
Atendimento a pacientes e familiares no Serviço de Terapia Antálgica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp

Assistance to patients and their relatives at the antalgic therapy department at the Hospital da Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp

Maria Odete Simão¹

O Serviço de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP existe desde 1992 e tem por objetivo o tratamento de pacientes que apresentam queixas de dor crônica ou aguda. O atendimento ocorre de duas maneiras: ambulatorialmente, ou através de visitas domiciliares. O Serviço é composto por uma equipe multiprofissional, constituída por médicos, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas, além de profissionais de outras especialidades que colaboram no atendimento dos pacientes quando necessário (Interconsulta com outras clínicas). Além da atividade assistencial, o Serviço oferece estágio a profissionais de outros serviços, alunos de graduação em Medicina e Serviço Social e residentes do 2º ano de Anestesiologia.

A porta de entrada no Serviço se faz através de encaminhamento de outras clínicas do HC, ou outros serviços, além da procura espontânea realizada por pacientes e/ou familiares. Os encaminhamentos ocorrem geralmente, devido a quadros dolorosos de difícil controle que são, muitas vezes, conseqüência de doenças como o câncer, herpes zoster, nevralgias pós-herpética, cefaléias, lombalgias, neuropatia metabólica periférica, distrofia simpático reflexa e causalgia, dor miofascial, membro fantasma, dores osteoarticulares, aids, etc.

A Associação Internacional do Estudo da Dor (International Association for the Study of Pain (IASP))¹ define a terapia antálgica como sendo uma experiência complexa, pessoal, subjetiva e desagradável, envolvendo sensação e percepção que podem ou não estar

relacionadas a uma lesão real ou potencial e podendo ser influenciada por fatores psicossociais, culturais, biológicos e psicológicos. A experiência subjetiva de dor e sua interpretação envolvem vários aspectos emocionais do indivíduo como: incerteza, fantasias de incapacidades, perdas materiais e sociais, gerando sofrimento e despertando o medo e, o pensamento de morte. Com estes sentimentos de desesperança e abandono que pacientes e famílias chegam ao ambulatório, preocupados com sua dor, ao mesmo tempo que temendo pela sua desvalorização.

Consideramos importante pensar no doente vinculado a sua família e vice-versa, pois na maioria das vezes esta adocece junto com o seu membro e, a partir deste adoecer ocorrem mudanças na sua dinâmica de relações, que quando diagnosticadas e entendidas, beneficiam no tratamento do doente.

Quando chegam ao Ambulatório, tanto o paciente como a família participam de um grupo denominado de pré-consulta (ou apoio), coordenado por um assistente social, onde são discutidos a razão pela qual procurou o atendimento, suas expectativas em relação ao tratamento e sua disposição para fazê-lo. Após essas discussões o paciente é informado sobre o funcionamento do Serviço, as rotinas do ambulatório de dor e da clínica pela qual foi encaminhado, e as propostas do Serviço que consistem em: a) atendê-los com a finalidade de melhoria da qualidade de vida; b) amenizar seu sofrimento através de alternativas que possibilitem a diminuição do quadro álgico, utilizando para isto todos os recursos disponíveis no momento (terapêuticas, acupuntura, relaxamento, bloqueios, etc.). Procuramos alternativas para melhoria da qualidade de vida e reforçamos a importância da manutenção de uma vida o mais próximo do normal

⁽¹⁾ Assistente Social do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP e mestranda em Saúde Mental pela Faculdade de Medicina da USP.

possível, ou seja, que continue a desempenhar suas funções.

Após o grupo, pacientes e familiares são atendidos individualmente pelo médico e pelo Serviço Social, para obtenção de dados referentes a história de vida, relações familiares e sociais, nível de interação da família e identificação de um membro que passará exercer a função de cuidador, ou seja, a pessoa que estará mais próxima do paciente (que seja de sua confiança). Esse processo é longo, sendo que em todos os retornos são complementadas as informações e discutidas as situações e dificuldades trazidas pelos familiares.

Outro aspecto discutido no grupo é quanto ao conhecimento por parte dos pacientes e suas famílias do diagnóstico da doença de base e o prognóstico ligado a ele. Procuramos respeitar as peculiaridades de cada caso, família e indivíduo e suas manifestações no grupo, quanto ao seu interesse e possibilidade de conhecimento de diagnóstico e prognóstico. Alguns familiares trazem sua fantasia/medo de que o paciente, ao tomar conhecimento de um diagnóstico com prognóstico reservado, possa ficar desestimulado e tenda a abandonar o tratamento.

