

**O CONTATO TELEFÔNICO UTILIZADO COMO  
ESTRATÉGIA DE REFORÇO À ASSISTÊNCIA DO  
PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS, SEUS  
FAMILIARES E CUIDADORES**

**ANA LÚCIA TEODORO**

**Dissertação apresentada à Fundação Antônio  
Prudente para obtenção do Título de Mestre  
em Ciências**

**Área de concentração: Oncologia**

**Orientador: Dr. Jefferson Luiz Gross**

**São Paulo  
2012**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Teodoro, Ana Lúcia

**O contato telefônico utilizado como estratégia de reforço à assistência do paciente em cuidados paliativos, seus familiares e cuidadores** / Ana Lúcia Teodoro – São Paulo, 2012.

37p.

Dissertação (Mestrado)-Fundação Antônio Prudente.

Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.

Orientador: Jefferson Luiz Gross

Descritores: 1. CUIDADOS PALIATIVOS. 2. ASSISTÊNCIA AO PACIENTE/instrumentação. 3. TELEFONE/instrumentação 4. CUIDADORES. 5. AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE.

"Viver é acalantar sonhos e esperanças,  
Fazendo da Fé a nossa inspiração maior.  
É buscar nas pequenas coisas,  
Um grande motivo para ser feliz"

Mário Quintana

## DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a minha avó Adelia João Alexandre por ter me dado todo seu amor e sempre me fazer sentir a pessoa mais importante desse mundo. Também ao meu amor Ricardo por estar sempre ao meu lado, compreendendo minhas ausências muitas vezes, pelas demonstrações de carinho, por me mostrar sempre o lado positivo da vida e por me fazer acreditar em mim.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais **Lúcia e Laércio** por fazerem de mim uma pessoa digna, batalhadora e sempre firme nos meus propósitos. Aos meus irmãos **Carolina e Fernando** por serem meus irmãos.

### Agradecimentos Especiais

Ao meu querido orientador **Dr Jefferson Luiz Gross**, pela sua paciência, presença sempre constante, pelos ensinamentos profissionais e de vida e por acreditar em mim.

As titulares do serviço de Cuidados Paliativos, **Dra Sandra Caires Serrano**, grande amiga e parceira, pelos ensinamentos, por acreditar e confiar em mim e pela presença constante em todos os momentos difíceis da minha vida. **Dra Fabiana Gomes e Dra Bethina Dana** pelo carinho, parceria e respeito pelo meu trabalho.

Aos meus queridos coordenadores, **Marcos Iderio dos Santos e Karina Lourenço Mendes** pela compreensão, apoio e parceria para que eu pudesse cumprir minha jornada.

As minhas amigas **Barbara Martins Soares Cruz, Raquel Morales, Lucimara Camaliente e Glaucia Salera Martins** pela sua disponibilidade, pelo carinho e pelas palavras de conforto nas horas difíceis.

Minha querida professora **Flavia Araújo**, sempre preocupada e pronta a ajudar, sem ela não teria conseguido.

À biblioteca, principalmente **Suely Francisco e Jefferson de Oliveira** pela inestimável ajuda, pela paciência e pelo carinho.

Á **Aline Damascena** que realizou o trabalho estatístico com maior carinho e paciência.

À **Ana Maria Rodrigues Alves Kuninari, Luciana Pitombeira, Vanusa Barros Rodrigues** pelo trabalho impecável que realizam na pós-graduação e pela paciência.

Agradeço a todos que ajudaram direta ou indiretamente no desenvolvimento desse trabalho desse trabalho.

Agradeço a **Banca de Qualificação** pelas sugestões valiosas que enriqueceram o meu trabalho.

Ao **Serviço de Enfermagem do Hospital A.C. Camargo**, por todas as oportunidades que me foram dadas e por fazer parte dessa equipe que me traz tanto orgulho.

A minha querida amiga **Patrícia Peres de Oliveira** minha irmã de coração, por sua amizade, generosidade, por sua presença constante, sempre zelando por mim com muito carinho e me incentivando a continuar.

Aos meus queridos pacientes e seus familiares que me ensinam o valor de cada dia vivido e me permitem fazer parte de suas vidas.

E finalmente, não posso deixar de agradecer minha companheira inseparável de todos os momentos, minha querida **Meg**, que me ensinou o que é amar incondicionalmente.

## RESUMO

Teodoro AL. **O contato telefônico utilizado como estratégia de reforço à assistência do paciente em cuidados paliativos, seus familiares e cuidadores.** São Paulo; 2012. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

**INTRODUÇÃO:** O paciente em Cuidados Paliativos e seus familiares necessitam de comunicação efetiva com a equipe médica, já que apresentam uma gama considerável de sintomas e alterações do quadro clínico, que necessitam de intervenções rápidas. O atendimento telefônico parece ser uma opção viável para o reforço à assistência do paciente, seus familiares e cuidadores. **OBJETIVOS:** Análise descritiva dos motivos que levam pacientes, familiares ou cuidadores a fazer contato telefônico com a enfermeira do Serviço de Cuidados Paliativos. Avaliar a associação entre o atendimento telefônico e necessidade de consulta de emergência e/ou internação hospitalar. **MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo de coorte, longitudinal, prospectivo, com pacientes de idade maior ou igual a 18 anos, de ambos os sexos, portadores de câncer de qualquer sítio primário, encaminhados para atendimento no Serviço de Cuidados Paliativos aos quais foi disponibilizado o serviço de atendimento telefônico como suporte à assistência. Os dados foram coletados através de pesquisa realizada nos prontuários médicos e anotados em formulário específico. **RESULTADOS:** Entre março/2010 e outubro/2011, foram incluídos 90 pacientes com idade mediana de 62,9 anos (29,3 a 94,8 anos), a maioria do sexo feminino (69%), com prevalência de tumor de cabeça de pescoço (18%). O sintoma mais prevalente foi a dor (84%), assim como o motivo mais freqüente das ligações (40%). A maior parte dos pacientes utilizavam opióide forte (52%). Dos 90 pacientes incluídos no estudo, apenas 45(50%) fizeram contato telefônico, o número de ligações variou de 1 a 12 chamadas. Tivemos um total de 128 ligações, sendo que 58% delas foram feitas por pacientes e 84,4% por seus

cuidadores e familiares. A maioria dos pacientes que fizeram contato telefônico tinham idade menor que 63 anos; KPS( *Performance status*)  $\geq$  60% (67%) e 62% tinham comorbidades associadas. Com relação as vindas a emergência de forma não programada, os pacientes que não ligaram vieram com maior frequência (71%;  $p=0,03$ ), assim como para internações não programadas(64%;  $p=0,006$ ). **CONCLUSÃO:** O presente estudo mostrou que apenas a metade dos pacientes avaliados fizeram uso do contato telefônico para orientação. O principal motivo do contato foi a dor, e os pacientes mais jovens utilizaram o atendimento telefônico com maior frequência. O atendimento telefônico pode ajudar a gerenciar as intercorrências dos pacientes, diminuindo suas visitas ao setor de emergência e para internações não programadas.

## SUMMARY

Teodoro AL. **[Telephone used as a means to support palliative care for the patient, his/her close relatives and caregivers]**. São Paulo; 2012. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

**INTRODUCION:** Patients receiveing palliative care and their close relatives need effective communication with the health care team, as they may present with a significant range of symptoms and alterations in clinical condition that require quick intervention. Telephone contact seems to be a feasible option to give support to patients, their close relatives and caregivers.

