto específico (Miguélez, 1999). A contextualização da prática clínica proporciona a descrição de contextos culturais, situações e interrelações entre as pessoas, pertinentes na área da saúde, que os estudos qualitativos possibilitam (Benjumes, 1999). Assim esta abordagem faz sentido, pois a consulta telefónica insere-se na Unidade Dor, do Hospital Garcia de Orta e as acções inerentes à consulta telefónica são melhor entendidas, quando existe a compreensão do local de estudo, no contexto histórico da instituição, o que lhe confere uma amplitude de pertença à realidade global da instituição e do país, com uma história passada e presente (Bogdan & Biklen, 1994). Ferreira (1998) denomina esta característica do método qualitativo como holística.

A opção pela abordagem qualitativa impôs-se também, pois pretendíamos a compreensão dos problemas e dificuldades dos doentes/famílias e enfermeiros no fenómeno concreto de intervenção telefónica, onde a comunicação tem subtilidades e exigências ainda pouco valorizadas e compreendidas. Quanto aos doentes procurávamos saber o que os

impulsionava a utilizar a consulta telefónica, a partir da sua realidade e quadro de referência. Já no que dizia respeito aos profissionais de saúde que lidavam com os doentes e familiares através da consulta telefónica, procurávamos saber, a partir da sua própria experiência e perspectiva, as dificuldades e expectativas de evolução sobre esta intervenção.

O presente estudo tem ainda as características de estudo de caso. Duarte (2008) refere, o que reconhecemos no estudo realizado, que o estudo de caso permite uma visão em profundidade de processos e situações, na sua complexidade contextual, nos quais estão simultaneamente envolvidos diferentes factores. Verificámos, tal como Ponte (1994) refere para o estudo de caso, que a investigação realizada se debruçou sobre uma situação específica que se supõe como única ou especial, pelo menos em certos aspectos, e procurámos nela descobrir o que existe de particular e característico, de forma a contribuir para a compreensão global do fenómeno.

Assim este estudo tem as características básicas de um estudo de caso, porque a investigação 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. Os métodos de recolha foram por isso diversificados: entrevistas, análise documental, observações (Yin citado por Carmo & Ferreira, 1998), que mais à frente serão referidos nos seus objectivos e modo de uso.

Tendo algumas características de estudo de caso, existem no entanto outras características, cujo enquadramento não se adequa completamente neste método, nomeadamente, no que se refere aos objectivos de incrementar um processo de mudança na prática da consulta telefónica, através da investigação desenvolvida. No estudo de caso, o investigador pretende unicamente a compreensão da dinâmica e os processos inerentes, sem intervir. Contudo, Ponte (1994) não exclui o potencial analítico e interrogativo do estudo de caso no desenvolvimento de novas questões para outras investigações.

Também não tem os pressupostos de uma investigação-acção, pois a complexidade dos procedimentos operatórios e formalização da gestão de mudança de um colectivo não

se ajustavam ao tempo disponível e competências do investigador. Alguns dos requisitos da investigação-acção foram, porém, mobilizados, nomeadamente a participação conjunta e a aprendizagem social permitida pelo estudo (Esteves, 1999).

Esta investigação teve como finalidade não somente a compreensão da realidade dinâmica existente na consulta telefónica na Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta, mas também potenciar a adopção de estratégias de resolução para as dificuldades e problemas (Benjumes, 1999), sentidos pelos doentes/familiares e pelos profissionais de saúde que integram a equipa da Unidade Dor, no incrementar o atendimento telefónico em moldes de uma prática científica e reflexiva.

Consideramos ainda, que a investigação apresentada neste estudo tem ainda características de um estudo descritivo e histórico. Considera-se investigação histórica, uma vez que se pretendeu compreender a evolução histórica da Unidade Dor, para contextualizar a prática actual. Tem características de investigação descritiva, pois implicou estudar, compreender e explicar a situação actual da consulta telefónica na Unidade Dor, bem como os problemas dos doentes e familiares com dor crónica que os levaram a solicitar ajuda à equipa da Unidade Dor, através da consulta telefónica (Carmo & Ferreira, 1998).

Devido à singularidade inerente à prática da consulta telefónica da Unidade Dor, a generalização dos achados deste estudo não foram preocupações nossas, nem dos estudos qualitativos. Todavia, poderemos considerar que alguns resultados poderão fazer sentido se aplicados em outras unidades de dor, onde a consulta telefónica seja uma prática, desde que sejam salvaguardadas as diferenças institucionais e contextuais.

A tarefa de pensar em que medida determinados aspectos se aplicam a outros casos fica a cargo dos leitores, que deles têm um conhecimento mais directo. Fica assim já dada uma justificação da decisão do investigador acerca da extensão e pormenor das descrições do contexto e dos achados. Uma forma de dar credibilidade aos estudos qualitativos é apresentar descrições confiáveis, de tal modo que quando o leitor ou os co-investigadores são confrontados com a descrição dessa experiência/fenómeno, a conseguem reconhecer

como verdadeira/verosímil. Também será através dos pormenores e informações contextualizadas que se poderão fazer juízos similares, assegurando assim um outro critério de rigor dos estudos qualitativos que consiste no critério da transferabilidade (Koch, 1994). O contributo dos estudos de casos resulta sobretudo das questões que ajudam a levantar e não apenas com as respostas que formulam (Ponte, 1994; Duarte, 2008).

4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do presente estudo é constituída por dois grupos interdependentes: doentes da Unidade de Dor e seus familiares, utilizadores da consulta telefónica da Unidade de Dor e os profissionais de saúde que constituem a equipa residente da Unidade de Dor.

Nesta investigação para o grupo dos doentes e familiares constituiu-se uma amostra por conveniência, os doentes e familiares que utilizaram a consulta telefónica da Unidade de Dor, no período de 24 Março a 9 Abril de 2009.

A descrição das características dos sujeitos deste grupo é apresentada nos resultados quando fazemos a caracterização do contexto do estudo.

Os profissionais participantes no estudo foram quatro das cinco enfermeiras que constituíam a actual equipa da Unidade Dor, bem como médicos e assistente operacional. Os critérios de selecção foram escolha intencional e vontade dos próprios. Outro critério foi fornecerem riqueza de informação e, por isso, as enfermeiras com mais tempo de permanência na unidade foram naturalmente informantes privilegiados.

As enfermeiras do estudo possuem formação superior em enfermagem, exercendo a profissão há vários anos: 3 enfermeiras entre os 10 e 20 anos e, 1 enfermeira há mais de 20 anos.

O tempo de exercício da sua actividade na Unidade Dor varia entre 1 e 10 anos. A idade das enfermeiras varia nos seguintes intervalos: 2 enfermeiras entre os 30 e os 39 anos e, 2 enfermeiras entre os 40 e 59 anos.

4.4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Começamos por apresentar a cronologia dos procedimentos metodológicos deste estudo, de modo a dar uma perspectiva sequencial do seu aparecimento e razão de algumas opções tomadas. Detalhamos e justificamos os procedimentos metodológicos, selecção dos intervenientes no estudo, técnicas de recolha e análise de dados e questões éticas, nos seguintes subcapítulos.

Em Março de 2007, entregámos o projecto de investigação na Universidade Aberta. Decorrido um mês, por motivos de natureza pessoal tivemos que interromper o desenvolvimento das actividades inerentes ao trabalho de investigação, até Setembro de 2008.

Em Outubro de 2008, retomámos o trabalho de investigação. Planeámos a formulação de um questionário para perceber quais os problemas e dificuldades sentidos pelos doentes e familiares, na utilização da consulta telefónica da Unidade Dor, bem como a sua satisfação relativamente a este serviço. Fizemos o pré-teste do questionário por entrevista a 2 doentes e 1 familiar utentes da Unidade Dor, em Novembro de 2008.

Esta etapa foi decisiva para a adequação, clarificação e reformulação das opções metodológicas. Verificámos que a extensão do questionário e o tipo de perguntas fechadas impediam o emergir dos problemas, que efectivamente o doente/família viviam, ao solicitar ajuda através da consulta telefónica.

Em resultado desta análise e de um progressivo desenvolvimento do nosso papel como investigadora, decidimos fazer alterações nas opções metodológicas inicialmente pensadas. Nomeadamente, resolvemos assumir o papel de observador participante do contexto do estudo e colher a informação o mais próximo possível das fontes.

Assim da observação e análise da prática de registo utilizada pelas enfermeiras da Unidade Dor na consulta telefónica, constatámos ser um registo não estruturado, em forma de memorando. Era um tipo de registo informal, muito incipiente. Este modo de funcionar era, por vezes, gerador de alguma perturbação na comunicação da equipa. Construámos então, em Fevereiro 2009, um guião semi-estruturado para a entrevista telefónica aos

doentes/familiares utilizadores da consulta telefónica, em que introduzimos as variáveis que definimos para o estudo, que descrevemos no próximo subcapítulo.

Informámos os profissionais da Unidade Dor envolvidos na consulta telefónica, como médicos e enfermeiras, dos objectivos do guião, da informação que pretendíamos colher e a razão da mesma. Informámos do modo de preenchimento e definimos o local para colocar os guiões preenchidos a fim de obter a respectiva colaboração.

A assistente operacional foi igualmente informada da colheita de dados, pois assegurava a manutenção, disponibilidade e arquivo dos guiões a serem preenchidos pelas enfermeiras, aquando do atendimento telefónico, bem como a sua guarda no local definido pela investigadora. O arquivo do processo clínico garantia a confidencialidade dos dados e permitia que nenhum material se perdesse durante o período da colheita de dados.

Na 1^a quinzena de Março 2009, realizámos o pré-teste, aplicando o guião nas consultas telefónicas a 10 doentes/familiares que contactaram a Unidade Dor. Procederam-se a alguns ajustes de natureza gráfica, para facilitar o respectivo preenchimento pelas enfermeiras.

Na 2^a quinzena de Março 2009, realizou-se uma reunião com a equipa da Unidade Dor para apresentação do guião definitivo de registo da consulta telefónica e solicitada novamente a colaboração no estudo. Para o envolvimento dos profissionais participantes foram realizadas abordagens pessoais, em que oralmente se explicitavam objectivos, metodologia, informação e explicação das perguntas e registos a efectuar. A sua participação era voluntária.

De 24 de Março a 9 de Abril de 2009, durante nove dias úteis, procedeu-se ao preenchimento do guião relativamente a todas as consultas telefónicas atendidas pelas enfermeiras que ocorreram na Unidade Dor, cuja iniciativa foi do doente/familiar.

No mesmo período, procederam-se a gravações áudio de consultas telefónicas atendidas pelas enfermeiras. Em gravação áudio, ficaram somente gravadas as partes da

interacção em que a enfermeira era emissora. Os telefonemas por parte dos enfermeiros para os doentes não foram alvo de gravação, por limitações operacionais devidas ao duplo papel de investigadora e enfermeira.

Durante o mês de Maio e Junho 2009, realizaram-se as entrevistas telefónicas aos doentes/familiares que no período de 24 Março a 9 Abril utilizaram a consulta telefónica, para avaliação da satisfação relativamente à eficácia da consulta telefónica, face à resolução do problema e ao tempo de espera na resposta ao mesmo. Nas considerações éticas descrevemos o modo como tal avaliação foi feita.

Durante o mês de Maio 2009, para uma compreensão da dinâmica da consulta telefónica e do processo de triagem dos problemas do doente/família realizados pelas enfermeiras na consulta telefónica da Unidade Dor, realizaram-se quatro entrevistas semi-estruturadas a quatro enfermeiras.

A selecção destas informantes foi intencional e baseou-se na experiência de uso na consulta telefónica e daí poderem proporcionar riqueza de informação. As entrevistas tiveram como base o guião construído e previamente testado numa enfermeira que se constituiu como informante qualificada, pela sua vasta experiência em cuidar do doente/família com dor crónica.

A realização das entrevistas foi em horário e local combinado, mas na sua maioria realizaram-se fora da Unidade Dor e fora da hora de trabalho, para garantir a disponibilidade e privacidade necessárias. A duração das entrevistas oscilou entre os 30 minutos e 60 minutos. Todas as entrevistas foram áudio-gravadas, após consentimento informado. A transcrição integral das mesmas foi realizada pela investigadora.

Os registos de observação acompanharam o período de colheita de dados de Fevereiro a Junho de 2009. Todos os registos foram transcritos para papel.

A análise dos dados ocorreu nos meses de Junho e Julho de 2009, cujos procedimentos são descritos em subcapítulo próprio.

O quadro que em seguida apresentamos sintetiza a cronologia das actividades de investigação e procedimentos metodológicos do estudo realizado.

Quadro 3 – Cronograma das actividades e procedimentos metodológicos do estudo

Actividades	Ano 2007				Interrupção de projecto por motivos de ordem pessoal	Ano 2008			Ano 2009								
	Jan	Fev	Mar	Abri		Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set
1. Fase do desenho da investigação Revisão da literatura	■	■	■	■		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Entrega de projecto de investigação			■														
2. Fase da recolha de dados Construção questionário para os doentes/familiares						■											
Fase pré-teste do questionário							■										
Construção guião semi-estruturado para registo da entrevista telefónica das enfermeiras aos doentes/familiares								■	■								
Informação e sensibilização da equipa Unidade Dor sobre o projecto através de reuniões formais e pessoalmente						■	■	■	■	■	■	■	■				
Pré-teste de guião para registo das consultas telefónicas atendidas pelas enfermeiras e posterior colheita de dados										■	■						
Gravações áudio das consultas telefónicas atendidas pelas enfermeiras										■	■						
Realização de entrevistas semi-estruturadas às enfermeiras												■					
Realização de entrevistas telefónicas aos doentes/familiares para avaliação da satisfação na consulta telefónica												■	■				
Observação participante										■	■	■	■				
3. Fase da análise dos dados Análise de dados													■	■			
Redacção do relatório de investigação Entrega do relatório de investigação	■	■	■	■		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

4.5. TÉCNICAS DE RECOLHAS DE DADOS

Com vista à recolha de dados utilizámos diferentes técnicas: entrevista, análise documental e a observação participante. A opção pela colheita de dados de índole qualitativa e quantitativa ajuda a dar força a alguns dados e a assegurar validade interna ao estudo com a triangulação de fontes de dados e métodos.

Para conhecer e analisar a história da Unidade Dor utilizámos informação já existente em fontes primárias, escritas - neste caso documentos como registos, ficheiros, cartas, existentes na Unidade Dor. Foi possível obter descrição dos acontecimentos ocorridos no serviço ao longo da sua existência, mas também necessitámos recorrer a relatos orais, por meio de entrevistas a profissionais, que participaram e trabalharam na Unidade Dor desde a sua criação ou ao longo dos anos (Carmo & Ferreira, 1998). Para além destes informantes qualificados também o foram as médicas fundadoras, os enfermeiros-chefes anteriores e outros profissionais, que conheceram a unidade anteriormente à nossa permanência.

A entrevista no contexto da investigação qualitativa pode ser entendida como uma estratégia para a colheita de informação, através de uma conversa intencional, geralmente entre duas pessoas e consiste na arte de formular perguntas e escutar respostas (Olabuénaga, 1999). Neste sentido a entrevista pareceu-nos a opção mais adequada, por permitir aceder a maior grau de autenticidade e profundidade (Quivy & Campenhout, 2003).

Na presente investigação, procurámos com as entrevistas que cada profissional da Unidade Dor exprimisse as suas percepções e interpretações acerca das dificuldades, contributos e elementos que, pela sua experiência na consulta telefónica da Unidade Dor, podiam ajudar a controlar a dor crónica dos doentes. O conhecimento e a relação próxima existente entre a investigadora e os entrevistados facilitaram a realização das entrevistas. Combinou-se antecipadamente o dia, hora e local da entrevista. As entrevistas foram

realizadas fora do serviço ou após o horário de funcionamento da Unidade Dor, a fim de garantir a disponibilidade e privacidade dos actores em presença.

Fazer perguntas e obter respostas é muito mais difícil do que pode parecer à primeira vista, como afirmam Fontana e Frey (1994). Por isso a regra da reciprocidade² referida por Carmo e Ferreira (1998) mostrou-se útil para a criação de um ambiente de partilha voluntária e simultaneamente, na estruturação dos papéis dos interlocutores na entrevista: a apresentação inicial do nosso papel como investigadora, a apresentação do problema de pesquisa e a explicitação do papel pedido ao entrevistado.

Quanto ao tipo de entrevista, recorremos à entrevista mista centrada, de acordo com a tipologia de Grawitz, referida por Carmo e Ferreira (1998), ou entrevista semi-directiva na designação de Quivy e Campenhout (2003). Previamente definimos um guião com uma série de perguntas relativamente abertas, para recolher informação das enfermeiras (Anexo I). As perguntas permitiam ao entrevistado falar abertamente, com as palavras e ordem que desejava, mas também possibilitavam o encaminhamento e a focalização da entrevista nos objectivos da investigação.

A solicitação da autorização para a entrevista, bem como para a sua gravação em suporte magnético, foi sempre feita. Posteriormente, foi realizada a transcrição integral, constituindo assim documentos para análise.

As entrevistas por telefone efectuadas aos doentes e familiares foram realizadas com os objectivos de compreender as dificuldades e problemas sentidos pelos doentes com dor crónica e seus familiares, que mais frequentemente são colocados aos profissionais da Unidade Dor através da consulta telefónica.

Com o objectivo da recolha desta informação, foi elaborado um guião de entrevista centrada, de acordo com a classificação de Grawitz (Carmo & Ferreira, 1998). Caracteriza-

² Carmo e Ferreira (1998) falam da regra da reciprocidade das relações humanas na especificidade da entrevista de investigação, em que o investigador e entrevistado partilham informações. O investigador ao dar-se a conhecer fornece ao entrevistado informações que permitem reconhecer a sua importância e utilidade na investigação em curso. Por seu lado, o entrevistado tem tendência a fornecer a informação de forma interessada e voluntária.

se por um grau intermédio de informalidade, embora as perguntas se estruturarem em torno de uma temática iniciada pelo doente, mas que a enfermeira pretende focalizar. Para o registo da interacção telefónica da enfermeira com o doente/familiar, aproveitou-se uma prática já existente de registo de alguma informação da interacção telefónica, em memorando, mas que não tinha estruturação suficiente para garantir eficácia de continuidade de cuidados.

Na primeira parte do guião (ver Anexo II) pretendíamos recolher dados sócio-demográficos dos doentes, que motivaram o contacto telefónico com a Unidade Dor, ou seja, dos participantes do estudo (sexo, nacionalidade, idade, estado civil, agregado familiar, escolaridade, situação profissional, concelho de residência, há quanto tempo), bem como dados que nos permitissem caracterizar quem nos contacta, a que horas, a frequência dos contactos.

Conhecer e analisar a situação de saúde dos participantes foi também nosso objectivo (diagnóstico, natureza da patologia da dor: doença oncológica ou doença não oncológica, controle terapêutico com opióides).

Na segunda parte do guião pretendeu-se recolher informações acerca dos problemas/dificuldades, expressos através do telefone pelos doentes e familiares e percebidos pela enfermeira, bem como as intervenções realizadas pelas enfermeiras.

O encaminhamento dado ao problema do doente/familiar e a quem foi remetido constituiu a 3ª parte do guião.

Na 4ª parte encontravam-se as perguntas que incidiam no grau de satisfação dos doentes e familiares quanto à eficácia da consulta telefónica da Unidade Dor. Era composto por 4 itens, 2 dos quais relativos à satisfação do doente/familiar no tempo de espera na resposta ao problema e na resolução que lhe foi dada, e possuíam um formato de resposta numa Escala de Likert, que apresentava cinco pontos de avaliação: muito satisfeito, satisfeito, pouco satisfeito, insatisfeito, sem opinião. Os outros 2 itens continham um formato de resposta qualitativo, que eram as dificuldades sentidas e sugestões de melhoria.

As entrevistas com o objectivo de conhecer a satisfação dos doentes/familiares da Unidade Dor foram realizadas cerca de um mês depois do contacto telefónico efectuado pelo doente/familiar. Foram realizadas normalmente da parte da tarde, pois o período da manhã para os doentes e familiares é mais ocupado (higiene, alimentação, actividades de manutenção da casa, compras, deslocações a serviços de saúde).

Preocupámo-nos em gerir os três problemas que Carmo e Ferreira (1998) alertam na interacção directa durante a entrevista em investigação: a influência do entrevistador no entrevistado, as diferenças existentes entre ambos e a sobreposição de canais de comunicação. Deste modo, tivemos a colaboração de uma estudante de enfermagem na realização das entrevistas, de forma a possibilitar a livre expressão das opiniões dadas pelo doente/família.

No final das entrevistas registavam-se observações sobre o comportamento dos interlocutores, verbal ou não verbal, o ambiente em que a mesma decorreu e as dificuldades sentidas durante a comunicação telefónica.

No presente estudo, como já referimos, a entrevista não foi usada como estratégia exclusiva, mas utilizada em conjunto com a observação participante e a análise de documentos (Bogdan & Biklen, 1994).

A observação participante foi outra técnica de observação neste estudo. “*O comportamento humano é normalmente estudado através de questões ou por observação, e em muitos casos pela combinação de ambos*” (Parahoo, 1997, p.312). Este autor salienta que mesmo sendo interrogados sobre o seu comportamento, muitas pessoas não sabem dizer porque agem de um dado modo e por isso é que usando múltiplos métodos se obtêm diferentes realidades. Estas diferentes realidades permitem compreender melhor o agir em situação real e identificar as diferenças dos fenómenos complexos.

O facto de trabalharmos na Unidade Dor, estarmos presente diariamente e termos uma relação de proximidade com os participantes no estudo, permitiu-nos ter facilidades e dificuldades neste papel. Assim, uma das decisões que tomámos foi identificar entre os

vários tipos de observação possíveis, qual o mais adequado ao nosso objecto de estudo. Adoptámos a observação de presença activa do tipo de controlo activo. Segundo Agar (1996), neste tipo de observação o investigador controla activamente as interacções para obter e providenciar informações, adoptando um papel judiciosamente directivo. É adequada a situações em curso, em que o investigador se envolve em conversação activa, não colocando somente questões, mas provocando e desafiando. Bem diferente da observação externa, ou da presença passiva e interacção limitada, a posição de parceira e companheira no grupo permitiu-nos adoptar um papel questionador.

Assim a facilidade derivou de uma abertura para o desenvolvimento do papel de investigadora, pois existia uma integração no contexto do estudo, ultrapassando de imediato uma das principais dificuldades na utilização desta técnica, apontada por vários autores (Costa, 1999; Quivy & Campenhout, 2003).

Realizámos observações das interacções telefónicas entre enfermeiras e doentes/familiares, dos comportamentos verbais e não verbais das enfermeiras. Interessou-nos, não só perceber o modo como interagiam na simultaneidade de actividades, na utilização do espaço físico durante a consulta telefónica, mas também as perguntas que faziam aos doentes/familiares para compreender o problema exposto, o encaminhamento realizado. Houve necessidade de entrevistas informais para explicitarem algumas das tomadas de decisão. A apreensão dos acontecimentos no momento em que se produziam, permitiam espontaneidade de matéria de análise e a autenticidade dos acontecimentos em si, que Quivy e Campenhout (2003) referem como vantagens na observação participante.

Destacamos algumas das dificuldades com que nos deparámos. A exiguidade do espaço físico da Unidade Dor e a simultaneidade de actividades e interacções em que decorre habitualmente o atendimento telefónico constituiu uma dessas dificuldades.

O outro factor mais complexo de gerir foi o papel misto de investigador e enfermeiro. Aliar na mesma pessoa o papel de enfermeira, que está a ser constantemente solicitada para as diferentes actividades do serviço e o de investigadora, por vezes, exigiu um equilíbrio difícil de conseguir. O processo de observação necessita ser, de acordo com

Olabuénaga (1999) orientado, ou seja, focalizado para o objectivo da investigação, que obedeça a um plano que determine as fases, os aspectos, os elementos e as pessoas a observar, controlada e rigorosa. Assim, a simultaneidades de papéis (enfermeira-investigadora) compelia-nos algumas vezes a reformular e a adaptar à realidade quotidiana, os planos de observação participante.

A observação sistemática e alguma inexperiência da investigadora fez com que usasse várias observações focalizadas e, por vezes, em observações selectivas (Adler & Adler, 1994). No início fazia observações de tudo o que se relacionava com a consulta telefónica, mas, à medida que os dados foram sendo analisados, a investigadora focalizou-se em situações particulares, particularmente na comunicação enfermeira/médico e depois enfermeira/doente.

Vestir o papel de investigadora, a par do de prestadora de cuidados revestiu-se de alguma dificuldade. Procurar olhar a realidade social da Unidade Dor como não nossa, de modo a poder questionar e problematizar os informantes, exigiu uma capacidade de distanciamento e reflexão sistemática. O facto de nos questionarmos neste duplo papel, ter de nos apresentar, explicar o nosso papel e, objectivo do estudo foi um treino como investigadora, que exigiu o uso de nós mesmas, e a interiorização do papel de investigadora (Agar, 1996). O uso do self do investigador e da 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. O investigador é um actor social situado, que desenvolve a capacidade para compreender as experiências do outro e as observa de um ângulo particular.

Os registos do investigador foram meios muito eficazes para salvaguardar a dificuldade de mistura de papéis e adquirir objectividade na descrição de interacções subjectivas. A fim de obter consistência no nosso papel de investigadora, o diário de pesquisa possibilitou não só fazer o registo da observação na altura dos acontecimentos (Carmo & Ferreira, 1998), como permitiu ajudar a reflectir e tomar consciência das dúvidas

e falas expressas pelos informantes. No nosso caso, o registo imediato nem sempre foi possível, mas o registo de notas breves permitiram reescrever e registar posteriormente, com pormenor, as interacções observadas (Quivy & Campenhout, 2003).

A in experiência da investigadora foi de algum modo colmatada com a triangulação de métodos, o que permitiu riqueza de informação de forma aprofundada e com grau de validade satisfatório, tal como sugerem vários investigadores (Quivy & Campenhout, 2003; Carmo & Ferreira, 1998). Integradas na observação participante incluem-se as gravações em suporte magnético das interacções telefónicas entre o doente/familiar e a enfermeira, ocorridas na Unidade Dor.

4.6. ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados dos registos da consulta telefónica realizou-se através do programa informático Excel 2003. Considerámos no nosso estudo esta opção porque pretendíamos uma análise estatística de dados quantitativos simples e sem necessidade de manuseamento de dados elaborado.

A análise dos dados resultantes das transcrições das entrevistas às enfermeiras, dos registos de observação, dos documentos da Unidade Dor, as transcrições das gravações áudio das consultas telefónicas e as respostas às perguntas abertas do inquirido por entrevista aos doentes/família (dificuldades e sugestões de melhoria na consulta telefónica) foram sujeitas a análise de conteúdo.

Para a análise de conteúdo percorremos as etapas referidas por Carmo e Ferreira (1998), que passamos a descrever.

Os objectivos definidos e o quadro teórico que contextualizou a investigação orientaram a escolha e a recolha de documentos, atrás mencionados, cujo conjunto constituíram o *corpus*, sobre o qual procedemos à análise de conteúdo. Na escolha dos documentos que constituíram o *corpus* tivemos em atenção considerar as regras apontadas pelos autores acima mencionados. Nomeadamente, a exaustividade, a representatividade, a

homogeneidade e a pertinência: a pertinência resultou da adequação dos documentos recolhidos como fonte de informação ao objecto de análise; a homogeneidade verificou-se nos critérios de escolha dos documentos para a recolha de informação, de acordo com as questões de investigação por nós elaboradas; a representatividade garantiu-se nos documentos relativos à Unidade Dor e às transcrições das gravações áudio das consultas telefónicas, em que procurámos que a selecção destes documentos fosse uma representação significativa do conjunto dos registos que documentam a história da Unidade Dor, como das consultas telefónicas entre enfermeira e doente/família que ocorrem diariamente; a exaustividade salienta-se em especial na recolha e análise aos documentos das entrevistas a todas as enfermeiras da equipa da Unidade Dor.

Após a constituição do *corpus* procedemos a leituras sucessivas do texto, tendo sempre presente os objectivos da investigação que traçámos, procurando regularidades e padrões nos dados, de forma a obter um sistema de codificação para poder organizar os dados. À medida que íamos lendo os documentos, emergiam as categorias que nos ajudaram a classificar os dados descritivos recolhidos. As categorias foram definidas ao longo da leitura dos documentos, *a posteriori*, pois não tínhamos antes da análise definido as categorias. Na escolha das categorias procurámos que se caracterizassem por ser exaustivas (incluímos todo o conteúdo nas categorias definidas, excepto os aspectos que, nomeadamente nas entrevistas, eram opiniões ou factos relatados que estavam fora dos objectivos do presente estudo), exclusivas (os mesmos elementos eram classificados numa só categoria), objectivas (explicitação clara da categoria, de forma a acautelar que diferentes codificadores classificassem os diversos elementos seleccionados do conteúdo em análise nas mesmas categorias) e por último, que as categorias fossem pertinentes (garantir uma concordância entre os objectivos e o conteúdo classificado).

A etapa seguinte na análise de conteúdo no estudo foi a definição de unidade de registo, que consiste segundo Carmo e Ferreira (1998), no “*segmento mínimo de conteúdo que se considera necessário para poder proceder à análise, colocando-o numa dada categoria*” (p. 257) e de unidade de contexto que constitui “*o segmento mais longo do conteúdo que o investigador considera quando caracteriza uma unidade de registo, sendo*

a unidade registo o mais curto” (p. 257). Como referido nas etapas anteriores nesta técnica de análise, também na escolha da unidade de registo foi nossa preocupação o entrosamento com os objectivos e quadro teórico orientador da estudo em questão. A unidade contexto foi importante para assegurar a fidelidade e a validade da análise realizada.

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 acautelámos, como investigadora, a aplicação dos critérios da codificação ao longo do trabalho.

4.7. QUESTÕES ÉTICAS

A realização do nosso estudo implicou a observância de princípios éticos inerentes à investigação. Deste modo solicitámos permissão ao Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta, EPE, que, na pessoa da Enfermeira Directora, autorizou o desenvolvimento do estudo na Unidade Dor (ver Anexo III).

Também toda a equipa de saúde da Unidade Dor foi envolvida nas diversas etapas, tendo sido salvaguardadas as questões éticas, nomeadamente no assegurar a informação, explicitação de objectivos de estudo e forma de colaboração para a participação na investigação. Neste papel foi decisivo, embora fizesse parte da dinâmica da equipa, a regularidade das reuniões da equipa e um ambiente de trabalho de cooperação activa e comunicação formal e informal fácil.

Todos os participantes do estudo deram o seu consentimento oral para a sua participação. A todos foi assegurada a confidencialidade dos dados e o anonimato.

Foi também assegurada a protecção dos participantes relativamente aos dados obtidos. Assim, os dados sócio-demográficos dos profissionais no que se refere a – idade, sexo, habilitações literárias, tempo de profissão - foram definidos em classes latas, para

salvaguardar o anonimato, visto a dimensão do grupo ser pequeno e serem facilmente reconhecidos.

Definimos como classes: menos de 39 anos; de 40 a 49 anos; mais de 50 anos. Relativamente aos anos de experiência profissional definimos como classes: menos de 10 anos; de 10 anos a 20 anos e mais de 20 anos de profissão.

Todos os participantes foram informados que podiam recusar colaborar no estudo, ou desistir no seu percurso, sem que existissem quaisquer consequências para si ou para os seus familiares.

Também 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. O doente/familiar pôde exprimir o mais livremente possível a sua opinião, acerca da resposta obtida face ao problema colocado na consulta telefónica e ao tempo de espera na resposta ao mesmo. A estudante foi preparada para este papel de co-investigadora e sempre que nesta avaliação o doente/familiar colocou dúvidas, a estudante chamava a enfermeira. Este mesmo encaminhamento foi garantido a todos os doentes, sempre que se identificavam os problemas no contexto dos inquéritos por entrevista via telefone. Foi garantido aos doentes/familiares a resolução e/ou encaminhamento dos problemas colocados no decurso da investigação.