Um outro atendimento prestado ao paciente é a visita domiciliar, processo este que tem sua história iniciada nos meados dos anos 60s na Inglaterra com Cecily Saunders, que se dedicou as pessoas afetadas pelo câncer e sem recursos terapêuticos, que aguardavam a evolução da doenças, sem qualquer amparo, além do sofrimento e abatimento físico, moral e social². Em relação ao Brasil, alguns Hospitais e Prefeituras (Servidor Público, Unitor, Unicamp, HC de Porto Alegre, Prefeituras de São Paulo e de Santos) desenvolvem esta prática com sucesso. Este tipo de atendimento apresenta vantagens: cuidados permanentes ao paciente fora do ambiente hospitalar; não o afasta do convívio familiar; mantém o doente em atividade produtiva; mantém leito hospitalar disponível para outras necessidades; menor custo de atendimento para o hospital e finalmente facilita a aproximação equipe/paciente/família com objetivo de humanizar o atendimento⁵. A visita domiciliar possibilita um conhecimento do cotidiano familiar e a observação das relações estabelecidas entre seus membros, desta forma trazendo para o mais próximo da realidade de cada indivíduo as possibilidades de tratamento frente aos recursos (materiais e pessoais) disponíveis⁵. Para ingressarem no programa de visitas domiciliares, os pacientes obedecem aos seguintes critérios: agravamento do quadro, fator este que o impossibilita de comparecer ao ambulatório e ser residentes na cidade de Botucatu. Após preenchido estes critérios, os casos são discutidos

em reuniões da equipe, onde são formuladas as propostas do tratamento.

Geralmente, neste momento, o paciente encontra-se debilitado, com inúmeras seqüelas da doença e conseqüentemente começa a sentir medo, angústia e o inevitável pensamento de morte. Cada indivíduo tem suas fantasias e seus medos ao pensar na morte, reagindo, portanto, a sua maneira a esse processo.

KUBLER-ROSS⁴ tem estudado o processo da morte, descrevendo cinco estágios diferenciados: negação e isolamento; raiva; "barganha", depressão e aceitação. A maioria dos pacientes passa por esses estágios, com tempo e formas variadas. O conhecimento desses estágios implica na compreensão das atitudes e reações dos pacientes, e com isso pode-se ajuda-los e a suas famílias, a enfrentar tais comportamentos.

Nesta fase da doença é importante tratá-los com naturalidade, ouvir e ser ouvido, conversar a respeito do problema, procurar esclarecer as possíveis dúvidas e estar sempre presente, mantendo a esperança e dando-lhes apoio, evitando assim, sentimentos de insegurança, medo e abandono.

Neste estágio é importante poder contar com a ajuda de um psicólogo, que atuará junto ao paciente e familiares, fornecendo apoio à eles e a equipe, que também estará sensibilizada e envolvida na situação pelo vínculo que se fez ao longo do tratamento.

Por ocasião do falecimento, a equipe continuará apoiando e auxiliando os familiares nas orientações burocráticas e Previdenciárias que envolvem o funeral. Por um período manterá as visitas de apoio até que não mais sejam necessárias. O objetivo das visitas pós-óbito, como são chamadas, é de oferecer suporte a família, que acompanhou-se durante todo o processo da doença, que por ocasião da morte se sentem desamparadas e sem função, fator este que ocorre com frequência com o indivíduo que exercia o papel de "cuidador". Com o passar do tempo, esta família poderá contribuir voluntariamente, realizando visitas que tem como finalidade o apoio emocional, material e espiritual dos mesmos. Estes grupos de voluntários recebem treinamento da equipe que consiste em aulas sobre os seguintes tópicos: cuidados básicos de enfermagem, administração de drogas, higiene pessoal, fisioterapia, nutrição, etc. Estas visitas ocorrem independentes dos dias de visitas realizados pela equipe técnica.

Nos últimos três anos foram realizadas 254 visitas domiciliares, atendendo 65 pacientes, sendo 39 (60%) do sexo feminino e 26 (40%) do sexo masculino, com idades entre 30 e 94 anos, em sua maioria com

escolaridade correspondente ao 1º grau incompleto. Em decorrência da própria situação do comprometimento da doença e idade, 41,0% eram aposentados; 33,8% donas de casa e 12,3% recebiam auxílio-doença. A atenção e os cuidados foram oferecidos por familiares em 95,4% dos casos, onde 44,6% eram realizados pelos cônjuges. O trabalho foi compatível com a literatura que aponta o perfil das classes usuárias dos serviços de saúde e que vêem neles a esperança de um tratamento adequado e digno.

Conclui-se que a atuação multidisciplinar dentro de um Hospital Geral pode em muito contribuir para uma melhor qualidade de vida do paciente e conseqüentemente uma boa resposta ao tratamento, a partir do momento em que ele é abordado em seus aspectos físico, psíquico e social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CLASSIFICATION of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*, Amsterdam, Supplement 3, p.S1-S225, 1986.
2. FIGUEIREDO, M.T.A. et al. *Cuidados paliativos ao paciente fora dos recursos de cura*. (Manual mimeografado, sem data).
3. KUBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
4. LEMONICA, L. Terapia da dor. *Rev Âmbito Hosp*, v.3, p.5-14, 1995.
5. MARA, E. et al. Visitas domiciliares: a experiência da equipe multiprofissional do serviço de terapia antálgica. In: JORNADA CIENTÍFICA DA ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DO CAMPUS DE BOTUCATU, 19., Botucatu. *Anais...* Botucatu. [19_ _]. p.1.

Recebido para publicação em 23 de abril de 1997.