**OBJECTIVES:** Perform a descriptive analysis of the reasons for patients, family members or caregivers to call the nurse assigned to Palliative Care Service at Hospital A.C. Camargo. Evaluate the correlation between the telephone support service and the need for visits to the Emergency Room and/or unplanned hospital admission. **MATERIALS AND METHODS:** This is a cohort longitudinal prospective study, with both male and female patients aged 18 or older, being treated for cancer (regardless of the primary site of disease) and referred to the Palliative Care Service, where they were informed of the availability of the support telephone service. Data were collected from patients' charts and registered in a specific form. **RESULTS:**

Between March /2010 and October/2011, 90 patients were (treated by the Palliative Care Service) included in our study, median age 62.9 years (29.3 to 94.8 years), mostly female (69%), with a higher prevalence of head and neck cancer (18%). The most prevalent symptom was pain (84%), which was also the most frequent reason for calling (40%). Most patients were being treated with strong opioids (52%). Out of the 90 patients included in our study, only 45 (50%) made a telephone call. The number of calls varied from 1 to 12 calls. There was a total of 128 calls, 58% of which made by patients and 84.4% by their caregivers and/or family members. Most patients who called were under 63 years of age, had KPS (*Performance status*)  $\geq 60\%$  (67%)

and 62% had associated comorbidities. Regarding unplanned Emergency Room – ER - visits, those patients who did not call came to the ER more often (71%;  $p=0.03$ ), and were unexpectedly hospitalized more frequently (64%;  $p=0.006$ ). **CONCLUSION:** The present study showed that only half of the patients assessed used the telephone service for orientation. The main reason for contact was pain and younger patients used the telephone support more frequently. The telephone support may help deal with patients' intercurrents, decreasing the number of visits to the ER or unplanned hospitalizations.

## LISTA DE TABELAS

|                 |                                                                                                                                                                 |    |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabela 1</b> | Distribuição dos pacientes conforme sítio da neoplasia primária. Hospital A.C. Camargo SP, março 2010-outubro de 2011.....                                      | 16 |
| <b>Tabela 2</b> | Distribuição dos pacientes conforme as manifestações clínicas na admissão nos Cuidados Paliativos. Hospital A.C. Camargo SP, março 2010- outubro de 2011.....   | 17 |
| <b>Tabela 3</b> | Distribuição dos pacientes conforme os medicamentos em uso. Hospital A.C. Camargo SP, março 2010-outubro de 2011.....                                           | 18 |
| <b>Tabela 4</b> | Número de ligações por paciente. Hospital A.C. Camargo SP, março 2010- outubro de 2011.....                                                                     | 19 |
| <b>Tabela 5</b> | Tempo até a primeira ligação. Hospital A.C. Camargo SP, março 2010- outubro de 2011.....                                                                        | 19 |
| <b>Tabela 6</b> | Motivos que levaram os pacientes a fazer o primeiro contato telefônico. Hospital A.C. Camargo SP, março 2010- outubro de 2011.....                              | 20 |
| <b>Tabela 7</b> | Motivos que levaram os pacientes a fazer os outros contatos telefônicos. Hospital A.C. Camargo SP, março 2010- outubro de 2011.....                             | 21 |
| <b>Tabela 8</b> | Caracterização das variáveis dos pacientes que utilizaram ou não o serviço de orientação telefônica. Hospital A.C. Camargo SP, março 2010- outubro de 2011..... | 22 |

|                  |                                                                                                                                                                                                                                  |    |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabela 9</b>  | Caracterização das variáveis dos pacientes que utilizaram ou não o serviço de orientação telefônica de acordo com <i>Performance Status</i> e tratamentos anteriores. Hospital A.C. Camargo SP, março 2010- outubro de 2011..... | 23 |
| <b>Tabela 10</b> | Caracterização das variáveis dos pacientes que utilizaram ou não o serviço de orientação telefônica com relação às internações. Hospital A.C. Camargo SP, março 2010- outubro de 2011.....                                       | 24 |
| <b>Tabela 11</b> | Caracterização das variáveis dos pacientes que utilizaram ou não o serviço de orientação telefônica com relação às vindas à Emergência. Hospital A.C. Camargo SP, março 2010- outubro de 2011.....                               | 24 |

## ÍNDICE

|          |                                                                                                                  |           |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO .....</b>                                                                                          | <b>1</b>  |
| <b>2</b> | <b>JUSTIFICATIVA .....</b>                                                                                       | <b>9</b>  |
| <b>3</b> | <b>OBJETIVOS .....</b>                                                                                           | <b>10</b> |
| <b>4</b> | <b>CASUÍSTICA E METODOLOGIA .....</b>                                                                            | <b>11</b> |
| 4.1      | Desenho do Estudo .....                                                                                          | 11        |
| 4.2      | Casuística .....                                                                                                 | 11        |
| 4.3      | Método .....                                                                                                     | 12        |
| 4.4      | Análise Estatística .....                                                                                        | 14        |
| 4.5      | Questões Éticas .....                                                                                            | 15        |
| <b>5</b> | <b>RESULTADOS .....</b>                                                                                          | <b>16</b> |
| 5.1      | Caracterização de todos os Pacientes incluídos no Estudo .....                                                   | 16        |
| 5.2      | Caracterização dos Pacientes que Utilizaram o Serviço de Orientação Telefônica .....                             | 18        |
| 5.3      | Perfil dos Pacientes que fizeram uso do Serviço de Atendimento Telefônico .....                                  | 21        |
| 5.4      | Associação entre Utilização do Serviço de Orientação Telefônica e Atendimentos na Emergência e Internações ..... | 23        |
| <b>6</b> | <b>DISCUSSÃO .....</b>                                                                                           | <b>25</b> |
| <b>7</b> | <b>CONCLUSÃO .....</b>                                                                                           | <b>34</b> |
| <b>8</b> | <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>                                                                          | <b>35</b> |

## **ANEXOS**

- Anexo 1**    Ficha de coleta de dados
- Anexo 2**    Atendimento no Setor de Emergência e Internações
- Anexo 3**    Termo de consentimento livre esclarecido (TCLE)
- Anexo 4**    Ficha para os dados do atendimento telefônico

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2002 define Cuidados Paliativos como “abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares que enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros sintomas de ordem física, psicossocial e espiritual”.

Em países subdesenvolvidos, estima-se que cerca de 80% dos pacientes oncológicos necessitam de Cuidados Paliativos (OMS 2002).

O câncer é uma doença que traz muito sofrimento ao doente e seus familiares ou cuidadores e quanto mais avançado, maior o número de sintomas apresentados pelo paciente. A precariedade das condições sociais, econômicas e culturais dos pacientes e familiares amplia a vulnerabilidade social que a doença impõe. Todos os envolvidos passam a ter necessidades diferentes principalmente no que se relaciona aos cuidados que a doença e o tratamento exigem (CARVALHO 2008).

São princípios dos Cuidados Paliativos segundo OMS (2002):

- Promover o alívio da dor e de outros sintomas estressantes;
- Reafirmar a vida e ver a morte como um processo natural;
- Não pretende antecipar e nem postergar a morte;
- Integrar aspectos psicossociais e espirituais do cuidado;

- Oferecer um sistema de suporte que auxilie o paciente a viver tão ativamente quanto possível, até sua morte;
- Oferecer um sistema de suporte que auxilie a família e entes queridos a sentirem-se amparados durante todo o processo da doença.

A enfermagem possui longa história de cuidados centrados no paciente e na família e pode ter ações significativas e duradouras que vão interferir no modo pelo qual o paciente vive até morrer. Esse controle deve ser feito de forma ativa para que o paciente tenha uma melhor qualidade de cuidado e de vida no tempo que resta (KRUSE et al. 2007).

PITKETHLY et al. (2009) falam sobre a necessidade de informação que os pacientes e familiares requerem no curso do cuidado e que estas são insuficientes. Eles precisam de diferentes tipos de informação, em diversos momentos, com vários propósitos, mas muitas vezes não têm acesso a ela quando necessário.

A comunicação é de suma importância quando se trata do cuidado do paciente com câncer avançado e a questão para os profissionais que prestam assistência é saber identificar as necessidades dos pacientes e cuidadores durante os encontros. Achados sugerem que para esses pacientes é importante respeitar o tempo, demonstrar carinho, reconhecer o medo, ter equilíbrio e honestidade no fornecimento de informações (STAJDUHAR et al. 2010).

Uma linha para aconselhamento por telefone em oncologia psicossocial mostra o telefone como sendo uma ferramenta importante para aconselhamento e educação em saúde. Os pacientes normalmente

apresentam barreiras como limitação física e de transporte e o telefone pode romper essas barreiras, além de proporcionar privacidade e anonimato aos pacientes que não desejam participar de programas de aconselhamento em pessoa. O telefone também é uma alternativa econômica e quase universalmente disponível (MARCUS et al. 2001).

Os enfermeiros e médicos devem ter em mente que os aspectos da comunicação normal: contato físico, gestos, utilização de material audiovisual para suporte as orientações, se perdem na consulta telefônica. Antes de fornecer suporte telefônico o enfermeiro deve demonstrar competência em realizar suas rotinas de cuidado diárias. É necessário que seja experiente.