A colaboração da estudante foi garantida, tendo sido previamente informada dos objectivos do estudo, procedimentos a adoptar antes, durante e após as entrevistas e registos a efectuar. Foi ainda treinada para respeitar as questões éticas inerentes à investigação, a responder a situações imprevistas, que podiam surgir decorrentes da comunicação por contacto telefónico, nomeadamente, insatisfação por parte de doentes/ familiares, familiares em situação de luto, pessoas com problemas do foro psiquiátrico ou em grande sofrimento físico e/ou psíquico.

Da nossa parte, como investigadora, esteve garantida a nossa presença sempre que necessário para esclarecimento de dúvidas, assegurar ética nos procedimentos e orientação pedagógica ao longo do processo. Foi também informado o Director da Escola Superior de

Enfermagem, responsável pela estudante em ensino clínico, de forma a poder potencializar aprendizagem realizada neste estudo pela estudante.

Assegurou-se sempre o consentimento do doente/familiar em participar, bem como a confidencialidade nas respostas. Certificávamo-nos se, ao telefonar, o respeito pelo tempo e pelas pessoas era garantido e nesse sentido inquiríamos se não estávamos a interferir de forma negativa na realização de actividades de vida do doente/família. Caso acontecesse, perguntávamos e negociávamos novo horário (Carmo & Ferreira, 1998). Também a iniciativa do contacto telefónico para a avaliação da satisfação foi sempre da nossa, para que o encargo financeiro não fosse do doente/família. Caso o doente/familiar nos contactasse, a nossa entrevista era adiada, para garantir a adequada resolução do problema colocado, respeitar o sofrimento do doente/familiar e garantir o distanciamento temporal em relação à consulta telefónica, de forma a permitir a liberdade de expressão e avaliação da mesma.

Apesar do rigor ético e metodológico que procurámos imprimir aos procedimentos, alguns doentes/familiares (3) procuraram posteriormente confirmar a autenticidade da realização das entrevistas telefónicas, pois não estavam familiarizados com a estudante como colaboradora no estudo. A estranheza em não serem as enfermeiras da Unidade Dor a telefonar, como é usual, foi o que os deixou de alguma forma inseguros. Este aspecto alerta-nos para, em estudos futuros, ponderar as escolhas de procedimentos metodológicos e a técnicas de colheita de dados, a utilizar nos doentes/famílias da Unidade Dor.

Refere-se ainda, que a entrevista telefónica ao doente e família foi realizada através do equipamento telefónico da Unidade Dor, bem como o encargo financeiro suportado pelo serviço.

A avaliação da satisfação dos doentes/familiares da Unidade Dor é uma das preocupações das responsáveis do serviço (directora e enfermeira responsável), definido como um dos objectivos da Unidade Dor para 2009, de acordo com o Plano Estratégico

decidido para o Hospital Garcia de Orta, pelo que não se nos colocou nenhuma reserva na utilização deste recurso.

Preocupou-nos respeitar o princípio da beneficência em relação aos participantes: profissionais, doentes e familiares e também colaboradores. Ainda que para alguns dos participantes não sejam imediatamente observáveis e sentidos os benefícios, acreditamos que estes poderão advir do processo de mudança desencadeado por este estudo, numa melhoria da prática ao doente/família com dor crónica através da consulta telefónica na Unidade Dor.

Os doentes/familiares serão informados dos resultados da avaliação da satisfação, relativamente à consulta telefónica, num documento informativo a realizar pela equipa da Unidade Dor. Será entregue pela secretária de unidade da Unidade Dor, no momento de efectivação da consulta e pelas enfermeiras, quando o doente se dirigir directamente ao Hospital Dia. Para além da observância das questões éticas na partilha dos resultados, asseguramos a confiança dos doentes/familiares, principalmente daqueles que, como atrás foi mencionado, mostraram alguma desconfiança inicial relativamente à realização do inquérito por telefone.

Com os participantes profissionais da Unidade Dor foram partilhados os resultados da investigação formalmente, em reunião multidisciplinar.

Apresentados e justificados os passos metodológicos, apresentamos seguidamente os resultados deste estudo.

CAPÍTULO 5 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Passamos a descrever o contexto físico e social do estudo na sua dimensão histórica e organizativa, para, de seguida, apresentarmos as características da interacção do fenómeno social, que é a comunicação no processo de uma intervenção profissional, realizada pelos enfermeiros de uma unidade de dor de um hospital central numa consulta telefónica.

5.1.1. Unidade Dor do Hospital Garcia de Orta

A Unidade Dor do Hospital Garcia de Orta existe desde 1993. Podemos indicar cinco fases no seu percurso de evolução.

Teve um primeiro momento que funcionou como Unidade de Analgesia do Pós-Operatório, inserida no serviço de Anestesiologia do Hospital Garcia de Orta. Esta primeira fase durou 19 meses, de Março de 1992 a Outubro de 1993. Destinava-se exclusivamente ao controlo da dor de doentes internados do foro cirúrgico, normalmente em situação de pós-operatório, sendo referenciados pelos respectivos médicos cirurgiões. Esta fase permitiu a implementação e desenvolvimento de técnicas analgésicas inovadoras para a época, bem como perspectivou a equipa da futura Unidade de Dor, constituída nessa data por uma médica anestesista e por uma enfermeira. A médica anestesista mantém-se desde o início e é a directora da Unidade Dor desde então.

Numa segunda fase e pela primeira vez, foi-lhe atribuído um espaço físico, um gabinete localizado no Piso 3, do Hospital Garcia de Orta. Os restantes equipamentos e recursos de apoio ao funcionamento: sala de tratamentos, armazém, secretariado e sala de espera, eram partilhados com o serviço de Exames Especiais de Gastroenterologia. Os

objectivos continuaram a ser o tratar doentes com dor aguda, mas a unidade alargou o seu campo de acção ao tratamento de doentes com dor crónica, em regime de ambulatório e de internamento. Para além do espaço físico, alargou-se também a equipa de saúde da Unidade de Dor, que, para além dos membros existentes, passou a incluir um neurologista, um médico de Medicina Interna, em tempo parcial, e uma psicóloga, que se mantém até à actualidade.

Esta segunda fase durou dois anos, desde Novembro de 1993 a 1995.

Numa terceira fase, Março de 1996, a redistribuição de espaços no Hospital Garcia de Orta situou a Unidade Dor no Piso 8, entre os serviços de Pneumologia, Endocrinologia, Hematooncologia e Hospital de Dia Oncologia. Estas instalações ainda se mantêm até à actualidade e constituíram a estrutura do espaço físico, onde decorreu o estudo, que à frente descrevemos.

A equipa de profissionais da Unidade Dor aumentou, pois foram-lhe atribuídos mais dois enfermeiros, uma auxiliar de acção médica e uma secretária de unidade, que era partilhada com os outros serviços. A ampliação do espaço físico e dos profissionais permite iniciar a vertente formativa dirigida a enfermeiros, quer da própria instituição, quer de centros de saúde ou de outros hospitais. A actividade nesta terceira fase, continua a focalizar-se nos doentes com dor aguda e crónica e dura até 1999.

A quarta fase inicia-se em Janeiro de 2000, altura em que a Unidade de Dor passa a dedicar-se de forma exclusiva ao tratamento dos doentes com dor crónica. A dor aguda ficou a cargo exclusivamente do serviço de Anestesia. Este percurso que culmina com a separação das áreas de intervenção nos doentes com dor aguda e crónica é similar ao verificado noutras unidades de dor portuguesas.

Nesta fase, a equipa, em termos de recursos humanos, era constituída por um anestesista, quatro enfermeiros, uma psicóloga clínica e uma auxiliar de acção médica, a tempo completo. Em tempo parcial, estão o neurologista, um médico de medicina interna e um psiquiatra. A secretária de unidade continua a ser partilhada com os restantes serviços do Piso 8.

A actividade formativa da orientação de enfermeiros existiu desde o seu início e alarga-se a médicos em regime de internato da especialidade de anestesia e de clínica geral. Nesta fase começa a participação em estudos de investigação clínica farmacológica, fases II e III.

Em 2008 desenha-se a quinta fase, a Unidade Funcional Dor separa-se definitivamente do serviço de Anestesiologia e passou a funcionar como unidade autónoma, que se manteve durante o desenvolvimento da actual investigação.

A equipa da Unidade Dor foi aumentada: 4 médicos, dois a tempo completo e dois a tempo parcial; 5 enfermeiras a tempo completo; 1 assistente operacional; 1 psicóloga; 1 secretária de unidade, partilhada com outros serviços. A equipa contou ainda com a colaboração a tempo parcial de 1 neurocirurgião; 1 fisiatra; 1 oncologista; 1 técnica de serviço social; 1 técnica de nutrição e dietética e ainda 2 voluntários, uma médica de Clínica Geral que efectua tratamentos de Mesoterapia, uma vez por semana, e um técnico de análises clínicas, que efectua terapia de Reiki, aos doentes da Unidade de Dor, duas vezes por semana (num espaço físico fora da Unidade Dor).

Esta equipa alargada visa responder ao aumento de pedidos de atendimento dos doentes à equipa da Unidade Dor, tendo havido a necessidade de alargar o horário de funcionamento das 8 às 18 horas e 30 minutos de segunda a quinta-feira e das 8 às 17 horas à sexta-feira.

Passamos a descrever o contexto físico da Unidade Dor do presente estudo.

A Unidade Dor é dotada de quatro salas, dispersas geograficamente entre si. Junto ao serviço de Pneumologia existem 2 salas, Hospital Dia da Unidade Dor e, em frente, o gabinete de consulta. No lado oposto, junto ao serviço de Hematooncologia, existe outra sala, denominada de gabinete multidisciplinar e arquivo dos processos clínicos dos doentes. Entre as salas da Unidade Dor existe um secretariado de atendimento às unidades de internamento e às consultas de ambulatório das diversas especialidades no Piso 8 e os respectivos gabinetes de consulta. Este espaço é mediado por um corredor onde circulam livremente doentes, familiares, profissionais, com acesso directo às salas da Unidade Dor.

Os doentes/familiares da Unidade Dor aguardam numa sala de espera comum a todo o piso, que se situa no átrio dos elevadores e que permite a acessibilidade a outros pisos do hospital. Contínuo a este átrio encontra-se a 4ª sala da Unidade Dor, que serve de arrecadação, para material de uso clínico. Verificámos que todas as salas, à excepção da arrecadação são polivalentes, ou sejam, adaptam-se com grande flexibilidade às necessidades: num momento e num dado espaço pode realizar-se uma consulta de enfermagem com um doente/família, noutra momento pode ser uma consulta médica, ou uma reunião da equipa. Em cada sala é comum a simultaneidade de doentes e profissionais, na realização de diferentes actividades. É de referir a inexistência de um local reservado aos profissionais. A directora e a enfermeira responsável da Unidade Dor não têm espaço físico próprio. Frequentemente, o corredor é o local onde que os profissionais são abordados pelos doentes/familiares que solicitam ajuda, e onde muitas vezes a orientação e ensino são realizados, por as salas estarem quase permanentemente ocupadas por doentes/familiares.

A exiguidade do espaço físico é um problema identificado há vários anos pela equipa da Unidade Dor e reconhecido pela equipa da Gestão Risco, como um constrangimento à privacidade de doentes/famílias, bem como dos profissionais. Está confirmado como potencial fonte de conflitos e desgaste físico e psíquico. A solicitação da ampliação do espaço físico encontrou-se registada em todos os planos de acção da Unidade Dor e a sua concretização está ainda por acontecer.

Embora o espaço físico da Unidade Dor não tenha as condições habituais de outros espaços hospitalares, nomeadamente em termos de privacidade, verificámos com surpresa que as relações entre os diferentes profissionais revelam uma grande confiança mútua, respeito, cordialidade e segurança na delimitação de áreas de competências profissionais de cada um.

O número de consultas, a realização de estágios de formação de médicos, enfermeiros e psicólogos do ensino pré e pós-graduado implica a presença de inúmeros actores que num espaço tão pouco harmonioso poderia ser problemático. Constatou-se porém, uma grande flexibilidade e fluidez na comunicação entre os profissionais da Unidade Dor, o que reverte positivamente em prol do cuidado ao doente/família com dor crónica que aí é seguido. A centralidade do doente e família torna-se visível na ocupação

quase permanente do espaço físico da Unidade Dor, por parte dos doentes, em que a equipa se coloca ao seu serviço para a prestação de cuidados. O aviso de não interrupção é um alerta simbólico, frequentemente violado pela necessidade de entradas da assistente operacional a trazer ou arquivar processos clínicos solicitados pelos médicos e enfermeiras e pelos doentes/famíliares que batem à porta a solicitar ajuda, levar medicação ou receitas.

Após breve descrição do espaço físico passamos a caracterizar o funcionamento da Unidade Dor.

A equipa da Unidade Dor, nomeadamente médicos e enfermeiras, divide-se pelas seguintes actividades: consultas de ambulatório, hospital dia e acompanhamento dos doentes internados nas unidades de internamento com situações de dor crónica não controlada, em que foi solicitada a intervenção da Unidade Dor.

Existe uma actividade de funcionamento de equipa concretizada numa dinâmica não muito frequente no hospital, que é a existência de reuniões semanais, multidisciplinares, sendo a quinta-feira, entre as 8 e as 10 horas, o dia e horário estipulados. Esse horário é dedicado exclusivamente à formação e à discussão conjunta de assuntos de serviço.

Uma outra actividade invulgar é a realização anual das Jornadas da Unidade Dor. Permite ser um momento alto de divulgação para o grande público do problema que é a dor e tem servido para incrementar a investigação e divulgar as melhores práticas de cuidado na pessoa com dor crónica.

A consulta telefónica é outra das actividades que envolve as enfermeiras e médicos que desenvolvemos especificamente mais adiante como objecto deste estudo.

Assim, a equipa da Unidade Dor pode responder melhor ao crescente aumento de procura dos cuidados no controlo da dor crónica, como se pode constatar pela análise da Tabela 2.

Verificámos, de uma forma geral, um incremento progressivo nas diferentes áreas assistenciais na Unidade Dor. As consultas médicas, que o ano de 1999 foram 573, em 2008 aumentaram para 3751. Nas consultas de enfermagem verificou-se um aumento ainda

maior, no mesmo período de tempo, de 1467 em 1999 para 5352, em 2008. Também salientamos progressivos aumentos nas actividades em hospital de dia e nas consultas realizadas aos doentes internados nas unidades de internamento do Hospital Garcia de Orta. Ressaltamos, que as consultas denominadas como “primeiras consultas”, significam a entrada de novos doentes para a Unidade Dor, que de 155 novos doentes em 1999, passaram a 528 novos doentes em 2008. Estes dados revelam ser a dor um problema social e pessoal que exige resposta cada vez com maior rapidez e eficácia.

Tabela 2 - Movimento assistencial na Unidade Dor

Consultas	1999	2000	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Consultas Médicas- Total	573	1229	1851	2494	3064	3169	3375	3751
1ª Consultas	155	211	346	412	898	454	506	528
2ª Consultas	418	1018	1505	2082	2166	2715	2869	3223
Hospital Dia			500	3422	3491	2946	3099	3278
Consultas Internamento	1775	2335		2254	3504		2554	2889

Fonte: Relatórios anuais da Unidade Dor do Hospital Garcia de Orta

Em Setembro de 2008, o número de processos activos existentes na Unidade Dor correspondiam a 968 doentes. Cerca de 75% eram doentes do sexo feminino ($n = 726$), 25% ($n = 242$) correspondiam a doentes do sexo masculino. A maioria tinha dor de origem não oncológica cerca de 66,73% ($n = 646$). Os doentes com dor de origem oncológica eram cerca de 33,27% ($n = 322$).

Os critérios de admissão dos doentes à Unidade Dor passam por uma triagem efectuada pelo médico assistente do doente, ou pelo médico dos cuidados de saúde primários, ou por um qualquer médico do hospital do Hospital Garcia de Orta. A marcação das consultas, após triagem e hierarquização da prioridade das situações, é realizada pela directora da Unidade Dor, com a colaboração da enfermeira responsável. A efectivação das marcações é efectuada pela secretária de unidade por telefone e/ou por carta.

A rentabilização dos tempos de consulta existentes é sentida pelos profissionais como um dever, pois o aumento progressivo da procura de cuidados na Unidade Dor, conforme referido anteriormente, obriga a uma lista de espera que varia entre as 4-6 semanas, para as situações consideradas menos urgentes. Assim, se um doente de primeira vez avisa antecipadamente da não vinda à consulta, a enfermeira telefona a outro doente para ocupação desse tempo, pois a situação de dor acarreta muito sofrimento que importa minorar, o mais rapidamente possível.

Quando o doente vem à consulta pela primeira vez, a enfermeira é o profissional que procede ao acolhimento e faz o seu atendimento personalizado. Realiza uma entrevista de admissão, seguindo o padrão de documentação de enfermagem existente para o registo da informação. Este acolhimento, realizado na sala que estiver disponível, exige privacidade e nota-se a preocupação em a garantir. Neste acolhimento a enfermeira procura conhecer o doente/família, a sua história de dor, bem como dele faz parte a apresentação da equipa da Unidade Dor e a sua dinâmica, incluindo a consulta telefónica e seus objectivos. Aprofundaremos os objectivos desta entrevista de acolhimento mais adiante, ao falarmos da consulta telefónica, para não haver repetição de informação, uma vez que há dados que são sobreponíveis.

A informação da entrevista de acolhimento e a informação recolhida, oralmente e através do registo no processo clínico, é partilhada com o médico que posteriormente vai consultar o doente/família. No final da consulta médica, a enfermeira dirige-se ao doente e família para esclarecimento de dúvidas que tenham surgido, orientação para a marcação da próxima consulta e ensino em relação ao regime medicamentoso. Incentiva a telefonar, caso surjam dúvidas ou dificuldades no cumprimento do plano terapêutico ou no controlo da dor.

Apresentamos de seguida a consulta telefónica da Unidade Dor do Hospital Garcia de Orta.

5.1.2. Consulta telefónica da Unidade Dor

5.1.2.1. A história da consulta telefónica

A consulta telefónica surgiu em 1995, impulsionada por um projecto de desenvolvimento em contexto académico³, em que os estudantes de enfermagem realizaram visitas domiciliárias. Nestas visitas aperceberam-se da necessidade da existência de um canal de comunicação que possibilitasse a doentes e familiares o esclarecimento de dúvidas e apoio no cuidar da dor crónica, de uma forma mais rápida e sem se deslocarem ao hospital. O aumento progressivo de pedidos de consultas para doentes com dor crónica obrigou a um reajustamento, na gestão das práticas de cuidados ao doente com dor. Com o início do uso, na unidade, de terapias complementares, como o relaxamento associado a aromaterapia e musicoterapia, a visita domiciliária foi gradualmente preterida, apesar de ter estado contemplada a possibilidade da sua realização formal 1 a 2 vezes por semana, até meados de 2003.

Uma vez que a partir de 1998, a Unidade Dor se dedicou exclusivamente a tratar de doentes com dor crónica não oncológica e oncológica, em regime de ambulatório e de internamento, a necessidade de continuidade na vigilância e controlo da dor dos doentes no domicílio, compeliu a estruturar a consulta telefónica.

Estabeleceu-se um número telefónico fixo com acesso directo à Unidade Dor, no período das 8 às 15 horas. Este número era disponível para doentes e familiares da Unidade de Dor, sendo informados deste serviço na 1ª consulta na Unidade Dor. Contudo, os doentes e familiares precisavam de sentir segurança na continuidade do atendimento telefónico e por isso, durante alguns anos, das 16 às 8 horas nos dias úteis e em todo o fim-de-semana, activava-se um atendedor de chamadas que registava os telefonemas com as

³ Estágio de Opção de dois enfermeiros na Unidade Dor, do Hospital Garcia de Orta, inserido no Curso de Especialidade em Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, em 1995. Um dos enfermeiros passou a integrar e a chefiar a equipa de enfermagem da Unidade Dor entre 1995 e 2003.

solicitações de ajuda. Na manhã seguinte, os enfermeiros procediam à identificação dos problemas, planeamento e execução das intervenções para a sua resolução, ou encaminhamento para os médicos ou outros profissionais de saúde, informando o doente telefonicamente da respectiva tomada de decisão.

O sistema de gravação de telefonemas revelou-se muito frágil no processo de resolução dos problemas dos doentes e familiares, face ao tempo de demora entre a solicitação de ajuda feita pelo doente e familiar e a resposta da equipa de saúde da Unidade Dor. Estas dificuldades e/ou a alteração na situação de saúde do doente levava à procura de ajuda profissional no centro de saúde, ou urgência hospitalar. Acontecia também que, quando a equipa da Unidade Dor tomava conhecimento da informação gravada, necessitava de a validar, para se assegurar da actualização da situação clínica dos doentes. A informação fornecida pelo doente e familiares era deficiente ou insuficiente para o diagnóstico e tomada de decisão, devido à ansiedade da situação clínica, ou à dificuldade do doente/familiar em falar para um sistema de voz. A equipa precisava por isso de contactar telefonicamente com o doente ou familiar, para actualizar a colheita de dados, de modo a realizar a triagem dos problemas, diagnosticar e intervir com o máximo de segurança possível. Esta morosidade e ineficácia fizeram com que a equipa de saúde decidisse terminar com o atendimento de chamadas telefónicas por sistema de gravação fora do horário de funcionamento da Unidade Dor. Esta decisão ocorreu por volta do ano 2000.

O horário de funcionamento da Unidade Dor passou então a ser das 9 horas às 15 horas, em dias úteis. Este horário exíguo deveu-se a motivos organizacionais, nomeadamente a escassez de profissionais de saúde - enfermeiros e médicos. A equipa era exígua - 2 médicos, mas 1 em presença por dia, e 3 enfermeiros - que tinham que assegurar diariamente a consulta aos doentes em regime de ambulatório, hospital dia da Unidade Dor, a observação e avaliação dos doentes internados com dor crónica e os problemas dos doentes/familiares que, a partir de sua casa, solicitavam a ajuda da equipa da Unidade Dor através da consulta telefónica.

Ao telefonar para a Unidade de Dor a informação dada pelo doente ou familiar, era registada numa folha não estruturada para o efeito. Nessa folha cada enfermeiro, de acordo com a sua experiência, seleccionava os dados que considerava pertinentes para registo de identificação do problema. O processo clínico do doente era posteriormente pedido e após a tomada de decisão/resolução, os registos efectuados.

Nos últimos anos da década de 90, construiu-se um instrumento para o registo inicial da consulta telefónica (Anexo IV), com os objectivos de garantir a continuidade do processo de resolução dos problemas do doente/família, bem como a sua documentação no processo clínico do doente na Unidade Dor. Apesar de contemplar informações, como a hora do telefonema, quem o realizou, motivo, a sua utilização foi limitada pela parca informação que se podia registar, tendo a equipa decidido abandonar aquele modelo de registo, regressando à forma inicial de registo anterior.

Os enfermeiros da Unidade Dor não tiveram formação específica na área da comunicação e atendimento por telefone. A experiência adquirida ao longo dos anos de funcionamento da Consulta Telefónica foi transmitida, oralmente, pelos enfermeiros mais experientes na integração dos enfermeiros recém-admitidos, na Unidade de Dor. No entanto, verificámos que a consulta telefónica apresenta um aumento progressivo do número de atendimentos ao longo dos anos. Em 1999, foram registadas 825 consultas telefónicas, número que em 2008 é largamente ultrapassado ao registarem-se 3660 consultas telefónicas, tal como se apresenta na tabela que abaixo se apresenta.

Tabela 3 – Evolução número de consultas telefónicas na Unidade Dor

Anos	Número consultas telefónicas
1999	825
2000	862
2007	3171
2008	3660

Fonte: Relatórios anuais da Unidade Dor do Hospital Garcia de Orta

Em 2007, passados 12 anos do início da consulta telefónica, a equipa de enfermagem realizou um questionário aos doentes e familiares para conhecer a opinião e a satisfação em relação ao funcionamento da consulta telefónica da Unidade Dor do Hospital Garcia de Orta. Apesar da satisfação global manifestada pelos doentes e familiares e dos benefícios que reconheceram, deram sugestões, nomeadamente em relação ao alargamento do horário e a uma maior celeridade na resposta ao problema colocado através da consulta telefónica. Os resultados do inquérito, o alargamento da equipa da Unidade Dor, o início do processo de investigação em 2008 foram factores aglutinadores para algumas das alterações que ocorreram desde então, e que apresentamos adiante ao descrever a dinâmica da consulta telefónica deste estudo.

5.1.2.2. A consulta telefónica durante o estudo

A consulta telefónica da Unidade Dor do Hospital Garcia de Orta existe desde 1995, com o objectivo de garantir a continuidade dos cuidados ao doente/família com dor crónica, ajudar no controlo da dor, efectuar o despiste precoce de efeitos colaterais dos tratamentos e medicamentos, assim como dar apoio emocional ao doente e família com dor crónica.

O horário de funcionamento da consulta telefónica sofreu um alargamento desde Outubro de 2008. O seu horário de funcionamento, durante o período do estudo, foi das 9 às 17 horas em dias úteis. Até Fevereiro de 2009, apesar do número ser directo à Unidade Dor, quando marcado pelos doentes/famílias, as enfermeiras que necessitavam de contactar com os doentes, tinham que solicitar à central telefónica do hospital a marcação, quando era para rede móvel nacional, ou rede fixa fora do indicativo. Este facto criava alguns constrangimentos na gestão do tempo e organização da equipa, pois as solicitações à central telefónica eram frequentes e, por vezes, revelava-se um processo moroso.

No decurso do nosso estudo, a direcção do hospital autorizou, desde Março de 2009, o acesso directo a redes móveis e rede fixa fora do indicativo, sem passar pela Central Telefónica, por parte dos profissionais da Unidade Dor, o que significa um melhor aproveitamento do recurso tempo.

Desde há vários anos que o atendimento é realizado por uma das enfermeiras através de um telefone portátil, que está sempre na sua posse. Esta actividade da consulta telefónica é acumulada com a simultaneidade das restantes actividades diárias da Unidade Dor, sujeita a inúmeras solicitações e decorrendo em espaços físicos muito exíguos, como já foi descrito. Estes factores fazem com que a consulta telefónica seja alvo de diversas interferências, com interacções imprevisíveis, que podem afectar a comunicação entre o doente/família e a enfermeira. Por outro lado, a enfermeira ao tentar responder aos problemas que são colocados, e dar o seu significado ao problema, ela mesma pode contribuir de alguma forma, para gerar alguma incerteza, intrínseca a toda a interacção (Lopes, 2006). Podemos considerar que o contexto em que se realiza a consulta telefónica é complexo (Morin, 2003), exigindo da enfermeira atenção elevada face às situações, também elas complexas, para centrar e adequar a sua intervenção no doente/família, que solicita ajuda.

O doente e família são informados da existência e acessibilidade da consulta telefónica, na realização da 1ª consulta quando a enfermeira faz o acolhimento do doente /família, como mencionámos anteriormente. São informados do número de telefone, dias e horário de funcionamento da consulta telefónica e objectivos da mesma.

Concomitantemente com a informação oral, o doente/família levam a informação escrita na parte inferior do guia terapêutico (Anexo V), em destaque, para poder ser lido por pessoas com diminuição da acuidade visual. O guia terapêutico individualizado é entregue no final de cada consulta na Unidade Dor. No guia terapêutico consta ainda, para além da identificação do doente e da data da alteração terapêutica, o nome dos médicos que fazem parte da equipa do serviço e das enfermeiras, com quem podem contactar directamente pelo telefone. O doente é informado que os dados recolhidos são registados no seu processo clínico e partilhados pela equipa da Unidade Dor.

Na entrevista de admissão, a enfermeira valida o número do contacto telefónico do doente e pede também o contacto telefónico de um familiar ou prestador de cuidados, que ficam registados no padrão de documentação de enfermagem, no processo clínico do doente, na Unidade Dor. Também explicita as razões e a importância deste procedimento -

garantir a comunicação sempre que necessária, de modo a ajudar o doente e a família a controlar a dor de forma mais rápida e evitando deslocações desnecessárias ao hospital.

Simultaneamente, durante a interacção com o doente e o acompanhante, a enfermeira faz um processo de avaliação diagnóstica, em que avalia:

- As expectativas relativamente à Unidade Dor;
- A avaliação da dor e as repercussões nas actividades de vida do doente;
- Factores que possam influenciar/dificultar a capacidade de comunicar pela via telefónica.

Nos casos de pessoas com *deficits* auditivos, motores, cognitivos, situações de extrema debilidade física ou psíquica, ou motivos financeiros, a enfermeira procura combinar com o doente/família os melhores canais e estratégias para assegurar uma comunicação e um tratamento à distância eficaz.

No presente estudo foi acordado que o procedimento na recepção de um telefonema de um doente /familiar para a Unidade Dor é segundo o seguinte protocolo:

- A enfermeira identifica o autor da chamada, o nome do doente a que se refere e o motivo do telefonema;
- De seguida faz a triagem da situação.

Distinguem-se dois tipos de intervenção de enfermagem:

- A enfermeira faz o diagnóstico de enfermagem, planeia e intervém de forma autónoma, responsabilizando-se pela prescrição e implementação da intervenção de enfermagem; ou
- A enfermeira faz o diagnóstico de enfermagem, mas verifica que o problema do doente exige cuidados fora da sua área de competência. Se for, por exemplo, alteração terapêutica, encaminha então para o médico, ou outro profissional de saúde (psicóloga, assistente social, dietista).

Ao encaminhar para o médico, a enfermeira, de acordo com a sua experiência, toma a decisão relativamente à prioridade na resolução do problema, que pode ser de 3 tipos: urgente, prioritário mas não urgente, não urgente.

Na intervenção urgente, a enfermeira procura comunicar ao médico o problema do doente, de forma a ter uma decisão o mais breve possível. Tal decisão pode exigir interromper a consulta que decorre com doentes de ambulatório. Se o telefonema é prioritário, mas não urgente, o enfermeiro procura informar o médico num intervalo da consulta. Para os restantes casos, a enfermeira transmite as informações dos doentes/familiares ao médico no final da consulta.

O médico faz o diagnóstico, baseado na informação dada pela enfermeira, toma a decisão clínica, e regista a decisão terapêutica no processo clínico do doente. A enfermeira valida a decisão clínica e objectivo do reajuste do plano terapêutico e responsabiliza-se pela sua implementação. Telefona e informa, orienta ou ensina o doente e família telefonicamente, relativamente ao ajuste ao regime terapêutico, e assegura-se da respectiva compreensão do novo plano terapêutico.

A alteração do plano terapêutico do doente pode acarretar a necessidade de acrescentar ou modificar novos medicamentos. A sua aquisição pode ser através da receita médica prescrita, ou podem ser medicamentos que estão disponíveis na Unidade Dor. O doente ou familiar é informado da necessidade de se deslocar à unidade. Nesse encontro a enfermeira informa-se da situação clínica do doente, valida o ensino realizado telefonicamente e entrega o guia terapêutico com a alteração terapêutica escrita.

Por vezes, os doentes, aparentemente, apreendem a mensagem dada, mas posteriormente telefonam ou vêm pessoalmente à Unidade Dor, para receberem informação segura: para confirmação de que estão a seguir o plano terapêutico, ou se tomaram a decisão correcta relativamente ao problema. Se a enfermeira tem dúvidas sobre a compreensão das informações dadas ao telefone, solicita que o doente ou um familiar se desloquem à Unidade Dor, para clarificar as mensagens e certificar-se de que foram entendidas.

Os procedimentos adoptados para a consulta telefónica resultam de um processo de formação em situação. A equipa aprendeu com a experiência vivida. Esta aprendizagem é transmitida aos profissionais recém-chegados no processo de integração, onde aprendem e treinam as técnicas comunicacionais pelo telefone.

O exercício profissional da enfermeira na consulta telefónica implica uma abordagem sistémica e sistemática do doente/família com dor crónica e a responsabilidade individual no processo de tomada de decisão em relação aos problemas do doente/família com dor crónica.

Terminada a apresentação do contexto da unidade da dor e da dinâmica de funcionamento da consulta telefónica, passamos a apresentar em detalhe os achados provenientes das várias fontes: entrevistas, questionários, documentos em arquivo na unidade e a observação realizada pelo investigador através das notas de campo.