Segundo *Royal College of Nursing* (2011), para obter sucesso no atendimento telefônico é necessário também um ambiente sem ruídos, com o mínimo de distração; manter a confidencialidade e privacidade do paciente; bom equipamento para garantir qualidade de som apropriada; acesso aos documentos e registros de dados feitos em prontuário eletrônico; demonstrar empatia, incluindo uma validação dos problemas e necessidades do paciente; tempo disponível para levantar todas as informações necessárias de quem está ligando e habilidade para fornecer informações claras e concisas.

Em estudo realizado na Holanda, no período de 1997-1999, foram avaliados 124 pacientes em serviço de atendimento domiciliar, monitorados 24hs, com serviço de suporte telefônico aos cuidados domiciliares. Para avaliação dessas chamadas foi elaborada uma ferramenta que viabilizou o

atendimento telefônico, garantindo a continuidade do cuidado e com finalidade de registro. Foram recebidas 157 chamadas, 152 (97%) chamadas foram solucionados sem necessidade de reinternação do paciente. Os motivos mais frequentes que levaram a esse contato telefônico foram dor (40%), outros sintomas (19%), problemas técnicos (33%), informações gerais e orientações (6%), e problemas logísticos (2%) (ELFRINK et al. 2002).

A comunicação efetiva entre os pacientes e os profissionais de saúde passa a ter um papel importante principalmente para pessoas com câncer avançado. Nesse momento os pacientes experimentam um alto nível de estresse e tentam equilibrar tensões entre a esperança e a desesperança na cura do câncer que muitas vezes os priva de seus direitos, pois não valorizam suas necessidades reais (STAJDUHAR et al. 2010).

ASTUDILLO et al. (2008) mostram que os objetivos de ajudar os familiares são satisfazer suas necessidades de informação e melhorar a comunicação para facilitar sua participação nos cuidados, oferecer segurança diminuindo seus temores, facilitar a tomada de decisões e oferecer apoio emocional e físico.

Algumas barreiras para o acesso a essas informações foram atribuídas ao acesso limitado ao médico, à dificuldade que alguns desses profissionais encontram em ouvir e responder perguntas sobre as preocupações que o paciente apresenta, a utilização de linguagem técnica ou não envolver o paciente no processo de decisão como ele gostaria. Pelo fato de serem muitas as informações passadas no momento da consulta

médica, uma das intervenções feitas era oferecer ao paciente um vídeo, uma gravação ou um resumo por escrito, com os pontos-chaves discutidos na consulta com o médico.

Os resultados desses estudos mostraram que os participantes acharam de grande valor receber a gravação ou o resumo escrito. As gravações ajudaram a informar familiares e amigos, melhoraram a ansiedade, a depressão e a qualidade de vida do paciente (PITKETHLY et al. 2009).

De acordo com STRÖM et al. (2009), a utilização de serviço de ajuda telefônica está se tornando cada vez mais comum, onde os recursos de saúde têm sido utilizados de uma forma tão eficiente quanto possível e também visando a diminuição de custos. A alta qualidade de conselhos via telefone aumentou o número de consultas agendadas e diminuiu as consultas de emergência. Estes resultados se devem à atuação de enfermeiros altamente treinados na realização de triagem para classificar os pacientes e direcioná-los de acordo com a necessidade do cuidado. Essa triagem está associada ao processo de tomada de decisão, que envolve uma complexa combinação de observação, pensamento crítico e habilidade para classificar os dados (STRÖM et al. 2009).

Foram observados nos resultados a satisfação do paciente com o conselho recebido, a necessidade de ter uma relação amigável com a equipe, receber um tratamento respeitoso, informações seguras, confiáveis e que estimulam o auto-cuidado (STRÖM et al. 2009).

Em estudo realizado em Ontario, por BARBERA et al. (2010) utilizando o registro dos pacientes que morreram de câncer nessa região

entre 2002 e 2005, para avaliar os motivos que levam os pacientes com câncer próximos da morte a buscar o departamento de Emergência durante os últimos seis meses e as duas últimas semanas de vida. Foram incluídos 91.561 pacientes que morreram de câncer, durante os últimos seis meses de vida. Os 76.759 pacientes estudados fizeram 194.017 visitas ao departamento de emergência por dor abdominal, câncer de pulmão, pneumonia e dispnéia. Durante as duas últimas semanas 31.076 pacientes fizeram 36.600 visitas ao departamento de emergência por câncer de pulmão, dispnéia, pneumonia, seguido de dor abdominal. A patologia que apareceu com mais frequência foi câncer de pulmão, seguido de mama e próstata; foram levantadas 30 razões para essas vindas à emergência (BARBERA et al. 2010).

Detectaram que muitas vindas poderiam ser evitadas pois podem ser desencadeadas pela angústia dos familiares relacionada aos sintomas que os pacientes apresentam, mesmo sendo pacientes de caráter paliativo. Então o controle adequado dos sintomas, a educação do cuidador, intervenção psico-educacional estruturada e comunicação são vistos como medidas preventivas a essas visitas freqüentes (BARBERA et al. 2010).

Para pessoas com câncer, a visita à emergência é altamente desgastante, a espera pelo atendimento pode ser longa e desconfortável, especialmente pacientes que estão morrendo de câncer e suas respectivas famílias. Visitas muito freqüentes ao departamento de emergência, feitas pelo paciente perto do final da vida, têm sido utilizadas como indicador de má qualidade aos cuidados com esses pacientes (BARBERA et al. 2010).

MAGUIRE et al. (2008), mostra a percepção dos enfermeiros que participaram do estudo onde utilizam um sistema de telefone móvel para monitorar a toxicidade relacionado à quimioterapia de pacientes com tumor de mama, colorretal e pulmão, que recebem o tratamento em casa. Em um total de 22 enfermeiros, 55% acharam que o treinamento para a utilização do sistema foi inadequado; 77% acharam que é de grande ajuda para o controle de sintomas, embora o questionário elaborado para esse fim necessitasse de alguns ajustes. Consideraram inovador (48%), interessante (86%), gratificante (48%), a participação no estudo consumia muito tempo (67%) levando à sobrecarga de trabalho.

O sistema de orientação telefônica é mais utilizado para pacientes com doenças crônicas, como diabetes, asma, doenças reumatológicas e cardiopatias e em menor grau por pacientes oncológicos (BROWN et al. 2006). A melhora da qualidade de vida, confiabilidade, a facilidade de comunicação com os profissionais da saúde, o manejo dos sintomas de forma mais adequada e o auto-cuidado têm sido relatados como consequência do uso desse sistema, levando à potencial redução na taxa de internações, vindas à emergência e diminuição de custos.

Em estudo realizado na Inglaterra foi criada uma linha de ajuda 24 horas para orientação a profissionais da área da saúde, o objetivo foi levantar os motivos que os levaram a fazer contato telefônico. Uma das questões mais frequentes é assistência no manejo de dor, incluindo titulação do opióide, equivalência, tratamentos adjuvantes e crises de dor. Em segundo lugar estão os sintomas gastrointestinais tais como náusea, vômito,

diarréia, constipação e obstrução intestinal. Também foram abordadas questões relacionadas a preocupações psicossociais e éticas (RIDLEY e GALLAGHER 2008).

O acesso a conhecimentos em tratamento Paliativo é um desafio permanente, sendo assim, além da necessidade de informações dos pacientes e familiares, os profissionais da saúde também apresentam carência ou falta de conhecimento para tratar adequadamente os pacientes. Prestar assistência de qualidade em cuidados paliativos requer habilidade, tempo e conhecimento (RIDLEY e GALLAGHER 2008).

## **2 JUSTIFICATIVA**

A orientação telefônica para pacientes e cuidadores pode ser de grande auxílio no manejo clínico dos doentes oncológicos em cuidados paliativos. Entretanto a maioria dos estudos que consideraram esta questão envolve pacientes com outras doenças crônicas que não o câncer. Além disso, não existem dados nacionais que tenham avaliado o papel da orientação telefônica para pacientes em cuidados paliativos.

### **3 OBJETIVOS**

- 1      Análise descritiva de pacientes, familiares e cuidadores que fazem uso do contato telefônico, além dos motivos que levam pacientes, familiares ou cuidadores a fazer contato telefônico com a enfermeira do Serviço de Cuidados Paliativos;
- 2      Avaliar a associação entre o atendimento telefônico e necessidade de consulta de emergência e/ou internação hospitalar.

## **4 CASUÍSTICA E METODOLOGIA**

### **4.1 DESENHO DO ESTUDO**

Trata-se de um estudo de coorte, longitudinal, prospectivo, com pacientes de idade maior ou igual a 18 anos, de ambos os sexos, portadores de câncer de qualquer sítio primário, encaminhados para atendimento no Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital A.C. Camargo.

### **4.2 CASUÍSTICA**

Na ocasião da consulta médica e de enfermagem, todos os pacientes foram informados sobre a existência de um serviço de orientação telefônica para o esclarecimento de dúvidas pela enfermeira do Serviço de Cuidados Paliativos. Este serviço destina-se ao próprio paciente bem como para seus familiares e cuidadores, e está disponível de segunda a sexta-feira no período entre 13:00h e 18:00h.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão:

- Idade maior ou igual a 18 anos,
- Ser portador de câncer de qualquer sítio primário,
- Estar em tratamento no Serviço de Cuidados Paliativos.
- Ter recebido orientação sobre a existência e a disponibilidade de orientação telefônica.

Foram considerados os seguintes critérios de exclusão:

- Idade menor de 18 anos,
- Recusa em participar do estudo.

Após receberem a informação sobre a existência do serviço de orientação telefônica, todos os pacientes foram convidados a participar do presente estudo, manifestando a sua concordância através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Uma vez que não existe parâmetro na literatura mundial que possa ser utilizado para cálculo do tamanho da amostra, o projeto assumiu que o número de 90 pacientes seria significativo. Desta forma, foram incluídos 90 pacientes portadores de câncer de qualquer sítio primário em acompanhamento no Serviço de Cuidados Paliativos da Instituição, entre Maio de 2010 e Outubro de 2011.

#### **4.3 MÉTODO**

Os dados clínicos foram coletados através de entrevista direta ou pela análise das informações presentes nos prontuários, na ocasião da primeira consulta do paciente no Serviço de Cuidados Paliativos. Os dados foram coletados e estão demonstrados na Ficha do Anexo 1. Os casos que realizaram contato telefônico com a enfermeira tiveram os seguintes dados coletados: quem ligou (paciente, cuidador, familiar); motivo da ligação; quais as dúvidas apresentadas; tempo entre a última consulta e a ligação

telefônica; número de ligações realizadas para cada caso; e quais as orientações fornecidas.

Através da análise dos prontuários, todos os pacientes incluídos no estudo foram rastreados quanto ao número de atendimentos no Setor de Emergência, número de consultas realizadas no Serviço de Cuidados Paliativos fora do prazo estabelecido, e número de internações hospitalares. Foram identificados os motivos que levaram aos atendimentos de emergência e/ou internações, bem como o tempo decorrido entre este evento e o último contato telefônico. Com base nestas informações, as consultas na Emergência e as internações foram classificadas como programadas e não programadas. Os eventos não programados foram aqueles realizados de maneira não definida eletivamente, ou sem a recomendação do Serviço de Cuidados Paliativos ou do médico assistente.

Com a finalidade de estabelecer um perfil de quais foram os pacientes que mais utilizaram o serviço de orientação telefônica, todos os casos incluídos no estudo foram divididos em dois grupos:

- 1) Pacientes que realizaram contato telefônico com a enfermeira do Serviço de Cuidados Paliativos.
- 2) Pacientes que não realizaram contato telefônico com a enfermeira do Serviço de Cuidados Paliativos.

As características clínicas destes dois grupos de pacientes foram analisadas.

Foi feita uma análise descritiva das principais características do grupo de pacientes que entraram em contato telefônico com a enfermeira do

Serviço de Cuidados Paliativos. Foi realizado teste de associação para identificar as variáveis que caracterizaram os pacientes que fizeram uso da orientação telefônica.

O número de pacientes que fizeram uso de atendimentos de emergência e o número de internações não programadas, foram comparados entre os dois grupos estudados (realizou contato telefônico *versus* não realizou contato telefônico).

#### **4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA**

Todos os dados coletados foram transportados para planilhas do programa Excel da Microsoft.

Foi realizada análise descritiva das variáveis clínico-patológicas coletadas.

As variáveis contínuas foram descritas através da média ou mediana, com a variação mínimo-máximo. As variáveis categóricas foram descritas sob a forma de frequência com a respectiva porcentagem.

As variáveis categóricas foram comparadas pelo teste Qui-quadrado ou teste exato de Fischer. As variáveis contínuas foram comparadas pelo teste t de *Student* ou pelo teste de *Mann Whitney* de acordo com as suas características de distribuição.

Os dados foram analisados usando o programa computacional *Statistical Package of Sciences* (SPSS 11.5).

Os valores de “p” foram considerados significativos quando  $\leq 0,05$ .

#### **4.5 QUESTÕES ÉTICAS**

Este projeto foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Antônio Prudente do Hospital A.C. Camargo.

## 5 RESULTADOS

No período entre março 2010 a outubro de 2011 foram incluídos 90 pacientes, sendo que 29(32%) foram a óbito antes da conclusão do estudo.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DE TODOS OS PACIENTES INCLUÍDOS NO ESTUDO

A idade mediana foi de 62,9 anos, variando de 29,3 a 94,8 anos.

Na análise dos principais sítios primários da neoplasia maligna, observamos que os tumores mais freqüentes foram de cabeça e pescoço 16 pacientes (18%), seguido de trato digestivo e genital, conforme demonstrado na Tabela 1

**Tabela 1** - Distribuição dos pacientes conforme sítio da neoplasia primária. Hospital A.C. Camargo SP, março 2010- outubro de 2011.

| Sítio Primário   | n  | %    |
|------------------|----|------|
| Cabeça e Pescoço | 16 | 18   |
| Trato Digestivo  | 14 | 16   |
| Trato Genital    | 14 | 16   |
| Trato Urinário   | 12 | 13   |
| Mama             | 12 | 13   |
| TU Hematológicos | 7  | 8    |
| Outros           | 15 | 16   |
| Total            | 90 | 100% |

Dos 90 pacientes incluídos, 42 (46,6%) apresentavam apenas um sintoma e 48 (53,4%) apresentavam mais de um sintoma. As manifestações clínicas, identificadas na admissão ao Serviço de Cuidados Paliativos, foram variadas, mas a mais frequente foi dor n=76 (84%), náusea e vômito n=10 (11%), dispnéia n=7 (8%), conforme demonstrado na Tabela 2.

**Tabela 2** - Distribuição dos pacientes conforme as manifestações clínicas na admissão nos Cuidados Paliativos. Hospital A.C. Camargo SP, março 2010-outubro de 2011.

| Manifestações clínicas | n  | %* |
|------------------------|----|----|
| Dor                    | 76 | 84 |
| Náusea e vômito        | 10 | 11 |
| Dispnéia               | 7  | 8  |
| Astenia                | 7  | 8  |
| Emagrecimento          | 5  | 5  |
| Sonolência             | 3  | 3  |
| Outros                 | 18 | 20 |

\* %: porcentagem calculada em relação aos 90 pacientes do estudo

Todos os pacientes que participaram do estudo faziam uso de mais de uma medicação, os opióides fortes aparecem como os mais freqüentes n= 47 (52%) seguido por analgésicos simples n=36 (40%) e anticonvulsivantes n=35 (38%). Os fármacos mais utilizados estão descritos abaixo na Tabela 3.

**Tabela 3** - Distribuição dos pacientes conforme os medicamentos em uso. Hospital A.C. Camargo SP, março 2010- outubro de 2011.

| <b>Medicamentos utilizados</b> | <b>n</b> | <b>%*</b> |
|--------------------------------|----------|-----------|
| Opióide Forte                  | 47       | 52        |
| Analgésico Simples             | 36       | 40        |
| Anticonvulsivante              | 35       | 38        |
| Opióide Fraco                  | 28       | 31        |
| Antidepressivo                 | 17       | 18        |
| Antidepressivo Tricíclico      | 16       | 17        |
| Neurolépticos                  | 13       | 14        |

\*%: porcentagem calculada em relação aos 90 pacientes do estudo

## **5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES QUE UTILIZARAM O SERVIÇO DE ORIENTAÇÃO TELEFÔNICA**

Dos 90 pacientes incluídos no estudo, quarenta e cinco (50%) utilizaram pelo menos uma vez o serviço de orientação telefônica.