5.2. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos, num primeiro momento a caracterização dos sujeitos participantes do estudo do grupo dos doentes.

Num segundo momento, apresentamos a análise dos dados resultantes dos registos de enfermagem da consulta telefónica realizada no período de 24 Março a 9 Abril de 2009.

No terceiro momento, apresentamos os resultados das entrevistas aos doentes/familiares no que diz respeito à satisfação na consulta telefónica.

Por último, apresentamos os resultados obtidos da análise de conteúdo realizada às entrevistas das enfermeiras e registos de observação.

5.2.1. Características do grupo de doentes deste estudo

As consultas telefónicas foram referentes a 103 doentes com dor crónica seguidos na Unidade Dor.

A maioria dos doentes eram do sexo feminino cerca de 69, 90 % ($n = 72$), os homens representaram 30,10 ($n = 31$) % dos doentes.

Cerca de 95,14 % ($n = 98$) dos participantes tinha nacionalidade portuguesa e

4, 86% ($n = 5$) dos participantes, tinham outra nacionalidade como: angolana ($n = 2$); cabo-verdiana ($n = 1$); moçambicana ($n = 1$); ucraniana ($n = 1$).

Em relação à idade, a maioria dos doentes situa-se nas faixas etárias entre os 50 e 79 anos, com a seguinte distribuição: entre os 40 e 49 anos cerca de 17, 47% ($n = 18$); entre os 50 e 59 anos cerca de 21, 35% ($n = 22$); entre os 60 e 69 anos cerca de 21, 35% ($n = 22$) entre os 70 e 79 anos igualmente cerca de 21, 35% ($n = 22$).

Os doentes com menos de 40 anos foram cerca de 6, 79% ($n = 7$) e os doentes com 80 anos ou mais representaram cerca 11, 65% ($n = 12$)

A maioria dos doentes é casada 64,07% ($n = 66$), cerca de 15,537% ($n = 16$) dos doentes são viúvos. Os doentes referem ser solteiros em cerca de 4,85% ($n = 5$), bem como divorciados, também na mesma percentagem 4,85% ($n = 5$). Os doentes em união de facto representaram 2,91% ($n = 3$) e os que estavam separados eram 1, 94% ($n = 2$). Não foi possível apurar dados relativamente ao estado civil em 5, 82% ($n = 6$) dos doentes.

Em relação à escolaridade, cerca de 7,76% ($n = 8$) dos doentes tem uma licenciatura e o curso médio/bacharelato é referido por cerca de 4,85% ($n = 5$) dos doentes. Os doentes que estudaram até ao secundário são cerca de 6,79% ($n = 7$), até ao 3º ciclo estudaram cerca de 12, 62% ($n = 13$) e o 2º ciclo está representado por 11,65% ($n = 12$). A maioria dos doentes tem de escolaridade o 1º ciclo, cerca de 39,80% ($n = 41$). Os doentes sem escolaridade representam cerca de 8,73% ($n = 9$). Não obtivemos dados em relação à escolaridade em cerca de 8,73% ($n = 9$).

A maioria dos doentes vive na área de abrangência do Hospital Garcia de Orta, ou seja, cerca de 80, 57% ($n = 83$) dos doentes vivem nos seguintes concelhos: em Almada vivem cerca de 45, 63% ($n = 47$) dos doentes; no Seixal vivem 26, 21% ($n = 27$) dos doentes e em Sesimbra vivem 8, 73% ($n = 9$). Salienta-se que cerca de 19, 43% dos doentes vivem noutros concelhos: 8, 73% ($n = 9$) pertencentes ao distrito de Setúbal (Barreiro, Moita, Montijo, Setúbal, Alcácer do Sal, Sines) e 4, 85% ($n = 5$) no distrito de Lisboa

(Cascais, Oeiras, Sintra, Mafra). Um dos doentes, o que corresponde a 0,97% ($n = 1$) dos doentes, vive no distrito de Beja, em Aljustrel.

A maioria dos doentes viviam no concelho actual há mais de 10 anos: cerca de 32,03% ($n = 33$) vivem no concelho onde residem por um período que se estende entre 11 e 30 anos; cerca de 20,38% ($n = 21$) residiam entre 31 e 50 anos no concelho; há mais de 50 anos a viver no concelho referido, estavam cerca de 13,59% ($n = 14$) dos doentes. Cerca de 14,56% ($n = 15$) dos doentes referem estar a morar há menos de 10 anos no concelho actual. Destes, cerca de 6,80% ($n = 7$) doentes estavam a viver desde há menos de 1 ano no referido concelho. A mudança deveu-se a motivos de doença, necessitarem de apoio familiar, ou estarem mais perto do hospital. Nesta variável não obtivemos cerca de 19,41% ($n = 20$) de respostas, pois os inquiridos, especialmente alguns familiares, tiveram dificuldade em precisar há quanto tempo o doente vivia no concelho actual de residência.

Quanto à situação profissional, a maioria dos doentes eram reformados, cerca de 51,45%, ($n = 53$) por idade ou invalidez. Os doentes em situação de trabalhadores por conta de outrem constituíram cerca de 22,33% ($n = 23$). As doentes domésticas representaram cerca de 11,65% ($n = 12$). Cerca de 4,85% ($n = 5$) dos doentes estavam desempregados, e cerca de 3,88% ($n = 4$) dos doentes trabalhavam por conta própria. Não conseguimos obter estes dados em cerca de 5,82% ($n = 6$) dos doentes.

A finalizar a caracterização da amostra do estudo, salientamos que a maioria dos doentes vivia unicamente com o cônjuge, cerca de 51,45%, ($n = 53$) e companheiro/a cerca de 1,94%, ($n = 2$). Doentes a viverem sós, encontramos cerca de 13,59%, ($n = 14$) e apenas uma doente institucionalizada, ou seja, 0,97% ($n = 1$). Os restantes doentes, cerca de 28,17%, ($n = 32$) viviam com mais que um familiar, por exemplo, cônjuge e filho/a, cônjuge e sogra, cônjuge e neta, filhos e noras/genros, ou mesmo filha e ex-mulher. Não responderam a esta pergunta 3,88%, ($n = 4$) dos doentes.

Na Tabela 4, que apresentamos de seguida, sintetizámos a caracterização sócio-demográfica dos doentes participantes no estudo, em que destacamos as variáveis atrás explicitadas.

Tabela 4 – Caracterização sócio-demográfica dos doentes do estudo

Variável	N=103	%
Idade		
< 40	7	6,79
40-49	18	17,47
50-59	22	21,35
60-69	22	21,35
70-79	22	21,35
> 80	12	11,65
Sexo		
Feminino	72	69,90
Masculino	31	30,10
Nacionalidade		
Portuguesa	98	95,14
Outra nacionalidade: angolana (n=2); cabo-verdiana (n=1); moçambicana (n=1); ucraniana (n=1)	5	4,86
Estado civil		
Casado	66	64,07
Viúvo	16	15,56
Solteiro	5	4,85
Divorciado	5	4,85
União de facto	3	2,91
Separado	2	1,94
Desconhecido	6	5,82
Escolaridade		
Licenciatura	8	7,76
Curso médio/bacharelato	5	4,85
Ensino secundário	7	6,79
3º ciclo	13	12,62
2º ciclo	12	11,65
1º ciclo	41	39,80
Sem escolaridade	9	8,73
Desconhecida	9	8,73
Área de residência (concelho)		
Área de abrangência do Hospital Garcia Orta	83	80,75
Almada	47	45,63
Seixal	27	26,21
Sesimbra	9	8,73
Fora da área de abrangência do Hospital Garcia Orta	15	14,43
Barreiro, Moita, Montijo, Setúbal, Alcácer do Sal, Sines	9	8,73
Cascais, Mafra, Oeiras, Sintra	5	4,85
Aljustrel	1	0,97
Tempo de residência no concelho (anos)		
< 1	7	6,80
1-10	8	7,77
>10-30	33	32,03
31-50	21	20,38
>50	14	13,59
Desconhecido	20	19,41
Profissão		
Reformado	53	51,45
Trabalhador por conta outrem	23	22,33
Doméstica	12	11,65
Desempregados	5	4,85
Trabalhador por conta própria	4	3,88
Desconhecida	6	5,82
Agregado familiar		
Cônjuge	53	51,45
Outros familiares	32	28,17
Companheiro/a	2	1,94
Só	14	13,59
Instituição	1	0,97

n - Frequência; % - Percentagem

5.2.2. Análise dos dados resultantes dos registos de enfermagem da consulta telefónica

Realizaram-se 132 atendimentos telefónicos relativos a 103 doentes, sendo este número de telefonemas da iniciativa do doente/família. Tal como explicámos na metodologia, não foram alvo de gravação os telefonemas realizados pelas enfermeiras para casa dos doentes/famílias, uma vez que o objecto de estudo pretendia identificar quem era o agente emissor do telefonema, as razões pelas quais telefonavam, bem como o encaminhamento dado.

Salientamos que a maioria dos doentes do estudo, cerca de 74,75 % ($n = 77$), apresentavam doença de origem não oncológica e cerca de 25,25 % ($n = 26$) dos doentes tinham doença de origem oncológica. A maioria dos doentes que nos telefonaram está medicado com analgésicos opióides cerca de 93, 20% ($n = 96$), apenas 6, 79% ($n = 7$) dos doentes não fazia analgésicos opióides, tal como representamos na tabela abaixo.

Tabela 5 – 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

n - Frequência; % - Percentagem

Cerca de 56% ($n=74$) dos telefonemas efectuados foram realizados pelos próprios doentes. Os outros telefonemas foram realizados por familiares, o que corresponde a 40, 90% ($n=54$); cerca de 1,52% ($n=2$) por outras pessoas com relações de proximidade com o doente mas sem parentesco familiar (vizinha e amigo) e ainda 1,92% ($n=2$)

telefonemas efectuados por enfermeiras do centro de saúde responsáveis pelo seguimento dos doentes em sua casa.

Verificou-se um valor médio de 1, 28 telefonemas por doente. Como dado objectivo só tem significado se atentarmos nos dados e verificarmos que houve doentes que telefonaram 2 a 3 vezes por semana, e que, em algumas situações, o agente emissor não foi sempre o mesmo.

Constatámos que à medida que a situação clínica se agravava, emergiam cuidadores totalmente desconhecidos para a equipa. Este facto significa que a equipa de saúde conhece pouco da dinâmica da família, bem como dos recursos que esta consegue mobilizar em situações de crise. Uma enfermeira recorda a situação do Sr. L., em que sendo habitual ser só o doente a contactar a Unidade Dor, no decurso do agravamento da doença, aparece inicialmente uma das filhas e, quando começa a haver sinais de cansaço aparece um 3º elemento que, surpreendentemente para a equipa de saúde, se apresenta como a esposa. Apesar de estarem separados há vários anos e não viver com o doente, a senhora surge como interlocutora quando a situação se agrava (RO 10). A equipa, nas reuniões informais, apercebe-se de que, além de não se conhecerem as dinâmicas familiares, confabula-se e especula-se acerca de algo que importa compreender e questionar, de modo a poder dar a melhor ajuda possível. Nomeadamente, quando o doente vem à consulta sozinho, importa saber dos recursos que se encontram disponíveis na retaguarda, a nível familiar. Só assim o enfermeiro pode orientar o doente na mobilização de recursos quando o doente deixa de ser o interlocutor privilegiado, por exemplo, o familiar vir buscar as receitas ou os medicamentos, para que a continuidade de cuidados continue a ser assegurada, com o mesmo grau de confiança.

Assim, apesar da percentagem de 56% em que os doentes foram os autores dos telefonemas revelar que, no período em que os dados foram colhidos, o grau de dependência dos cuidados de outrem ainda não era elevado para a maioria dos doentes, este dado deve ser percebido e questionado, porque a curto prazo os agentes emissores podem mudar e com todos há que continuar a relação iniciada.

Para além dos doentes, verificámos que os familiares dos doentes que utilizaram a consulta telefónica são os familiares directos, sendo em primeiro lugar os filhos/as 18, 93%

($n = 25$) e em segundo lugar o cônjuge 16,66% ($n = 22$). Outros familiares 5,30% ($n = 7$) que também telefonaram foram: sobrinha ($n = 3$), irmão ($n = 1$), neta ($n = 1$) e prima ($n = 2$).

Outros utilizadores da consulta telefónica foram os enfermeiros do centro de saúde da área de residência do doente, em cerca de 1,52% ($n=2$), que, nas situações de maior dependência e de fim de vida são mobilizados, sempre que a família o deseja e necessita. A orientação que a Unidade Dor dá nestas fases focaliza-se muitas vezes sobre o fenómeno “dor” e sobre os efeitos secundários dos medicamentos, nomeadamente a obstipação induzida por opióides. Nestas fases críticas o enfermeiro do centro de saúde funciona como mediador entre a família e a Unidade Dor.

Esta mudança verificou-se sobretudo nos últimos anos, através do investimento do Ministério da Saúde na Rede Cuidados Continuados Integrados (Decreto-Lei nº 101/2006). O modo diferente de funcionamento da Unidade Dor está descrito por Rosado e Lopes (1997), onde descreve a intervenção de um enfermeiro da Unidade Dor em casa de uma família. A actual legislação viabiliza um funcionamento mais eficaz entre os vários sectores de cuidados de saúde diferenciados e cuidados de saúde primários, em que a consulta telefónica continua a ser um elemento da comunicação entre os diferentes profissionais e as famílias.

Relativamente ao sexo dos autores dos telefonemas constatámos que maioria dos telefonemas realizados foi realizada por mulheres cerca de 71,22% ($n = 94$), apenas 28,78% ($n = 38$) foram realizados por homens.

Verificámos que foram as doentes do sexo feminino que mais telefonaram em cerca de 40,90% ($n = 54$), comparativamente aos doentes sexo masculino que representam 12,87% ($n = 20$) dos telefonemas. Estes dados parecem confirmar o referido no quadro teórico, que a dor crónica atinge sobretudo mulheres, como está patente no predomínio do sexo feminino, nos doentes seguidos na Unidade Dor, pelo que o facto da maioria dos telefonemas terem sido realizados por doentes do sexo feminino é consistente com esta realidade. Assim, uma enfermeira partilhou com a restante equipa, numa sessão no âmbito

da formação em serviço, os contributos trazidos de reuniões como consultora numa tese de doutoramento a que nos referimos no quadro teórico, e que alertava para implicações na prática numa Unidade Dor, da influência do sexo do doente no julgamento da dor e a tomada de decisão em relação ao diagnóstico e tratamento, para evitar que ocorram prolongamentos desnecessários do sofrimento dos doentes com dor crónica (RO 6). É uma área que a equipa reconheceu como prioritária para um maior aprofundamento futuro.

O predomínio do sexo feminino nos telefonemas manteve-se também em relação aos cuidadores: cerca de 25, 75% ($n = 34$). As filhas assumiram a autoria do telefonema em cerca de 14, 39% ($n=19$), seguindo-se as esposas em 6, 81% ($n = 9$). Surgiram ainda como autoras de telefonemas outras familiares e uma vizinha de um doente, o que constituiu cerca de 4, 54% ($n = 6$).

Os cuidadores do sexo masculino realizaram cerca de 15, 15% ($n = 20$) dos telefonemas. A maioria foi realizada pelos cônjuges das doentes, o que correspondeu a 9,09% ($n = 12$), ao que se seguiram os filhos em cerca de 4,54% ($n = 6$). Outras pessoas ou familiares do sexo masculino constituíram cerca de 1, 52% ($n = 2$).

Sintetizamos a caracterização dos autores dos telefonemas e respectiva classificação relativamente ao sexo, na Tabela 6 que se apresenta de seguida.

Tabela 6 – Autores dos telefonemas para a Unidade Dor e sua caracterização por sexo

Variável	n=132	%
Autor do telefonema		
Doente	74	56,06
Familiares	54	40,90
Filho/a	25	18,93
Cônjuge	22	16,70
Outros: sobrinha (n=3); irmão (n=1); neta;(n=1); prima(n=2)	7	5,30
Outros: vizinha (n=1); amigo (n=1)	2	1,52
Enfermeiras centro de saúde	2	1,52
Sexo		
Feminino	94	71,22
Doente	54	40,90
Cuidadores:	34	25,75
Filha	19	14,39
Cônjuge	9	6,81
Outras familiares, vizinha	6	4,54
Masculino	38	28,78
Doente	20	12,87
Cuidadores	20	15,15
Cônjuge	12	9,09
Filho	6	4,54
Outros familiares	2	1,52

n - Frequência; % - Percentagem

Estes dados confirmam também o que foi referido no quadro teórico, relativamente aos cuidadores serem sobretudo do sexo feminino.

Verificámos também que, frequentemente, alguns dos cuidadores que telefonam não são os cuidadores principais, ou seja, não vivem com o doente, nomeadamente os(as) filhos(as), outros familiares ou pessoas referidas. A mobilização destes recursos é, contudo, muito importante para aliviar os afazeres quotidianos de uma família com um doente crónico, muitas vezes em grande sofrimento. Em particular pessoas mais idosas, com algum grau de dependência, com dificuldade em ouvir, em expressar-se, em dizer o nome dos medicamentos, preferiam que fossem outros familiares a telefonar e a expor os problemas. Foi frequente escutar frases como a que se segue:

“- Olhe, eu não consigo perceber o que me está a dizer. Fale com a minha filha que ela é que sabe dessas coisas.” (RO 2).

No entanto, o facto de alguns destes cuidadores não viverem com o doente, acarretava alguma dificuldade em possuir toda a informação acerca da situação do doente, e não conseguiam responder com a exactidão necessária às perguntas de triagem realizadas pela enfermeira ao telefone. Foi por vezes necessário informar-se perante o cuidador principal dos detalhes relativos à situação do doente e depois voltar a telefonar para informar a equipa de saúde.

Outra situação que verificámos, foi a de uma doente de nacionalidade ucraniana que, apesar de falar português, preferiu que fosse o marido, que é português, a expor os seus problemas de agravamento de dor e efeitos secundários dos medicamentos, das duas vezes que telefonou (ET 39; ET 46). Contudo, quando esteve em presença na Unidade Dor, ela própria explicou a sua situação (RO 5). Salientamos, através desta doente, a necessidade dos profissionais acautelarem as questões da comunicação intercultural com o doente, uma vez que pode ser impedimento para contactar os cuidados de saúde, como referido no enquadramento teórico.

Na Tabela 7 sintetizámos outra variável analisada, a distribuição dos telefonemas recebidos pelo horário de funcionamento da consulta telefónica da Unidade Dor, que de seguida analisamos.

Tabela 7 – Caracterização do número de telefonemas pelos períodos horários da consulta telefónica

Período Horário	Telefonemas	
	n	%
Manhã	88	66,7
9 -11 Horas	55	41,6
11H 01M – 13 H	33	25
Tarde	35	26,5
13H 01M – 15 H	24	18,1
15H 01 M – 17 H	11	8,3
Sem registo de Hora	9	6,8

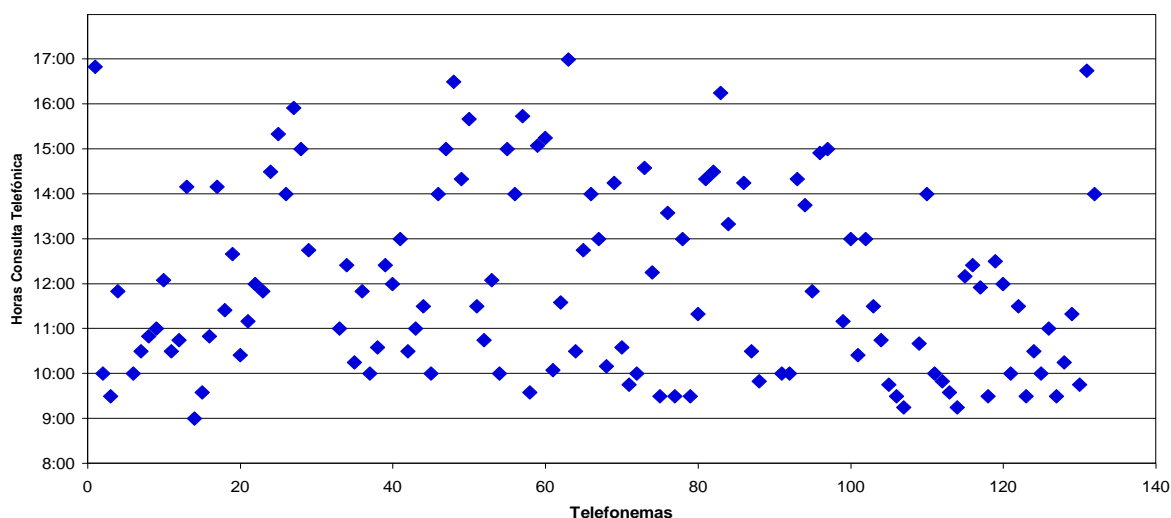
n - Frequência; % - Percentagem

A maioria dos contactos telefónicos para a Unidade Dor do Hospital Garcia de Orta ocorreu em 66,7% ($n = 88$) dos telefonemas no período da manhã, antes das 13 horas. O período de maior intensidade foi das 9 às 11 horas, verificando-se o atendimento de cerca de 41,6% ($n = 55$) dos telefonemas e os restantes 25% dos atendimentos telefónicos ocorreram entre as 11 horas e 1 minuto e as 13 horas ($n = 33$).

A partir das 13 horas, os telefonemas correspondem a 26,5 % ($n = 35$). Encontram-se distribuídos pelos seguintes períodos horários: das 13 horas e 1 minuto às 15 horas receberam-se 18,1% ($n = 24$) das chamadas telefónicas; no período das 15 horas e 1 minuto até às 17 horas os telefonemas atendidos foram de 8,3% ($n = 11$). Salientamos que cerca de 6,8% ($n = 9$) dos registos telefónicos não apresenta alusão à hora do contacto. Pensamos que tal facto se deve à inexistência da referida prática, embora as enfermeiras no seu discurso teórico salientassem a importância que atribuem a este registo horário.

Representamos graficamente a distribuição dos telefonemas pelas horas de funcionamento da consulta telefónica no gráfico que apresentamos de seguida. Confirma-se a maior concentração de atendimento telefónico no período da manhã, especialmente das 9 às 11 horas.

Gráfico 1 - Distribuição dos telefonemas pelas horas de funcionamento da consulta telefónica



Estes dados revelaram que a maior incidência de telefonemas no período da manhã veio questionar a organização da comunicação das informações recebidas na consulta telefónica. Como foi referido anteriormente, o médico da Unidade Dor era informado dos problemas dos doentes colocados através da consulta telefónica, no final da consulta de ambulatório, entre as 14 e as 16 horas, o que trazia vários constrangimentos quanto à oportunidade da resposta a dar aos doentes. Devido ao horário da consulta telefónica (9 às 17 horas), todas as situações de agravamento de dor ou da situação clínica ocorridas no final da tarde e durante a noite só podiam ser comunicadas à equipa no dia seguinte, aquando da abertura da consulta telefónica. Durante o período em que a consulta telefónica estava encerrada, os doentes que necessitavam, recorriam aos serviços de urgência do centro de saúde ou do hospital mais perto da sua residência. Algumas vezes, telefonaram a informar que o tinham feito, mas que a situação não estava ainda controlada e precisavam de ajuda (RO 4).

Tendo também em conta o horário de funcionamento da Unidade Dor, os doentes/famílias acautelavam a resolução do seu problema o mais cedo possível, pois, frequentemente, o médico realizava alterações à terapêutica do doente e era necessário deslocarem-se à Unidade Dor para receber receitas, medicamentos ou ensino quanto ao

regime terapêutico. Estas deslocações obrigam a toda uma organização de dinâmicas familiares que acarreta dificuldades para alguns doentes/famílias. Nomeadamente, existiu dificuldade em conciliar o horário laboral do familiar envolvido com o horário de atendimento. Em doentes muito dependentes é necessário a família arranjar recursos para o doente ficar acompanhado, ou então para se deslocar à Unidade Dor. Verificámos também que dificuldades em doentes que, geograficamente estão longe do hospital ou morando próximo, as dificuldades de mobilização tornaram a deslocação morosa e muitas vezes impossível.

Apesar da flexibilidade existente na Unidade Dor, particularmente através da consulta telefónica, e do alargamento de horário em Outubro de 2008, anteriormente referido, apurámos a existência de um hiato na oferta de cuidados em relação às necessidades dos doentes/família, nalgumas frases que registámos e ilustram as dificuldades sentidas.

“- Hoje não posso ir. Quando sair do trabalho, vocês já estão fechados.” (RO 11),

“-Ontem, fartei-me de ligar e não atendiam. Só depois é que reparei que já passava da hora.” (RO 3).

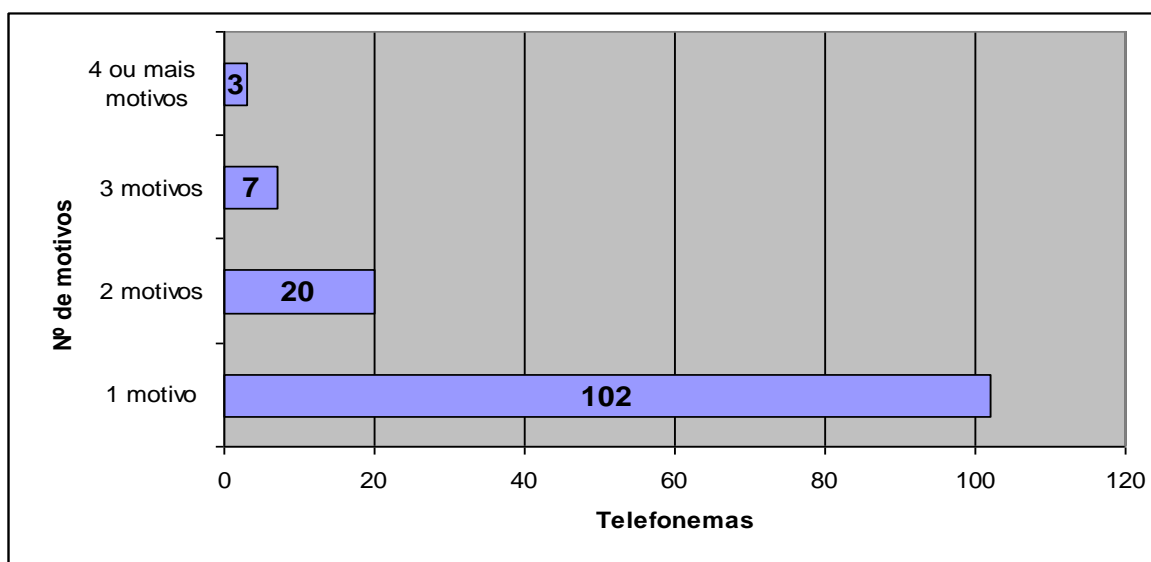
As enfermeiras, conscientes destas dificuldades dos doentes/famílias, sentiam que a demora organizativa que existia na Unidade Dor, na passagem de informação ao médico, comprometia a continuidade de cuidados ao doente/família com dor crónica. Assim, durante o estudo e em reunião de equipa, foram decididas estratégias para resolução atempada dos problemas dos doentes que necessitavam de intervenção médica. Remetemos para depois a explicitação destas estratégias, quando apresentarmos as mudanças ocorridas durante o estudo.

Relativamente aos problemas e/ou motivos que levaram o doente/família a utilizar a consulta telefónica, verificámos que frequentemente manifestaram mais do que um motivo/problema a justificar o contacto telefónico.

Nos 132 telefonemas atendidos pelas enfermeiras identificaram-se 192 motivos/problemas, que impulsionaram os doentes/famíliares a solicitar a ajuda da equipa da Unidade Dor, o que se traduz numa média de 1,45 motivos por telefonema.

Constatámos que a maioria dos telefonemas do nosso estudo, cerca de 77,28% ($n = 102$), apresenta um motivo/problema específico que levou o doente/familiar a contactar a Unidade Dor. No entanto, em 22,72% ($n = 30$) das consultas telefónicas, o número de problemas/motivos é superior: em 15,15% ($n = 20$) manifestaram 2 problemas, 3 problemas estiveram presentes em 5,30% ($n = 7$) e em 2,27 ($n = 3$) dos telefonemas os doentes expõem situações com 4 ou mais problemas. Tal como se representa no Gráfico 2, que abaixo apresentamos, onde salientamos que em cerca de 22,72%, ou seja, em 30 dos telefonemas atendidos, a pluralidade de motivos que levam o doente/família a contactar a Unidade Dor, torna a consulta telefónica uma área de intervenção exigente

Gráfico 2 - Distribuição de número de motivos apresentados pelos doentes/familiares por telefonema



Estes dados alertam para a importância da enfermeira/equipa de saúde dar atenção ao significado da associação de mais de 1 sintoma, pois cada um, de per si, pode não revelar a gravidade do problema. Este facto mostra que, por vezes, o cumprimento taxativo das linhas orientadoras não é uma prática profissional eficaz, pois a associação de sintomas pode ter outra interpretação.

A enfermeira perita mostra que a capacidade de tomar a decisão clínica depende de uma compreensão intuitiva da situação global do doente e duma apreensão directa do

problema, que ultrapassa, pela sua experiência, as linhas orientadoras de um instrumento orientador para a prática clínica (Benner, 2001).

O atendimento da consulta telefónica é uma técnica de intervenção complexa, nomeadamente quando se associam mais do que um motivo. Exige experiência clínica, elevada mobilização de conhecimentos científicos, em particular de farmacologia, e patologia, sempre aliados ao conhecimento do doente. Uma enfermeira referiu-nos a situação de retenção urinária que um doente lhe colocou ao telefone. O seu conhecimento do doente permitiu-lhe saber que o doente sofria de hipertrofia benigna da próstata, que por agravamento, poderia desencadear a situação referida. No entanto, após as perguntas de triagem: *“quando teve início? Começou com algum medicamento novo?”*, identificou como causa provável um antidepressivo que o doente tinha iniciado há uns dias atrás, e que deve ser utilizado com prudência em doentes com essa patologia. Encaminhou a situação para o médico, que prontamente alterou a medicação do doente (RO 18).

A mobilização destes conhecimentos obriga a que seja uma enfermeira experiente a realizar a consulta telefónica. No caso de ser uma enfermeira pouco experiente, deve ser alertada para saber pedir ajuda, bem como é responsabilidade do gestor da unidade assegurar a formação contínua dos profissionais que realizam a consulta telefónica.

Outra variável que salientámos no estudo, foram os motivos/problemas que impulsionaram os doentes/familiares a utilizarem a consulta telefónica.

Apresentam-se classificados de acordo com Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2003) e agrupados de acordo com a definição de focos da prática de enfermagem, em utilização na Unidade Dor desde 2007.

Cerca de 57,28% ($n = 110$) dos motivos apresentados pelos doentes/familiares têm que ver com a gestão do respectivo regime terapêutico, o que como a literatura revela, é mais do que a administração de medicamentos. Pressupõe um comportamento de adesão,

em que o doente/família efectuem actividades necessárias para cumprir um programa para a prevenção, tratamento da doença e suas complicações, e as integram na vida diária.

Conforme verificámos, o doente/família com dor crónica teve facilidade em garantir a continuidade do programa terapêutico através da consulta telefónica, pois foi um meio de solicitar terapêutica e/ou receitas opióides e não opióides, de esclarecer dúvidas sobre o regime medicamentoso e a terapêutica de resgate, bem como da articulação com outros serviços de saúde e com a Unidade Dor, para garantir a sua vigilância em consulta presencial na Unidade Dor.

Através da consulta telefónica os doentes/familiares também solicitaram medicamentos opióides ou não opióides (23,43 %), que são fornecidos pela Unidade Dor a doentes com situações económicas precárias, de acordo com a avaliação da técnica do serviço social, ou solicitaram medicamentos fornecidos exclusivamente pelo hospital.