De acordo com a análise do número de ligações por paciente, quarenta e cinco (50%) não fizeram nenhum contato telefônico com o serviço, 15 (16,7%) fizeram apenas 1 contato, 13 (14,5%) fizeram 2 contatos, 5 (5,5%) fizeram 3 contatos, seguidos dos demais conforme tabela 4 abaixo, chegando ao máximo de 12 contatos realizados. Total de 128 ligações, sendo 50 ligações feitas pelos pacientes e 78 ligações por cuidadores e familiares.

**Tabela 4** - Número de ligações por paciente. Hospital A.C. Camargo SP, março 2010- outubro de 2011.

| Número de Ligação  | n  | %    |
|--------------------|----|------|
| 0                  | 45 | 50   |
| 1                  | 15 | 16,7 |
| 2                  | 13 | 14,5 |
| 3                  | 5  | 5,6  |
| 4                  | 5  | 5,6  |
| 5                  | 1  | 1,1  |
| 6                  | 3  | 3,0  |
| 8                  | 1  | 1,1  |
| 9                  | 1  | 1,1  |
| 12                 | 1  | 1,1  |
| Total de pacientes | 90 | 100% |

A mediana do tempo para a primeira ligação foi de 5 dias (0 a 240 dias), conforme demonstrado na Tabela 5.

**Tabela 5** - Tempo até a primeira ligação. Hospital A.C. Camargo SP, março 2010- outubro de 2011.

| Tempo até a 1ª Ligação | Dias |
|------------------------|------|
| Média                  | 22   |
| Desvio Padrão          | 39   |
| Mínimo                 | 0    |
| Mediana                | 5    |
| Máximo                 | 240  |

Os diversos motivos que levaram os pacientes a fazer contato telefônico estão demonstrados na Tabela 6. Quatorze pacientes (15%) ligaram por dor, 13 (14%) ligaram por outros motivos relacionados à falta de medicação, solicitação de antecipação da consulta, problemas com documentação, 11(12%) fizeram contato para falar sobre melhora da dor

com introdução ou alteração dos medicamentos, conforme demonstrado na Tabela 6.

**Tabela 6** - Motivos que levaram os pacientes a fazer o primeiro contato telefônico. Hospital A.C. Camargo SP, março 2010- outubro de 2011.

| Motivos da primeira ligação | n  | %* |
|-----------------------------|----|----|
| Dor                         | 14 | 15 |
| Comunicar melhora da dor    | 11 | 12 |
| Náusea e vômito             | 6  | 6  |
| Dúvidas sobre medicação     | 6  | 6  |
| Constipação                 | 4  | 4  |
| Outros                      | 13 | 14 |

\*%: porcentagem calculada em relação aos 90 pacientes do estudo

Após o primeiro contato telefônico, alguns pacientes chegaram a ligar até 12 vezes, na Tabela 7 está demonstrado o motivo de todas as ligações a partir do segundo contato telefônico. Ainda aparece dor como motivo prevalente para o contato n=23(25%), seguido de sintomas neurológicos n=17(18%), sintomas gastrointestinais n=15(16%), alguns pacientes ligam para comunicar melhora dos sintomas n=14(15%).

**Tabela 7** - Motivos que levaram os pacientes a fazer os outros contatos telefônicos. Hospital A.C. Camargo SP, março 2010- outubro de 2011.

| <b>Motivos dos contatos telefônicos</b>        | <b>n</b> | <b>%*</b> |
|------------------------------------------------|----------|-----------|
| Dor                                            | 23       | 25        |
| Sintomas neurológicos                          | 17       | 18        |
| Sintomas gastrointestinais                     | 15       | 16        |
| Comunicar melhora dos sintomas                 | 14       | 15        |
| Dúvidas relacionadas medicação                 | 10       | 11        |
| Lesões de pele                                 | 7        | 7         |
| Dúvidas relacionadas às orientações fornecidas | 6        | 6         |
| Presença de sangramento                        | 4        | 4         |
| Outros                                         | 11       | 12        |

\* %: porcentagem calculada em relação aos 90 pacientes do estudo

### **5.3 PERFIL DOS PACIENTES QUE FIZERAM USO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO TELEFÔNICO**

Observamos que apenas a idade foi associada de maneira significativa à utilização do serviço de orientação telefônica, pois 29 (64%) pacientes que fizeram pelo menos uma ligação telefônica tinham idade <63 anos,  $p=0,01$ . Observamos uma tendência à maior frequência de utilização do serviço telefônico entre os pacientes que tinham um cuidador (69%), embora esta diferença não tenha atingido a significância estatística ( $p=0,08$ )

Tabela 8

**Tabela 8** - Caracterização das variáveis dos pacientes que utilizaram ou não o serviço de orientação telefônica. Hospital A.C. Camargo SP, março 2010-outubro de 2011.

| Variáveis               | Ligou    | Não Ligou | Total | p    |
|-------------------------|----------|-----------|-------|------|
| Idade                   |          |           |       |      |
| <63                     | 29 (64%) | 17(38%)   | 46    | 0,01 |
| >=63                    | 16 (36%) | 28(62%)   | 44    |      |
| Gênero                  |          |           |       |      |
| Masc                    | 14(31%)  | 17(38%)   | 31    | 0,51 |
| Feminino                | 31(69%)  | 28(62%)   | 59    |      |
| Fonte pagadora          |          |           |       |      |
| SUS                     | 10(22%)  | 8(18%)    | 18    | 0,64 |
| Convênio                | 35(78%)  | 36(82%)   | 71    |      |
| Necessidade de cuidador |          |           |       |      |
| Não                     | 14(31%)  | 7(16%)    | 21    | 0,08 |
| Sim                     | 31(69%)  | 38(84%)   | 69    |      |

Não observamos associação significativa entre o *performance status*, presença de comorbidades e o tipo de tratamento oncológico com a utilização do serviço de atendimento telefônico, conforme demonstrado na Tabela 9.

**Tabela 9** - Caracterização das variáveis dos pacientes que utilizaram ou não o serviço de orientação telefônica de acordo com *Performance Status* e tratamentos anteriores. Hospital A.C. Camargo SP, março 2010- outubro de 2011.

| Variáveis                 | Ligou   | Não Ligou | Total | P    |
|---------------------------|---------|-----------|-------|------|
| ECOG                      |         |           |       |      |
| ≤2                        | 34(76%) | 29(66%)   | 63    | 0,32 |
| 3ou4                      | 11(24%) | 15(34%)   | 26    |      |
| KPS                       |         |           |       |      |
| < 60                      | 15(33%) | 20(45%)   | 35    | 0,24 |
| ≥ 60                      | 30(67%) | 24(55%)   | 54    |      |
| Comorbidades              |         |           |       |      |
| Não                       | 15(38%) | 8(21%)    | 23    | 0,10 |
| Sim                       | 24(62%) | 30(79%)   | 54    |      |
| Tratamento Oncológico QXT |         |           |       |      |
| Não                       | 14(32%) | 10(22%)   | 24    | 0,31 |
| Sim                       | 30(68%) | 35(78%)   | 65    |      |

#### 5.4 ASSOCIAÇÃO ENTRE UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ORIENTAÇÃO TELEFÔNICA E ATENDIMENTOS NA EMERGÊNCIA E INTERNAÇÕES

Analisando especificamente as internações não programadas, observamos frequência significativamente menor (36%) de internações entre os pacientes que ligaram para orientação telefônica, conforme demonstrado na Tabela 10.

**Tabela 10** - Caracterização das variáveis dos pacientes que utilizaram ou não o serviço de orientação telefônica com relação às internações. Hospital A.C. Camargo SP, março 2010- outubro de 2011.

| Variáveis                        | Ligou  | Não Ligou | Total | P     |
|----------------------------------|--------|-----------|-------|-------|
| <b>Internação não programada</b> | N %    | N %       |       |       |
| Não                              | 29(64) | 16(36)    | 45    | 0,006 |
| Sim                              | 16(36) | 29(64)    | 45    |       |

Os pacientes que não utilizaram o serviço de orientação telefônica vieram em maior número para atendimento no Serviço de Emergência de forma não programada (71%) conforme demonstrado na Tabela 11.

**Tabela 11** - Caracterização das variáveis dos pacientes que utilizaram ou não o serviço de orientação telefônica com relação às vindas à Emergência. Hospital A.C. Camargo SP, março 2010- outubro de 2011.

| Variáveis                        | Ligou  | Não Ligou | Total | P    |
|----------------------------------|--------|-----------|-------|------|
| <b>Emergência não Programada</b> | N %    | N %       |       |      |
| Não                              | 23(51) | 13(29)    | 36    | 0,03 |
| Sim                              | 22(49) | 32(71)    | 54    |      |

## 5 DISCUSSÃO

A literatura é escassa com relação a estudos sobre o atendimento telefônico como suporte aos pacientes, familiares e seus cuidadores, principalmente em se tratando de pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos.

Alguns estudos falam sobre atendimento a pacientes reumatológicos (HUGHES et al. 2002; BROWN et al. 2006), pacientes oncológicos em quimioterapia (WEAVER et al. 2007) e sobre o suporte telefônico aos profissionais que trabalham com pacientes em Cuidados Paliativos, e precisam de orientação para prestar assistência a seus doentes (TEUNISSEN et al. 2007).

Esse estudo tem como objetivo realizar uma análise descritiva dos pacientes, familiares e cuidadores que fazem uso do contato telefônico, além dos motivos que os levam a fazer esse contato com a enfermeira do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital A.C. Camargo. Realizamos uma análise prospectiva entre os meses de março de 2010 a outubro de 2011 e a população apresentou características demográficas semelhantes as encontradas por (RIDLEY e GALLAGHER 2008; STRÖM et al. 2009; MARCUS et al. 2002). A idade mediana dos pacientes foi de 62,9 anos, variando entre 29,3e 94,8 anos, com prevalência do sexo feminino 31 (69%). Houve predomínio de pacientes que fazem uso de assistência médica conveniada (78%) e a maioria tem um 'cuidador' (69%).

Com relação ao sítio de neoplasia primária, os mais freqüentes foram os tumores de cabeça e pescoço, trato digestivo, genital, seguidos de trato urinário, mama, tumores hematológicos e de outros tipos de tumores. ELFRINK et al. (2002) encontram prevalência de pacientes com tumores de mama, gastrointestinais e genitourinários, e RIDLEY e GALLAGHER (2008), em tumores de pulmão e colorretal.

No presente estudo as manifestações clínicas mais freqüentes foram dor, náusea e vômito, dispnéia, astenia, emagrecimento, sonolência, seguido de outros sintomas. No estudo realizado por POTTER et al. (2003), mostraram que o câncer é uma das principais causas de morte no Reino Unido e os pacientes apresentam grande número de sintomas aflitivos que podem ocorrer pelo processo da doença, durante o tratamento , ou devido à falta de controle adequado desses sintomas. Encontram também a dor como sintoma prevalente, assim como ELFRINK et al. (2002); TEUNISSEN et al. (2007); RIDLEY e GALLAGHER (2008); BARBERA et al. (2010).

A dor relacionada ao câncer acomete cerca de 50% dos doentes em todos os estágios e em torno de 70% dos indivíduos com doença avançada (PIMENTA et al. 1997; CALIL e PIMENTA 2009). De acordo com a Escada analgésica da OMS, a dor intensa que comumente acomete paciente com câncer nessa fase, tem indicação de ser controlada com o uso do opióide forte, associadas ou não a drogas adjuvantes (antidepressivos, anticonvulsivantes, entre outros).

A população estudada fazia uso de mais de uma medicação, a prevalência do uso foi de opióides fortes (52%), seguida de analgésicos

simples, anticonvulsivantes, opióide fraco, antidepressivos e neurolépticos. Embora utilizando essas medicações, os pacientes tinham queixa de dor.

No momento da consulta médica no Serviço de Cuidados Paliativos, todos os pacientes recebem o número do contato telefônico com a enfermeira responsável pelo serviço. Neste estudo, dos 90 pacientes incluídos, 45 (50%) fizeram pelo menos uma ligação, num total de 128, variando de um a 12 contatos.

Esperávamos uma frequência maior no número de ligações, mas isso pode ter ocorrido devido a restrição do horário de atendimento que ficou estabelecido de segundas as sextas-feiras das 13 às 18hs, período em que a enfermeira do serviço se encontra no setor. Os pacientes que tiveram intercorrências fora desse período, não tinham como solicitar orientação. Muitos pacientes acharam isso bastante inconveniente. Tivemos também um total de 32% de óbitos antes da conclusão do estudo, o que certamente contribuiu para a diminuição das ligações.

O estudo mostra que dentre os motivos que levaram os pacientes a fazer o primeiro contato telefônico e os subseqüentes, a dor continua aparecendo como a razão principal. Deixando claro que a busca de auxílio por parte do paciente, familiares e ou cuidadores é para controle dos sintomas que ocorrem pela própria doença, ao tratamento ou relacionada à medicação prescrita. Porém, ainda nesta primeira ligação, existe uma necessidade de compartilharem a melhora do paciente com relação ao controle analgésico, efeitos colaterais e a preocupação relacionada à nova medicação que foi introduzida. Quando acontecem as ligações seguintes,

eventos como sintomas neurológicos e gastrointestinais vem logo após a queixa principal, dor. Algumas vezes, estes pacientes necessitam de outras intervenções ou apenas ajuste ou substituição da medicação em uso.

Os motivos que levam os pacientes, familiares e ou cuidadores a fazerem o contato telefônico, estão na maioria das vezes relacionados ao controle dos sintomas relacionados à doença ou aos efeitos colaterais medicamentosos. A maior prevalência de sintomas foi dor, seguida de alterações neurológicas e desconfortos gastrointestinais.

Na tentativa de caracterizar um perfil de pacientes que fizeram uso da orientação telefônica, o estudo não mostrou relação direta com a *Performance Status* (KPS), mesmo tendo como maioria pacientes com comorbidades e em tratamento quimioterápico. Os pacientes que ligaram mais tinham um KPS  $\geq 60$  % e o esperado era que os pacientes com KPS menor de 60% ligassem mais, pois são pacientes com alto grau de dependência de cuidados e têm uma progressão de doença importante.

Existe a possibilidade de que esses pacientes venham com maior frequência à emergência porque não acreditam que o atendimento telefônico vá ajudar na resolução do seu problema. Também existe o estresse do cuidador, que mesmo sabendo que o paciente tem uma abordagem paliativa, acaba vindo a emergência por não conseguir lidar com os sintomas no final da vida (BARBERA et al. 2010).

O câncer é uma doença que tem impacto na vida do paciente e seus familiares, modifica a dinâmica e a estrutura familiar. O cuidador principal é a pessoa, que pode ser familiar ou não, encarregada pela maior parte dos

cuidados prestados ao paciente, acompanhamento as consultas e internações. Esse indivíduo acaba tendo comprometimento físico e emocional, exacerbado principalmente nos momentos de crise, quando o paciente é encaminhado para cuidados paliativos, tem que se submeter a algum procedimento, nos casos de dependência crescente do paciente e a presença de sintomas não controlados (ARAUJO et al. 2009). Isso faz com que muitas vezes não consiga lidar com alguma situação difícil sem a presença física de um profissional habilitado.

Os pacientes que fizeram uso do contato telefônico tinham idade inferior a 63 anos (64%) e tinham necessidade de cuidador (63%). Essa foi outra variável inesperada, porque acabamos achando que os pacientes mais idosos, ligariam mais. Uma das populações que acabam tendo seus sintomas sub-tratados, são os pacientes idosos, porque as pessoas entendem que certos sintomas, são naturais do envelhecimento. Digamos que os sintomas são mais tolerados pela associação com a idade.

Também a presença do cuidador faz com que o contato aconteça com maior frequência, porque estando sempre junto ao paciente, consegue detectar qualquer alteração que venha a aparecer. Também a maioria deles prefere cuidar do paciente em casa, por acreditar que o lar traz maior conforto ao paciente, segundo estudo realizado por ARAUJO et al. (2009), então, o contato telefônico pode contribuir para isso.