As receitas de medicamentos opióides ou não opióides também são pedidas através de um telefonema (17,18%). Este facto deve-se à dificuldade de alguns doentes obterem através do médico de família a receita dos opióides e até mesmo outras receitas. No entanto, esta solicitação de receita permite à enfermeira fazer uma gestão do regime terapêutico, na medida em que faz parte do procedimento da consulta telefónica a validação com o processo clínico. A título de exemplo, lembro o que referiu uma enfermeira, relativamente a um doente que solicitou emplastos de lidocaína. A enfermeira, ao ter feito a validação no processo clínico do doente, verificou que a quantidade de emplastos fornecida daria para mais tempo do que aquele que o doente referiu. Telefonou ao doente e após questionamento, verificou que ele estava a duplicar a dose, pelo que aproveitou para realizar o ensino acerca da correcta administração do medicamento (ET 43).

Outro motivo presente na consulta telefónica foi o pedido de nova marcação de consulta (4,68%). A razão pode ser por o doente não ter comparecido à consulta previamente agendada, para informar que não vai poder comparecer, pois sabe que a sua vez vai beneficiar outra pessoa. Quando o motivo é somente pedido de nova consulta, os

registos revelaram que o enfermeiro tem o cuidado de averiguar acerca da urgência da marcação. A intensidade da dor, a ansiedade do doente e os efeitos secundários da terapêutica são os factores determinantes na urgência da consulta. No caso de não haver vagas e estes factores estarem presentes, o enfermeiro encaminha para o médico a tomada de decisão de antecipar a consulta.

Os dados revelaram que um outro motivo da consulta telefónica foi o pedido de declaração para transporte de substâncias estupefacientes; houve 2 casos (1,04%) em que, por deslocação do doente ao estrangeiro, foi feito esse pedido.

As dúvidas relativas ao regime medicamentoso, à terapêutica de resgate e à articulação com outros serviços de saúde constituem 7,29% dos motivos de contacto. Informar a equipa da Unidade Dor da evolução da situação clínica, da decisão de suspender medicamentos ou tratamentos foi a preocupação manifestada em 3,64% dos telefonemas.

Para além dos motivos relacionados com a gestão terapêutica, os doentes/familiares colocaram problemas e sintomas relacionados com a situação clínica, o que constituiu cerca de 47,72% ($n = 82$) dos motivos dos telefonemas.

Os problemas referidos pelos doentes/familiares foram muito diversificados e reflectem o modo como a doença atinge a pessoa no seu todo, o que requer das enfermeiras na consulta telefónica, uma vasta área de conhecimentos técnico-científicos para poder compreender a globalidade da situação do doente.

Os dados revelaram que os sintomas apresentados revelam as alterações nas funções da pessoa a diferentes níveis, como: da sensação, digestão, tegumentos, eliminação, reparação, emoção, memória, cognição, volume de líquidos, actividade motora, respiração, temperatura corporal e metabolismo. O problema mais frequente foi o agravamento da dor em cerca de 17,18% ($n = 33$).

Outros sintomas estavam relacionados com os efeitos secundários e interacções dos medicamentos utilizados para o controlo da dor e/ou sintomas decorrentes da progressão da

doença do doente. A título de exemplo, os sintomas relacionados com os medicamentos foram: tonturas, náusea, prurido, sonolência, dispepsia, vómitos, obstipação, insónia, alucinações, eritema, o que está de acordo com o que foi apresentado no quadro teórico.

Nos sintomas relacionados com a doença, os doentes referiram, nomeadamente: fraqueza, dispneia, febre e hematúria. É grande a complexidade da compreensão destes sintomas, que podem ter etiologias diferentes, pelo que se revelou necessário um conhecimento do doente e da sua situação clínica, para uma interpretação individual e contextualizada a fazer pela enfermeira na consulta telefónica, de forma a providenciar informação, para que toda a equipa possa intervir com eficácia no problema daquele doente em particular.

A natureza dos motivos apresentados parece confirmar a necessidade de monitorização sistemática da avaliação da dor e da eficácia do plano terapêutico instituído ao doente numa Unidade Dor, para contribuir para a sua adesão ao regime terapêutico.

Na Tabela 8 sintetizamos o que atrás apresentamos relativamente aos problemas/motivos que levam os doentes/familiares a utilizar a consulta telefónica da Unidade Dor:

No que diz respeito ao encaminhamento dado aos problemas colocados pelos doentes/famílias em cada consulta telefónica, verificámos que nos 132 telefonemas recebidos, cerca de 57, 58 % ($n = 76$) foram resolvidos pela enfermeira da Unidade Dor que atendeu o telefonema.

Das restantes situações, cerca de 37,12% ($n = 49$) foram encaminhadas para o médico da Unidade Dor; para o médico assistente ou de família foram encaminhadas 3, 78% ($n = 5$) e para outras enfermeiras cerca de 1, 51% ($n = 2$), para a enfermeira do centro de saúde da área de residência do doente, para vigilância de uma úlcera e para a enfermeira responsável da Unidade Dor, para articulação com o Serviço de Farmácia (esclarecimento quanto à possível descontinuidade de medicamento opióide).

Tabela 8 – Problemas/motivos apresentados pelos doentes/familiars na consulta telefónica

Motivos do telefonema (por fenómenos de enfermagem CIPE)	N	%
Gestão do regime terapêutico	110	57,28
▪ Solicitação de terapêutica	45	23,43
- Opióide	32	16
- Não opióide	13	6,77
▪ Solicitação receitas.....	33	17,18
- Opióide	22	11,45
- Não opióide	11	5,72
▪ Conhecimento não demonstrado	14	7,29
- Regime medicamentoso.....	11	5,72
- Gestão analgésicos SOS (Terapêutica resgate).....	1	0,52
-Serviços de saúde.....	2	1,04
▪ Informação à equipa de saúde	7	3,64
-Situação clínica.....	1	0,52
-Alteração/suspensão/ineficácia terapêutica.....	5	2,60
-Número bilhete identidade.....	1	0,52
Marcação de consulta.....	9	4,68
▪ Solicitar declaração de transporte estupefaciente.....	2	1,04
Problemas ao nível da Sensação	46	23,95
▪ Dor.....	33	17,18
▪ Tonturas (vertigem).....	5	2,60
▪ Náusea.....	2	1,04
▪ Prurido.....	2	1,04
▪ Sonolência.....	2	1,04
▪ Dispepsia (pirose/epigastrias).....	2	1,04
Problemas ao nível Digestão	8	4,16
▪ Vômitos.....	4	2,08
▪ Anorexia.....	4	2,08
Problemas ao nível Tegumentos	5	2,60
▪ Úlcera.....	1	0,52
▪ Eritema.....	3	1,56
▪ Mucosite.....	1	0,52
Problemas ao nível Eliminação	4	2,08
▪ Obstipação.....	4	2,08
Problemas ao nível Reparação	4	2,08
▪ Insónia.....	2	1,04
▪ Cansaço.....	2	1,04
Problemas ao nível Emoção	4	2,08
▪ Ansiedade.....	3	1,56
▪ Sentimento de impotência prestador cuidados.....	1	0,52
Problemas ao nível Memória	4	2,08
▪ Perda memória.....	1	0,52
▪ Fraqueza (Caquexia).....	3	1,56
Problemas ao nível Volume líquidos	2	1,04
▪ Edemas.....	2	1,04
Problemas ao nível Actividade motora	2	1,04
▪ Agitação.....	2	1,04
Problemas ao nível Cognição	1	0,52
▪ Alucinações.....	1	0,52
Problemas ao nível Respiração	1	0,52
▪ Dispneia.....	1	0,52
Problemas ao nível Temperatura Corporal	1	0,52
▪ Febre.....	1	0,52
Problemas ao nível Metabolismo	1	0,52
▪ Hipoglicémia.....	1	0,52
Problemas ao nível Circulação	1	0,52
▪ Perda sanguínea (hematúria).....	1	0,52
Outros Problemas	1	0,52
▪ Queda.....	1	0,52
Total	192	100

n – Frequência; % - Percentagem

Salientamos que nas situações encaminhadas para o médico da Unidade Dor estão: as solicitações para receitas, a substituição de medicamentos esgotados (uma situação pontual que ocorreu no período do estudo) e as informações da situação clínica e suspensão de tratamento, que o doente deseja que o médico tenha conhecimento.

No entanto, nas situações transmitidas ao médico, estavam também os problemas que a enfermeira tinha identificado como necessitarem de intervenção médica, cerca de 71, 42% ($n = 35$). Desses problemas o médico decidiu proceder a alterações terapêuticas em 68, 57% ($n = 24$), proceder a autorização de consultas 5, 71% ($n = 2$), encaminhar a situação para outros médicos em 5, 71% ($n = 2$), nomeadamente, para a psiquiatria e internamento (uma vez que a Unidade Dor não tem unidade de internamento), esclareceu dúvidas relativamente a medicação e outros serviços 5, 71% ($n = 2$), colocadas pelo doente que só o médico podia esclarecer. Apenas em 8,57% das situações o médico optou por não proceder a nenhuma alteração imediata em relação ao plano terapêutico do doente, aguardando evolução da situação, pois tinham procedido a alterações terapêuticas recentes.

Estes dados salientaram a precisão e a competência das enfermeiras na consulta telefónica - uma vez que praticamente todas as situações encaminhadas para o médico o justificaram -, bem como um conhecimento profundo da área específica de intervenção de cada profissional na Unidade Dor. Estes dados apontam para a existência de uma complementaridade entre os profissionais, que se operacionaliza num trabalho em equipa, em que a enfermeira é a mediadora no processo comunicacional entre o doente/família e o médico.

Apresentamos de seguida os resultados obtidos das entrevistas aos doentes/familiares relativamente ao grau de satisfação na consulta telefónica.

5.2.3. Resultados das entrevistas face à satisfação dos doentes e familiares pela consulta telefónica

Quanto ao grau de satisfação do doente/família na utilização da consulta telefónica responderam 93 pessoas. Não foi possível o contacto telefónico ou pessoal no que respeita a 14 doentes, durante o período de colheita de dados. Realizaram-se entrevistas telefónicas

a cerca de 78,50% ($n = 73$) pessoas da amostra, as restantes entrevistas 21, 50%. ($n = 20$) foram realizadas em presença, por impossibilidade de contacto telefónico (não atenderam).

Na Tabela 9 salientamos que as opiniões foram na sua maioria dos próprios doentes em 53,76 ($n = 50$), pertencendo aos respectivos familiares as restantes respostas 46,23% ($n = 43$). Dos familiares que expressaram a sua opinião destacam-se o cônjuge em 22,58% ($n = 21$), filho/a em 16,13% ($n = 15$) e outros familiares como prima ($n = 2$), sobrinha ($n = 2$), neta ($n = 2$) e genro/nora ($n = 1$), o que constitui a percentagem de 7,52% ($n = 7$).

Tabela 9 – Caracterização da amostra dos entrevistados relativamente à avaliação da satisfação da consulta telefónica

Entrevistados	n	%
Doentes	50	53,77
Familiares	43	46,23
Cônjuge	21	22,58
Filho/a	15	16,13
Outros familiares	7	7,52
Total	93	100

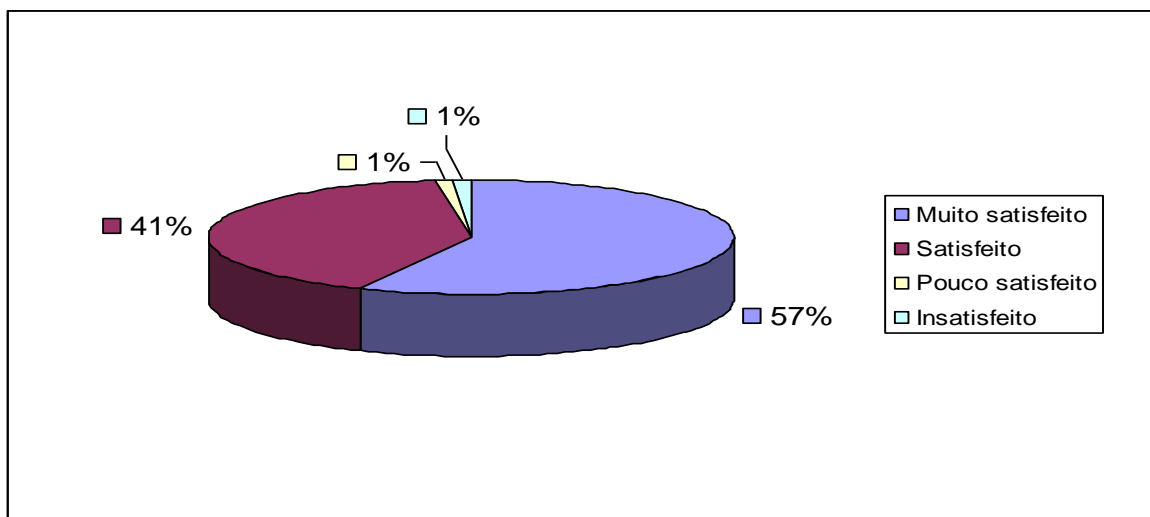
n – Frequência; % - Percentagem

No que se refere à satisfação dos doentes/familiares na consulta telefónica da Unidade Dor do Hospital Garcia de Orta foram analisados dois itens. O primeiro diz respeito ao grau de satisfação em relação à resolução do problema através da Consulta Telefónica.

O Gráfico 3 apresenta os dados em que se verificou que 97,84% de doentes/familiares ficaram satisfeitos em relação à resolução do problema através da consulta telefónica. A maioria dos doentes/familiares estão muito satisfeitos (56,98%) e satisfeitos (40,86%).

A insatisfação ou o estar pouco satisfeita é referido por duas doentes, o que representa 2,14% da amostra. Associaram a insatisfação à dificuldade no controlo da dor e “à desvalorização das queixas dos doentes” (ID 126).

Gráfico 3 - Opinião dos doentes/familiares quanto à satisfação na resolução do problema através da consulta telefónica

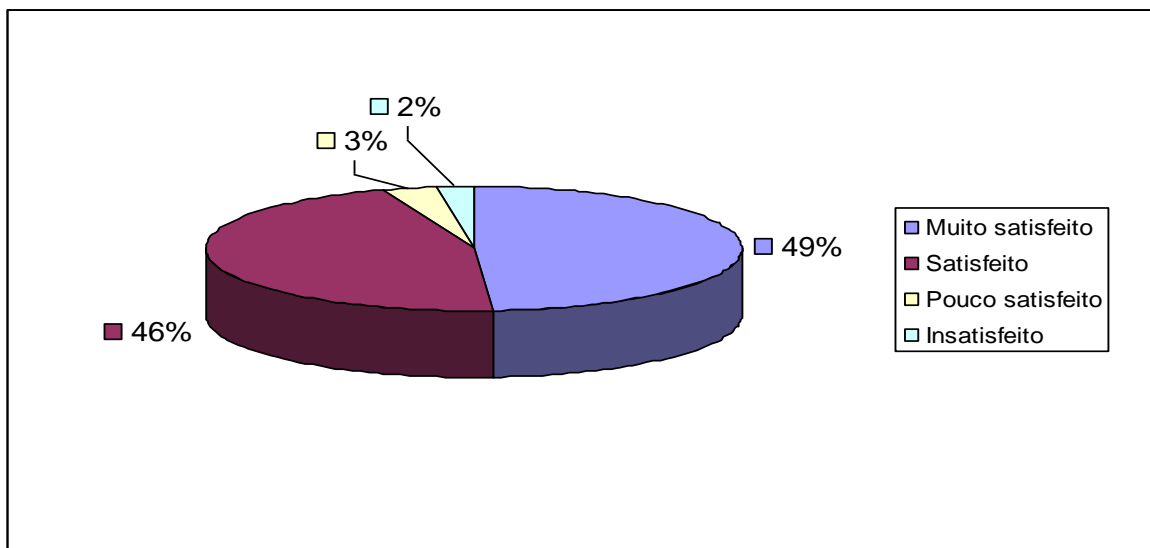


Quanto ao segundo item analisado - o grau de satisfação no tempo de resolução do problema através da consulta telefónica - os doentes e familiares demonstraram o seu grau de satisfação referindo-se muito satisfeitos cerca de 48,39% ($n = 45$) e satisfeitos cerca de 45,16% ($n = 42$) dos participantes.

A percentagem de doentes/familiares pouco satisfeitos e insatisfeitos foi de 5,37% ($n = 5$); as pessoas insatisfeitas ($n = 2$), e pouco satisfeitas ($n = 3$), são 3 doentes e 2 familiares (cônjuge e um filho) em relação ao tempo de demora na resolução do problema na consulta telefónica. Uma doente disse não ter opinião.

Salientamos através do Gráfico 4, que de seguida apresentamos, que a satisfação dos doentes/familiares no tempo de resposta na resolução do problema, que como verificamos é muito positiva.

Gráfico 4 - Opinião dos doentes/familiares quanto à satisfação no tempo de espera na resolução do problema através da consulta telefónica



Os dados revelaram, de uma forma global, uma percentagem elevada no grau de satisfação dos doentes/familiares. No entanto, os que destacam um nível inferior de satisfação relativamente ao tempo de espera são congruentes com os constrangimentos anteriormente referidos, quando é necessário encaminhar a situação para o médico. Reforçam ainda a necessidade da equipa proceder a mudanças que agilizem o processo de resposta ao doente.

Por outro lado, a insatisfação manifestada na resolução do problema remete-nos para as expectativas do doente/família no controlo da dor, bem como a comunicação enfermeira/doente/família na interacção telefónica, áreas que necessitam de uma atenção formativa contínua, por parte da equipa da Unidade Dor, como abordamos mais adiante.

Por último, passamos a apresentar os resultados que emergiram da análise de conteúdo dos registos das entrevistas efectuadas às enfermeiras, das consultas telefónicas e de observações por nós realizadas.

5.2.4. Resultados das entrevistas às enfermeiras

Identificámos quatro categorias em relação à intervenção na consulta telefónica: “porta aberta”, interação no processo de cuidados na consulta telefónica, problemas dominantes no doente com dor crónica e exigência da consulta telefónica. No Quadro 4 apresentamos as categorias encontradas e as respectivas subcategorias.

As enfermeiras reconhecem que a finalidade da consulta telefónica na Unidade Dor é possibilitar um acesso aos cuidados de saúde ao doente/família, na situação particular de dor. Uma das enfermeiras refere mesmo que a consulta telefónica é uma “*porta aberta*” (EE 2). Segundo as enfermeiras, a consulta telefónica, mesmo que não funcione 24 horas por dia, permite que o doente/família, sempre que tem qualquer dúvida, possa contactar a equipa de saúde, pois sabem que haverá sempre alguém que conhece o seu caso, e pode resolver o seu problema. A noção de porta aberta clarifica-se assim porque, ao contrário de outras unidades de internamento, na Unidade Dor, através desta consulta, não há um processo burocrático que atrapalhe e torne moroso o processo de resolução do problema do doente/família. Existe assim, uma proximidade que favorece a construção de uma relação mais íntima entre o doente/família e os profissionais.

Esta proximidade, que a via telefónica permite, é uma presença securizante, na medida em que o doente/família pode utilizar o telefone várias vezes ao dia, em que qualquer deles pode ser emissor e receptor. Para as enfermeiras a consulta telefónica é um recurso muito apreciado e utilizado, que favorece a vida do doente e da equipa.

A consulta telefónica é percebida como uma porta aberta porque o doente/família coloca as dúvidas que o preocupam no momento certo, isto é, sente-se legitimado para o fazer sempre que elas surgem. A frase repetidamente ouvida dos doentes/família:

“- *Vocês disseram-me para nós ligarmos sempre que tivéssemos qualquer dúvida*” (RO 8), revela o ambiente de proximidade que existe na Unidade Dor, sentido por toda a equipa e que a consulta telefónica reforça.

Quadro 4 - Intervenção na consulta telefónica na perspectiva das enfermeiras

Categories	Subcategorias
A Consulta Telefónica: Porta Aberta Para o Doente	Acessibilidade cuidados de saúde
	Proximidade entre profissional e doente/família
	Expressão dúvidas no momento certo
	Resolução de “pequenas coisas”
	Agravamento dor ou situação clínica
	Realização de ajustes terapêuticos
	Evitação de deslocações do doente/família
	Flexibilidade na gestão do tempo doente/família
Interação do Processo de Cuidados	Atendimento personalizado
	Conhecer o doente - processo à distância
	Poder partilhado de partilhar a informação
	Percepção de risco
	Assegurar a confiança do doente/família
	Transmissão segurança
Problemas Dominantes no Doente com Dor Crónica	Fenómeno dor: compreensão por aproximação
	Obstipação
	Náuseas e vómitos
	Situações de fim de vida
Exigência Da Consulta telefónica	Dificuldades
	Perfil da enfermeira na consulta telefónica
	Ambiente não propício

As dúvidas mais frequentemente colocadas pelos doentes, através desta porta aberta, estão relacionadas tanto com a doença como com o plano terapêutico e resultam das lacunas da comunicação em presença, nomeadamente quando o doente/família vêm

pessoalmente à Unidade Dor. Também o ensinar o doente/familiar a resolução de “pequenas coisas” que lhes causam grande ansiedade, como o lidar com equipamentos para perfusão de terapêutica subcutânea no domicílio é parte essencial da eficácia da porta aberta. Veja-se, a título de exemplo o extracto da entrevista que se apresenta:

“ ...conseguem-se resolver pequenas coisas e que até funcionam. Mesmo, até a nível da PCA, a máquina estava a apitar, apitar, apitar, o filho estava em pânico. Eu disse, pára a máquina, liga a máquina. Ficou tudo tranquilo, a máquina começou a funcionar até hoje.” (EE 2)

A consulta telefónica insere-se numa dinâmica de organização da Unidade Dor e não existe isolada do seu todo. O doente percebe esta envolvência e a noção de porta aberta é assimilada facilmente, não tendo reservas em telefonar sempre que precisa para a Unidade Dor.

A consulta telefónica é uma porta aberta para intervir quando existe agravamento da dor ou da situação clínica do doente, bem como para realizar ajustes terapêuticos, sem que seja necessário o doente deslocar-se à Unidade Dor ou a serviços de saúde. A flexibilidade na gestão do tempo do doente e familiar são finalidades reconhecidas pelas enfermeiras. Pois o telefonema permite ajustes terapêuticos imediatos e uma organização em termos de preparação prévia da terapêutica ou prescrição médica na Unidade Dor, o que constitui outros dos benefícios referidos, para que o doente/família ao vir à Unidade Dor perca o menor tempo possível.

Relativamente à interacção do processo de cuidados na consulta telefónica emergem várias dimensões. Começamos por descrever o que caracteriza o atendimento personalizado.

Da análise efectuada ressalta que o atendimento personalizado é o bom atendimento, que se caracteriza por estar centrado no doente/família que telefona. A apresentação inicial dos dois actores, da enfermeira, o seu nome e profissão e saber quem está do outro lado: a identificação de quem telefona. A preocupação que esteve sempre

presente na consulta telefónica foi a identificação do doente a que se refere o telefonema, porque para as enfermeiras deste estudo conhecer o doente é essencial para o processo de cuidados. Este conhecimento pode advir da existência de uma relação de confiança entre a enfermeira e o doente/família, em que lhe foi permitido o acesso a factos da vida do doente que mobiliza e lhe permite relacionar quase imediatamente, por exemplo, a dor actual no contexto da história de vida do doente. Mas nem sempre assim acontece. Por vezes, é através da consulta dos registos do processo clínico que a enfermeira constrói a compreensão do percurso daquela pessoa.

Em qualquer das situações, a interacção telefónica torna-se ela própria um meio através do qual enfermeira e doente enveredam, num processo de conhecimento à distância, que é necessário para contextualizar a dor, ou outros sintomas que o doente apresente. É importante para que a enfermeira possa interpretar o(s) sintoma(s) por ele referido(s), mas, sobretudo, decifrar o que está por detrás da queixa, o significado oculto que o doente/familiar atribui àquele sintoma. O facto de o doente não estar presente dá uma maior importância a esta intervenção da enfermeira. 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)

Contudo, este processo interpretativo não depende exclusivamente da enfermeira. Nasce do intercâmbio de poderes que também está no doente/familiar em querer, poder ou conseguir comunicar informações acerca de si, ou dos seus sintomas à enfermeira durante a interacção telefónica.

Nesse sentido, as enfermeiras têm a percepção do risco no processo de cuidados na consulta telefónica. Reconhecem que é um risco diário, pois caso o atendimento não esteja centrado no doente, 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 presente fisicamente:

“...eu acho que a consulta telefónica é uma mais valia inqualificável. 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)

Para um atendimento personalizado na consulta telefónica a enfermeira reconhece a importância de assegurar a confiança do doente, que teme enganar/trocas no seu processo e tranquiliza-o, como ilustra a seguinte frase:

“...nós vamos tirar o processo da sua mãe, vamos validar a terapêutica e já lhe voltamos a ligar.” (CT 2)

Procura garantir que não se quebre a comunicação entre o doente/família e a enfermeira, quando o doente telefona. Para isso a enfermeira faz perguntas ao doente/família para perceber a situação, que estariam respondidas caso tivesse o processo clínico, e prevenir a ruptura na interacção com o doente, que poderia colocar em risco a resolução do seu problema. O doente/família é informado do encaminhamento que foi dado ao seu problema. Por exemplo, se vai ser analisado pelo médico e qual a previsão do tempo que vai demorar a ter uma resposta para a sua situação. A decisão da enfermeira é negociada com o doente/família e confirmada com a família. Perguntas como *“Está bem?”*, *“Concorda?”*, *“Acha bem assim?”* escutavam-se frequentemente ao longo das interacções telefónicas realizadas pelas enfermeiras. A frase *“Nós depois voltamos a ligar, está bem?”* (CC 1) é um exemplo para salientar o compromisso assumido com o doente/família na interacção telefónica, da enfermeira voltar a contactar após a análise do problema pela equipa. Todavia, havia situações em que se pedia ao doente para ligar para a Unidade Dor, para promover a responsabilização sobre a sua saúde. Sempre que se manifestaram problemas económicos todas as enfermeiras telefonavam ao doente.

Inerente ao atendimento personalizado no processo de cuidados na consulta telefónica, está 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 era preferível não realizar a consulta telefónica”* (EE 1). A iniciativa da enfermeira em contactar o doente/família para

avaliar a eficácia da intervenção proposta é utilizada nalguns casos, nomeadamente quando se realizam alterações terapêuticas para controlo da dor e para a obstipação, induzida por medicamentos opióides. O contacto telefónico por parte da Unidade Dor revela uma atitude proactiva em interessar-se e transmitir segurança ao doente/família, que estão em situações de sofrimento em casa, muitas vezes sós.

Ao contrário do atrás referido, a interacção distraída no processo de cuidados na consulta telefónica caracteriza-se por ser desprovida da identificação pessoal e profissional da enfermeira que atende o telefone e na desatenção, relativamente ao nome de quem telefona, e parentesco com o doente. Caracteriza-se também, pela não centralização no doente/família, pela não identificação e/ou valorização pouco clara do problema, o que se manifesta no registo pouco rigoroso. Esta dimensão será melhor explicada na categoria exigência da consulta telefónica.

Outra categoria que surgiu da análise dos dados foi denominada como problemas dominantes no doente com dor crónica.

A dor é o principal sintoma que impele o doente/família a utilizar a consulta telefónica na Unidade Dor, tal como constatámos no estudo. Assim, vamos dar ao fenómeno dor uma relevância superior aos restantes problemas, pela sua frequência e impacto na vida da pessoa. Realçamos o modo como a triagem à dor é efectuada, por ser um dos objectivos do estudo. Foi baseada nesta triagem realizada pelas enfermeiras que construímos o Guia para a Intervenção de Enfermagem na consulta telefónica na Unidade Dor. Num segundo momento, desenvolvemos a triagem e encaminhamento efectuada para problemas mais frequentes, decorrentes dos efeitos secundários da medicação para o controlo da dor, náuseas, vómitos e obstipação.

O processo de compreensão da dor do doente é essencial para a enfermeira o ajudar no controlo da dor. As enfermeiras do estudo reconhecem que caracterizar a dor é um fenómeno compreendido e definido sempre por aproximação, mesmo que o doente seja o interlocutor directo. Por isso, o seu interlocutor privilegiado, em particular na interacção

telefónica, é sempre que possível o próprio doente, visto que, face à subjectividade da dor, o doente que a sente é a única pessoa capaz de a objectivar.

O doente é o único que legitimamente pode definir a sua dor, pois a dor é dos fenómenos humanos mais subjectivos, reagindo cada pessoa de maneira única. Uma das enfermeiras do estudo verbalizava assim a variabilidade da percepção da dor:

“...uns têm uma dorzinha e é a maior dor do mundo, os outros até estão ali cheios de dores e nem por isso a pessoa pode julgar a dor de cada um. Cada um tem a sua...” (EE 2)

O facto de a enfermeira procurar tornar a dor objectiva permite uma intervenção mais adequada, não só à enfermeira mas a toda a equipa da Unidade Dor, que funciona numa interdependência, em que todos dependem dos dados que mutuamente fornecem e partilham.

Constatou-se pelos dados obtidos que os doentes telefonam para alívio da sua dor, quando esta afecta a sua vida quotidiana. É frequente o doente começar por referir não a dor, mas o impacto da mesma na sua vida quotidiana *“que não consegue andar e/ou alimentar-se e/ou dormir e/ou trabalhar” (RO 12)*. A enfermeira, para caracterizar a dor, necessita deixar-se conduzir pelo discurso do doente e não ir directamente à quantificação da intensidade da dor, mas antes à repercussão da dor na vida do doente.

De seguida, a enfermeira ajuda o doente a quantificar a intensidade da dor. Mesmo para as enfermeiras experientes da Unidade Dor conseguirem que o doente quantifique a sua dor, é necessário fazer compreender ao doente a importância de quantificar a dor. É a quantificação da dor que permite uma margem de segurança no ajuste terapêutico. Tal como ilustra o excerto referido por uma enfermeira:

“...se eles (os doentes) caracterizarem bem a dor, se disserem exactamente o que está a acontecer e há quanto tempo, nós ficamos com uma ideia muito mais objectiva (...) e dá-nos logo ali uma margem de manobra para mexer em medicamentos completamente diferente...” (EE 1)

Para quantificar a dor os enfermeiros usam de preferência escalas unidimensionais, como a escala numérica, à qual os doentes da Unidade Dor estão habituados desde a sua primeira vinda à Unidade Dor.

Todavia, a dor é particularmente difícil de localizar nos doentes cuja dor é generalizada, sendo a frase frequentemente ouvida “*dói-me tudo*” (RO 7). A enfermeira, para ajudar estes doentes na caracterização da dor, envereda por uma abordagem de grande proximidade fazendo perguntas muito concretas do tipo: “*Onde é que lhe dói?*”. Se o doente insiste na dor generalizada, a enfermeira avança numa tentativa de ajudar o doente a especificar, dirigindo a pergunta para uma localização mais precisa: “*Então diga-me onde dói mais?*”. Esta dor generalizada é difícil de definir e compreender. É nomeada por uma enfermeira como uma “*dor abrangente*” (EE 1), significando com isso que a dor afecta negativamente a pessoa de uma forma total.

Quando o doente consegue atribuir um valor numérico à dor, a enfermeira aceita a quantificação dada pelo doente como sendo a verdadeira, mas simultaneamente reconhece a subjectividade dessa quantificação. Os enfermeiros menos experientes ficam perplexos com o auto-controlo que alguns doentes têm na expressão da dor, nomeadamente no fácies tranquilo, afirmando ter uma intensidade de dor de 8 ou 9, na escala numérica. A quantificação da dor também é difícil de fazer, porque contém em si diferentes dimensões que a constituem, como seja a componente física, psicológica ou a da própria solidão.

A enfermeira, neste processo de discernimento e validação da dor do doente, à distância, apela aos elementos da comunicação não verbal, presentes na interacção telefónica, como seja o tom de voz, a forma como a pessoa se queixa, a entoação, a referência à solidão. O excerto a seguir mostra como uma enfermeira revela as suas capacidades, valores e conhecimentos, onde a centralidade do doente é visível:

“...nós quando estamos a falar com o próprio doente, conseguimos até perceber pelo tom de voz, a entoação que dá...a forma como se queixa, quando questionamos se está sozinho ou acompanhado. Eles muitas vezes dizem que sim, que estão sozinhos e sentem-se sós! Isto também é uma característica da dor do doente. Por isso, eu acho que é sempre uma mais valia ser o próprio doente a falar.” (EE 1)

Contudo, existem doentes que, mesmo falando da dor na primeira pessoa, não a conseguem nomear, nem especificar “...mesmo que eles entendam, e fazem isso muitas vezes não conseguem dizer o que estão a sentir.” (EE 1).

As enfermeiras experientes afirmaram que o doente é a primeira fonte de informação e usam o seu discurso para compreender a dor que ele está a referir. Frases do tipo “dor como se fosse um cão”, “como se fosse um fogo”, “como se fosse lume” (EE 1), “como se fosse uma dentada de tubarão”, “parece um papagaio a picar”, “formigueiro”, “bichos a mexer”, “guinada”, “facada”, “picada”, “dormente” (RO 21), ilustram de uma forma metafórica a objectividade e intensidade da dor.

Uma forma de o enfermeiro caracterizar e compreender é usar a linguagem com que o doente referiu a dor na última interacção, tendo em vista ganhar a confiança do doente e facilitar a explicitação do que está a viver. Alguns doentes sentem que esta linguagem metafórica pode ser deturpada e evitam usá-la. Por isso, quando as enfermeiras tomam a iniciativa de usar a linguagem acima referida, o doente sente que é compreendido.

Verificou-se que as enfermeiras na triagem usavam um primeiro ciclo de perguntas, com o objectivo de identificar com precisão o problema que procuravam compreender como: “ O que desencadeou?”, “A que associa o problema, à doença, aos medicamentos?” Há outras especificações para além do início da dor, de como é que dói; importa caracterizar ao telefone o padrão da dor “ 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).

Sobre a questão da medicação analgésica que o doente faz, os enfermeiros experientes não se deixam iludir com respostas do tipo “faço tudo como me disseram” ou “faço tudo como está no papel” (RO 25). Ao confrontar o doente com o pedido de especificação “diga-me lá o que fez exactamente” (RO 32, as enfermeiras verificavam se a medicação estava a ser realizada de forma adequada, o medicamento certo, na dose certa, à hora certa. Importava perceber se “está a fazer a medicação certinha e direitinha, porque muitas vezes é esse o problema.” (EE 3)

Os mesmos cuidados na verificação da terapêutica analgésica de resgate, bem como do significado SOS, são formas que as enfermeiras na consulta telefónica mobilizavam e

que evitam a vinda desnecessária à Unidade Dor. Pois as enfermeiras explicitaram que, apesar do empenhamento da equipa da Unidade Dor em elucidar de uma forma inteligível para o doente o plano terapêutico proposto, frequentemente tal não é entendido. Também, as enfermeiras sabem que é imperioso realizar uma triagem, porque os preconceitos acerca dos opióides estão inculcados na sociedade e também nos doentes e equipa de saúde. As pessoas evitam tomar os medicamentos, porque através das representações sociais lhes é transmitido que os analgésicos prejudicam órgãos vitais.

Com alguma frequência, como verificámos anteriormente, foram os familiares a telefonar e a expor a dor ou o problema do doente. Neste caso, a enfermeira tem em conta que a mensagem que o familiar relata, é sempre uma mensagem em diferido, depende também da percepção e interpretação que o familiar fez, daquilo que escutou do doente.

Muitas vezes sendo a dor o motivo da consulta telefónica, nem sempre é a génese do problema, por isso a caracterização da dor e a sua compreensão faz parte do processo de triagem, que só o enfermeiro experiente consegue diferenciar. O excerto a seguir, mostra como um problema de obstipação estava camuflado num fenómeno dor e como, ao ser compreendido pela enfermeira, o novo problema obriga a uma nova triagem.

“Enf^a - Mas pode começar, por exemplo, com a descrição de uma dor abdominal. O doente diz: «Dói imenso a barriga». Depois começa-se a triagem. Pergunto eu (enfermeira): «Há quanto tempo é que dói? Como é que dói?». Chega-se à conclusão que uma possibilidade que existe é que na medicação possa existir alguma coisa que pode influenciar, que pode estar a prender o intestino. Então pergunto: «Ok, há quanto tempo não evacua?». A pessoa responde: «Dois, três dias.» Volto a perguntar: «É sempre assim?». Responde-me: «Não, fazia todos os dias.». Retorno com outra pergunta: «Então desde quando é que começou a ser assim?» «Olhe, desde que comecei a fazer o vosso tratamento», responde o doente.” (EE 1)

Este mesmo fenómeno de averiguação pormenorizada da colheita de dados, também é necessária ser feita num doente que apresente outros problemas para além da dor e obstipação, como por exemplo, náuseas, vómitos, edemas, como à frente se descreve.

Para as enfermeiras é muito importante diferenciar se os problemas que o doente menciona têm por base um fenómeno de doença oncológica. Esta preocupação justifica-se porque as causas do problema podem ser diferentes assim como as intervenções.

Toda a informação que o enfermeiro colhe durante a interacção telefónica com o doente e/ou familiar para a caracterização do problema é validada e confrontada com os registos que constam no processo clínico do doente. Este processo permite à enfermeira realizar perguntas objectivas e focalizar-se no problema daquele doente em particular. 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 interacções anteriores presenciais, telefónicas, com o doente e família que ficaram registadas ao longo do tempo.

Assim, as enfermeiras sentem-se seguras e garantem que não tomaram decisões precipitadas, em relação ao problema do doente. Os cuidados foram ensinados com pormenor, discriminando os princípios da técnica em que as enfermeiras não usaram discurso e linguagem profissional, mas usaram uma terminologia adequada àquele doente/família. O ensino de como deve fazer um enema, realizado por uma enfermeira ao telefone, ilustra esta adaptação em linguagem corrente para uma familiar de um doente:

“ ...nunca chega ao meio litro de água, o que entra primeiro é a chávina do azeite, volte-se para o lado esquerdo e tem que sair o que entrou. E esta parte do líquido que entrou tem que sair, reforço muitas vezes.” (EE 1)

Outros problemas frequentemente referidos pelos doentes são as náuseas e vómitos. Também aqui se faziam ciclos de perguntas: início, a que associava, se à medicação - a algum tratamento, por exemplo quimioterapia -, se comeu alguma coisa que fizesse mal, se foi episódio único, se se intensifica mais de manhã ou à tarde, se tem medicamentos para esse efeito, se já experimentou e qual o resultado (EE 2). Apesar do doente ser considerado

a 1ª fonte de informação, a enfermeira não deixa de usar o seu conhecimento profissional para tomar as decisões em prol do doente. O excerto da entrevista de uma enfermeira ilustra que o doente é parceiro quanto baste, pois pode estar com a percepção errónea da causa do problema.

“Enfª - Quando os doentes são oncológicos, é tentar sempre perceber se eles estão a fazer quimioterapia. Porque muitas vezes eles atribuem à medicação da Unidade Dor, pois a medicação da Unidade Dor é de facto a que eles vomitam e então é uma causa-efeito. Tomei e vomitei, por isso é que vomitei, independentemente de estar a fazer a quimioterapia.” (EE 1)

Para outros problemas, a orientação que a enfermeira precisou de dar, carece de maiores exigências e recursos. As dúvidas que os familiares têm no acompanhamento dos seus familiares em situações de fim de vida, são aquelas que mais perturbam e para os quais menor formação existe nas pessoas e nos profissionais. Muitas vezes a família encontra-se sozinha e procura validar se a decisão que tomou é a adequada. Para a família, viver com o máximo de serenidade e sem sentimentos de culpa o apoio que faz ao seu familiar, é um direito ainda longe de ser atingido. Tal como se ilustra através da situação que se relata de seguida, em que o familiar só deseja saber se era legítimo ficar com a doente em casa para ajudar a morrer, ou se a devia levar para o serviço de urgência. A enfermeira tendo hesitações face às capacidades do familiar, perguntou-lhe se ele seria capaz de as realizar, ao que o senhor respondeu:

“- Consigo muito bem. Era só isso que eu queria, que a senhora me dissesse se eu fazia bem, em ficar aqui ao pé dela.” (EE 2)

Os dados revelaram que o acompanhamento do doente/família em fim de vida é um processo que terá que ter um acompanhamento diferente do actual. Notou-se, nalguns relatos dos enfermeiros, que, se há famílias que telefonam a informar da morte do familiar, nem sempre isto acontece e por vezes, quando a enfermeira da Unidade Dor telefona a saber da situação, é informada do desenlace. São interacções desconfortáveis para ambos os actores, que revelam não ter havido uma preparação e acompanhamento adequado por parte da equipa e do próprio sistema de saúde.

Sendo a inquietação das enfermeiras saber o que o doente está a expressar - daí a importância da etapa anterior através do ciclo de perguntas para a identificação do problema - segue-se a etapa seguinte, que é a da validação. As enfermeiras referiam este processo como validação passo-a-passo. Este conceito significava que a enfermeira procurava repetir sempre toda a informação que tinha recebido do doente, de modo a devolver ao doente a informação por ela percebida. Esta validação era extensível ao familiar sempre que necessário. Esta preocupação deve-se ao facto da enfermeira reconhecer que as alterações terapêuticas são um risco, nomeadamente com opióides fortes, mas também com os analgésicos do 1º degrau da escada analgésica da Organização Mundial de Saúde. As enfermeiras sabem que a interacção dos medicamentos obriga a um ajuste rigoroso, sob pena de não ser eficaz, daí a preocupação da enfermeira não ser excessiva, de confirmar e de reconfirmar as vezes que achar necessárias.

Esta validação, muitas vezes pode fazer-se através de uma linguagem simplista e pouco profissional, nomeadamente quando a enfermeira faz o ajuste terapêutico através da cor do medicamento e nome farmacológico. Esta situação acontece particularmente quando os doentes estão sozinhos e manifestam incapacidade de compreender as alterações necessárias. O excerto a seguir é revelador das exigências que a consulta telefónica contém em si mesma.

“Enfª - Faço isto muitas vezes. São roxos. Então toma dois comprimidos roxos de manhã e dois comprimidos roxos à tarde. Mas amanhã tem que cá estar alguém da família do senhor para nós lhe explicarmos aqui ao pé (...) quando se telefona para um doente, por exemplo, e acontece muitas vezes, e o doente começa logo à cabeça «Não diga nada, que eu não percebo nada.». Pronto, eu acho que...Olhe, está aí sozinho? «Estou. Não tenho ninguém de família.» Então, olhe, vamos combinar o seguinte, amanhã, aqui com o senhor nós explicamos...”(EE 1)

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).*

As enfermeiras experientes salientaram que há modos do doente se expressar, que são possíveis sinais de alerta da incompreensão da mensagem. Desconfiam particularmente quando o doente usa de forma muito repetida a palavra “*sim*”, nomeadamente em pessoas modestas. Pois a maior parte dos doentes sentem vergonha de dizer que não estão a compreender o que lhes está a ser explicado. Quando tal acontece, o enfermeiro preocupa-se em validar, usando a técnica da reformulação ou confronto, pedindo a enfermeira ao doente para este repetir a informação que esta lhe acabou de dar. Vejamos o seguinte excerto da entrevista a uma enfermeira:

“Investigadora – És tu que dás a informação outra vez....

Enf^a – Não, é ele que tem que me dar. «Então diga-me lá o que eu lhe estive a dizer?»

Investigadora – Portanto, ele vai repetir o que tu disseste ou o que ele percebeu...

Enf^a – Pois, é o que eu espero que aconteça. Apesar de que muitas vezes a surpresa é imensa. Dizem tudo o que não disseste, nunca da vida.” (EE 1)

Pelo exemplo deste excerto, as enfermeiras do estudo constataram que, mesmo com todos estes cuidados, a deturpação e o erro acontecem. Este facto obriga não só a ser muito cuidadoso na alteração da medicação, mas também a uma confiança mútua de toda a equipa para evitar conflitos. Esta validação é reforçada presencialmente, com o doente/familiar, sempre que o enfermeiro tem dúvidas que a mensagem possa não ter sido cabalmente compreendida. Apesar de toda a preocupação e da consulta telefónica ser eficaz em muitas situações, a presença do doente/familiar para o ensino e orientação é por vezes necessária.

A validação passo a passo acontece sempre que existem dificuldades na fala, na dicção ou em doentes não perceptíveis, ou que não nos ouvem bem, ou em que o telefone não está nas melhores condições. Nesses casos o enfermeiro repete sempre o que dizem. Através deste cuidado de validar passo-a-passo, a enfermeira tem consciência plena de que tudo o que foi alterado foi compreendido.

A dinâmica de funcionamento desta equipa caracteriza-se por uma comunicação e delimitação de funções bastante definida entre os vários membros da equipa, em que nenhum enfermeiro verbalizou grandes reservas ou dificuldades nas situações que deve

encaminhar para o médico e as que são da sua responsabilidade, como já referimos anteriormente. Quando há decisões sobre fármacos ali considerados triviais, como é o caso do hidróxido de magnésio, as enfermeiras sugeriram mesmo um protocolo dos fármacos que possam ser alterados por elas, sem recurso ao médico. A equipa médica expressou confiança na triagem que os enfermeiros fazem e nas decisões tomadas, pelo que a sugestão anterior será um caminho a desenvolver futuramente. A existência de tais protocolos agilizará a eficácia da resposta que, por vezes, só pode ser dada no dia seguinte.

A última categoria que emergiu dos dados analisados foi a exigência da consulta telefónica.

Se a interação 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, pelas características da comunicação não presencial, em que a audição é o órgão sensorial privilegiado. As dificuldades resultam, como descreveram as enfermeiras, da diferença do quadro de referências dos dois emissores, sensoriais (ouvir bem, a dicção) e as próprias 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, foi o não ver o doente, não estar a visualizar. Por isso é que o conhecer o doente é reconhecido pelos enfermeiros como fundamental para a eficácia da consulta telefónica. Assim, o tom de voz usado pelo doente permite fornecer dados, que ajudam a identificar melhor o problema e a respectiva gravidade.

Para ultrapassar estas dificuldades inerentes ao quotidiano da consulta telefónica na Unidade Dor, que a tornam uma intervenção exigente, como reconhecem as enfermeiras, é necessário que quem a realize seja competente e detentor de características cognitivas, que emergiram das entrevistas às enfermeiras e que permitiram definir o perfil da enfermeira na

consulta telefónica. Consideraram que, para uma enfermeira realizar a consulta telefónica, tem que ser detentora de conhecimentos técnico-científicos de forma a poder identificar o problema do doente/família com todo rigor possível. Este conhecimento científico alia-se à necessidade de ser uma boa comunicadora virtual. 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. Reconheceram que a existência de alguém, que, estando longe pode estar perto do doente, é a diferença que a consulta telefónica possibilita, ou seja, entre o doente sentir-se acompanhado ou sozinho, como se ilustra no seguinte extracto retirado de uma entrevista a uma enfermeira:

“...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)

Ainda quanto ao perfil da enfermeira que realiza a consulta telefónica, afirmaram que tem ser uma pessoa que saiba inspirar confiança, porque a firmeza e determinação daquilo que é dito ao doente, faz com que ele se sinta seguro, é “*ter segurança em si, para transmitir segurança*”(EE 4).

Também no perfil da enfermeira para intervir na consulta telefónica, está a capacidade de ouvir os problemas com que muitos doentes se debatem, em termos de falta de apoios sociais, falta de afecto e graves problemas de solidão, que agravam o problema da dor. Para esses problemas a enfermeira não tem soluções e saber lidar com o sofrimento do outro e com a sua própria impotência exige maturidade profissional e emocional. No excerto que apresentamos a seguir, faz-se presente a situação de um doente que telefonava referindo a sua impossibilidade de vir à consulta, porque não tinha ninguém que o levasse uma vez que a esposa estava a trabalhar, e os amigos o tinham abandonado.

“...Estas coisas tocam-me um bocadinho. Dá vontade de ir buscar a pessoa e trazê-la à consulta. E como esta, há muitas.” (EE 3)

Mais, na intervenção de enfermagem na consulta telefónica, as enfermeiras explicitaram a necessidade da segurança do seu papel e da equipa de saúde, para saber suportar, encarar e ajudar nas situações em que o doente telefona somente para revelar as frustrações da ineficácia do plano terapêutico no controlo da sua dor. As enfermeiras deste estudo mostraram reconhecer as limitações no campo de acção, na complexidade e tratamento da dor. Embora na primeira consulta, o doente/família seja levado a explicitar as suas expectativas e eventualmente a relativizá-las, nem sempre a apreensão da mensagem na primeira consulta é captada pelo doente. Como dizia uma enfermeira do estudo, provavelmente, porque recebia muita informação ou não a queria perceber por esta não ser favorável (EE 3).

No perfil das enfermeiras competentes na interacção telefónica, as enfermeiras reconhecem a necessidade da concentração no doente e a descodificação das particularidades intrínsecas à comunicação não verbal como essenciais. Para isso, sabem que têm que estar atentas, pois quando estão distraídas consigo próprias, ou com algo que se passa ao lado, o doente capta a desconcentração da enfermeira. Foi particularmente realçada a capacidade da enfermeira manter uma concentração continuada durante a interacção telefónica, pois o hesitar, estar desligado da conversa, pode fazer quebrar a relação entre a enfermeira e o doente.

Ainda no perfil da enfermeira da consulta telefónica, foi salientada a responsabilidade do cuidado à distância, ou seja, como o doente está longe fisicamente o acompanhamento tem de ser de proximidade. Embora o doente esteja em casa, se teve uma prescrição em que foi alterada a dose, a enfermeira assegura a eficácia da alteração da prescrição com uma preocupação e rigor, quase que nos atrevemos a dizer, que superior à que tinha, se o doente estivesse internado. Provavelmente, é exactamente a ausência do doente, que responsabiliza a enfermeira por assegurar a vigilância e o resultado da alteração terapêutica. O telefone funciona como uma extensão da enfermeira:

“...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).

Verifica-se neste excerto que o enfermeiro assegura a continuidade da vigilância da eficácia, manifestando uma responsabilidade profissional inquestionável.

A consulta telefónica torna-se ainda uma intervenção com grau elevado de exigência, como reconheceram as enfermeiras, pois para além das dificuldades inerentes à comunicação não presencial e de pressupor uma elevada competência por parte das enfermeiras, como atrás referimos, acresce-se ainda que o ambiente existente na Unidade Dor não é o mais propício à sua realização. Para além de o ambiente em que decorre ser de reboliço - pessoas que entram e saem, batem à porta - a enfermeira é interrompida, o que impossibilita a sua total atenção, a concentração na pessoa que está no outro lado do telefone, é como se não estivesse a realizar um cuidado. Para algumas enfermeiras, a consulta telefónica exige um ambiente seguro, que permita perceber o que o doente transmite, validar o sentido do que está a dizer, traduzir o significado da mensagem. Como dizia uma enfermeira:

“...quando uma pessoa atende uma chamada telefónica as pessoas que nos rodeiam têm que nos respeitar” (EE 3)

Apesar do elevado nível de competência das enfermeiras, que verificámos ao longo do processo de cuidado na consulta telefónica, salientamos que as condições estruturais do ambiente, nomeadamente, a exiguidade de espaço e a simultaneidade de actividades, validam a percepção de risco inerente à consulta telefónica e fundamenta algumas das preocupações das enfermeiras do estudo, relativamente ao receio da não correcta triagem e identificação do problema do doente/família.

Para melhor ilustrar o que pode acontecer, quando não estão reunidas as condições mínimas necessárias para a realização da consulta telefónica, apresentamos situações que ocorreram durante o estudo, que denominamos de interacção distraída, a que já nos tínhamos referido na categoria interacção do processo de cuidados na consulta telefónica. Estes incidentes, que aqui explicitamos, foram reconhecidos pela equipa de enfermagem, não com carácter penalizador, mas como base de análise e reflexão para delinear estratégias, de forma a minimizar o risco de erros na consulta telefónica.

Assim, verificámos que a interacção telefónica pode revestir-se para além do atendimento personalizado, de outra dimensão, a que chamámos interacção distraída. Esta pode ocorrer em algumas situações que foram identificadas pelas enfermeiras e que atrás descrevemos. No atendimento telefónico, a enfermeira apresentou sempre o serviço. Contudo, a esta identificação institucional, não se seguiu a sua apresentação ao doente/família. A enfermeira surge desprovida de identidade pessoal e profissional. Só o fará prontamente se o doente/família o solicitarem. Porém, a necessidade de saber o nome completo do doente a quem se refere o telefonema está sempre presente. No entanto, esta preocupação de identificação não existe sobre o nome de quem telefona e respectivo parentesco com o doente. O excerto a seguir apresentado revela ser um exemplo de desempenho inadequado, pois além da identidade da enfermeira não emergir, também o nome de quem telefona não aparece.

“Enf^a – Unidade Dor, boa tarde.

...

Enf^a – Boa tarde.

...

Enf^a – Sim.

...

Enf^a – A.. (nome da doente), desculpe não percebi o nome.

...

Enf^a - A J (nome da doente).

...

Enf^a – Do xarope, sim, dois frascos?

...

Enf^a – Sim. Está bem, pode vir amanhã. Está bem? Pronto, adeus, boa- tarde.”

(CT 4)

Imprecisões na identificação de quem telefona não são um lapso que possa ser banalizado; pode gerar insegurança e falta de confiança na equipa de saúde, como aconteceu na situação que a seguir se descreve. A enfermeira *x* recebe um telefonema de um familiar de uma doente, que identifica como filho, que informa que a mãe teve uma convulsão e que no dia seguinte iria realizar um “exame”. No memorando da consulta telefónica a enfermeira *x* escreveu essa informação, que posteriormente levantou muitas dúvidas à colega, que não conseguiu perceber a mensagem e aguardou pelo dia seguinte para dar continuidade ao problema da doente. No dia seguinte, quando questionada a enfermeira *x* esclareceu que:

“...não sabia muito bem o que fazer com este problema. O filho da doente queria saber se a convulsão teria sido provocada por algum medicamento. Uma vez que a doente tinha ido à urgência e que ficou de informar a equipa da evolução da situação” (RO 1).

A enfermeira x registou o telefonema no processo clínico, após alguma insistência, pois não o tinha valorizado. Passados dois dias, o familiar da doente veio à Unidade Dor pessoalmente reclamar o compromisso percebido por ele, dois dias antes, na consulta telefónica. Verificamos que a enfermeira não identificou correctamente quem telefonou, nem ficou claro quem deveria ter telefonado, como ilustra o excerto seguinte, do familiar a explicar a situação, *“...eu telefonei para cá, disse que a minha mulher tinha tido uma convulsão, a enfermeira disse que a doutora falaria comigo. Ficaram de me dizer alguma coisa, mas até agora nada.” (RO 1)*

A não centralização no doente/família implica a não compreensão da mensagem de quem telefona em situações clínicas mais complexas, como nas consultas telefónicas em que são expostos mais do que um problema e/ou em problemas menos frequentes. A incompreensão da situação tem repercussões na clareza do registo, tanto no memorando, como no processo clínico do doente. As consequências de não valorização do problema do doente/familiar pela enfermeira, deturpam a informação recebida e o compromisso assumido da enfermeira com quem falou ao telefone, pois também não existiu a perceptibilidade de qual dos actores na interacção deve continuar o processo. A não concentração, a distração da enfermeira, transmite insegurança ao doente/família que está do outro lado do telefone e é sentida imediatamente pelo doente, como se ilustra através do excerto seguinte retirado da entrevista de uma enfermeira:

“...e depois eu acho muito securizante para o doente a segurança e a determinação daquilo que lhes é dito. O que é que eu quero dizer com isto? Nós, muitas vezes, porque cada um tem os seus dias, podemos não estar completamente atentos, ou porque se está a passar qualquer coisa ao lado, e aí é imediatamente perceptível na percepção que o doente tem. Quando ele nos ouve balançar e não mostrar...parece que estamos naquele hum...hum...e não lhe estamos a dar palavras para o que nos está a dizer, sente-se imediatamente (...) parece que não se consegue aquela empatia que se conseguiu criar...” (EE 1)

A interacção distraída reflecte-se também no modo como a enfermeira regista a informação da consulta telefónica. O registo não adequado aumenta os riscos da comunicação não ser eficaz. No caso do doente com dor crónica, põe em causa a continuidade dos cuidados, arrasta a resolução do problema no tempo e o sofrimento do doente/família, o que causa insatisfação relativamente à consulta telefónica da Unidade Dor. Assim, este excerto de uma enfermeira explicita e legitima o estudo que realizámos.

“Enf^a- Eu falo por mim, há aquela pessoa que escreve tim, tim, por tim, tim, e eu se calhar só escrevo por tópicos. A pessoa que vai passar a informação não percebe metade do que eu quis dizer. Enquanto que eu nas entrelinhas e com o resto da conversa que vou tendo...Eu com esta senhora não escrevi nem metade daquilo que ela disse. Eu tento tirar, depois, os pontos que considero mais importantes; para mim são óbvios. Só que a enfermeira que vai passar...por exemplo, eu sou capaz de escrever 4 ou 5 palavras. Para mim, são suficientes para eu passar o que eu quero, mas a colega, se vai passar, vê aquelas 4 ou 5 palavras, e não consegue.” (EE 2)

Após a apresentação dos resultados das entrevistas às enfermeiras, passamos a descrever os resultados obtidos, consolidados na construção do guia orientador da intervenção de enfermagem na consulta telefónica na Unidade Dor.

5.2.4. Resultado final: Guia orientador da intervenção em enfermagem na Unidade Dor

A investigação que desenvolvemos teve como um dos objectivos a elaboração do guia orientador para a intervenção de enfermagem na consulta telefónica, na Unidade Dor. A construção do guia resultou da aglutinação dos resultados obtidos no estudo realizado. Remetemos para consulta em Anexo VI, o guia orientador da intervenção em enfermagem na consulta telefónica da Unidade Dor. Este encontra-se ainda em fase de teste e de consolidação, na equipa de enfermagem.

Os resultados encontrados relativamente aos motivos/problemas mais frequentes que os doentes referiram na consulta telefónica, constituíram o cerne do desenvolvimento

das linhas orientadoras da intervenção de enfermagem. No que respeita à gestão do regime terapêutico, abrangemos os seguintes motivos: solicitação de receitas de analgésicos opióides e não opióides; solicitação de marcação de consultas; solicitação de declaração para transporte de estupefacientes. Em relação aos problemas mais frequentes e validados com os resultados das entrevistas às enfermeiras seleccionámos: dor, náuseas e vómitos, obstipação, insónia e edemas.

No início da linha orientadora incorporou-se a definição do motivo ou problema. Para os problemas ou sintomas referidos pelos doentes, a definição assumida é a da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2003), pois os registos efectuados na Unidade Dor são de acordo com a referida classificação.

Incorporámos também as palavras e/ou expressões da linguagem comum, que os doentes/familiares mais utilizaram para descrever os motivos/problemas por eles sentidos, e que denominámos como “*termos comuns*”. A importância do seu conhecimento e utilização como estratégia comunicacional pelas enfermeiras já foi anteriormente descrita.

De seguida, introduzimos outra variável que foi “*identificação dos actores*”, que constitui o início da interacção telefónica. A sua importância na comunicação entre o doente e a enfermeira levou-nos a incorporá-la em todas as linhas orientadoras. Os resultados do estudo revelaram a necessidade de comportar duas dimensões. A primeira é da iniciativa da enfermeira em identificar a unidade, e de seguida proceder à sua identificação nominal e profissional. A segunda dimensão da identificação tem que ver com a identificação nominal de quem telefona, parentesco com o doente, e com a identificação do doente, através do seu nome completo.

Depois da identificação dos actores, surge a variável “*apreciação*”, que consiste no processo de triagem para a identificação segura do problema. Incorporámos não somente os critérios de informação que são necessários colher pela enfermeira, mas também exemplos de perguntas simples, que possam ajudar a enfermeira neste processo de triagem. As

perguntas resultaram na sua maioria, como nas variáveis anteriores, dos resultados obtidos na investigação. Como é uma linha de orientação e os critérios que apresentamos são gerais, cabe à enfermeira ajuizar e dirigir a triagem, tendo em conta a individualidade do doente/família na interacção telefónica.

Segue-se a variável “*validação*”, em que encontramos duas dimensões: validação com o doente e validação com o processo clínico do doente. A primeira, que é a validação com o doente, consiste no doente legitimar a interpretação da enfermeira acerca do problema exposto e das suas expectativas. Incorporámos duas das perguntas frequentemente utilizadas. A segunda validação tem a ver com o confronto da informação dada pelo doente e/ou percebida pela enfermeira, com o registo existente com processo clínico do doente existente na Unidade Dor. A importância da validação encontra-se explicitada nos resultados das entrevistas às enfermeiras.

Depois encontram-se os critérios que sustentam a decisão de encaminhamento do doente e para que profissional de saúde: apoio/ensino pela enfermeira ou médico da Unidade Dor.

Estes critérios, que ajudam a estabelecer a prioridade e o encaminhamento a dar ao problema do doente, são os que vão requerer uma atenção especial por parte da equipa quando o guia se encontrar em fase de teste. Para alguns dos problemas, não foi possível no âmbito desta investigação a sua definição, nomeadamente do edema e da insónia. Outros foram definidos a partir dos resultados deste estudo, como por exemplo, os que se referem à gestão do regime terapêutico. Para outros ainda, apoiámo-nos nas evidências de linhas orientadoras para consulta telefónica para doentes oncológicos, por exemplo, que necessitam de ser testadas para as áreas de actuação da Unidade Dor, sejam por exemplo, as linhas orientadoras das náuseas e vómitos, obstipação e mesmo da dor.

Na variável “*ensino ao doente/família*” incluímos na maioria dos itens a experiência de ensino ao doente/família das enfermeiras da Unidade Dor, cujos resultados têm demonstrado serem práticas eficazes na ajuda e controlo dos problemas referidos, como foi evidenciado nos resultados da presente investigação.

Tal como anteriormente referimos, nesta área de ensino incluímos trabalhos realizados no decurso deste ano, no âmbito da formação em serviço, bem como da pesquisa bibliográfica, realizada no âmbito deste percurso académico.

Denominámos a última variável como sendo de uma forma global de “*encaminhamento/ avaliação/registo*”, pois agrega as informações a serem registadas no processo clínico do doente, relativas à interacção na consulta telefónica, a informação a dar ao doente acerca do encaminhamento do seu problema, a validação da informação dada ao doente quando existem ajustes terapêuticos, por exemplo, assegurar que a informação seja percebida por um familiar telefonicamente ou de forma presencial quando existem dúvidas na compreensão da mensagem.

Nesta fase inicial do guia colocámos no final do mesmo as referências bibliográficas que sustentaram a sua construção.

No entanto, estes problemas e outros referenciados pelos doentes, encontravam-se a ser aprofundados pelas enfermeiras da Unidade Dor, no âmbito da formação em serviço. A referência bibliográfica à pesquisa realizada será posteriormente incluída em cada linha orientadora, para fundamentar em evidências científicas a intervenção de enfermagem no doente/família na consulta telefónica da Unidade Dor.

5.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste subcapítulo apresentamos a discussão dos dados que apresentámos anteriormente. Escolhemos duas autoras para nortearem a fundamentação teórica do nosso estudo. Optámos por Benner (2001), pois consegue mostrar os vários domínios de intervenção de enfermagem na prática clínica com os doentes e famílias nas situações concretas que estão a viver. Decidimo-nos por Collière (2003), porque nos encaminha numa abordagem antropológica dos fenómenos de saúde e o nosso estudo revestiu-se dessas características.

Para Collière (2003), qualquer situação de cuidados é em si antropológica, pois a centralidade são as pessoas, cada uma com a sua história e respectivas relações pessoais e sociais. No estudo que realizámos emergiram as características que autora reconhece numa abordagem antropológica dos cuidados. A primeira é tornar-se próximo. Ressaltou no estudo a proximidade com os doentes/famílias que a consulta telefónica proporciona, com um telefonema, que permite ao doente/família revelarem de si o que desejarem, por sua iniciativa, no momento em que querem ou precisam. Refere a autora que é um encontro entre as pessoas. As enfermeiras tornam-se presentes junto do doente/família através da consulta telefónica e reconhecem nesta presença uma competência da intervenção de enfermagem para ajudar o doente/família (Benner, 2001). 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, reconfortá-lo com o toque, não directamente através da pele, mas de outros sentidos como a audição (McLuhan, 1969). Por outro lado, o doente/família utiliza o telefone e a enfermeira como extensões de si para chegar até ao médico, como que coloca uma procuração na enfermeira, para defender os seus direitos, na sua ausência física, perante o médico, estabelecendo-a como sua advogada.

É certo que a consulta telefónica é reconhecida como uma porta aberta ao encontro entre doente/família e a enfermeira/equipa de saúde. No entanto, apesar do horário mais alargado desde Outubro de 2008, a consulta telefónica é uma porta que se encerra algumas horas, negando a possibilidade de encontro ao doente/família, provavelmente no momento

em que mais precisavam. Antevê-se a necessidade de flexibilizar horários da consulta telefónica, para garantir a continuidade dos cuidados ao doente/família com dor crónica, devidamente apoiada e sustentada financeiramente pela organização como uma prática de cuidados, para que a porta esteja afectivamente aberta.

Verificámos que as enfermeiras, na consulta telefónica, tentavam compreender, através das palavras que o doente/familiar transmitia, o significado que atribuía à dor, à anorexia, à fraqueza, que sentiam, os cuidados que precisavam e a urgência da situação. “*Estou desesperado*”, “*já não aguento mais vê-lo assim a sofrer*”, “*tenho medo de ficar numa cadeira de rodas*” (RO 26), ilustram o peso das palavras utilizadas pelos doentes/familiares, a que as enfermeiras eram sensíveis e perante as quais procuravam descobrir e compreender o seu significado global. Assim, para as enfermeiras do estudo, o doente, era o interlocutor privilegiado, como primeira fonte de conhecimentos (Collière, 1999).

Verificámos como as enfermeiras agiam como mediadoras psicológicas e culturais para ajudar o doente/família (Benner, 2001), aplanando o fosso linguístico existente entre os profissionais com a sua linguagem científica e a linguagem quotidiana das pessoas. Falar com o doente/familiar usando palavras que lhe sejam familiares, que lhe façam sentido e ele compreenda, foi uma prática referida pelas enfermeiras e comprovada diariamente na observação das interacções telefónicas durante o nosso estudo. As enfermeiras utilizavam esta estratégia deliberadamente, para ajudar a otimizar a participação do doente no autocontrolo da dor (Benner, 2001). As enfermeiras transformavam os nomes dos medicamentos, tratamentos ou sintomas, nas expressões que cada um utilizava. A título de exemplo, os opióides transdérmicos, que têm nomes comerciais, como: Transtec, Durogesic ou Fentanil, a enfermeira utilizava o nome pelo qual o doente chamava como: “*penso para a dor*”, “*emplastros*” ou “*adesivos*” (RO 9). O opióide fentanil transmucoso, cujo nome comercial é Actiq, era habitualmente designado por “*chupa*”, “*cotonete para a dor*” (RO 4). Ou ainda sintomas como a obstipação e náusea, raramente foram referidos assim pelos doentes/familiares. Expressões como “*prisão de ventre*”, “*preso dos intestinos*”, “*intestino que não funciona ou preguiçoso*” designavam obstipação, para as náuseas utilizavam “*mal*

disposto”, “enjoos”, “vontade de vomitar e não sai nada”, “não consigo ver ou cheirar a comida” (RO 13).

Por ser uma competência reconhecida como fundamental pelas enfermeiras e reconhecida por diversos autores (Benner, 2001; Collière 2003; Lopes, 2006), incorporamos no “*guia para a intervenção em enfermagem na consulta telefónica*” o que designámos por termos comuns mais utilizados pelos doentes/famílias para nomear os sintomas/problemas mais frequentes na consulta telefónica, sendo no entanto um indicador em contínua actualização e partilha em equipa. Salientamos, que nas interacções telefónicas com doentes de outras culturas, como também aconteceu no nosso estudo, pode ainda ser mais difícil a adaptação da linguagem, pelo mútuo desconhecimento do doente/família e do profissional relativamente aos costumes, crenças da outra cultura, acentuando-se mais o fosso comunicacional (Ramos, 2008). A incorporação de expressões de culturas diferentes no referido guia, bem como o aprofundamento da comunicação intercultural, poderá tornar-se pertinente para antecipar constrangimentos e proporcionar equidade de cuidados através da consulta telefónica, caso se verifique um aumento crescente do número de doentes de outras culturas na Unidade Dor.

Referíamos anteriormente que o doente é o fio condutor para a enfermeira encontrar e decodificar os elos de significação numa situação de cuidados, para que a intervenção através do telefone seja apropriada e centrada naquele doente/família (Collière, 2003). Queremos dizer, que no estudo salienta-se a intencionalidade das enfermeiras em enveredar por um processo de significação na interacção telefónica, em que tinham consciência de que conhecer o doente é essencial. O conhecimento do doente passa necessariamente por conhecer a sua dor, que na dor crónica já é a própria doença, a sua etiologia, nomeadamente doença oncológica ou não oncológica, porque sem isto o encontro telefónico entre doente/família não seria passível de ocorrer. Conhecer o sexo e a idade do doente, enquadram a doença na sua história de vida, e consequentemente, numa família. A compreensão destes laços é uma construção ao longo da permanência do doente/família na Unidade Dor, através das interacções que vão ocorrendo, telefonicamente ou em presença. As perguntas que as enfermeiras fazem na consulta telefónica, triagem e validação passo-a-

passo, têm como objectivo ultrapassar as dificuldades inerentes à abordagem antropológica dos cuidados, nomeadamente, a dificuldade de encontrar um sentido para toda a situação do doente/família, ou seja, encontrar ligações para o que parece disperso. Assim, a necessidade da identificação da pessoa de quem telefona, o parentesco com o doente, o motivo que o levou a telefonar, o que o preocupa, o tempo de início, se associa a alguma coisa, ou acontecimentos, o que agrava e o que alivia, são algumas perguntas que as enfermeiras realizavam para discernir e interpretar o sentido dado à situação pelo doente/família. Este conhecimento do doente/família foi considerado como o alicerce para as enfermeiras poderem escolher as estratégias mais apropriadas para ajudar o doente/família na gestão do seu regime terapêutico, o que é referenciado como outra das competências por Benner, (2001).

Os resultados do estudo revelam também outro domínio de competência das enfermeiras na consulta telefónica, 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. Lembramos os exemplos dados anteriormente relativamente às estratégias de validação da informação utilizadas pelas enfermeiras, ou a preocupação em telefonar para avaliar a eficácia das intervenções realizadas, nomeadamente nos ajustes terapêuticos para o controlo da dor. A competência das enfermeiras da Unidade Dor 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 colocar em risco a sua vida. Um dos exemplos, referido pelas enfermeiras, é o problema da obstipação dos doentes. Esta situação é tão desconfortável para o doente que a enfermeira intervém, após uma avaliação cuidadosa e pormenorizada, determinando a toma de laxantes usualmente recomendados na Unidade Dor, sem que exista uma prévia prescrição médica. No sentir de algumas enfermeiras, a existência de protocolos na equipa para o tratamento da obstipação será uma evolução na prática clínica, para formalizar e retirar ambiguidades nas áreas de actuação médica e de enfermagem, mas sobretudo para poder responder com maior rapidez ao problema do doente.

Por último, neste domínio de assegurar e vigiar a qualidade dos cuidados, as enfermeiras da Unidade Dor revelaram uma elevada competência em obter dos médicos respostas adequadas aos problemas dos doentes apresentados na consulta telefónica em tempo útil. Reconhecemos nestas enfermeiras a arte e o modo de apresentar o problema do doente ao médico, que é referido por Benner (2001): o conhecimento do médico e das suas características, a firmeza e a clareza na apresentação do problema, a negociação e a partilha na tomada de decisão, especialmente quando médico e enfermeira não tinham a mesma interpretação sobre a situação do doente, ou até na decisão de recorrer a outro médico, para garantir a optimização na resolução do problema ao doente.

A natureza dos cuidados 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 acompanham 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, conforme explicitado no quadro teórico. Emergem 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, 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 em situações de fim de vida, nomeadamente nos doentes oncológicos, as enfermeiras através da consulta telefónica 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).

Os outros cuidados que verificámos que as enfermeiras prestam através da consulta telefónica as enfermeiras, são os cuidados de conforto. São cuidados particularmente pertinentes nos doentes com dor crónica, e em especial nos doentes idosos com dor crónica.

Os cuidados de conforto, que reconhecemos nas enfermeiras na consulta telefónica, têm a ver com a segurança física e afectiva, com ajudar o doente a manter as capacidades existentes e a reconquistar as que podem ser recuperadas, a fim de prevenir situações de dependência total. Da análise dos dados surge um exemplo, quando a enfermeira, através da consulta telefónica, realiza um ensino acerca do regime terapêutico ou incentiva à adesão terapêutica, para que o doente possa controlar a sua dor, tem como finalidade - além de aliviar o sofrimento - a retoma das suas actividades e a diminuição do grau de dependência do doente.

Em relação ao acompanhamento dos doentes em fim de vida em casa, no estudo nota-se a falta de apoios que existe em cuidados paliativos na área de abrangência do Hospital Garcia de Orta. Alguns dos problemas referenciados pelos doentes/famíliares no estudo revelam as dificuldades com que se debatem nas suas casas, sem terem o apoio e/ou acompanhamento necessário no domicílio, como referido no enquadramento teórico.

Os cuidados que acima referimos são domínios de decisão e de iniciativa das enfermeiras na consulta telefónica, embora, como Collière (2003) indica, os possamos diferenciar: cuidados que dependem directamente da decisão e iniciativa da enfermeira e aqueles que dependem da iniciativa e decisão médica quanto à prescrição, mas que também dependem da iniciativa da enfermeira para a sua execução. Quanto aos primeiros, eles estavam presentes, quando a enfermeira, após a triagem do problema do doente na consulta telefónica, decidia intervir, por exemplo, na realização de ensino acerca da gestão dos analgésicos para o controlo da dor, quando o doente o não fazia. Os cuidados que dependem da prescrição médica, por exemplo, o aumento da dose de um medicamento, dependem também da enfermeira, na iniciativa para telefonar ao doente e, não só informar da alteração, mas sobretudo ensinar, explicar objectivos da alteração e validação do ensino realizado ao doente.

Verificou-se no estudo que, na dinâmica da consulta telefónica, como na Unidade Dor, o médico e a enfermeira são parceiros, e estão mutuamente dependentes das informações em relação ao doente, para a tomada de decisão. A enfermeira detém

informações acerca do doente, que partilha com o médico, e sobre as quais assenta a decisão médica. Por seu lado, o médico delega na enfermeira a transmissão ao doente de uma prescrição médica. Esta prática exige grande cooperação e confiança. A parceria manifestou-se 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 transmitia segurança e garantia a confiança do doente/família. A dinâmica referida demonstra um processo comunicacional predominante de *rede de comunicação de canais múltiplos*, designação de Rego (1999). Para este autor este tipo de comunicação é importante porque facilita e enriquece a discussão, e apresenta propostas de solução. É o tipo de comunicação em grupos já estabelecidos, como reconhecemos na equipa de saúde da Unidade Dor.

A consulta telefónica 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).

Salientamos que estas intervenções são facilitadas pelo reconhecimento e credibilidade mútua das competências, que os médicos reconhecem entre si, particularmente médicos e enfermeiras da Unidade Dor. A relação de confiança existente na equipa é essencial na dinâmica da comunicação da consulta telefónica. A consulta telefónica 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. Ainda neste domínio, materializa-se no processo clínico, em que os registos das interações pessoais e telefónicas são registados pelos diferentes profissionais, a seguir uns aos outros, por ordem cronológica das interações com o doente/família, revelando nos registos a prática de trabalho de equipa.

Não podemos deixar de salientar, que o trabalho de equipa que este estudo revela, através da dinâmica da consulta telefónica, assenta também na liderança médica que existe na Unidade Dor, desde a sua criação em 1993. A nossa experiência de exercício profissional em contexto hospitalar permitiu-nos acentuar o carácter pouco habitual, senão

raro, da liderança exercida pela directora da Unidade Dor, que reconhecemos ser uma liderança transformacional ou carismática, segundo a perspectiva definida por Bilhim (1996). A capacidade de comunicar a visão e as suas convicções com a equipa, a sua confiança em si e nos outros, o espírito de mudança e a sensibilidade ao que a rodeia são algumas das características que temos o privilégio de usufruir, e que no quotidiano se traduzem por inspirar cada elemento da equipa a transcender-se para o bem do doente/família com dor crónica.

Apesar da elevada competência das enfermeiras da Unidade Dor, da sua sensibilidade para o doente/família com dor crónica e a preocupação manifestada em avaliar a dor de uma forma global na vida do doente, verificámos a dificuldade das enfermeiras, numa ou noutra situação, em abandonar representações sociais e preconceitos, por exemplo, no que diz respeito às manifestações de dor e acreditar no que diz o doente. Para ilustrar esta dificuldade apontada por Collière (2003), apresentamos um excerto de uma entrevista de uma enfermeira, em que através da dúvida que tem em relação ao que diz o doente, transparece o juízo pré-concebido em relação à dor, “ *...mas para aqueles que não conhecemos tão bem é mais difícil perceber se realmente aquilo que ele está a dizer é realidade ou não*” (EE 3). A formação contínua dos profissionais ganha assim pertinência no quotidiano na Unidade Dor, como forma de integrar a dor, como entidade nosológica, e com o mesmo grau de importância, as emoções que dela decorrem, e quando presentes, influenciam toda a situação do doente: o medo de várias perdas físicas, motoras, cognitivas, afectivas e sociais. Assim, a formação dos profissionais surge para reencontrar a dimensão simbólica dos cuidados, ou seja, descobrir o sentido que o doente/família dá àquela dor que expressa, sob a forma de expectativas, desejos ou não desejos, preocupações e dificuldades (Collière, 2003).

No estudo, os doentes referiram que a sua satisfação relativamente à consulta telefónica resulta não só da resolução do problema, mas também do bom atendimento; a simpatia e o carinho, são 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 constatámos durante o nosso estudo. No entanto, nas entrevistas, as

enfermeiras não as explicitaram claramente. Se os doentes atribuem uma importância central à simpatia, como facilitador da relação, será que as enfermeiras identificam na sua competência comunicacional esta estratégia? Será que a utilizam como intervenção terapêutica na consulta telefónica, para criar bom ambiente, facilitar a relação, atenuar a fragilidade? As enfermeiras têm consciência da importância da apresentação e identificação nominal de si próprias, e do doente/familiar que telefona na interacção que se estabelece? Do impacto do 1º contacto entre o doente/familiar e a enfermeira? Estas reflexões levantadas pelos resultados da investigação levantam a pertinência de formação em comunicação em contexto de saúde e também através do telefone. A possibilidade da realização de estágios para as enfermeiras, em unidades de atendimento telefónico, revelar-se-ão convenientes para o desenvolvimento da eficácia e da satisfação dos doentes/famílias e também dos profissionais envolvidos.

Conforme verificámos, a interacção das enfermeiras com os familiares é prática comum na consulta telefónica. Contudo, das entrevistas das enfermeiras, parece ressaltar que a atenção dada aos familiares/cuidadores é predominante como recurso, e não como alvo de cuidados.

A Unidade Dor tem-se pautado, ao longo da sua história, por realizar um trabalho em equipa, pelo que tem sido prática o doente não ficar atribuído formalmente a um médico, nem a uma enfermeira. Na entrevista de admissão, é-lhe explicado que pertence à equipa da Unidade Dor. Se existiram algumas vantagens ao longo da história da Unidade Dor neste procedimento, parece-nos que é uma prática que os doentes/famíliares estão a questionar, nomeadamente na consulta telefónica. Verificámos, frequentemente, a necessidade dos doentes/famíliares desejarem saber com quem estavam a falar, e mesmo verbalizarem o desejo de falar com determinada enfermeira, ou porque a conheciam melhor, pois tinha feito a entrevista de acolhimento, ou porque estava dentro do problema de saúde pelo qual tinham telefonado anteriormente. O falar directamente com aquela enfermeira, facilitava a comunicação e evitava repetições morosas da mesma situação. Se no início do estudo se verificava algum constrangimento, relativamente a estas preferências, actualmente existe mesmo por parte de algumas enfermeiras a vontade e a

preocupação de ser a mesma enfermeira a realizar todo o processo de resolução do problema colocado pelo doente na consulta telefónica, para uma individualização e continuidade dos cuidados. Questionamo-nos se, no futuro, o doente na Unidade Dor não poderá continuar a pertencer a uma equipa, que se preocupa com os seus problemas em qualquer momento e, simultaneamente, ter uma enfermeira e um médico de referência, cujo conhecimento do doente seja mais profundo? Evitando assim, as confabulações e os enviesamentos em relação aos problemas efectivos do doente/família, preocupações que as enfermeiras expressaram no estudo. Por outro lado, para o doente/família parece ser importante reencontrar pessoalmente, ou pelo telefone, a enfermeira em quem aprendeu a confiar e com quem pode contar sempre que necessário, com continuidade (Lopes, 2006).

A consulta telefónica, sendo uma intervenção exigente para as enfermeiras, faz ressaltar a sua autonomia e responsabilidade. O trabalho em equipa que emerge na dinâmica da consulta telefónica, é o reflexo de uma prática quotidiana na Unidade Dor de comunicação e partilha entre os profissionais. Como verificámos, 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. 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.

No entanto, do estudo ressalta também a necessidade da promoção sistemática dum clima de segurança para doentes e enfermeiros da Unidade Dor, na consulta telefónica. A falta de condições físicas, especialmente espaço, dificultam um ambiente apropriado à prática. Nomeadamente, a falta de privacidade e interrupções sucessivas que dificultam a interacção, tal como referem Basto e Coelho (2000), e/ou a existência de ruído, quando a enfermeira realiza a consulta telefónica. O equipamento técnico com problemas no funcionamento dificulta a comunicação enfermeiro doente/família como tivemos oportunidade de verificar durante um período do estudo. A abordagem antropológica leva as enfermeiras a questionar as condições de trabalho (Collière, 2003). Por isso, não

estranhámos a necessidade e o desejo em especial por parte das enfermeiras, de encontrarem novas práticas na consulta telefónica, que favoreçam cuidados de saúde mais eficazes ao doente/família com dor crónica. Esta é uma questão a que as responsáveis da Unidade Dor deverão continuar a questionar e encorajar os profissionais a decidir sobre as suas práticas, para sustento da motivação da equipa. A elaboração de linhas de orientação, como forma de dar resposta a questões específicas das condições de trabalho é uma das recomendações do Conselho Internacional dos Enfermeiros (2007).

CONCLUSÃO

Na conclusão deste trabalho procuramos realizar uma reflexão acerca do percurso efectuado, explicitando os contributos e as limitações sentidas. De seguida, apresentamos as principais conclusões do estudo, e por último pretendemos apresentar as áreas de investigação futuras suscitadas por este estudo.

Em relação ao objectivo definido inicialmente para o estudo, esta investigação pretende ser um contributo para a melhoria dos cuidados de saúde ao doente/família com dor crónica seguido na Unidade Dor do Hospital Garcia de Orta. Neste sentido, a consulta telefónica existente na Unidade Dor emergiu, no sentir da equipa de saúde, como a área potencial a ser desenvolvida, para ultrapassar algumas das dificuldades diariamente sentidas, principalmente pelas enfermeiras que a realizavam. A pertinência do problema na prática da Unidade Dor e o envolvimento da equipa no processo de investigação favoreceu o questionamento, relativamente à dinâmica da consulta telefónica na Unidade Dor. Este facto foi o motor para as mudanças que ocorreram, ou para outras que ainda estão em curso, e que ultrapassaram o âmbito deste estudo.

A opção pelo desenvolvimento do estudo neste contexto revelou-se facilitadora do processo de investigação, por exemplo, no que respeita à acessibilidade às diferentes fontes de dados a à disponibilidade dos participantes do estudo. O conhecimento mútuo entre a investigadora e os participantes no estudo permitiu também o recurso a técnicas diferentes de recolhas de dados. A triangulação de fontes e métodos utilizados permitiu assegurar a confiança nas interpretações realizadas enquanto investigadora. Este facto revelou-se pertinente, pois evitou condicionalismos e distorções que podiam surgir do duplo papel assumido de investigadora e enfermeira, no contexto de estudo.

O duplo papel de investigadora e enfermeira revelou-se, também, em alguns momentos como uma dificuldade. Pois, a simultaneidade de papéis obrigou várias vezes a

reformular planos de observação inicialmente delineados. Outra dificuldade sentida foi a exiguidade do espaço físico. As inúmeras interacções que ocorriam, se por um lado constituíam potencial de dados, por outro criavam um ambiente confuso, em que foi necessário treinar a capacidade de distanciamento para a observação participante.

Salientamos que a inexperiência da investigadora no processo de investigação levantou algumas dificuldades na gestão do tempo. No entanto, a opção por diferentes abordagens metodológicas revelou-se uma aprendizagem muito rica.

Em relação aos resultados do estudo, concluímos que a dinâmica da consulta telefónica, tornada visível neste estudo, reflecte a organização e modo de funcionamento da equipa de saúde da Unidade Dor. O Plano Nacional Contra a Dor (Direcção-Geral da Saúde, 2001) preconiza a multidisciplinaridade para uma abordagem global à pessoa com dor crónica, que sucede neste contexto. Manifestou-se pela confiança, a flexibilidade, a cooperação e respeito pela área de competência de cada elemento da equipa de saúde. Estes são elementos essenciais para a eficácia da consulta telefónica.

A partilha e a análise conjunta dos problemas dos doentes/família entre enfermeiras e médicos foram visíveis na comunicação entre o doente/enfermeira, através da congruência e segurança na comunicação, assegurando a confiança do doente/família.

Os doentes/familiares que utilizaram a consulta telefónica encontram-se satisfeitos com a rapidez e com a resolução do seu problema. Atribuem a sua satisfação não só à resolução do problema, mas também ao bom atendimento, à simpatia e ao carinho. Conclui-se que também na consulta telefónica na Unidade Dor, a comunicação entre doente/profissional de saúde foi um dos factores de satisfação dos doentes/familiares nos cuidados de saúde (Ramos, 2004, 2007, 2008).

Os principais problemas referidos na consulta telefónica mais frequentes são os relacionados com a gestão do regime terapêutico e com os problemas de agravamento da dor, efeitos colaterais dos medicamentos analgésicos e os decorrentes do agravamento da

doença. Consideramos assim, que a consulta telefónica possibilita uma intervenção precoce na prevenção de complicações e na ajuda à adesão terapêutica.

Concluimos também que a consulta telefónica foi utilizada pela enfermeira como uma extensão de si própria (McLuhan, 1969). As enfermeiras reconhecem como finalidades da consulta telefónica a criação de proximidade com o doente/família, a acessibilidade a cuidados de saúde, evitando deslocações, a expressão de dúvidas, a possibilidade de realização de ajustes terapêuticos e a flexibilização na gestão do tempo do doente/família.

A consulta telefónica é uma intervenção complexa e exigente, pois a enfermeira assume na consulta telefónica o papel de intermediária cultural (Nadot, 2003) e de mediadora entre o doente/família e o médico, mas também com outros profissionais, nomeadamente os enfermeiros do centro de saúde ou dos cuidados continuados. A natureza dos cuidados, que predominaram na intervenção da enfermeira na consulta telefónica foi a dos cuidados de apaziguamento e conforção (Collière, 2003).

Concluimos também que na consulta telefónica as enfermeiras demonstram competências nos domínios das funções de ajuda, de educação e orientação vigilância de protocolos terapêuticos, de diagnóstico e vigilância do doente e em assegurar a qualidade dos cuidados (Benner, 2001).

Na consulta telefónica é preciso um clima de segurança para doentes e enfermeiros da Unidade Dor. Conclui-se, que a falta de condições físicas, especialmente espaço, dificultam um ambiente apropriado à sua prática, pois tem falta de privacidade e provoca interrupções sucessivas que dificultam a interação.

Dada a complexidade do controlo da dor crónica e a necessidade de uma monitorização regular da dor e efeitos colaterais da terapêutica, a comunicação entre o doente/família e os profissionais de saúde emerge como vital para uma adesão terapêutica, e portanto, uma melhor qualidade vida dos doentes/família. A consulta telefónica surge como um meio privilegiado de comunicação nas unidades dor, a ser potencializado e reconhecida nas respectivas organizações de saúde, como prática clínica e actividade diária assistencial ao doente/família com dor crónica.

Verificámos ao longo do processo de investigação, que este estudo suscitou uma dinâmica de vontades de mudança e algumas transformações positivas. As mudanças ocorridas a nível organizacional têm a ver com o alargamento horário de atendimento telefónico desde Outubro de 2008, das 9 às 17 horas. Outra mudança importante para a melhor rentabilização e organização do trabalho da equipa teve a ver com a autorização para o acesso directo a números de telefone de rede móvel, cada vez mais utilizados pelos doentes/familiares, e de rede fixas de outro indicativo, pois, conforme verificámos anteriormente existe uma percentagem significativa de doentes geograficamente fora do indicativo de zona do hospital.

A nível da organização de trabalho da equipa da Unidade Dor, ficou decidido em reunião clínica em Junho de 2009, que a meio dos períodos da manhã e da tarde a enfermeira informará o médico dos problemas colocados pelos doentes através da consulta, e que necessitam da sua intervenção, para que haja uma maior rapidez na resposta ao doente/família.

Existem ainda algumas mudanças em curso resultantes do questionamento e vontade manifestada pelas enfermeiras em incrementar a consulta telefónica, que as responsáveis da Unidade Dor pretendem rentabilizar. Uma dessas mudanças derivou somente do preenchimento dos instrumentos que a investigador usou para colheita de dados. As enfermeiras verificaram por exemplo, que o registo da hora e do nome do emissor eram dados importantes a contemplar e passaram a ter consciência e a dar visibilidade ao modo como usam o tempo. Um exemplo vivo foi que até à realização do estudo, não era minimamente valorizado o vulgar e frequente pedido de receita. A triagem efectuada na recepção do telefonema, a validação da informação com o processo clínico, o encaminhamento efectuado eram intervenções de enfermagem que gastavam tempo e sobre as quais, a maior parte das vezes, não ficava qualquer prova da sua efectivação. Para além desta desvalorização e omissão do papel da enfermeira, os lapsos de informação ocorriam. Somente, nas situações de incidentes negativos ou de reclamação, se verificava a dificuldade de reconstituir factos no sentido de favorecer um novo reencaminhamento. O

valor atribuído aos registos que desde o processo académico começou a ganhar importância.

Foi construído por uma enfermeira um instrumento de registo de informação da consulta telefónica (Anexo VII), que se encontra em fase de análise e discussão na equipa. Este documento contempla o registo de dados da consulta telefónica considerados essenciais pela enfermeira. O documento, depois de preenchido, passa a fazer parte integrante no processo clínico do doente na Unidade Dor. Pretende evitar assim, na opinião das enfermeiras, a duplicação de registos existente, primeiro no memorando e depois no processo clínico, que, como consequência, por vezes, acarreta a perda de informação.

A existência de um guia de linhas orientadoras para a intervenção de enfermagem na consulta telefónica - o resultado do presente estudo que apresentamos adiante - explicita e sustenta a prática já existente, e impele ao seu melhoramento, através da sua análise e discussão no seio da equipa de enfermagem. A introdução de linhas orientadoras para a solicitação de receitas, medicamentos, marcação de consulta, valoriza esta prática de enfermagem na consulta telefónica, e melhora-a, pois as enfermeiras tomaram consciência de que a consulta telefónica é de grande importância para avaliar e monitorizar a dor do doente de forma sistemática.

Outra das mudanças projectadas, e que decorre deste estudo, será a elaboração de protocolos na equipa da Unidade Dor, nomeadamente médicos e enfermeiras, que formalizem tomadas de decisão, relativamente ao doente com dor e aos problemas mais frequentes por ele sentidos, de forma a fundamentar, agilizar e tornar mais eficaz a consulta telefónica. Um protocolo relativo ao problema da obstipação é, conforme já referido, um dos primeiros a ser elaborado.

Uma informação escrita pormenorizada para entregar ao doente/família acerca da consulta telefónica na Unidade Dor, aquando da entrevista de admissão, foi outra das sugestões dadas. Pretende-se esclarecer o doente/família dos objectivos da consulta, horário

de funcionamento, situações em que deverá utilizar a consulta telefónica e do circuito habitual de comunicação de informação no seio da equipa.

Como mudanças a longo prazo, uma das enfermeiras (EE4) antevê um novo encaminhamento a nível da consulta telefónica. A existência do processo do doente informatizado e um algoritmo específico para a realidade da Unidade Dor parecem ser recursos que, a seu tempo, serão necessários para uma melhor prática de cuidados na consulta telefónica. Para além dos recursos logísticos mencionados antevê-se a necessidade de novas dinâmicas de trabalho.

Tendo em conta que a investigação desenvolvida teve características de estudo de caso e os resultados apresentam as singularidades do contexto onde foi realizado, gostaríamos de salientar alguns aspectos.

O primeiro diz respeito à generalização dos resultados. Os resultados obtidos correspondem à realidade e à prática singular da Unidade Dor, do Hospital Garcia de Orta. No entanto, e apesar de reconhecermos a diversidade existente em relação às unidades dor, de acordo com a classificação apresentada no quadro teórico, admitimos que alguns dos resultados obtidos na presente investigação possam ser generalizados pelos profissionais de outras unidades, adequando-os à respectiva realidade (Ponte, 1994).

Em segundo lugar, destacamos que as próprias enfermeiras participantes no estudo perspectivaram futuras investigações a realizar na Unidade Dor, que sugerem continuidade à investigação realizada. Assim, referem que a realização de investigação que suporte a elaboração de protocolos conjuntos entre médicos e enfermeiras, e a criação de um algoritmo contribuiriam para uma maior eficácia da consulta telefónica, ou seja, uma melhoria no controle da dor crónica dos doentes seguidos na Unidade Dor.

Na perspectiva de investigadora, reconhecemos a importância da investigação em cada contexto, no entanto o desenvolvimento de uma investigação multicêntrica em diferentes unidades dor para a produção de guias, protocolos e algoritmos para a consulta telefónica. Deste modo, a aglutinação de experiências e recursos possibilitaria um conhecimento mais profundo, vasto e fundamentado em evidência empírica.

Também no desenvolvimento do presente estudo, perspectivam-se outras áreas para futuras investigações, relativamente à consulta telefónica, como a avaliação da eficácia e qualidade da consulta telefónica, em termos custos para o doente/família e para as organizações. Também seria relevante o desenvolvimento de estudos para identificação da natureza das intervenções de enfermagem na consulta telefónica, bem como identificar necessidades de formação nesta área.

A necessidade de um registo rigoroso e sistemático das intervenções na consulta telefónica é fundamental para futuras investigações, bem como a adopção de uma linguagem comum à prática clínica nas unidades de dor.

O suporte informático é absolutamente necessário à eficácia e segurança nos cuidados na consulta telefónica. Permite o acesso imediato a toda a informação disponível acerca do doente, a triagem através do algoritmo para a identificação do problema e o acesso às linhas orientadoras de intervenção referentes ao problema identificado, assim como o registo imediato de toda a informação. Os resultados do estudo realçam a importância do registo rigoroso, e a necessidade sentida na sua mudança para registos informáticos.

Em suma, este trabalho representa um pequeno passo para o aprofundamento do conhecimento na área da intervenção em saúde, nomeadamente através da consulta telefónica. Esperamos que o trabalho agora iniciado, num contexto específico, possa ser uma contribuição para dinamizar melhorias na prática clínica ao doente/família com dor crónica e na promoção da pesquisa nesta área.

BIBLIOGRAFIA

- Adler, P. A. & Adler, P. (1994). Observational techniques. In: Denzin, N.K. & Lincoln, Y. S. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Agar, M. (1996). *The professional stranger*. (2ª ed.). San Diego: Academic Press.
- Álamo, C. & Cuenca, E. (2007). Coadjuvantes analgésicos. In Álamo, C. *Guia farmacológico de analgésicos* (pp. 175-204). Algés: Revisfarma.
- Álamo, C., López-Muñoz, F. & Cuenca, E. (2007). Analgésicos opióides. In Álamo, C. *Guia farmacológico de analgésicos* (pp. 17-92). Algés: Revisfarma.
- Alcoforado, D. (2001). A dor. O sofrimento. In Dupuis, M. et al. *Dor e sofrimento: uma perspectiva interdisciplinar*. Porto: Campo das Letras.
- Amaral, M. L.V. C. M. (2002). *A Comunicação médico-doente em contexto hospital: o contributo da Psicologia da Saúde*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.
- Andrade, E. S., Cerqueira, M. & Oliveira, R. (2006). Linfedema. In Barbosa, A. & Neto, I. G. (eds.). *Manual de cuidados paliativos* (pp. 321-326). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade Medicina de Lisboa.
- Armeiro, S. (2008). *Contributos da comunicação na promoção da saúde oral e na adesão de profissionais de saúde*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.
- Auderset, P. B. & Nadot-Ghanem, N. (2003). La pratique informationnelle, une dimension fondamentale du rôle professionnel. *Actes du 2^e Congrès Mondial des Infirmières et Infirmiers Francophones*. Montpellier, Séance Parallèle n° 39, 19-33.
- Babers, T., McWherter, P. & Brown, J. (2007). Becoming an effective advocate/caregiver: experiential knowledge from women's "third shift" with cancer patients and other care receivers. In O' Hair, D., Kreps, G. L. & Sparks, L. (eds.). *Handbook of communication and cancer care* (pp. 165-190). Cresskill: Hampton Press, Inc.
- Barnard, A. & Sandelowski, S. (2001). Technology and humane nursing care: (ir) reconcilable or invented difference? *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 367-375.
- Barreto, A. (2002). *Tempo de incerteza*. Lisboa: Relógio D' Água.
- Basto, M.L. & Coelho, M. (2000). Interação enfermeiro/utilizador cuidados de saúde primários. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 2, 3-10.
- Beatty, S. R. (1980). An overview of continuity of care. In Beatty, S. R. (ed.). *Continuity of care* (pp. 3-12). (s/l): Grune & Stratton.
- Benjumes, 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.
- Bernardes, S.G.C.F. (2008). *Sobre a contextualidade dos enviesamentos de sexo nos julgamentos sobre dor*. Tese de Doutoramento em Psicologia Social e Organizacional Especialidade em Psicologia Social. Lisboa: Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Bilhim, J. A. de F. (1996). *Teoria organizacional: estruturas e pessoas*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

- 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.
- Boleto, S. (2002). A relação de ajuda no contexto da linha SIDA. In Sousa, P. S. de. *O apelo, a escuta, a mensagem, a SIDA, o anonimato, o atendimento telefónico, a aconselhamento face-a-face* (pp. 85-90). Lisboa: Fundação do Bom Sucesso.
- Bond, M. & Breivik, H. (2004). Why pain control matters in a word full of killer diseases. *Pain: clinical updates. Internacional Association for the Study of Pain*, 12 (4), 1-4.
- Bouso, R., Tito, R. & Dias, I. (2004). A família convivendo com a dor crónica. In Chaves, L. D., Leão, E. R.(eds.). *Dor 5º Sinal Vital : reflexões e intervenções de enfermagem* (pp. 313-326). Brasil: Editora Maio.
- Bulliard-Verville, D. (2003). La place du modèle d'intermédiaire culturel dans un programme de formation infirmière en Haute Ecole Spécialisée élaboré par les enseignants de l'école du personnel soignant de Fribourg (Suisse). *Actes du 2º Congrès Mondial des Infirmières et Infirmiers Francophones*. Montpellier, Séance Parallèle nº 39, 24-27.
- Canário, R. (1997). Formação e mudança no campo da saúde. In Canário, R. (org.). *Formação e situações de trabalho* (pp. 117-146). Porto: Porto Editora.
- Cantista, P. (2001). A Dor e a Clínica. In Dupuis, M. et al. *Dor e sofrimento: uma perspectiva interdisciplinar* (pp. 285-293). Porto: Campo das Letras.
- Carapinheiro, G. (1998). *Saberes e poderes no hospital*. Porto: Afrontamento.
- 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.
- Caseiro, J.M. (ed.) (2008). *Prontuário das unidades de dor portuguesas*. (3ª ed.). Lisboa.
- Catana, C. (2002). Lançar um olhar reflexivo sobre o acto terapêutico. *Mundo Médico*, 5 (25), 72-73.
- 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.
- Chezem, J. (1980). Role of the clinical specialist in a home health agency. In Beatty, S. R. (ed.). *Continuity of care* (pp. 117-128). (s/l): Grune & Stratton.
- Coe, R. (1979). El sentido de la hospitalizacion. In Coe, R. *Sociologia de la medicina* (pp. 331-363). Madrid: Acilaza Editorial.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar...a primeira arte da vida*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Collins, S. (1994). Necessidades das telecomunicações expressas por pessoas idosas e pessoas com incapacidade. In Von Tetzchner, S. (ed.). *Telecomunicações e incapacidade* (pp. 130-131). Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Conselho Internacional de Enfermeiras (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Conselho Internacional dos Enfermeiros (2007). *Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho = cuidados de qualidade*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Costa, A. (1999). A pesquisa de terreno em sociologia. In: Silva, A.S. & Pinto, J.M. *Metodologia das ciências sociais*. (10ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Cuesta, C. de la (2003). El investigador como instrumento flexible de la indagación. *International Journal of Qualitative Method*, 2(4), 25-38.

- Detmar, S. B., Muller, M. J., Wever, L. D. V., Schonagel, J. H. & Aaronson, N. K. (2001). Patient-physician communication during outpatient palliative treatment visits: an observational study. *Journal of the American Medical Association*, 285(10), 1351-1357.
- Dinarés, C. G. (2006). *Comunicar.com a saúde. Análise da comunicação expressa nos folhetos de informação aos diabéticos*. Dissertação de Mestrado de Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.
- Doenges, M.E., Moorhouse, M. F. & Murr, A. C. (2008). *Nursing diagnosis manual: planning, individualizing, and documenting client care*. (2ª ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Duarte, J. B. (2008). Estudos de caso em educação: investigação em profundidade com recursos reduzidos e outro modo de generalização. *Revista Lusófona de Educação*, 11, 113-132.
- Esteves, A. J. (1999). A investigação-acção. In: Silva, A. S. & Pinto, J. M. *Metodologia das ciências sociais*. (10ªed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Fernandes, A. (2000). *Crianças com dor: o quotidiano do trabalho de dor no hospital*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ferreira, M. M. (1998). Métodos quantitativos e métodos qualitativos. In Carmo, H. & Ferreira, M. M.(pp. 173-186). *Metodologia de investigação. Guia de aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Flocke, S. A., Miller, W. L. & Crabtree, B. F. (2002). Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. *The Journal of Family Practice*, 51(10), 835-840.
- Fontana, A. & Frey, J. (1994). Interviewing. In Denzin, N.K. & Lincoln, N.Y. S. *Handbook of qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Freire, P. (1972). *Pedagogia do oprimido*. Porto: Afrontamento.
- Freixo, M. J. V. (2006). *Teorias e modelos de comunicação*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Gaglis, L. & Melzack, R. (2003). Pain in elderly. In Melzack, R. & Wall, P. D. *Handbook of pain management* (pp. 559-568). (s.l.): Churchill Livingstone.
- Garcia, E. M. R. (2002). A supervisão na linha Sida: algumas reflexões. In Sousa, P. S. de. *O apelo, a escuta, a mensagem, a SIDA, o anonimato, o atendimento telefónico, a aconselhamento face-a-face* (pp. 53-66). Lisboa: Fundação do Bom Sucesso.
- Gardner, S. E., Frantz, R. A., Specht, J.K.P., Johnson-Mekota, J. L., Buresh, K. A., Wakefield, B. et al. (2001). How accurate are chronic wound assessments using interactive video technology? *Journal of Gerontological Nursing*, 27(1), 15-20.
- Giddens, A. (2004). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- 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.
- Greenberg, M. E. (2000). The domain of telenursing: issues and prospects. *Nursing Economic*, 18(4), 220-222.
- Guerra, J. A., Zaragozá, F., López-Muñoz & Álamo, C. (2007). Analgésicos anti-inflamatórios não esteróides (AINE). In Álamo, C. *Guia farmacológico de analgésicos* (pp. 93-156). Algés: Revisfarma.
- 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.
- Hall, E. T. (1986). *A dimensão oculta*. Lisboa: Relógio D' Água.

- King, I. M. (1984). *Enfermería como profesión: filosofía, principios y objetivos*. México: Editorial Limusa.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing & the human condition*. (s.l.): Basic Books.
- Kock, T. (1994). Establishing rigour in qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 976-986.
- Laugner, B. (2002). Estimulação eléctrica. In Metzger, C., Muller, A., Schwetta, M., Walter, C. *Cuidados de enfermagem e dor* (pp. 111-120). Loures: Lusociência.
- Le Breton, D. (2007). *Compreender a dor*. Cruz Quebrada: Estrela Polar.
- Le Sommer-Péré, M. (2000). Relation soigné-soignant : quels modèles de référence ? *Perspective soignante*, 9, 67-79.
- Leclerc, G. (1999). *A sociedade de comunicação: uma abordagem sociológica e crítica*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Levinson, W., Rotter, D.L., Mullooly, J.P., Dull, V.T. & Frankel, R.M.(1997). Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *The Journal of the American Medical Association*, 277(7), 553-559.
- Lopes, M. A. P. (2003). Comienzo a Envejecer. *Facultad Enfermería*. Medellín, 21 (2), 93-103.
- 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.
- Marcin, J. P., Nesbitt, T. S., Cole, S. L., Knuttel, R. M., Hilty, D. M., Prescott, P. T. et al. (2005). Changes in diagnosis, treatment and clinical improvement among patients receiving telemedicine consultations. *Telemedicine Journal & e-health*, 11(1).
- Marques, A. L. (2003). O dever de aliviar a dor e o acesso aos opióides. In Marques, A. L. & Neto, I. G. *Dor e cuidados paliativos* (pp. 23-31). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Martin, M. (1994). Amplificação telefónica para pessoas com deficiências auditivas. In Von Tetzchner, S. (ed.). *Telecomunicações e incapacidade* (pp. 130- 131). Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Martins, M. & Travanca, G. (2003). A caminho do cuidar em enfermagem...um outro olhar à pessoa com dor. *Dor*. Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 11(4), 23-28.
- McCaffery, M. & Pasero, C. (1999). *Pain: clinical manual*. Missouri: Mosby.
- McCaffery, M. & Portenoy, R. K. (1999). Overview of three groups of analgesics. In McCaffery, M. & Pasero, C. *Pain: clinical manual* (pp. 103-128). Missouri: Mosby.
- McLuhan, M. (1969). *Os meios de comunicação: como extensões do homem*. S. Paulo: Cultrix.
- Melzack, R. & Wall, P. D. (eds.). (2003). *Handbook of pain management*. (s. l.): Churchill Livingstone.
- Morin, E. (2003). *Introdução ao pensamento complexo*. (4ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Muller, A. (2002). Terapêuticas do domínio psicológico. In Metzger, C., Muller, A., Schwetta, M., Walter, C. *Cuidados de enfermagem e dor* (pp. 212-126). Loures: Lusociência.

- 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 2^e 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* (pp. 11-14). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Ong, L. M. L., Haes, J. C. J. M. de, Hoos, A. M. & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40(7), 903-918.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código deontológico dos enfermeiros: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem (2004). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem (2008). *Dor: guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ortiz, J. L. V. (2003). Telemedicina. In Montes, J. L. T. *Gestión hospitalaria* (pp. 461-468). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España.
- Palma, M. & Salazar, H. (2006). Sono. In Barbosa, A. & Neto, I. G. (eds.). *Manual de cuidados paliativos* (pp. 257-276). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade Medicina de Lisboa.
- Parahoo, K. (1997). *Nursing research. Principles, process and issues*. (s.l.): Macmillan Press.
- Pearson, A. & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa: ACEPS.
- Peck, Amy (2005). Changing the face of standard nursing practice through telehealth and telenursing. *Nursing Administration Quarterly*. Lippincott Williams & Wilkins, Inc., 29(4), 339-343.
- Pereira, A. & Poupa, C. (2004). *Como escrever uma tese, monografia ou livro científico usando o Word*. (3^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, J. L. (2006). Gestão da dor oncológica. In Barbosa, A. & Neto, I. G. (eds.). *Manual de cuidados paliativos* (pp. 61-114). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade Medicina de Lisboa.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Ponte, J. P. (1994). O estudo de caso na investigação em matemática. *Quadrante*, 3(1), 3-8.
- Price, K. & Check, J. (1996). Exploring the nursing role in pain management from a post-structuralist perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 24(5), 899-904.
- Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. G. (2006). Comunicação. In Barbosa, A. & Neto, I. G. (eds.). *Manual de cuidados paliativos* (pp. 357-378). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. Van (2003). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- 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.
- Rego, A. (1999). *Comunicação nas organizações: teoria e prática*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Ribeiro, L. (1993). *Comunicação global*. Lisboa: Edições 70.
- Rice, R. (2004). Da tele saúde 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.
- Rogers, C. R. (1985). *Tornar-se pessoa*. (7ª ed.). Lisboa: Moraes Editores.
- Romher, J. G. (2002). Dor crónica ou mal estar. In Metzger, C., Muller, A., Schwetta, M. & Walter, C. *Cuidados de enfermagem e dor* (pp. 144-151). Loures: Lusociência.
- Rosado, R. & Lopes, M. A. P. (1997). O que é que eu faço agora? *Pensar Enfermagem*, 1(0), 16-17.
- Rutten, L.J.F & Arora, N. K. (2007). Importance of physicians' communication behaviour across the cancer care continuum. In O' Hair, H. D., Kreps, G. L. & Sparks, L. (eds.). *The handbook of communication and cancer care* (pp. 13-35). Cresskill: Hampton Press, INC.
- Silva, J. A. P. da (2005). Dor, doença e sofrimento: uma perspectiva integrada. In Silva, J. A. P. da. *Reumatologia prática*. Coimbra: Diagnóstico.
- Silva, M. J. P. d & Leão, E. (2004). Práticas complementares no alívio da dor. In Chaves, L. D. ; Leão, E. R.(eds). *Dor 5º sinal vital : reflexões e intervenções de enfermagem* (pp. 121-134). Brasil: Editora Maio.
- Silverman, J., Kurtz, S. & Draper, J. (1999). *Skills for communicating with patients*. Oxon: Radcliffe Medical Press.
- Sweeney, Catherine; Brunena, Eduardo (2003). Opioids. In Melzack, Ronald; Wall, Patrick, D. (eds.). *Handbook of pain management* (pp.377-396). (s. l.): Churchill Livingstone.
- 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.
- Walsh, M. (1989). *Nursing rituals, research and rational actions*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Zundel, K. M. (1996). Telemedicine: history, applications, and impact on librarianship. *Bulletin of Medical Library Association*, 84(1), 71-79.

Legislação

- Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho. DR – I Série-A nº 109, de 6 de Junho de 2006. (Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados).
- Direcção-Geral da Saúde (2003). Circular Normativa Nº 9/DGCC 2003. *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da 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.

Fontes Electrónicas

- Arkansas State Board of Nursing (2000, 16 November). *Position 00-2 statement telenursing*. Consultado em 25 Janeiro de 2007. Arkansas: Arkansas State board of Nursing:
<http://www.Research and Policy\Position Statement and Guidelines Revisions 2005-2006\May 06 Guideline on Telenursing.doc>.
- Australian Nursing & Midwifery Council (2006, May). *Guideline on telenursing*. Consultado em 25 Janeiro de 2007. Australian Nursing & Midwifery Council:
[http://www.anmc.org.au/userfiles/file/archives/Guidelines%2520on%2520Telenursing%2520\(Archived\).pdf](http://www.anmc.org.au/userfiles/file/archives/Guidelines%2520on%2520Telenursing%2520(Archived).pdf).
- 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., Collett, B., Ventafrida, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2005). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. Consultado em 9 Junho de 2008. *European Journal of Pain*. Elsevier:
<http://www.sciencedirect.com>.
- International Council of Nurses (2001). *Telenursing*. Consultado em 25 de Junho de 2008. Internacional Council of Nurses:
http://www.icn.ch/matters_telenursing.htm.
- Maas, M. L. (2006, 31 October). Implication of nursing classifications for telehealth nursing. Consultado em 2 Outubro de 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*, 28-36:
http://tie.telemed.org/articles/National_%20Telehealth_%20Nursing_%20Research_%20Agenda_%20AHRQConferenceProceedings.pdfResearch and Policy\Position Statement and Guidelines Revisions 2005-2006\May 06 Guideline on Telenursing.doc.
- 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>.
- Ministério da Saúde (2005). *Carta dos direitos do doente internado*. Consultado em 28 Abril de 2009. Direcção-Geral da Saúde:
<http://www.dgsaude.pt/registos.asp?acao=8105&reset=1>.

- Nursing Care Quality Assurance Commission (2000). *Telehealth / Telenursing for registered nurses*. Consultado em 25 de Junho de 2008. Washington State Department of Health:
<http://www.doh.wa.gov/hsqa/Professions/Nursing/documents/PracticeGuide/Telenursing.pdf>
- Nursing Professional Advisory Committee (2004, 5 April). *Telephone nursing practice and symptom management guidelines*. Consultado em 19 Maio de 2009. Cancer Care Ontario, 1-68:
<http://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=13838>.
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2009). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em 2008*. Consultado em 17 Julho de 2009. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados:
http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/RESUMOEEXECUTIVOrelat_Anuar/_RNCCI_13_04_09.pdf.
- Registered Nurses Association Of Ontario (2002, November). *Nursing best practice guideline: assessment & management of pain*. Consultado em 7 Fevereiro de 2009. Ontario: Registered Nurses association of Ontario, actual. Mar. 2007:
<http://www.rnao.org>.
- 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.pdfResearch and Policy\Position Statement and Guidelines Revisions 2005-2006\May 06 Guideline on Telenursing.doc.
- The Nacional Council of State Boards of Nursing (1997, August). *Position paper on telenursing: a challenge to regulation*. Consultado em 25 Janeiro de 2007. The Nacional Council of State Boards of Nursing:
<http://www.ncsbn.org/TelenursingPaper.pdf>
- Titler, M. G. (2006, 31 October). Telemedicine: The opportunities and challenges of innovation. Consultado em 2 Outubro de 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,p. 28-36*:
http://tie.telemed.org/articles/National_%20Telehealth_%20Nursing_%20Research_%20Agenda_%20AHRQConferenceProceedings.pdfResearch 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>.

ANEXOS

ANEXO I

Guião de entrevista às enfermeiras

Guião de entrevista às enfermeiras

Apresentação (investigadora, problema de investigação, explicitação do papel do entrevistado)

Pedido de autorização para a realização da entrevista e sua gravação áudio.

Questões:

- Que vantagens encontra na consulta telefónica na Unidade Dor?
- Quais as dificuldades que se depara na utilização da consulta telefónica?
- Quais são os motivos ou problemas que levam os doentes/familiares a telefonar para a Unidade Dor?
- Exemplifique as perguntas que realiza na consulta telefónica para perceber qual o problema do doente/família?
- Quais os princípios a ter em conta na decisão do encaminhamento ao problema do doente/família na consulta telefónica?
- Que factores pondera para estabelecer a prioridade dos problemas dos doentes/família e a celeridade na passagem da informação ao médico?

ANEXO II

Guião e instrumento de registo da consulta telefónica da Unidade Dor
e da entrevista de avaliação da satisfação aos doentes e familiares
utilizadores da consulta telefónica

Guião e instrumento de registo da entrevista de avaliação da satisfação sobre a consulta telefónica aos doentes/famíliares consulta telefónica

<i>Parte 4</i>	
Avaliação da satisfação na consulta telefónica	
Data / / Hora H M	
Opinião de Quem ? Próprio Doente () ; Conjuge () ;	
Familiar: Pai/Mãe () ; Filho/a () ; Genro/Nora () ; Irmão/Irmã () ; Outro () _____	
Se não for o doente assinalar:	
É prestador principal de cuidados: Não () ; Sim () ; Sexo: Feminino () Masculino () .	
Idade Anos; Nacionalidade: Portuguesa () Outra () _____	
Grau de Satisfação da Consulta Telefónica	
Relativamente à Resolução do Problema:	
Muito satisfeito () ; Satisfeito () ; Pouco Satisfeito () ; Insatisfeito () ; Sem opinião ()	
Relativamente ao Tempo na Resposta ao Problema:	
Muito satisfeito () ; Satisfeito () ; Pouco Satisfeito () ; Insatisfeito () ; Sem opinião ()	
Dificuldades sentidas na consulta telefónica pelo doente/familiar	
Sugestões de melhoria referidas pelo doente/familiar	
Observações	
Por exemplo, dificuldades sentidas pelo profissional na comunicação telefónica com o doente/familiar	
Etiqueta Identificadora Doente	

ANEXO III

Autorização do Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta, EPE

ANEXO IV

Primeiro instrumento de registo da consulta telefónica da Unidade Dor

ANEXO V

Guia terapêutico utilizado na Unidade Dor

ANEXO VI

Guia orientador para a intervenção de enfermagem na consulta telefónica

Hospital Garcia Orta, EPE

Unidade Dor

GUIA PARA A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
NA CONSULTA TELEFÓNICA

Julho 2009

NOTA INTRODUTÓRIA

O Guia Orientador para a Intervenção de Enfermagem na Consulta Telefónica na Unidade Dor do Hospital Garcia de Orta, EPE, emerge da evolução da prática clínica de toda uma equipa de profissionais que ao longo de 14 anos, desde 1995, manteve a consulta telefónica como “*uma porta aberta*” para o doente/família com dor crónica ter acesso a cuidados de saúde continuados e diferenciados.

Surge da necessidade sentida pelas enfermeiras de uniformizar e explicitar a intervenção de enfermagem, relativamente aos motivos/problemas que os doentes colocam na consulta telefónica e de forma a assegurar que a tomada de decisão da equipa se faz da forma mais eficaz possível.

A realização do Mestrado em Comunicação em Saúde por uma das enfermeiras foi a oportunidade de desenvolver este projecto, agregando a experiência e competência das enfermeiras à evidência empírica, de forma a incrementar a consulta telefónica para ajudar o doente/família com dor crónica seguido na Unidade Dor do Hospital Garcia de Orta.

As linhas orientadoras foram construídas de acordo com os motivos/problemas dos doentes mais frequentemente manifestados na consulta telefónica e apresentam-se no próximo capítulo.

1. LINHAS ORIENTADORAS PARA A CONSULTA TELEFÓNICA NA UNIDADE DOR, HGO EPE

As linhas orientadoras para a intervenção de enfermagem na consulta telefónica são orientações gerais para o processo de triagem e encaminhamento do doente/família, relativamente ao motivo/problema que o impulsionou a telefonar para a Unidade Dor.

Nas linhas orientadoras que constituem este guia, existem exemplos de perguntas que facilitam a obtenção de informação através do telefone. Ajudam a enfermeira no processo de triagem e de tomada de decisão em relação ao encaminhamento do doente/família.

Contêm ainda, de forma sistematizada, as informações e os conteúdos do ensino para a enfermeira gerir consoante a individualidade do doente/família.

As linhas orientadoras foram construídas em relação aos problemas mais frequentes, nomeadamente: dor, náuseas e vómitos, obstipação, insónia e edemas.

No que respeita a outros motivos, temos a gestão do regime terapêutico: solicitação de receitas de analgésicos opióides e não opióides; solicitação de marcação de consultas; solicitação de declaração para transporte de estupefacientes.

DOR

<p>Dor: Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real, ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão. Dor é aquela que o doente diz que é.</p> <p>Termos Comuns:</p>	
<p>Identificação dos Actores</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação do serviço: Unidade Dor ▪ Identificação do Profissional que atende o telefone: nome e profissão 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação de quem telefona e parentesco com o doente. ▪ Nome completo do doente
<p>Apreciação</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Localização: Onde é que dói? Irradia ou não? É num novo local? ▪ Descritores: Como descreve a dor? (<i>Ajudar o doente na descrição da sua dor: choque, queimadura, pontada, dormência, calor, formigueliro, moinha, pressão. Utilizar as suas palavras</i>) ▪ Intensidade: Qual a intensidade da dor? (<i>Utilizar escalas de dor: escala numérica e/ou a escala qualitativa</i>) ▪ Início. Há quanto tempo começou com esta dor? ▪ Padrão da dor: Contínua ou intermitente? Episódica? ▪ Duração: Quanto tempo dura a dor? ▪ Factores de alívio/agravamento: Repouso, movimento, refeições, frio, calor, posição, distração, medicação ou outros. ▪ Impacto da dor nas actividades vida diária (AVD): sono, trabalho, apetite, alimentação, estado de humor, relação com os outros, outras. ▪ Sintomas associados: Que outros sintomas acompanham a sua dor? Por exemplo, obstipação, anorexia, fadiga, náuseas, ansiedade, dispneia. ▪ Regime medicamentoso: Que medicamentos faz? Como faz? (O doente deve dizer o nome dos medicamentos, dose e frequência) ▪ Terapêutica resgate: Que medicamentos faz em SOS? Tem feito? Quantas vezes? Faz efeito ou alivia a dor? Durante quanto tempo? ▪ Efeitos secundários á terapêutica: Os medicamentos provocaram alguns efeitos secundários? obstipação, náuseas, vómitos, sonolência, tonturas, retenção urinária, agitação, confusão, outras ▪ Expectativas: O que podemos fazer por si? O que espera de nós? Que resolução espera? 	
<p>Validação</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Com o doente: O que me acaba de dizer é...? Veja se percebi bem o seu problema...? Validar a expectativa ▪ Com o processo clínico conferir: <ul style="list-style-type: none"> História anterior da dor: características da dor, factores de alívio e agravamento, impacto nas actividades de vida diária Regime medicamentoso e terapêutica de resgate referida pelo doente/familiar com a folha de prescrição no processo clínico do doente No diário clínico as datas do fornecimento dos medicamentos e receitas Números de contacto telefónico do doente/família 	

<i>Prioridade Elevada</i>	<i>Prioridade Moderada</i>	<i>Prioridade Reduzida</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exacerbação aguda da dor para níveis não previsíveis ▪ Doente em grande Ansiedade e desconforto ▪ Associada a alterações fisiológicas que afectam gravemente as AVD ▪ Terapêutica em uso com efeitos secundários que interferem nas AVD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor moderada ▪ Dor ou analgésicos a interferir com o funcionamento fisiológico, mas não afecta gravemente as AVD ▪ O doente não consegue controlar a dor com o actual regime terapêutico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor ligeira que não interfere com as AVD ▪ O doente está a fazer uma gestão ineficaz do seu regime terapêutico

Encaminhamento para o médico Unidade Dor <u>Imediato</u>	Encaminhamento para o médico Unidade Dor <u>Nas 24 Horas seguintes</u>	Apoio/Ensino e Seguimento por parte da Enfermeira
---	---	--

Ensino Doente/Família
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tomar a terapêutica regularmente, de acordo com o guia terapêutico ▪ Não deixar os medicamentos acabar ▪ Tomar a terapêutica de resgate consoante a indicação em caso de dor irruptiva: tomar a dose prescritas, utilizar o máximo de vezes permitido, respeitando sempre o intervalo entre as tomas ▪ Antecipar os acontecimentos potencialmente dolorosos: utilizar a terapêutica prescrita ▪ Estimular a utilização de medidas não farmacológicas juntamente com a terapêutica: massagem, calor, frio, distracção, movimento, repouso, outras ▪ Outras intervenções
Encaminhamento/Avaliação/Registo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrar a data, hora do telefonema no processo clínico ▪ Registrar a apreciação, a avaliação, intervenção e plano negociado com o doente ▪ Reforçar com o doente para voltar a telefonar se os sintomas não melhorarem ou a situação se agravar ▪ Validar/confere com o doente o contacto telefónico disponível no processo ▪ Informar o doente do tempo previsível de espera face ao circuito de encaminhamento necessário ▪ Assegurar o retorno da informação telefonicamente, mesmo que não existam alterações ▪ Pedir para o doente repetir a informação dada por nós: Importa-se de repetir? * (explicitar com erro ▪ Em caso de dúvida sobre a compreensão da mensagem, solicitar a um familiar que escute a proposta terapêutica ▪ Se necessário, solicitar ao doente ou familiar para se deslocar à Unidade Dor, a fim de ser dada a informação de forma presencial e escrita.

NÁUSEAS E VÓMITOS

<p>Náusea: Sensação de enjoo e de vontade de vomitar. Sensação desagradável vagamente referenciada ao epigastro e abdómen, ofensiva ao paladar e olfacto.</p> <p>Vômito: Expulsar alimentos processados ou conteúdo gástrico através do esófago e da boca.</p> <p>Termos Comuns: má disposição, enjoo, vômito seco, ourado, arranque, puxos</p>	
Identificação dos Actores	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação do serviço: Unidade Dor ▪ Identificação do Profissional que atende o telefone: nome e profissão 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação de quem telefona e parentesco com o doente. ▪ Nome completo do doente
Apreciação	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Início. Há quanto tempo começaram as náuseas/vômitos? ▪ Identificar possíveis causas das náuseas/vômitos com o doente e com a família: O que acha que está a provocar as náuseas/vômitos? ▪ Identificar os possíveis factores precipitantes ou perturbadores: O que piora? A alimentação? Os medicamentos? Tratamentos: Quimioterapia Quando foi o último tratamento? Radioterapia: em que zonas e quantos tratamentos recebeu? Outros. ▪ Caracterizar náusea/vômito: Frequência, quantidade, cor, consistência ▪ Sintomas associados: Que outros sintomas acompanham a náusea/vômito? Por exemplo, os decorrentes de alterações gastrointestinais - regurgitação, hematemeses, distensão abdominal, obstipação, obstrução intestinal; e os que decorrem das consequências da sintomatologia – interferência com o aporte oral, estado de hidratação, estado de consciência. Ou seja, vômitos em grande quantidade sugerem estase gástrica, vômitos frequentes em pouca quantidade podem levar a desidratação, vômitos com lipotimia, podem ocorrer em disfunções do sistema nervoso autónomo. ▪ Regime medicamentoso antiemético: Que medicamentos faz? Como faz? Que resultado obteve? ▪ Estratégias não farmacológicas: O que faz? Que resultado tem? ▪ Repercussões da náusea/vômito do doente/prestador cuidados/família: Que quantidade de líquidos ingeriu nas ultimas 24 horas? Tem sinais de desidratação (diminuição da urina, febre, sede, mucosas desidratadas/secas, tonturas, confusão) ▪ Expectativas: Que resolução espera? O que espera de nós? 	
Validação	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Com o doente: O que me acaba de dizer é...? Veja se percebi bem o seu problema...? Validar a expectativa ▪ Com o processo clínico conferir: Regime medicamentoso referido pelo doente/familiar Verificar se existiu alguma alteração terapêutica recente a que se possa associar o sintoma Números de contacto telefónico do doente/família 	

<i>Prioridade Elevada</i>	<i>Prioridade Moderada</i>	<i>Prioridade Reduzida</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vômitos com sangue ou em borra de café ▪ Dor abdominal severa ou cefaleia ▪ Fraqueza, tonturas, confuso ou não responde a estímulos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evidencio de desidratação ▪ Incapaz de comer ou beber há 24 Horas ▪ Com o tratamento instituído, a situação não melhorou em 6 horas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agudo, antecipatório ou demorado ▪ Em quimioterapia tem relato anterior de náusea e vômito durante o tratamento ▪ Não existe evidência de desidratação

Encaminhamento para o médico Urgência Geral <u>Imediato</u>	Encaminhamento para o médico Unidade Dor <u>Nas 24 Horas seguintes</u>	Apoio/Ensino e Seguimento por parte da Enfermeira
--	---	--

Ensino Doente
<ul style="list-style-type: none">▪ Ensino ao doente/família da situação (etiologia, auto-controlo, papel da família,...) par reduzir o medo e ansiedade▪ Manter um ambiente confortável, livre de odores de alimentos▪ Proporcionar tranquilidade no período das refeições▪ Fazer pequenas refeições, mais frequentes a intervalos regulares, com alimentos da preferência do doente▪ Reduzir a quantidade de alimentos e o tamanho dos pratos▪ Optar por dietas pobres em gordura, especialmente frias, com pouco sabor, evitando os condimentos e picantes excessivos▪ Tentar alimentos secos (bolachas e tostas) ou de fácil digestão (arroz)▪ Incentivar a ingestão de líquidos de preferência insípidos, em pequena quantidade, mas a intervalos regulares e frequentes▪ Manter uma boa higiene oral e corporal, para evitar maus odores▪ Ensino acerca do regime medicamentoso antiemético▪ Ensino acerca dos sinais de desidratação
Encaminhamento/Avaliação/Registo
<ul style="list-style-type: none">▪ Registrar a data, hora do telefonema no processo clínico▪ Registrar a avaliação, intervenções realizadas e plano negociado com o doente▪ Informar o médico ou outros profissionais se necessário▪ Reforçar com o doente para voltar a telefonar se os sintomas não melhorarem ou a situação se agravar▪ Confirmar com o doente o contacto telefónico disponível▪ Informar o doente do encaminhamento necessário para o médico da Unidade Dor, e portanto da possibilidade de esperar pela sua decisão que será transmitida pelo telefone▪ Caso sejam necessários ajustes terapêuticos comunicar ao doente telefonicamente▪ Pedir para o doente repetir a informação dada por nós▪ Se a comunicação não se conseguir estabelecer com a clareza e/ou não se conseguir assegurar a certeza da compreensão da mensagem, solicitar a um familiar que também escute a proposta terapêutica▪ Se necessário, complementar a informação de forma presencial e com informação escrita. Solicita-se ao doente ou familiar para se deslocar à Unidade Dor, a fim de ser realizado e reforçado ensino

EDEMA

<p>Edema: Excessiva acumulação de líquidos orgânicos nos espaços tecidulares ou retenção de líquidos nas zonas de declive, tais como: tumefacção dos tecidos periféricos dos membros inferiores na posição de pé, da região lombar na posição supina, edema central acompanhado de respiração superficial.</p> <p>Termos Comuns: Inchaço, sensação de peso, retenção líquidos, ganho de peso</p>	
<p>Identificação dos Actores</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação do serviço: Unidade Dor ▪ Identificação do Profissional que atende o telefone: nome e profissão 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação de quem telefona e parentesco com o doente. ▪ Nome completo do doente
<p>Apreciação</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Localização: Onde é o edema? ▪ Início. Há quanto tempo começaram os edemas? Costuma ter? ▪ Factores de alívio/agravamento: Repouso, movimento, matinais ou mais tardios, calor, posição, medicação ou outros. ▪ Impacto da dor nas actividades vida diária (AVD): andar, mobilidade, trabalho, ansiedade, relação com os outros, outras. ▪ Sintomas associados: Que outros sintomas acompanham a sua dor? Por exemplo, alterações na coloração da pele (vermelha), aumento local de temperatura, presença de feridas ou exsudado, problemas cardíacos, circulatórios, renais, retenção urinária, fadigam, ansiedade, dispneia, outros. ▪ Regime medicamentoso: Que medicamentos faz? Como faz? Houve alguma alteração terapêutica recente? (O doente deve dizer o nome dos medicamentos, dose e frequência: atenção a medicamentos como opióides, antidepressivos tricíclicos: Amipriptilina, Paroxetina, anticonvulsivantes: Gabapentina, Pregabalina) ▪ Efeitos secundários à terapêutica: Os medicamentos provocaram alguns efeitos secundários? Retenção urinária, obstipação, náuseas, vômitos, sonolência, tonturas, agitação, confusão, aumento de peso, outras ▪ Expectativas: Que resolução espera? O que espera de nós? 	
<p>Validação</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Com o doente: O que me acaba de dizer é...? Veja se percebi bem o seu problema...? Validar a expectativa ▪ Com o processo clínico conferir: Regime medicamentoso referido pelo doente/familiar Verificar se existiu alguma alteração terapêutica recente a que se possa associar o sintoma Números de contacto telefónico do doente/família 	

<i>Prioridade Elevada</i>	<i>Prioridade Moderada</i>	<i>Prioridade Reduzida</i>
A definir	A definir	A definir

Encaminhamento para o médico Unidade Dor <u>Imediato</u>	Encaminhamento para o médico Unidade Dor <u>Nas 24 Horas seguintes</u>	Apoio/Ensino e Seguimento por parte da Enfermeira
---	---	--

Ensino Doente/Família
<ul style="list-style-type: none">▪ Cuidados com a pele:<ul style="list-style-type: none">○ Higiene cuidadosa da pele para reduzir o risco de infecção, especialmente os espaços interdigitais○ Secar muito bem a pele, com especial atenção aos espaços interdigitais e pregas cutâneas○ Hidratar a pele diariamente com um creme emoliente, em especial ao deitar para que haja uma melhor absorção. Creme aquoso é recomendado pois é mais facilmente absorvido○ Tratar golpes, feridas ou mordeduras de insectos: desinfectar e aplicar um creme ou solução anti-séptica○ Utilizar corta-unhas para cortar as unhas dos pés ou mãos○ Não apanhar sol nos membros edemaciados○ Usar máquina eléctrica para se depilar○ Evitar injeções ou tirar sangue de um membro ou região edemaciado○ Evitar avaliar tensão arterial num membro edemaciado▪ Massagem:<ul style="list-style-type: none">○ Massagem ou auto-massagem diária no membro afectado▪ Exercício:<ul style="list-style-type: none">○ Estimular os exercícios (movimentos articulares e musculares) e a mobilização○ Elevação do membro afectado▪ Compressão:<ul style="list-style-type: none">○ Compressão com ligadura elástica, meia elástica durante o dia. Retirar à noite.
Encaminhamento/Avaliação/Registo
<ul style="list-style-type: none">▪ Registrar a data, hora do telefonema no processo clínico▪ Registrar a avaliação, intervenções realizadas e plano negociado com o doente▪ Informar o médico ou outros profissionais se necessário▪ Reforçar com o doente para voltar a telefonar se os sintomas não melhorarem ou a situação se agravar▪ Confirmar com o doente o contacto telefónico disponível▪ Informar o doente do encaminhamento necessário para o médico da Unidade Dor, e portanto da possibilidade de esperar pela sua decisão que será transmitida pelo telefone▪ Caso sejam necessários ajustes terapêuticos comunicar ao doente telefonicamente▪ Pedir para o doente repetir a informação dada por nós▪ Se a comunicação não se conseguir estabelecer com a clareza e/ou não se conseguir assegurar a certeza da compreensão da mensagem, solicitar a um familiar que também escute a proposta terapêutica▪ Se necessário, complementar a informação de forma presencial e com informação escrita. Solicita-se ao doente ou familiar para se deslocar à Unidade Dor, a fim de ser realizado e reforçado ensino

INSÓNIA

Insónia: Queixa subjectiva do doente de dormir mal. Pode significar que o tempo de sono foi insuficiente, que teve dificuldade em iniciar ou manter o sono ou o sono não foi reparador Termos Comuns: espertina, dormir mal, não consegue dormir,	
Apresentação dos Actores	
<ul style="list-style-type: none">▪ Identificação do serviço: Unidade Dor▪ Identificação do Profissional que atende o telefone: nome e profissão	<ul style="list-style-type: none">▪ Identificação de quem telefona e parentesco com o doente.▪ Nome completo do doente
Apreciação	
<ul style="list-style-type: none">▪ Início. Há quanto tempo começaram as insónias?▪ Padrão anterior de sono: Já Costumava dormir mal? Quantas horas dorme de noite? Costuma dormir de dia?▪ Caracterizar a queixa: dificuldade em iniciar o sono, despertares nocturnos recorrentes, sono insuficiente, sono não reparador, sono muito longo, avanços ou atrasos no horário do sono, “ataques” de sono▪ Identificar os possíveis factores precipitantes ou perturbadores▪ Identificar possíveis causas das alterações do sono com o doente e com a família▪ Consumo ou utilização de substâncias: álcool, drogas, cafeína, nicotina▪ Sintomas associados: Que outros sintomas acompanham a insónia? Por exemplo, sintomas relacionados com a doença - dor, tosse, dispneia, escaras, disúria, prurido, soluços. Ansiedade doentes com metáteses hepáticas e em doentes com Sida com infecções oportunistas. Pesadelos e alucinações – medo e preocupações. Suores nocturnos▪ Regime medicamentoso: Que medicamentos faz? Como faz? Houve alguma alteração terapêutica recente ? (O doente deve dizer o nome dos medicamentos, dose e frequência: atenção a medicamentos como opióides, antidepressivos tricíclicos: Amipriptilina, Paroxetina, anticonvulsivantes: Gabapentina, Pregabalina)▪ Efeitos secundários à terapêutica: Os medicamentos provocaram alguns efeitos secundários? Retenção urinária, obstipação, náuseas, vómitos, sonolência, tonturas, agitação, confusão, aumento de peso, outras▪ Repercussões da insónia do doente no prestador cuidados/família:▪ Expectativas: Que resolução espera? O que espera de nós?	
Validação com o Processo Clínico	
<ul style="list-style-type: none">▪ Verificar do regime medicamentoso referido pelo doente/familiar no processo clínico do doente▪ Verificar se existiu alguma alteração terapêutica recente a que se possa associar o sintoma▪ Verificar em diário clínico os últimos contactos com o doente	

<i>Prioridade Elevada</i>	<i>Prioridade Moderada</i>	<i>Prioridade Reduzida</i>
A definir pela equipa	A definir pela equipa	A definir pela equipa

Encaminhamento para o médico Unidade Dor <u>Imediato</u>	Encaminhamento para o médico Unidade Dor <u>Nas 24 Horas seguintes</u>	Apoio/Ensino e Seguimento por parte da Enfermeira
---	---	--

Ensino Doente/Família
<ul style="list-style-type: none">▪ Incentivar o doentes a estar activo durante o dia, com contactos sociais, e exercício sempre que possível▪ Proporcionar um sono tranquilo durante a noite, evitando as interrupções por medicação, barulho, luz▪ Retirar do quarto objectos que possam incomodar, por exemplo, relógios ruidosos, telefone▪ Não permanecer na cama por longos períodos durante a noite em estado de alerta▪ Ler ou praticar outra actividade relaxante antes de adormecer▪ Manter horário de dormir e de acordar▪ Evitar as sestas no final da tarde ou princípio da noite▪ Evitar a ingestão de diuréticos, medicação estimulante, e substâncias como a cafeína ou a nicotina, a partir das 17 Horas▪ Manter controlo da dor durante a noite▪ Tomar medicação para dormir▪ Simultaneamente, Prevenir a insónia na família
Encaminhamento/Avaliação/Registo
<ul style="list-style-type: none">▪ Registar a data, hora do telefonema no processo clínico▪ Registar a avaliação, intervenções realizadas e plano negociado com o doente▪ Informar o médico ou outros profissionais se necessário▪ Reforçar com o doente para voltar a telefonar se os sintomas não melhorarem ou a situação se agravar▪ Confirmar com o doente o contacto telefónico disponível▪ Informar o doente do encaminhamento necessário para o médico da Unidade Dor, e portanto da possibilidade de esperar pela sua decisão que será transmitida pelo telefone▪ Caso sejam necessários ajustes terapêuticos comunicar ao doente telefonicamente▪ Pedir para o doente repetir a informação dada por nós▪ Se a comunicação não se conseguir estabelecer com a clareza e/ou não se conseguir assegurar a certeza da compreensão da mensagem, solicitar a um familiar que também escute a proposta terapêutica▪ Se necessário, complementar a informação de forma presencial e com informação escrita. Solicita-se ao doente ou familiar para se deslocar à Unidade Dor, a fim de ser realizado e reforçado ensino

OBSTIPAÇÃO

<p>Obstipação: Emissão de fezes duras e moldadas, diminuição da frequência da eliminação, diminuição da quantidade de fezes, diminuição dos ruídos intestinais, dor e distensão abdominal, massa abdominal palpável, esforço para evacuar, náuseas acompanhadas de cefaleias e diminuição do apetite.</p>	
<p>Termos Comuns: prisão ventre, “estar preso dos intestinais”, problemas nos intestinos</p>	
<p>Apresentação Actores</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação do serviço: Unidade Dor ▪ Identificação do Profissional que atende o telefone: nome e profissão 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação de quem telefona e parentesco com o doente. ▪ Nome completo do doente
<p>Apreciação</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Início. Há quanto tempo o intestino não funciona? Data da última dejectão. ▪ Padrão anterior de funcionamento intestinal: Como funcionava o seu intestino? Frequência, consistência, cor das fezes. Já era assim preso dos intestinos? ▪ Identificar os possíveis factores desencadeantes: Iniciou algum medicamento que lhe esteja a prender o intestino? Diga o nome (opióide, antidepressivo,...) ▪ Sintomas associados: Que outros sintomas acompanham a obstipação? Por exemplo, fraqueza motora, perda sensitiva, dor, náusea, vómitos, distensão ou rigidez abdominal, retenção urinária ▪ Se vómitos: Descreva a cor, odor, consistência e quantidade ▪ Regime medicamentoso para a obstipação: Que medicamentos faz? Como faz? Que resultado obteve? ▪ Medidas adaptativas: O que costuma fazer para a prisão ventre? Que resultado obteve? ▪ Hábitos alimentares e de ingestão de líquidos: Como tem sido a sua alimentação? Quantos copos de líquidos faz por dia? ▪ Hábitos exercício/mobilização: Tem andado ou tem estado mais parado? ▪ Expectativas: Que resolução espera? O que espera de nós? 	
<p>Validação</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Com o doente: O que me acaba de dizer é...? Veja se percebi bem o seu problema...? Validar a expectativa ▪ Com o processo clínico conferir: Regime medicamentoso referido pelo doente/familiar Se a doença do doente é de origem oncológica ou não oncológica Números de contacto telefónico do doente/família 	

<i>Prioridade Elevada</i>	<i>Prioridade Moderada</i>	<i>Prioridade Reduzida</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor abdominal severa, acompanhada de náuseas e vómitos ▪ Vómitos fecalóides ▪ Distensão/rigidez abdominal severa ▪ Cirurgia abdominal recente ▪ Perda sensorial e/ou fraqueza motora 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento da náusea, vómito ▪ Aumento da dor abdominal, distensão ▪ Ausência de movimentos intestinais há mais de 3 dias 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abdómen timpanizado, dor abdominal ▪ História de imobilidade ▪ Aumento da anorexia ▪ Diminuição da ingestão líquidos ▪ Não adesão regime medicamentoso prescrito ▪ Ausência de movimentos intestinais há 2 dias

Encaminhamento para o médico Urgência Geral <u>Imediato</u>	Encaminhamento para o médico Unidade Dor <u>Nas 24 Horas seguintes</u>	Apoio/Ensino e Seguimento por parte da Enfermeira
--	---	--

Ensino Doente/Família
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivar a ingestão de fibras: cereais, farelo, pão completo, amêndoa, grão, frutos secos, fruta fresca com casca, vegetais verdes ▪ Incentivar a ingestão de laxantes naturais: uva, ameixas, melão, maçãs,... ▪ Incentivar a ingestão líquidos: 8 a 12 copos por dia ▪ Limitar a ingestão de alimentos que produzam gases: feijão, pimentos verdes, couve, repolho ▪ Incentivar a gestão do regime medicamentoso, laxantes, especialmente se estiver a fazer terapêutica potencialmente indutora de obstipação (opióides, antieméticos como o Ondasetron, anticonvulsivantes, agentes quimioterapia como a Vincristina e Vinblastina,...), alguns psicotrópicos... ▪ Assegurar a importância de um regime de treino intestinal diário: privacidade, providenciar disponibilidade para o doente evacuar (após as refeições ou de manhã) ▪ Adoptar medidas facilitadoras da defecção, por exemplo, uso de fralda ou colocação de uma almofada circular na sanita, para atenuar os pontos de compressão ▪ Estimular a actividade física na medida do possível: exercícios, deambulação, mudanças de posição ▪ Dar a beber um copo de fruta fresca de manhã, um copo de água gelada ▪ Incentivar a fitoterapia: Chá Sene, Frangula, Cascara sagrada, Lino, Ispaghul <p>Se necessário:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensino ao familiar da pesquisa de fecalomas (creme gorduroso e uma luva, ou saco de plástico na mão) ▪ Ensino acerca da realização de enema (meio litro água morna, 1 chávena azeite, deitar o doente em decúbito lateral esquerdo, verificar se a água de retorno é de igual quantidade à que entrou)
Encaminhamento/Avaliação/Registo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrar a data, hora do telefonema no processo clínico ▪ Registrar a avaliação, intervenções realizadas e plano negociado com o doente ▪ Informar o médico ou outros profissionais se necessário ▪ Reforçar com o doente para voltar a telefonar se os sintomas não melhorarem ou a situação se agravar ▪ Confirmar com o doente o contacto telefónico disponível ▪ Informar o doente do encaminhamento necessário para o médico da Unidade Dor, e portanto da possibilidade de esperar pela sua decisão que será transmitida pelo telefone ▪ Caso sejam necessários ajustes terapêuticos comunicar ao doente telefonicamente ▪ Pedir para o doente repetir a informação dada por nós ▪ Se a comunicação não se conseguir estabelecer com a clareza e/ou não se conseguir assegurar a certeza da compreensão da mensagem, solicitar a um familiar que também escute a proposta terapêutica ▪ Se necessário, complementar a informação de forma presencial e com informação escrita. Solicita-se ao doente ou familiar para se deslocar à Unidade Dor, a fim de ser realizado e reforçado ensino

SOLICITAÇÃO DE RECEITAS DE MEDICAMENTOS

Não opióides

<p>Medicamentos não opióides: Medicamentos utilizados para o controlo da dor oncológica e não oncológica onde se incluem os medicamentos analgésicos anti-inflamatórios não esteróides, medicamentos adjuvantes como os antidepressivos, os anti-convulsivantes e outros.</p>	
<p>Apresentação dos Actores</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação do serviço: Unidade Dor ▪ Identificação do Profissional que atende: nome e profissão 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação de quem telefona e parentesco com o doente. ▪ Nome completo do doente
<p>Apreciação</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ O nome do medicamento ▪ Dosagem ▪ Nº de embalagens pretendidas ▪ Data em que vem buscar a receita ▪ Monitorizar e vigiar a dor 	
<p>Validação</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Com o doente: O que me acaba de dizer é...? Veja se percebi bem ...? Validar a expectativa ▪ Com o processo clínico conferir: Regime medicamentoso referido pelo doente/familiar Verificar se existiu alguma alteração terapêutica recente a que se possa associar o sintoma Números de contacto telefónico do doente/família 	

<i>Concordância</i>	<i>Discordância (a)</i>	<i>Discordância (b)</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificar a data da última consulta. Se teve consulta há mais de 3 meses solicitar marcação da consulta à secretária de unidade. ▪ Dor controlada. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor controlada. ▪ Telefonar ao doente e validar o medicamento, dosagem e frequência na utilização. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Telefonar ao doente e validar o medicamento, dosagem e frequência na utilização. ▪ Dor não controlada.

<p>Encaminhamento e Informação ao Médico da Unidade Dor</p>	<p>Avaliação de Enfermagem</p> <p>L.O. Dor</p>
--	--

Encaminhamento/Avaliação/Registo

- Registo da data, hora do telefonema.
- Registo da avaliação e intervenções realizadas
- Verificar se está efectuado o registo médico das receitas pedidas no processo clínico
- Verificar se as receitas estão correctamente passadas: nome do doente, portaria (se necessário) e assinadas pelo médico
- Colocar as receitas em envelope identificado com a etiqueta do doente
- Entregar envelope das receitas após confirmação do nome completo do doente
- Orientar o doente/familiar para colocação de vinheta identificação do hospital no secretariado da Unidade Dor

SOLICITAÇÃO DE RECEITAS DE MEDICAMENTOS

Medicamentos opióides

<p>Medicamento opióide: Substância endógena (péptidos opióides) ou exógena (derivados naturais e semi – sintéticos do ópio, assim com opióides sintéticos) com capacidade de agir com os receptores opióides, seja como agonistas, antagonistas, agonistas parciais ou agonistas-antagonistas. Indicado o controlo da dor moderada a forte, oncológica e não oncológica.</p>	
<p>Apresentação dos Actores</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação do serviço: Unidade Dor ▪ Identificação do Profissional que atende o telefone: nome e profissão 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação de quem telefona e parentesco com o doente. ▪ Nome completo do doente
<p>Apreciação</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ O nome do medicamento ▪ Dosagem ▪ N° de embalagens pretendidas ▪ Data em que vem buscar a receita ▪ Monitorizar e vigiar a dor 	
<p>Validação</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Com o doente: O que me acaba de dizer é...? Veja se percebi bem o seu problema...? Validar a expectativa ▪ Com o processo clínico conferir: <ul style="list-style-type: none"> Regime medicamentoso referido pelo doente/familiar Correcta utilização do medicamento: concordância entre a data da última receita, quantidade prescrita e tempo de intervalo entre os pedidos Registo do número do bilhete de identidade Números de contacto telefónico do doente/família 	

<i>Concordância</i>	<i>Discordância (a)</i>	<i>Discordância (b)</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificar a data da última consulta. Se teve consulta há mais de 3 meses solicitar marcação da consulta à secretária de unidade. ▪ Dor controlada. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor controlada. ▪ Telefonar ao doente e validar o medicamento, dosagem e frequência na utilização. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Telefonar ao doente e validar o medicamento, dosagem e frequência na utilização. ▪ Dor não controlada.

<p>Encaminhamento e Informação ao Médico da Unidade Dor</p>	<p>Avaliação de Enfermagem</p> <p>L. O. Dor</p>
--	---

Encaminhamento/Avaliação/Registo

- Registo da data, hora do telefonema.
- Registo da avaliação e intervenções realizadas
- Verificar se está efectuado o registo médico das receitas pedidas no processo clínico
- Verificar se foi utilizada na prescrição receita especial, de acordo com a Portaria nº 981/98 de 8 Junho, se tem o nome do doente, portaria correspondente de isenção e assinadas pelo médico
- Colocar as receitas em envelope identificado com a etiqueta do doente
- Entregar envelope das receitas após confirmação do nome completo do doente
- Orientar o doente/familiar para colocação de vinheta identificação do hospital no secretariado da Unidade Dor
- Ensino acerca das receitas de opióides: cada receita é em triplicado para entregar farmácia
- Verificação pelo doente/familiar se os registos que constam na receita estão de acordo com o solicitado: identificação do doente, assinatura do médico, portaria, terapêutica, dose.

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Medicamentos não opióides

<p>Medicamentos não opióides: Medicamentos utilizados para o controlo da dor oncológica e não oncológica onde se incluem os medicamentos analgésicos anti-inflamatórios não esteróides, medicamentos adjuvantes como os antidepressivos, os anti-convulsivantes e outros.</p> <p>Termos comuns: “emplastos para a dor”, “pensos das tiras”, “pomada”, gel</p>	
<p>Apresentação dos Actores</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação do serviço: Unidade Dor ▪ Identificação do Profissional que atende o telefone: nome e profissão 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação de quem telefona e parentesco com o doente. ▪ Nome completo do doente ▪
<p>Apreciação</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ O nome do medicamento ▪ Dosagem ▪ Nº de embalagens pretendidas ▪ Data em que vem buscar os medicamentos ▪ Monitorizar e vigiar a dor 	
<p>Validação</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Com o doente: O que me acaba de dizer é...? Veja se percebi bem o seu problema...? Validar a expectativa ▪ Com o processo clínico conferir: <ul style="list-style-type: none"> Regime medicamentoso referido pelo doente/familiar Correcta utilização do medicamento: concordância entre a data da última receita, quantidade prescrita e tempo de intervalo entre os pedidos Números de contacto telefónico do doente/família 	

<i>Concordância</i>	<i>Discordância (a)</i>	<i>Discordância (b)</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor controlada. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor controlada. ▪ Telefonar ao doente e validar o medicamento, dosagem e frequência na utilização. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Telefonar ao doente e validar o medicamento, dosagem e frequência na utilização. ▪ Dor não controlada.

<p>Encaminhamento para a Enfermeira do Hospital Dia da Unidade Dor</p>	<p>Avaliação de Enfermagem</p> <p>L.O. Dor</p>
---	--

Encaminhamento/Avaliação/Registo

- Registo da data, hora do telefonema no processo clínico
- Registo da avaliação e intervenções realizadas
- Registrar o nome do medicamento, dose e quantidade fornecida
- Colocar o medicamento em envelope/invólucro identificado com a etiqueta do doente
- Entregar o envelope/invólucro do medicamento após confirmação do nome completo do doente
- Orientar o doente/familiar para a verificação dos medicamentos entregues: identificação do doente, medicamento, dose e quantidade

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Medicamentos opióides

<p>Medicamento opióide: Substância endógena (péptidos opióides) ou exógena (derivados naturais e semi – sintéticos do ópio, assim com opióides sintéticos) com capacidade de agir com os receptores opióides, seja como agonistas, antagonistas, agonistas parciais ou agonistas-antagonistas. Indicado o controlo da dor moderada a forte, oncológica e não oncológica.</p> <p>Termos comuns: “morfina”, pensos, “chupa-chupas”, “adesivos”, “gotas”, “poção”, “solução”, “xarope para a dor”, “balão”, infusor, “carregar a máquina”</p>	
Apresentação dos Actores	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação do serviço: Unidade Dor ▪ Identificação do Profissional que atende o telefone: nome e profissão 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação de quem telefona e parentesco com o doente. ▪ Nome completo do doente ▪
Apreciação	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ O nome do medicamento ▪ Dosagem ▪ N° de embalagens pretendidas ▪ Data em que vem buscar os medicamentos ▪ Monitorizar e vigiar a dor 	
Validação	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Com o doente: O que me acaba de dizer é...? Veja se percebi bem o seu problema...? Validar a expectativa ▪ Com o processo clínico conferir: <ul style="list-style-type: none"> Regime medicamentoso referido pelo doente/familiar Correcta utilização do medicamento: concordância entre a data da última receita, quantidade prescrita e tempo de intervalo entre os pedidos Números de contacto telefónico do doente/família 	

<i>Concordância</i>	<i>Discordância (a)</i>	<i>Discordância (b)</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor controlada. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor controlada. ▪ Telefonar ao doente e validar o medicamento, dosagem e frequência na utilização. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Telefonar ao doente e validar o medicamento, dosagem e frequência na utilização. ▪ Dor não controlada.

<p>Encaminhamento para a Enfermeira do Hospital Dia da Unidade Dor</p>	<p>Avaliação de Enfermagem</p> <p>L.O. Dor</p>
---	--

Encaminhamento/Avaliação/Registo

- Registrar a data, hora do telefonema no processo clínico
- Registrar a avaliação e intervenções realizadas
- Registrar o nome do medicamento, dose e quantidade fornecida no processo clínico do doente
- Registrar os medicamentos em livro de registos de estupefacientes mod. 1550.
- Actualizar registo informático relativo ao doente, medicamentos opióide e data
- Colocar o medicamento em envelope/invólucro identificado com a etiqueta do doente
- Entregar o envelope/invólucro do medicamento após confirmação do nome completo do doente
- Orientar o doente/familiar para a verificação dos medicamentos fornecidos: identificação do doente, medicamento, dose e quantidade

SOLICITAÇÃO DE MARCAÇÃO DE CONSULTA

Consulta de vigilância na Unidade Dor

Consulta de vigilância: consulta	
Apresentação dos Actores	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação do serviço: Unidade Dor ▪ Identificação do Profissional que atende o telefone: nome e profissão 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação de quem telefona e parentesco com o doente. ▪ Nome completo do doente
Apreciação	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivo do pedido de marcação consulta ▪ Motivo da não comparência à consulta anterior ou actual ▪ Monitorizar e vigiar a dor 	
Validação	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Com o doente: O que me acaba de dizer é...? Veja se percebi bem o seu problema...? Validar a expectativa ▪ Com o processo clínico conferir: Informação acerca da data da consulta Números de contacto telefónico e morada do doente/família para envio da marcação pelo correio 	

<i>Concordância</i>	<i>Discordância (a)</i>	<i>Discordância (b)</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor controlada ▪ Consulta não urgente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor controlada, mas necessita de avaliação médica brevemente por outros sintomas ▪ Agenda sem vagas de consulta no período necessário para o doente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor não controlada

Encaminhamento Enfermeira Unidade Dor	Encaminhamento para Médico da Unidade Dor	Avaliação de Enfermagem L.O. Dor
--	--	--

Encaminhamento/Avaliação/Registo

- Registo da data, hora do telefonema
- Registo da avaliação e intervenções realizadas
- Encaminhar para a secretária de unidade, para marcação da consulta informaticamente e formalizar o envio da marcação da consulta (data e hora) pelo correio
- Telefonar a informar o doente da consulta, caso a consulta seja para breve e não esteja assegurado que possa receber a carta com a marcação

SOLICITAÇÃO DE DECLARAÇÃO TRANSPORTE MEDICAMENTOS OPIÓIDES FORTES PARA O ESTRANGEIRO

<p>Medicamentos opióides fortes: Estão disponíveis em Portugal a Buprenorfina, Fentanilo, Hidromorfona e Morfina.</p> <p>Declaração para transporte de medicamentos opióides fortes: Documento subscrito pelo médico necessário sempre que o doente viajar para o estrangeiro com medicamentos opióides fortes para seu uso pessoal, de acordo com legislação comunitária.</p>	
Apresentação dos Actores	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação do serviço: Unidade Dor ▪ Identificação do Profissional que atende o telefone: nome e profissão 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação de quem telefona e parentesco com o doente. ▪ Nome completo do doente
Apreciação	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivo do pedido de declaração de transporte medicamentos opióides fortes ▪ Medicamento opióide que vai transportar e quantidade que precisa ▪ País/Cidade de destino na viagem ▪ Data do início da viagem ▪ Tempo previsível de ausência do país ▪ Pedir número de bilhete de identidade (para cidadãos portugueses) ou número de passaporte para estrangeiros ▪ Combinar data em que pode vir buscar a declaração à Unidade Dor ▪ Monitorizar e vigiar a dor 	
Validação	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Com o doente: O que me acaba de dizer é...? Veja se percebi bem o seu problema...? Validar a expectativa ▪ Com o processo clínico conferir: <ul style="list-style-type: none"> Regime medicamentoso referido pelo doente/familiar Correcta utilização do medicamento: concordância entre a data da última receita, quantidade prescrita e tempo de intervalo entre os pedidos Registo do número do bilhete de identidade Números de contacto telefónico do doente/família 	

<i>Concordância</i>	<i>Discordância (a)</i>	<i>Discordância (b)</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor controlada. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor controlada ▪ Telefonar ao doente e validar a informação dada 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Telefonar ao doente e validar o medicamento, dosagem e frequência na utilização. <p>Dor não controlada.</p>

<p>Encaminhamento e Informação ao Médico da Unidade Dor</p>	<p>Avaliação de Enfermagem</p> <p>L.O. Dor</p>
--	--

Encaminhamento/Avaliação/Registo

- Registo da data, hora do telefonema.
- Registo da avaliação e intervenções realizadas
- Providenciar fotocópia da declaração, depois de preenchida pelo médico, junto à secretária de unidade
- Arquivar no processo a fotocópia da declaração
- A declaração é colocada em envelope fechado identificado com a etiqueta do doente

2. NOTA FINAL

O guia de orientação para a intervenção de enfermagem na consulta telefónica da Unidade Dor, do Hospital Garcia Orta apenas agora teve o seu início.

(A terminar pela equipa de enfermagem)

Referências Bibliográficas

Nursing Professional Advisory Committee (2004, 5 April). *Telephone nursing practice and symptom management guidelines*. Consultado em 19 Maio de 2009. Cancer Care Ontario, 1-68: <http://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=13838.NURSING>

Conselho Internacional de Enfermeiras (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Barbosa, A. & Neto, I. G. (eds.). (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade Medicina de Lisboa.

ANEXO VII

Instrumento de registo da consulta telefónica da Unidade Dor
(documento em discussão)