Esse serviço de orientação telefônica tem por finalidade agilizar a resolução das intercorrências que os pacientes possam apresentar e buscar

gerenciar suas necessidades, otimizando a utilização do serviço de emergência e as internações.

Segundo STRÖM et al. (2009), os pacientes consideram o contato telefônico simples, acessível, uma alternativa segura, valorizam o atendimento atencioso. Esse tipo de atendimento está se tornando comum , entre outras coisas, pela redução de custos.

Avaliando a caracterização das variáveis dos pacientes que utilizaram ou não o serviço de orientação telefônica, observamos que os pacientes que telefonaram tiveram um número menor de internações não programadas, 16(36%) ( $p= 0,006$ ) ou seja, não internaram sem contato telefônico prévio com a enfermeira do Serviço de Cuidados Paliativos.

O mesmo ocorre com as vindas à emergência, os pacientes que fizeram contato telefônico com a enfermeira do serviço, tiveram um número menor dessas ocorrências, 22 pacientes (49%) vieram de forma não programada.

Nos últimos anos houve um crescimento no uso da consulta por telefone, como resposta ao aumento da demanda de consultas com clínicos, acidentes e visitas as emergências. BUNN et al. (2005), realizaram uma revisão sistemática de trabalhos, a maioria deles realizados no Reino Unido, que compararam o atendimento normal ao atendimento telefônico.

Esse tipo de atendimento favorece uma triagem dos pacientes, ou seja, as chamadas são recebidas, avaliadas e gerenciadas e essas pessoas recebem uma orientação ou encaminhamento a um serviço apropriado. Pelo menos 50% dessas chamadas, foram resolvidas pelo telefone e em 12

meses reduziram o número de internações com atendimento realizado por funcionários treinados. Os pacientes mostraram-se satisfeitos com o serviço e não acharam diferença do atendimento realizado pessoalmente.

BUNN et al. (2005) enfatizam o atendimento prestado por profissionais qualificados e também o atendimento realizado por enfermeiras mostrando um alto grau de satisfação pelos clientes. Embora considerem que esse atendimento tenha potencial, ainda são necessárias avaliações sobre a segurança da orientação fornecida e satisfação e uso do serviço.

Quando os pacientes vêm encaminhados para acompanhamento com a equipe de Cuidados Paliativos, a maioria deles têm um grau de ansiedade bastante elevado por não conhecerem a especialidade ou muitas vezes por crenças erradas. Nesse momento de estresse a enfermeira tem um papel importante com relação as informações que esse paciente irá receber, pois elas podem ser processadas de forma errada ou confusa, devido ao nível de estresse (DAHLIN e GIANIRACUSA 2006).

Apresentam diversas necessidades como controle de sintomas, suporte a família e amigos, encontrar significado e manter a dignidade e o controle. Têm necessidade de obter informações, sintetizá-las e tomar decisões (DAHLIN e GIANIRACUSA 2006).

A comunicação entre a enfermeira e o paciente ou familiar acontece em todos os aspectos do cuidado. O paciente é submetido a muitas informações, notícias desagradáveis, como por exemplo, progressão de doença e é necessário checar aquilo que ele entendeu no momento da consulta. É importante que as orientações sejam fornecidas por escrito e o

atendimento telefônico tem uma função muito importante, quando as dúvidas aparecem.

Quando o paciente apresenta alguma alteração no quadro clínico e a família não sabe como agir, precisa saber até quando esse paciente pode ser mantido em casa, quando é necessário levar ao serviço de emergência, em que situação isso deve acontecer. A disponibilidade do contato telefônico fornece segurança, é simples, economiza tempo e é mais fácil que mobilizar o paciente até o local onde o atendimento está disponível (STRÖM et al. 2009), às vezes por motivos que podem ser resolvidos com uma orientação via telefone.

Esse serviço vai muito além de uma simples técnica, é preciso um preparo e um protocolo para realizá-lo. É preciso que quem liga sinta-se cuidado, acolhido, amparado e que está de fato sendo ouvido. Ele precisa de respostas técnicas, soluções para o problema que o levou a fazer o contato, mas esse atendimento para cumprir o seu papel de educar e auxiliar, precisa ser personalizado.

Quando o paciente ou seu familiar ligam, imediatamente é acessado seu prontuário com todos os dados necessários para avaliar o que será relatado. É realizada uma checagem dos medicamentos que ele está fazendo uso, avaliadas suas queixas relatadas na consulta e orientações fornecidas. Dessa forma o paciente sabe que está sendo atendido por alguém que o conhece e isso traz confiança e faz com que se sinta seguro.

BAILEY e WILKERSON (1998) avaliaram a percepção dos pacientes em relação a habilidade de comunicação dos enfermeiros e quais os

atributos eles consideravam serem essenciais à uma boa enfermeira. Os resultados mostraram que é necessária boa comunicação verbal e não verbal, ser acessível, não julgar e ter conhecimento com relação ao cuidado e ser bom ouvinte. Essas características tornam o atendimento telefônico mais humanizado pois não podemos perder a essência do cuidado.

## 7 CONCLUSÕES

Os pacientes incluídos nesse estudo eram na sua maioria do sexo feminino, com idade mediana de 62,9anos, variando de 29,3 a 94,8 anos. A maioria dos pacientes que fez contato telefônico tinham idade < de 63 anos e essa variável foi associada de maneira significativa à utilização do serviço telefônico  $p=0,01$ .

A maior frequência de utilização desse serviço foi entre os pacientes que tinham cuidador 69%, embora não tenha atingido significância estatística  $p= 0,08$ .

O motivo que levou os pacientes a fazerem contato telefônico foi dor, assim como o sintoma mais freqüente na primeira consulta ao Serviço de Cuidados Paliativos.

De 90 pacientes incluídos, 45 não fizeram contato telefônico e os outros 45 fizeram de 1 a 12 contatos, totalizando 128 ligações, sendo que 84,4% foram feitas por cuidadores e 58% feitas pelos pacientes.

As internações não programadas foram mais freqüentes aos pacientes que não fizeram contato telefônico 64% e com relação as vindas à emergência, também foram mais freqüentes aos pacientes que não fizeram o contato 71%.

Este último dado denota a importância da disponibilidade de orientação telefônica para estes pacientes. O atendimento telefônico interfere de forma positiva no controle das visitas a emergência e internações.

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araujo LZS, Araujo CZS, Souto AKB, Oliveira MS. Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo. **Rev Bras Enferm** 2009; 62:32-7.

Astudillo W, Mendinueta C, Granja P. Cómo apoyar al cuidador de un enfermo en el final de la vida. **Psicooncology** 2008; 5:359-381.

Barbera L, Taylor C, Dudgeon D. Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life? **CMAJ** 2010; 182:563-68.

Bailey E, Wilkerson S. Patients' views on nurses communication skills: a pilot study. **Int J Palliat Nurs** 1998; 4:300-305.

Bunn F, Byrne G, Kendall S. The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: a systematic review. **Br J Gen Pract** 2005; 55:956-61.

Brown SJ, McCabe CS, Hewlett S, et al. Rheumatology telephone helplines: patient and health professionals' requirements. **Musculoskelet Care** 2006; 4:24-37.

Calil AM, Pimenta CA. Relação entre a gravidade do trauma e padrões de analgesia utilizados em acidentados de transporte. **Rev Esc Enferm USP** 2009; 43:328-34.

Carvalho CSU. A necessária atenção à família do paciente oncológico. **Rev Bras Cancerol** 2008; 54:87-96.

Dahlin CM, Giansiracusa DF. Communication in palliative care. In: Ferrel BR, Coyle N, editors. **Textbook of palliative nursing**. New York: Oxford University Press, 2006. p.67-93.

Elfrink EJ, van der Rijt CC, van Boxtel RJ, Elswijk-de Vries P, van Zuijlen L, Stoter G. Problem solving by telephone in palliative care: use of a predetermined assessment tool within a program of home care technology. **J Palliat Care** 2002 Summer; 18:105-10.

Hughes RA, Carr ME, Hugget A, Thwaites CEA. Review of the function of a telephone helpline in the treatment of outpatients with rheumatoid arthritis. **Ann Rheum Dis** 2002; 61:341-5.

Kruse MHL, Vieira RW, Ambrosini L, Niemeyer F, Silva FP. Cuidados paliativos: uma experiência. **Rev HCPA** 2007; 27:49-52.

Maguire R, McCann L, Miller M, Kearney N. Nurse's perceptions and experiences of using of a mobile-phone-based Advanced Symptom Management System (ASyMS) to monitor and manage chemotherapy-related toxicity. **Eur J Oncol Nursing** 2008; 12:380-6.

Marcus AC, Garrett KM, Kulchak-Rahm A, Barnes D, Dortch W, Juno S. Telephone counseling in psychosocial oncology: a report from the Cancer Information and Counseling Line. **Patient Educ Couns** 2002; 46:267-75.

[OMS] Organização Mundial da Saúde. Programas Nacionais de Controle do **Câncer: políticas e princípios de gerenciamento**. 2002, Disponível em: <URL:<http://who.int/cancer/palliative/definition/en/>> [2012 jan 12]

Pitkethly M, MacGillivray S, Ryan R. Recordings or summaries of consultations for people with cancer. **Database Syst Rev** 2000; (2):CD001539.

Pimenta C.A.M, Koizumi MS, Teixeira MJ. Dor no doente com câncer: características e controle. **Rev Bras Cancerol** 1997; 43:21-44.

Potter J, Hami F, Bryan T, Quigley C. Symptoms in 400 patients referred to palliative care: prevalence and patterns. **Palliative Med** 2003; 17:310-4.

Ridley JZ, Gallagher R. Palliative care telephone consultation: who calls and what do they need to know? **J Palliat Med** 2008; 11:1009-14.

Royal College of Nursing. **Telephone advice lines for people with long term conditions: guidance for nursing practitioners.** <URL:[http://www.rcn.org.uk/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/78695/003033.pdf](http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0008/78695/003033.pdf)> [2011 dez 21]

Stajduhar KI, Thorne SE, McGuinness L, Kim-Sing C. Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. **J Clin Nurs** 2010; 19:2039-47.

Ström M, Marklund B, Hildingh C. Callers' perceptions of receiving advice via a medical care help line. **Scand J Caring Sci** 2009; 23:682-90.

Teunissen SCCM, Verhagen EH, Brink M, Voest EE, Graeff A. Telephone consultation in palliative care for cancer patients: 5 years of experience in The Netherlands. **Supp Care Cancer** 2007; 15:577-82.

Weaver A, Young AM, Rowntree J, et al. Application of mobile technology for managing chemotherapy-associated side-effects. **Ann Oncol** 2007; 18:1887-92.

## Anexo 1 - Ficha de coleta de dados

Nome \_\_\_\_\_

RGH \_\_\_\_\_

Data de Admissão no Serviço de Cuidados Paliativos: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ .

Gênero: (1) Masc (2) Fem Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Necessidade de cuidador: (1) Sim (2) Não

Grau de relação com o cuidador: (1) Parente. Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

(2) Cônjuge (3) Amigo(a) (4) Outros: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Data do diagnóstico da neoplasia primária: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ .

Sítio primário da neoplasia primária:

---

---

---

---

---

---

Performance Status atual: ECOG: \_\_\_\_\_ Karnofsky: %

Manifestações clínicas atuais: (1) Dor (2) Dispneia (3) Anorexia

(4) Emagrecimento (5) Outras: \_\_\_\_\_

Medicamentos em uso:

---

---

---

---

Co-morbidades: (1)HAS (2)Diabete (3)Coronariopatia (4)Dislipidemia

(5)Arritmia cardíaca (6)DPOC (7)Outros: \_\_\_\_\_

Tabagismo: (1)Sim (2)Não

Etilismo: (1)Sim (2)Não

Tratamentos oncológicos anteriores:

QT: (1)Sim (2)Não

Cirurgia: (1)Sim (2)Não

Tipo de Cirurgia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Radioterapia: (1)Sim (2)Não

Dieta Via oral: (1)Sim (2)Não

Dieta por via SNE: (1)Sim (2)Não

## **Anexo 2 – Atendimento no Setor de Emergência e Internações**

Número de atendimentos no setor de emergência: \_\_\_\_\_

Número de consultas no Serviço de cuidados paliativos, realizadas fora do prazo determinado: \_\_\_\_\_

Número de internações hospitalares: \_\_\_\_\_

Tempo entre o último atendimento telefônico e a ocorrência dos eventos acima: \_\_\_\_\_ dias.

### **Anexo 3 - Termo de consentimento livre esclarecido (TCLE)**

Hospital A.C. Camargo – Fundação Antonio Prudente

R: Professor Antônio Prudente, 211 – telefone: 21895000.

#### **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL**

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

O(A) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar de um estudo denominado “O CONTATO TELEFÔNICO UTILIZADO COMO ESTRATÉGIA DE REFORÇO À ASSISTÊNCIA DO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS, SEUS FAMILIARES E CUIDADORES”, que está sendo realizado no Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital A.C. Camargo. Por favor, leia atentamente as informações presentes neste documento antes de autorizar a sua participação no estudo.

#### **II. OBJETIVO DO ESTUDO:**

O objetivo desse estudo é fazer uma análise descritiva dos motivos que levam pacientes, familiares ou cuidadores a fazer contato telefônico com a enfermeira do Serviço de Cuidados Paliativos e avaliar o impacto do atendimento telefônico no tratamento dos pacientes em cuidados paliativos.

#### **III. PROCEDIMENTOS:**

Após sua consulta médica no Serviço de Cuidados Paliativos, você receberá informação sobre a existência do serviço de orientação telefônica disponível para todos os pacientes. O(A) Sr(a) será convidado(a) a participar do presente estudo, manifestando a sua concordância através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Caso concorde em participar do presente estudo, os seus dados clínicos serão obtidos através de análise do seu prontuário médico. Caso o(a) Sr(a) tenha necessidade de entrar em contato telefônico com a enfermeira dos Cuidados Paliativos, as informações clínicas desta orientação telefônica serão coletadas para posterior análise.

Não haverá necessidade do seu comparecimento no hospital apenas para participar do presente estudo. Todo o seu tratamento e assistência serão realizados normalmente, independentes da sua participação ou não no presente estudo.

#### **IV. RISCOS e BENEFÍCIOS**

A sua participação neste estudo não acrescenta nenhum risco ao seu tratamento dentro do hospital.

O contato telefônico com a Enfermeira do Serviço de Cuidados Paliativos poderá trazer-lhe benefícios no sentido de esclarecer dúvidas e fornecer informações que potencialmente serão úteis para o seu cuidado. Além disso, o melhor conhecimento das necessidades que levam pacientes a procurar orientações telefônicas poderão ser úteis para futuras modificações neste serviço para melhor atender os pacientes

#### **V. SIGILO DAS INFORMAÇÕES:**

A sua participação neste estudo é voluntária, tendo o direito a retirar-se do estudo a qualquer momento. Sua recusa ou desistência não irá prejudicar de nenhuma forma o seu tratamento no hospital.

A sua identidade será preservada, apenas os membros da equipe de saúde e da Comissão de Ética terão acesso aos registros. Todas as informações clínicas obtidas serão tratadas com sigilo, assegurando a sua privacidade.

Qualquer dúvida sobre o estudo, você poderá entrar em contato com o Dr Jefferson Luiz Gross, no telefone 2189-5119 no horário entre 13 e 18hs. Se o pesquisador principal não fornecer as informações/esclarecimentos

suficientes, por favor, entre em contato com o Coordenador do Comitê de Ética do Hospital A.C. Camargo-SP, pelo telefone 2189-5020.

Declaro que fui esclarecido sobre os procedimentos, riscos e benefícios deste estudo; que tenho liberdade em retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo ao meu tratamento; que não haverá remuneração financeira para este estudo; que minha identidade será preservada, mantendo-se todas as informações em caráter confidencial. Concordo em participar deste estudo.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do paciente ou responsável/representante local

---

Assinatura do pesquisador ou representante

#### **Anexo 4 - Ficha para os dados do atendimento telefônico**

Nome do paciente:

RGH:

Data da ligação telefônica: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ .

Horário da ligação:

Tempo da ligação:

Nome de quem está fazendo o contato: \_\_\_\_\_

Quem fez contato telefônico: (1)Paciente      (2)Familiar      (3)Cuidador

(4)Outros: \_\_\_\_\_

Motivo da ligação:

Orientação Fornecida: