

Universidade dos Açores
Departamento de História, Filosofia e Ciências Sociais

**O Doente da Unidade de Dor
do Hospital do Divino Espírito Santo:
breve abordagem da qualidade de vida, dor e sofrimento**

Dissertação para provas de Mestrado
em Ciências Sociais, apresentado na Universidade dos Açores.

Mestranda: Raquel Maria de Fraga Martins.

Orientador: Professor Doutor Licínio Vicente Tomás.

Ponta Delgada, 31 de Outubro de 2006.

Aos meus pais.

Metade¹

Que a força do medo que tenho não me impeça de ver o que anseio
Que a morte de tudo em que acredito não me tape os ouvidos e boca
Porque metade de mim é o que eu grito, a outra metade é silêncio.
Que a música que ouço ao longe seja linda ainda que tristeza
Que a mulher que amo seja pra sempre amada mesmo que distante
Porque metade de mim é partida, a outra metade é saudade.
Que as palavras que falo não sejam ouvidas como prece nem repetidas com fervor
Apenas respeitadas
Como a única coisa que resta a um homem inundado de sentimentos
Porque metade de mim é o que ouço, a outra metade é o que calo.
Que a minha vontade de ir embora se transforme na calma e paz que mereço
Que a tensão que me corrói por dentro seja um dia recompensada
Porque metade de mim é o que penso, a outra metade um vulcão.
Que o medo da solidão se afaste
E o convívio comigo mesmo se torne ao menos suportável
Que o espelho reflita meu rosto num doce sorriso que me lembro ter dado na infância
Porque metade de mim é a lembrança do que fui, a outra metade não sei.
Que não seja preciso mais do que uma simples alegria pra me fazer aquietar o espírito
E que o seu silêncio me fale cada vez mais
Porque metade de mim é abrigo, a outra metade cansaço.
Que a arte me aponte uma resposta mesmo que ela mesma não saiba
E que ninguém a tente complicar, pois é preciso simplicidade pra fazê-la florescer
Porque metade de mim é plateia a outra metade é canção.
Que a minha loucura seja perdoada porque metade de mim é amor e a outra metade também

¹ Oswald Montenegro, in *Escondido no Tempo*, in <http://www.oswaldomontenegro.com.br/musicais.html>.

Índice Geral

Agradecimentos.....	11
Introdução.....	14
1-O conhecimento da dor através da história.....	16
1.2. Teorias sobre a dor.....	23
1.2.1 Teoria Sensorial ou da Especificidade.....	24
1.2.2 Teoria da Intensidade.....	24
1.2.3 Teoria do Portão.....	25
1.2.4. Criação das clínicas de dor por Bonica.....	28
2-A dor: abordagem e formas de avaliação.....	31
2.1. Definição e tipo de dor.....	31
2.2. Neurofisiologia da dor.....	36
2.2. Mecanismos fisiológicos de resposta à dor.....	38
2.3. A dimensão comportamental da dor.....	41
2.4 Os instrumentos de medida na avaliação da dor.....	41
2.5 Alguns aspectos sociológicos da dor.....	48
2.6 A dor e o sofrimento.....	51
3- Breve síntese histórica do nascimento do Serviço Social como profissão.....	68
3.1 A integração do Serviço Social na saúde.....	72
3.1.1 Âmbito de intervenção do Serviço Social Hospitalar.....	76
3.2. Planeamento de altas.....	83
3.2.1. Processo de planeamento de altas.....	85
3.2.2 Antecedentes históricos do planeamento de altas.....	86
3.3 A Qualidade de vida e bem-estar em saúde.....	89
3.4 A determinação da qualidade de vida.....	96
3.5 O Sistema de saúde dentro da política social.....	100
3.6 O Sistema de saúde e a intervenção na luta contra a dor.....	110

4. O Hospital do Divino Espírito Santo.....	117
4.1 Breve resumo histórico da criação do HDES.....	117
4.2 Estrutura organizativa, actividades e recursos humanos.....	120
4.3 Natureza jurídica.....	121
4.4 Estrutura física do HDES.....	123
4.5 Objectivos da instituição.....	123
4.5.1 O processo de acreditação do Hospital do Divino Espírito Santo...	124
4. 5.2 A Unidade de dor do HDES.....	126
5. Metodologia.....	128
6. Uma medida concreta na avaliação da dor e sofrimento nos doentes da Unidade de Dor do HDES.....	137
6.1 Relação de doentes inscritos na Unidade de Dor.....	137
6.2 Variáveis Sociográficas	138
6.3 Caracterização habitacional e económica.....	140
6.4 Caracterização médico – clínica do universo de estudo.....	142
6.5. Antecedentes Clínicos no percurso do doente.....	145
7. A abordagem do Serviço Social e do seu lugar no processo hospitalar.....	147
7.1 A medida do sofrimento na vida do doente.....	147
7.2 O círculo relacional do doente.....	153
7.3 Ocorrências relacionadas com a situação de doença.....	159
7.4 Qualidade de vida e satisfação relatadas pelo doente.....	162
7.5 Acessibilidade aos serviços de saúde.....	167
7.6 Diagnóstico social e estratégia seguida.....	168
8. Conclusões.....	172
Anexos.....	186
Bibliografia.....	284

Índice de Quadros e Gráficos

Gráfico 1- Processos na Unidade de Dor do HDES.....	131
Quadro 1- Processos Sociais na Unidade de Dor.....	132
Quadro 2- Total de Processos na Unidade de Dor.....	137
Quadro 3- Idades mínima e máxima, média de idades e desvio padrão.....	139
Quadro 4- Especialidade Clínica da Patologia Observada.....	143
Quadro 5- Duração da situação de doença para as mulheres.....	144
Quadro 6- Duração da situação de doença para os homens.....	144
Quadro 7-Tipologia do tratamento efectuado.....	145
Quadro 8- Problemas de saúde antes da actual doença.....	146
Quadro 9-Existência de cirurgias antes da actual situação de doença.....	146
Quadro 10- Ocorrência de alterações na vida do doente com a situação de doença.....	147
Quadro 11- Percepção da dor como geradora de sofrimento.....	149
Quadro 12- Existência de um acontecimento que na vida do doente coincidiu com o surgir da situação de doença.....	159

Índice dos Anexos

1- Desenho de René Descartes.....	187
2- Fisiopatologia da Dor.....	188
3- McGill Pain Questionnaire.....	189
4-Escalas de avaliação de dor.....	190
5- Organograma do HDES.....	192
6-Organograma do Serviço Social do HDES.....	193
7-Órgãos Constitutivos do Hospital do Divino Espírito Santo.....	194
8- Distribuição dos funcionários do HDES por Grupo Profissional e por Sexo, no ano de 2001.....	195
9- Distribuição Etária dos funcionários do HDES.....	196
10- Especialidades Médicas, Cirúrgicas e Serviços que integram o HDES.....	197
11- Lotação geral do HDES segundo a valência/especialidade no ano de 2006.....	199
12-Movimento do HDES para o ano 2004 para os seguintes serviços/especialidades.....	201
13- Critérios de Triagem do Serviço Social do HDES.....	202
14- Breve Descrição da intervenção do Assistente Social no contexto Hospitalar.....	215
15- Estatísticas de Serviço Social do HDES, de apoios ao domicílio solicitadas às IPSS de São Miguel de Janeiro de 2000 a Dezembro de 2004.....	218
16- Questionário Caracterização.....	219
17- Whoqol Brief.....	222
18- Avaliação da dor e recolha de informação a nível clínico e de serviço social.....	229
19- Apresentação de relatos de entrevistas.....	230
20- Tratamento estatístico de dados.....	239
21- Definição de Conceitos.....	270
22- Documentos de abertura de Processo Social e Protelamento de Alta.....	277

Índice de Quadros do Tratamento Estatístico de Dados - Anexos

Quadro 1- Distribuição de doentes por sexo e classes de idades.....	239
Quadro 2- Distribuição de doentes por sexo e estado civil.....	239
Quadro 3- Distribuição de doentes por concelho de residência.....	239
Quadro 4- Titularidade da Habitação.....	240
Quadro 5- Natureza de Rendimentos.....	240
Quadro 6- Montantes auferidos mensalmente.....	240
Quadro 7- Montante gasto em medicação mensalmente.....	241
Quadro 8-Período de tempo da situação de doença.....	241
Quadro 9- Mobilidade.....	241
Quadro 10- Utilização de ajudas técnicas na mobilidade.....	242
Quadro 11- Com quem vive o doente.....	242
Quadro 12- Dimensão do círculo relacional.....	242
Quadro 13- Frequência de convívio com a família.....	243
Quadro 14- Frequência de convívio com vizinhos.....	243
Quadro 15- Indicadores de satisfação.....	244
Quadro 16- Indicadores de qualidade de vida.....	246
Quadro 17- Indicadores de avaliação de qualidade de vida e movimentação.....	247
Quadro 18- Indicadores de sentimentos depressivos.....	247
Quadro 19-Grau de Dor percebido pelo doente.....	248
Quadro 20-Procura de Ajuda.....	248
Quadro 21-Solidão percebida pelo doente.....	248
Quadro 22-Acontecimentos indicados pelos sofredores que originaram ou agravaram o estado de doença.....	249
Quadro 23-Diagnóstico social.....	249
Quadro 24- Encaminhamento dado à situação-social problema.....	250
Quadro 25- Grau de Dor/Sentimento de Solidão.....	250
Quadro 26- Grau de Dor/Frequência de Sentimentos Negativos.....	251
Quadro 27- Idade/Grau de Dor.....	251

Quadro 28- Idade/Satisfação com a Saúde.....	252
Quadro 29- Idade/Impedimento no desempenho.....	252
Quadro 30- Idade/Necessidade de Tratamento Médico.....	253
Quadro 31- Idade/Aproveitamento da Vida.....	253
Quadro 32- Idade/Sentido da Vida.....	254
Quadro 33- Idade/Energia para o Dia a Dia.....	254
Quadro 34- Idade/Aceitação de Aparência Física.....	255
Quadro 35- Idade/Dinheiro suficiente para despesas.....	244
Quadro 36- Idade/Oportunidades de Lazer.....	256
Quadro 37-Idade/Capacidade de se Movimentar.....	256
Quadro 38- Idade/Satisfação com o sono.....	257
Quadro 39- Idade/Actividades do Dia a Dia.....	257
Quadro 40- Idade/Capacidade para o Trabalho.....	258
Quadro 41- Idade/Satisfação Consigo.....	258
Quadro 42- Idade/Relações Pessoais.....	259
Quadro 43- Idade/Satisfação e Apoio dos seus Amigos.....	259
Quadro 44- Sentimento de Solidão/Satisfação com Saúde.....	260
Quadro 45- Sentimento de Solidão/Dor como Impedimento de realizar tarefas.....	260
Quadro 46- Sentimento de Solidão/Necessidade de Tratamento Médico.....	261
Quadro 47- Sentimento de Solidão/Aproveitamento da Vida.....	261
Quadro 48- Sentimento de Solidão/Sentido da Vida.....	262
Quadro 49- Sentimento de Solidão/Segurança na Vida Diária.....	262
Quadro 50- Sentimento de Solidão/Energia Suficiente para o dia a dia	263
Quadro 51- Sentimento de Solidão/Aceitação da Aparência Física.....	263
Quadro 52- Sentimento de Solidão/Dinheiro para as Despesas Mensais.....	264
Quadro 53- Sentimento de Solidão/Oportunidade de Lazer.....	264
Quadro 54- Sentimento de Solidão/Capacidade de Movimentação.....	265
Quadro 55- Sentimento de Solidão/Satisfação com Sono.....	265

Quadro 56- Sentimento de Solidão/Desempenho de Actividades.....	266
Quadro 57- Sentimento de Solidão/Capacidade para o Trabalho.....	266
Quadro 58- Sentimento de Solidão/Satisfação Consigo.....	267
Quadro 59- Sentimento de Solidão/Relações Pessoais.....	267
Quadro 60- Sentimento de Solidão/Satisfação com Vida Sexual.....	268
Quadro 61- Sentimento de Solidão/Satisfação com o apoio de amigos	268
Quadro 62- Sentimento de Solidão/Frequência de Sentimentos Negativos.....	269

Agradecimentos

Gostaria de manifestar a minha gratidão com um especial reconhecimento aos Doentes da Unidade de Dor que se prontificaram a efectuar este estudo, respondendo a este questionário, expondo-me as suas emoções, partilhando a sua intimidade, cedendo o seu tempo. Com os quais passei largas horas e em cuja companhia aprendi e reestruturei a minha forma de encarar o sofrimento e a vida. Com eles cresci como pessoa, pois nas suas palavras: *“apesar da dor, a vida é um milagre”* e *“o caminho faz-se ao andar...”*.

Gostaria de agradecer ao meu orientador na Universidade dos Açores, Sr. Professor Doutor Licínio Tomás, que ao longo deste ano lectivo se disponibilizou, sempre, para me prestar a ajuda e o apoio necessários como meu orientador.

À Sra. Dra. Teresa Flor de Lima, Coordenadora da Unidade de Dor do Hospital do Divino Espírito Santo (HDES), cuja orientação foi preciosa dentro desta Unidade, quer no aconselhamento de bibliografia, procura de informação na Internet, quer pelo seu empenho no esforço efectuado para a reavaliação de um elevado número de doentes inscritos, num espaço temporal muito curto.

À restante equipa da Unidade de Dor: Sra. Dra. Rosa Leite no empréstimo de bibliografia diversa, à Sra. Enfermeira Noémia Margarida Amaro, cujo carinho no cuidado ao doente da dor é para todos nós um exemplo do *saber ser e saber estar*, à Sra. D. Helena Paiva Moniz pela sua disponibilidade e empenho na elaboração da listagem de doentes a serem inquiridos e pela ajuda na pesquisa aos processos consultados, à Sra. D. Aida Santos Silva e Sra. D. Ana Maria Lourenço, aos jovens em exercício pela OTL, pela estatística de todos os processos em arquivo, Mónica Pereira e Bruno Sousa. À Comissão de Ética do HDES na autorização concedida para esta investigação.

À Sra. Dra. Teresa Sampaio da Nóvoa, no auxílio prestado na organização de estatística da caracterização médico – clínica do doente da Unidade de Dor.

Ao Sr. Dr. Paulo Massa, pela supervisão final de todo o corpo teórico no que concerne ao enquadramento fisiológico da dor e suas implicações clínicas.

Ao Sr. Eng. Hélio Freitas e ao Sr. Dr. Paulo Amaral, no empenho e paciência colocados na correcção ortográfica e revisão final dos textos a publicar nesta dissertação.

Ao Sr. Professor Doutor Carlos Silva, da Universidade de Évora pelas sugestões de orientação bibliográfica e sobretudo pelo seu altruísmo na qualidade de amigo.

Ao Sr. Dr. José Manuel Caseiro, do IPO de Lisboa pelo aconselhamento técnico quanto à escolha do questionário *Whoqol Brief*, que acabou por ser essencial como um dos componentes do guião de entrevista utilizado. À OMS pela autorização concedida do uso deste questionário.

Ao Sr. Dr. José Paulo Costa, do laboratório *Bristol-Myers Squibb* pelo envio de bibliografia editada com o patrocínio deste.

Aos Conselhos de Administração do Centro de Saúde das Flores e do Hospital do Divino Espírito Santo, pela aceitação pelo segundo ano consecutivo, do meu regime de requisição administrativa no Serviço Social do HDES que me permitiu efectuar este mestrado.

Ao restante corpo docente do Departamento de História, Filosofia e Ciências Sociais da Universidade dos Açores, nomeadamente à Sra. Professora Doutora Gilberta Rocha e Sr. Professor Doutor Damião Rodrigues.

Aos colegas do HDES pelo apoio prestado, nomeadamente à Sra. Dra. Helena Soares, Sra. Dra. Isabel Leão, Sra. Dra. Cristina Dutra, Sr. Dr. Sílvio Camacho e Sra. Dra. Ana Paula Agra.

Ao Gabinete da Qualidade, à Sra. Dra. Maria Ana Dias e Sra. Dra. Jacqueline Torres pela cedência de documentos e esclarecimentos diversos no âmbito do processo de acreditação.

Aos funcionários do HDES: Sr. Carlos Coelho, Sra. D. Amélia Amaral, Sr. Simão Ramos, Sra. D. Sandra Pacheco, Sra. D. Edna Carreiro, Sr. João Moreira e Sr. Francisco Soares.

Aos colegas de mestrado, em especial a Sra. Dra. Isabel Miguel e Sr. Dr. Márcio Tavares, pela cedência de bibliografia, documentos diversos e pelo apoio nas horas mais difíceis.

Ao meu irmão Tiago Augusto, à Sra. Dra. Ana Luísa Silva Monteiro, à Sra. D. Regina Silva Monteiro, à Sra. Prof. Natália Teixeira, à Sra. D. Cisaltina Cabral, à Sra. Dra. Emília Venâncio, pela amizade que nos une, que foi fundamental nas horas menos felizes da elaboração desta investigação.

Com um especial carinho e reconhecimento, agradeço aos meus pais que foram um apoio fundamental a todos os níveis, que prescindiram do tempo que poderia ter partilhado com eles, respeitando sem reservas as minhas escolhas de vida dentro do espírito de tolerância e autonomização que sempre nortearam o seu ensino de vida levando-me a acreditar e a praticar que, *“é bom o desapego e não nos agarrarmos ao que é conhecido, seguro, que convém deixar que a vida flua e se encaminhe para as mudanças, prestando atenção às indicações do caminho²”*, tornando real esta nova etapa da minha vida.

A todos aqueles que de uma forma mais ou menos visível, que de uma forma presente ou à distância, me auxiliaram, com os seus conhecimentos, a sua experiência de vida, o seu apoio e a força da sua amizade, a levar a cabo esta tarefa, o meu sincero *MUITO OBRIGADA!*

² Hsi, Fu, *I Ching*, hexagrama 49.

Introdução

Esta tese de dissertação insere-se no 2º ano do Mestrado em Ciências Sociais do *Departamento de História, Filosofia e Ciências Sociais* da Universidade dos Açores, com especialização em *Famílias, Envelhecimento e Políticas Sociais*. Este Mestrado tem como requisito o desenvolvimento de uma investigação empírica. Na temática de dissertação tentei conceptualizar a forma como se lida institucionalmente com a dor e as respostas de intervenção hospitalar selectivas que suscita, nomeadamente na actuação do Serviço Social Hospitalar.

A escolha desta temática teve como condicionante principal o facto de desempenhar funções no Serviço Social do Hospital do Divino Espírito Santo (HDES), em que a Unidade de Dor é um dos serviços onde exerço a minha actividade como assistente social.

A Unidade de Dor do HDES é uma Unidade de nível II.

Para esta Unidade são encaminhados doentes com situação de *dor crónica*, quer pelas Unidades de Saúde de toda a Região Autónoma (RAA), quer pelos outros dois Hospitais que fazem parte do sistema hospitalar regional, ou pelos serviços de consulta de especialidade ou de internamento do próprio HDES, ou ainda dos hospitais de dia. O HDES é o único hospital na RAA com Unidade de Dor.

O atendimento efectuado pelo serviço social na Unidade de Dor do HDES, numa situação de disponibilidade de pessoal, seria em regime presencial em consulta de grupo para todos os doentes atendidos pela primeira vez. No entanto em virtude de não haver técnicos disponíveis, efectua-se em regime de chamada quando as equipas clínica e de enfermagem detectam que o doente atendido poderá ter algum problema social. Este regime de chamada obedece a critérios³ pré-definidos pelo serviço social do HDES.

A intervenção do serviço social nas unidades de dor encontra-se contemplada nas directivas do Plano Nacional de Luta contra a Dor. Neste

³ Consultar anexos, p. 202 e seguintes.

documento prevê-se a criação de equipas multidisciplinares onde a presença de assistente social é indicada.

A hipótese de trabalho colocada nesta investigação é a avaliação da qualidade de vida do doente desta Unidade, averiguando de que forma é que situações de dor crónica por doença prolongada, incapacitante, ou situações de patologias múltiplas que limitam a pessoa no seu desempenho, podem ser causadoras de alteração na sua qualidade de vida, levando a uma profunda modificação do seu quotidiano, podendo acarretar situações de depressão, sofrimento físico, isolamento, solidão e mudança radical no seio e vivências da família.

Coloca-se ainda a hipótese de avaliar de que forma é que estes doentes podem ter a sua situação de dor e de sofrimento atenuada pela actuação da equipa da Unidade de Dor numa parceria conjunta detectando as áreas problemáticas para nelas actuar minimizando ou erradicando todos os problemas passíveis de serem diminuídos ou erradicados, para que o doente possa mais facilmente suportar todos os condicionalismos inerentes à sua situação de dor que não podem pelos técnicos, ou por eles próprios, ser mudados.

Colocou-se também a hipótese de os doentes associarem à ocorrência dos seus estados de dor crónica, o facto de terem sido despoletados por situações originadas pelas suas histórias de vida.

Estas teriam gerado emoções difíceis de suportar e modificar, que por sua vez conduziram a estados de depressão e desânimo, abrindo assim graves fragilidades físicas e psíquicas que deram oportunidade a que a doença se instalasse. Esta hipótese de investigação decorreu do facto de os doentes entrevistados, em regra, associarem um acontecimento nas suas vidas ao aparecimento da doença. Saber como eles sentem este facto foi fundamental para esta investigação.

São estas as hipóteses que esta investigação se propõe a averiguar se se verificam na prática quotidiana que temos com os nossos doentes atendidos na Unidade de Dor do HDES.

1-O conhecimento da dor através da história

A dor tem sido ao longo dos tempos, uma grande preocupação para toda a humanidade. Por isso a dor foi, e é, objecto de estudo para a sua erradicação e controlo⁴, no entanto é mais antiga que qualquer esforço para a sua compreensão ou tratamento. Quando se analisam os registos de qualquer civilização humana toma-se consciência da presença da dor como uma preocupação.

Orações, exorcismos e encantamentos dão testemunho da dor e podem ser encontrados na Babilónia, em papiros escritos no antigo Egipto na época de construção das pirâmides, em documentos Persas, em inscrições em Micenas ou Tróia. Registos como estes estão presentes em todas as civilizações e em todas as épocas⁵. É natural que desde o princípio o homem tenha tentado controlar a dor e aliviá-la. Para o homem primitivo a dor de causa exógena era justificada com as feridas, traumatismos etc, enquanto que as dores provocadas por doenças tinham outras conotações que se prendiam com magia, poções malignas introduzidas no corpo, maus espíritos ou demónios e por isso levavam a cabo cerimónias mágicas ou usavam amuletos para expulsar os maus espíritos que estavam dentro do organismo da pessoa doente. Quando não se conseguia expulsar este espírito recorria-se a curandeiros, mágicos ou bruxos para que os seus poderes libertassem a pessoa⁶. Em algumas zonas do mundo o corpo era tatuado com sinais de exorcismo que impediam os maus espíritos de possuir a pessoa. Deste modo, os povos tentaram explicar o que não era para eles inteligível, bem como tentavam curar situações que sentiam estar fora do seu alcance de actuação.

Outros tratamentos consistiam em esfregar a zona dorida, expô-la ao sol, a correntes de água ou lagos e mais tarde ao calor do fogo. A pressão também foi usada, e com o tempo e a prática os povos aprenderam que a pressão em

⁴ *Bonica's Management of Pain*, Philadelphia, ed. John D. Loeser, MD, 132 autores, 2001, p.3.

⁵ *Ibidem*.

⁶ SANCHEZ, José Luis Aguilar, FONT Luis Aliaga, et al, *Tratamiento del Dolor teoría e práctica*, Barcelona 2002, p.1.

determinadas zonas (nervos e artérias) tinha um efeito mais intenso no alívio da dor, no entanto não sabiam porquê. Nas épocas mais remotas da civilização humana, quando as famílias não conseguiam resolver a situação de dor chamavam a matriarca da família, que de acordo com estudos antropológicos era a encarnação da *Deusa Mãe*, que agia como feiticeira e sacerdotisa. Mesmo nas sociedades patriarcais, a mulher assumia um papel de curandeira⁷. As sibilas, vestas e as pitonisas eram exemplos de mulheres a quem a sociedade e o sistema religioso em que se integravam lhes conferiam poderes sobrenaturais.

Com o tempo, o exorcizar da dor através da magia foi gradualmente substituído pelos curandeiros ou *shamans* da tribo. Estes elementos passam a vestir-se de forma especial para as suas funções e a fabricar nas suas casas remédios que anulassem os encantamentos e exorcizassem os demónios que provocavam a dor. Em algumas culturas o curandeiro fazia golpes no corpo da pessoa para permitir aos espíritos saírem, ou derramava poções nestes golpes. Em outras culturas os curandeiros sugavam o espírito da ferida para eles próprios, para depois o neutralizarem com o poder da sua magia. Esta terapia sobrevive ainda em alguns países⁸.

As ervas eram também usadas pelos humanos primitivos, que ao experimentá-las descobriram que algumas tinham propriedades de alívio da dor. O uso destas foi gradualmente assimilado pelos curandeiros que as passaram a usar nos seus tratamentos.

São também citados ao longo da história os efeitos do ópio, do cânhamo, da mandrágora ou do ébano. Os chineses usaram também a dieta, a massagem, a acupunctura e o exercício físico para alívio e cura das dores e doenças. Os egípcios, romanos e gregos usaram ainda a electroterapia para alívio das dores através de choques com enguias eléctricas.

⁷ *Bonica's Management of Pain*, Philadelphia, ed. John D. Loeser, MD, 132 autores, 2001, p.4.

⁸ *Ibidem*.

Segundo alguns dos registos das antigas civilizações⁹, o tratamento da doença e o alívio da dor foram sempre uma preocupação. Na antiga Babilónia os curandeiros eram sacerdotes uma vez que a sociedade babilónica era assente na religião. As ciências eram parte da teologia. O papel dos curandeiros era aplacar os deuses e mantê-los benevolentes. Observavam-se as estrelas, as chamas e os órgãos de animais sacrificados que mostravam o destino do paciente e as atitudes de cura que se deveria ter.

Os diagnósticos e as curas faziam-se dentro de um quadro religioso que era preciso respeitar.

No antigo Egipto os nativos acreditavam que as dores e as doenças eram causadas pela influência dos deuses ou pelos espíritos dos mortos. De acordo com o papiro Egípcio de Ebers¹⁰, a dor era levada até ao coração. Esta concepção da dor permaneceu durante cerca de 2000 anos. Na antiga Índia, os conceitos de dor e de doença eram atribuídos ao deus Indra, como se pode verificar nos textos Upanishades e Vedas. Aproximadamente 500 a. C., Buda atribui que a universalidade da dor está relacionada com a frustração dos desejos. Esta perspectiva vai trazer a inovação de introduzir na dor o factor emocional, sendo esta a sua principal contribuição. Tal como os Egípcios, os Indianos consideravam que a dor se localizava no coração, o centro da consciência.

Na antiga China, entre os séculos V e VIII a.C., também se praticava medicina, estando estas práticas médicas compiladas no livro: *Huang Ti Nei Ching Su Wen*. Este livro foi elaborado de acordo com os princípios da medicina chinesa. Esta defende que num ser humano normal existem duas forças opostas, o *yin* (força feminina, negativa, passiva) e o *yan*, (força masculina, positiva, activa). Estas forças estão em equilíbrio e permitem à energia *Chi* que circule livremente pelo corpo através de uma rede de 14 meridianos, cada um deles conectado com um importante órgão interno ou função. Deficiência ou excesso de energia *Chi* a circular causa um desequilíbrio que vai causar a dor e

⁹ Para melhor aprofundar o tema, consultar: *Bonica's Management of Pain*, Philadelphia, ed. John D. Loeser, MD, 132 autores, 2001, p. 4-7.

¹⁰ De 1550 a.C.

a doença. A terapia por acupuntura efectuada sobre os 365 pontos específicos localizados sobre os 14 meridianos vai corrigir este desequilíbrio.

Na Grécia Antiga, as pessoas interessaram-se muito pela natureza das sensações, e os órgãos dos sentidos assumiram um importante papel nas especulações fisiológicas sobre a dor. Alcmeón de Crotona¹¹, foi incentivado pelo seu mentor, Pitágoras¹² a estudar as sensações. Este, aparentemente sem precedentes, introduz a ideia de que o centro da sensação é o cérebro. Esta visão foi defendida por Anaxágoras, Diógenes e Demócrito¹³. Esta foi uma visão contrariada na Antiga Grécia por vários pensadores entre os quais Aristóteles¹⁴ e Empédocles¹⁵. Anaxágoras¹⁶ assume a dor como uma mudança quantitativa no sujeito resultante de um contraste de oposições. Esta mudança dar-se-ia da seguinte forma: todas as sensações se deveriam associar à dor, e quanto mais sujeito e objecto são opostos, mais intensa seria a sensação de dor, a qual se localizaria no cérebro. Empédocles defende que o centro da sensação, quer seja dor ou prazer é o coração. Hipócrates¹⁷ defende uma perspectiva similar à dos chineses, justificando o aparecimento da dor devido a uma das quatro substâncias do corpo estar em desequilíbrio.

¹¹ Viveu entre os séc. VI e V a. C. Foi um precursor da medicina, ao afirmar que havia distinção entre sensação e pensamento e que o cérebro era o centro das sensações. Descobre também o nervo óptico.

¹² Viveu no séc. VI a. C., foi filósofo e matemático, fundou o pitagorismo. Supõe-se que nasceu em Samos e fixou-se em Crotona. Era um rígido moralista, partidário da metempsicose (crença de que a alma transmigra para outros corpos), levava uma vida austera, dedicada ao estudo e meditação. Segundo ele a alma tem origem divina e une-se ao corpo por causa de um pecado anterior. Após várias transmigrações voltará à sua origem celeste. O estudo das matemáticas é para ele o melhor método de purificação.

¹³ Filósofos gregos.

¹⁴ 384-322 a. C., para este filósofo grego, apenas um saber universal pode ser verdadeiro. Defende a lógica como instrumento de saber. Tem uma grande influência no período da idade média.

¹⁵ 490-430 a. C., pensador que defendeu a teoria dos quatro elementos, ar, terra, fogo e água para explicar a realidade das coisas.

¹⁶ P-430 A. C., filósofo da escola jónica que sustentou a existência de infinitas partículas nas quais estavam contidas em germe, os constituintes de todas as coisas. Defende que a inteligência organiza toda a realidade.

¹⁷ 460-375 a. C., médico grego denominado pai da medicina, iniciou a superação das práticas religiosas e supersticiosas na medicina e desenvolveu um método de observação clínica. Os seus escritos estão reunidos na obra: *Aforismos*. Segundo ele a enfermidade é uma alteração dos humores do organismo e a função do médico é harmonizá-los.

Aristóteles vai basear as suas teorias sobre a sensação em Platão¹⁸, e defende que estas se localizam no coração, que é considerado o centro das funções vitais bem como o da localização da alma. Teofrasto¹⁹ segue os ensinamentos do seu mestre Aristóteles. Estratão²⁰, que lhe sucedeu, propôs uma visão em que o centro da sensação era o cérebro, que este era parte do sistema nervoso e que existiam nervos de dois tipos: os que transportavam sensações e os responsáveis pelos movimentos. A dissecação de cadáveres era usada para melhorar o conhecimento anatómico.

Na Roma antiga, os ensinamentos dos Egípcios e dos Gregos perderam-se durante cerca de quatro séculos, até que Galeno²¹, que foi educado em Alexandria e se instalou em Roma, como médico da corte de Marco Aurélio, efectuou os seus estudos sobre a sensação e retomou a abordagem de um sistema nervoso central e outro periférico, e elaborou uma teoria complexa da sensação. Apesar da grande contribuição de Galeno, foram as teorias aristotélicas que prevaleceram durante cerca de 23 séculos.

No período que diz respeito à Idade Média e ao Renascimento, prevaleceu a concepção aristotélica.

No mundo árabe, Avicena²² provou ser uma figura dominante. Este estava interessado na dor e na forma de a aliviar. Avicena define vários tipos de dor e prevê o seu tratamento com massagens, exercícios, calor ou o uso de ópio.

Na Europa durante a Idade Média, o centro da dor passa do coração para o cérebro com Alberto Magno²³ e Mondino^{24, 25}. O grande génio da renascença,

¹⁸ 427-347 a. C., filósofo grego cuja principal contribuição hoje invocada são as relações entre o indivíduo e o estado. Funda o idealismo crítico baseado na razão.

¹⁹ 372-287 a. C., filósofo e sábio discípulo de Platão e de Aristóteles. Refere-se ao látex obtido da cápsula da papoila como ópio. Este método de incisar a cápsula para obter o exsudado perde-se até ser redescoberto por Scribonio em 40 D. C.

²⁰ Filósofo grego, explica o mundo desde os seus princípios internos, sem recurso a uma divindade transcendente, nem a um motor imóvel imaterial. Seriam as forças naturais que originam a diversidade qualitativa.

²¹ 129-199 d. C., um dos maiores médicos da antiguidade. Estudou em Esmirna e em Alexandria, exerceu a sua arte tratando gladiadores, veio a ser médico da corte de Marco Aurélio. Compôs 262 livros. Descobriu a espinal-medula e que há sangue nas artérias, contrariamente ao que se pensava na altura, de circular ar nestas. As suas obras juntamente com as de Hipócrates eram obrigatórias nas universidades de medicina medievais.

²² 980-1037 d. C., filósofo árabe, estudou medicina, aos 16 anos tinha já grande reputação como médico.

Leonardo Da Vinci²⁶, interpretou os nervos como estruturas tubulares que se relacionavam com a sensibilidade. Vesalio²⁷ vai considerar, tal como Da Vinci, o terceiro ventrículo²⁸ como a estrutura receptora das sensações.

Nesta altura não houve evolução no tratamento da dor. Era usada uma esponja natural embebida numa mistura de ópio, mandrágora e outras plantas que se tornou popular na Europa para o alívio da dor e para produzir insensibilidade para cirurgias, no entanto este sono induzido ocasionalmente levava à morte.

Nos Séculos Dezassete e Dezoito, prevalecem as teorias que defendem que o cérebro é o centro das sensações. Descartes²⁹ define os nervos como tubos pelos quais eram transmitidas as sensações ao cérebro, tornando-se estas conscientes na glândula pineal.

As vias nervosas da sensação da periferia ao cérebro foram descritas num desenho de um menino com um pé estimulado pelo fogo³⁰. Descartes define o cérebro como o centro da motricidade e da sensação. Nesta altura os tratamentos à dor eram o seguimento daquilo que se tinha vindo a fazer em séculos anteriores.

Foram levadas a cabo investigações por diversos autores que aprofundaram o conhecimento do sistema nervoso, e na última metade do século dezoito a nova era da terapêutica foi iniciada com a descoberta de

²³ (1193-1280) Defendeu a coexistência pacífica entre a ciência e a religião, foi o maior filósofo alemão da idade média.

²⁴ (1270-1326) Anatomista e catedrático de medicina da Universidade de Bolonha. Escreveu o primeiro livro de texto de anatomia "*Anathomia Mundi*". Realizou dissecações de cadáveres nas suas aulas com finalidades pedagógicas, seguindo os preceitos de Galeno.

²⁵ BASTOS, Zeferino, *Multidisciplinaridade e Organização das Unidades de Dor Crónica*, Biblioteca da Dor, Coord., Dr. José Manuel Caseiro, Permanyer Portugal, Lisboa 2005, p. 10.

²⁶ Mestre na anatomia humana, inventou técnicas engenhosas para preparar peças de investigação anatómica.

²⁷ (1514-1564) Vesalio faz uma interpretação moderna das estruturas corporais. Publica: "*De humani corporis fabrica*".

²⁸ BASTOS, Zeferino, *Multidisciplinaridade e Organização das Unidades de Dor Crónica*, Biblioteca da Dor, Coord., Dr. José Manuel Caseiro, Lisboa 2005.p. 10.

²⁹ (1596-1650) filósofo e matemático. O seu ponto de partida assenta na dúvida universal, metódica e radical. Prescinde de todo o conhecimento prévio que não se confirma pela evidência.

³⁰ Consultar anexos, p. 187.

Joseph Priestley³¹ e com os posteriores estudos das propriedades terapêuticas do óxido nítrico³² cujas propriedades de relaxamento muscular são fundamentais no tratamento da dor. No século dezanove desenvolveu-se a fisiologia e surgiram as primeiras teorias sobre a dor, diferentes das anteriores abordagens já citadas. Magendie³³ demonstra com experiências em animais que, os "*cornos posteriores da medula participavam na sensibilidade dolorosa, e que os cornos anteriores exerciam um papel importante no controlo motor*"³⁴. Com esta descoberta há uma compreensão do sistema nervoso central e seu funcionamento.

Em 1840 Müller defende que o cérebro recebe informação de objectos exteriores e sobre a estrutura do corpo somente através de nervos, e que estes transportam uma energia específica para cada sensação. Müller reconhece cinco sentidos, que são: a visão, a audição, o olfacto, o paladar e o tacto. No tacto estaria incorporada a sensação de dor, frio e calor. As publicações destes autores iriam suscitar pesquisas a vários níveis, incluindo a dor. Ao nível do tratamento foram efectuados grandes avanços, uma vez que Serturmer³⁵ em 1806 isola a morfina do ópio³⁶, o que é fundamental para o controlo e tratamento da dor. Nesta altura foram também isolados outros medicamentos importantes no alívio da dor, como a codeína. Foi descoberta a eficácia do ácido acetilsalicílico, que foi mais tarde comercializado como *Aspirina*®. As propriedades anestésicas do éter foram também divulgadas, o que contribuiu para o desenvolvimento geral da anestesia. Por volta da mesma altura Rynd³⁷

³¹ (1733-1804) Descobre a existência do oxigénio, dióxido de carbono, processo da fotossíntese e também que a grafite pode conduzir a electricidade.

³² Molécula gasosa de semi-vida curta com efeitos variados ao nível de sistemas biológicos. Foi identificada pela 1ª vez em 1987 como factor de relaxamento importante no tratamento e controlo da dor.

³³ (1783-1855) Neurologista francês, considerado o pai da fisiologia experimental, distingue as funções sensoriais e motoras dos nervos espinais.

³⁴ BASTOS, Zeferino, *Multidisciplinaridade e Organização das Unidades de Dor Crónica*, Biblioteca da Dor, Coord., Dr. José Manuel Caseiro, Permanyer Portugal, Lisboa 2005, p. 10.

³⁵ (1783-1841) Descobre a morfina em 1805, e seus derivados. Estes tornam-se na alternativa mais usada para dores crónicas em pacientes terminais e cirurgias.

³⁶ *Bonica's Management of Pain*, Philadelphia, ed. John D. Loeser, MD, 132 autores, 2001, p. 7.

³⁷ Foi o 1º a introduzir a morfina por via subcutânea em estado líquido em 1845, no Meath Hospital em Dublin.

desenvolveu a agulha, enquanto que Wood desenvolve a seringa em 1853, o que permitiu a injeção de analgésicos.

Estes desenvolvimentos, a par com o isolamento e estudos farmacológicos da cocaína, levados a cabo por Karl Koller^{38, 39} e a sua posterior demonstração de eficácia e generalização em anestesia local e geral contribuíram para o estudo do tratamento e erradicação da dor. A cocaína era assim usada não apenas para cirurgia, mas também para terapia de dor não cirúrgica.

Foi também no século dezanove que se desenvolveu a hipnose para a realização de cirurgias e para o tratamento da dor não cirúrgica. Foram levados a cabo avanços em áreas como a hidroterapia ou termoterapia.

Finalmente a descoberta do Raios X por Roentgen⁴⁰ iniciou uma era de radioterapia para muitas situações de doença.

1.2-Teorias sobre a Dor

As bases da neurologia moderna começam a estruturar-se no renascimento. Leonardo da Vinci tem um contributo fundamental com a descoberta dos nervos e a sua relação com a sensação dolorosa que vem confirmar as teorias de Galeno sobre o cérebro como coordenador das sensações, e a dor⁴¹.

Durante o século dezanove, os avanços feitos sobre o estudo da dor levam à formação de duas teorias sobre a dor:

³⁸ Em 1884 descobre que o olho humano se torna insensível à dor com o uso de cocaína, dando assim o 1º passo para a anestesia local.

³⁹ *Bonica's Management of Pain*, Philadelphia, ed. John D. Loeser, MD, 132 autores, 2001, p. 7.

⁴⁰ Em 1895 descobre os Raios X, fundamentais para o diagnóstico e a terapia. Obteve o Nobel da Física em 1901.

⁴¹ SANCHEZ, José Luis Aguilar, FONT Luis Aliaga, et al, *Tratamiento del Dolor teoría e práctica*, Barcelona 2002, p. 2.

1.2.1 Teoria Sensorial ou da Especificidade

Esta teoria foi elaborada por Von Frey que defende que: “o tacto, a pressão, o calor, o frio e a dor correspondem a sensações distintas provocadas pela estimulação de receptores periféricos diferentes tendo cada um deles a sua própria via de comunicação com os centros superiores⁴²”. Ou seja, a sensação que se tem a beliscar a pele, cortar, queimar, arrefecer ou esmagar, é muito diferente da que se tem nos órgãos internos do corpo⁴³.

Von Frey defende que a dor é uma sensação independente dos outros sentidos. É portanto uma continuidade das perspectivas de Galeno, Avicena e Descartes. Esta assenta nas experiências animais realizadas por Shiff em 1858, em que constata que, se destruir a substância cinzenta da medula, a dor desaparece. Esta teoria foi apoiada por Blix, Goldscheider e Donaldson.

É uma teoria cujo contributo principal é o de melhor conhecer o funcionamento do sistema nervoso central e periférico, e da sua forma de funcionamento e transmissão de informação.

1.2.2 Teoria da Intensidade

Foi inicialmente apresentada por Erasmus Darwin, se bem que assentasse nos princípios Aristotélicos de que a dor advinha de um exagerado estímulo do tacto. Foi uma teoria apoiada por Romberg, Henke e Volkman e foi reformulada por Erb em 1874. Para estes a dor era um excesso de sensação (frio, calor, pressão). A intensidade do estímulo provocava ou não o aparecimento da dor. “Goldscheider, em 1894, baseou esta teoria na intensidade do estímulo e na percepção no sistema nervoso central⁴⁴”. Este autor reformula a teoria da intensidade defendendo a somação de efeitos, assim como defende que as

⁴² VALENÇA, Ângela, *Neurofisiologia da Dor e Comportamento*, in *Dor: Do Neurónio à Pessoa*, Departamento de Educação Médica, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa 1995, p. 40.

⁴³ *Ibidem*.

⁴⁴ BASTOS, Zeferino, *Multidisciplinaridade e Organização das Unidades de Dor Crónica*, Biblioteca da Dor, Coord., Dr. José Manuel Caseiro, Permanyer Portugal, Lisboa 2005, p. 11.

diferentes sensações correspondem a intensidades de estimulação diferentes nos receptores periféricos e que o resultado final da dor é sempre obtido acima de um limiar de estimulação.

No início do século XX existem três teorias sobre a dor:

- a) A da Especificidade de Von Frey.
- b) A da Intensidade de Goldscheider.
- c) A da Sensação Afectiva de Aristóteles.

As duas primeiras permanecem durante algum tempo, enquanto que a terceira, a de Aristóteles, que percepção a dor como uma sensação afectiva, desaparece.

Surge uma nova teoria no século vinte, a *Teoria do Portão*.

1.2.3 Teoria do Portão ou Teoria do Controlo da Porta (Gate Control Theory)

Esta Teoria nasceu em 1965 e adaptou alguns aspectos das teorias anteriores. Foi criada por Patrick D. Wall e por Ronald Melzack⁴⁵ e foi reestruturada pelos seus criadores em 1982. Esta teoria parte do princípio que os factores psicológicos têm grande influência na dor, e que este é o resultado de um processo biopsicológico muito complexo⁴⁶. A Teoria do Portão é a que fornece uma explicação mais abrangente do fenómeno da dor⁴⁷. Esta teoria consiste num mecanismo de sinapses entre neurónios. A estas sinapses dá-se o nome de porta. Portanto, estes mecanismos funcionam deixando ou não passar o fluxo de impulsos nervosos até ao sistema nervoso central permitindo ao doente sentir ou não a dor de que sofre.

Neste modelo as fibras A-delta, estimulam os neurónios intermediários no corno dorsal da medula. Estes neurónios têm uma acção inibidora em relação à

⁴⁵ MELZACK, Ronald; WALL, Patrick D., *Textbook of Pain*, London, 1994, pp. 1-7.

⁴⁶ BASTOS, Zeferino, *Multidisciplinaridade e Organização das Unidades de Dor Crónica*, Biblioteca da Dor, Coord., Dr. José Manuel Caseiro, Permanyer Portugal, Lisboa 2005, p. 13.

⁴⁷ BATALHA, Luís Manuel, "Os Enfermeiros e a Dor na Criança", in *DOR*, vol. 11, nº.1, 2003, p.11.

propagação do estímulo. Por sua vez as fibras C estimulam neurónios intermediários com uma acção resultante facilitadora desta sensação. Deste modo conforme haja uma predominância de estimulação a partir das fibras A-delta ou das fibras C, o estímulo doloroso que chega à medula será inibido ou diminuído, ou será facilitada a sua propagação para as estruturas superiores.⁴⁸

A Teoria do Portão tem uma importância fulcral, pois é a base teórica para todos os processos analgésicos, “*fechando o portão*” através da activação das fibras A-delta, impedindo por isso a sensação dolorosa. Para além deste factor esta teoria é fundamental pois permite integrar as dimensões sensoriais, afectivas e cognitivas da dor.

A Teoria do Portão vai inovar no sentido de desenvolver uma técnica neurocirúrgica, a microcirurgia, que é capaz de lesar só as fibras finas, permitindo o tratamento da dor⁴⁹ e permite compreender vários fenómenos antes inexplicáveis. Esta teoria explica o fenómeno da *dor fantasma*⁵⁰, ou seja, a perda de fibras nervosas poderia originar uma descarga central tão maciça que nenhuma inibição descendente poderia controlar. É assim como se o “*portão ficasse aberto*”, dando origem à dor.

A dor fantasma é definida por Ambroise Paré⁵¹ como “*uma coisa maravilhosamente estranha e prodigiosa, que seria difícil acreditar (salvo por aqueles que a viram com os seus próprios olhos e a ouviram com os seus próprios ouvidos), que os pacientes se queixem amargamente, vários meses, após a amputação, de ainda sentirem uma dor excessivamente forte no membro já amputado.*” A maioria das pessoas amputadas percepção um membro fantasma, quase imediatamente após a amputação do mesmo.

⁴⁸ VALENÇA, Ângela, *Neurofisiologia da Dor e Comportamento*, in *Dor: Do Neurónio à Pessoa*, Departamento de Educação Médica, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa 1995, p.43.

⁴⁹ “A dor e o Controlo do sofrimento”, in *Revista de Psicofisiologia*, 1(1), 1997, site: [http://www.icb.ufmg.br/ipf/revista/revista1/volume1_a_dor\(II\)cap4_3.htm](http://www.icb.ufmg.br/ipf/revista/revista1/volume1_a_dor(II)cap4_3.htm)

⁵⁰ Dor sentida por alguns doentes após amputação de membro.

⁵¹ “A dor e o Controlo do sofrimento”, in *Revista de Psicofisiologia*, 1(1), 1997, site: [http://www.icb.ufmg.br/ipf/revista/revista1/volume1_a_dor\(II\)cap4_3.htm](http://www.icb.ufmg.br/ipf/revista/revista1/volume1_a_dor(II)cap4_3.htm)

Calcula-se que este membro fantasma seja produzido pela ausência de impulsos nervosos do membro real⁵². Isto porque quando um nervo é seccionado produz uma violenta descarga lesional em todos os tipos de fibras. Esta excitação diminui rapidamente e o nervo seccionado torna-se silencioso até novas terminações nervosas começarem a crescer. Neste processo o sistema nervoso central dá conta da falta do influxo normal. A tipologia de dor fantasma varia de pessoa para pessoa podendo apresentar-se esporádica, periódica, quotidiana, contínua etc.⁵³

Na teoria do portão não são apenas valorizadas as funções internas do funcionamento do corpo, *“as funções cognitivas como a atenção, a distração e a memória, as funções emotivas como o stress, os estímulos visuais auditivos e tácteis, encontram o seu lugar intervindo no controlo descendente, pois ao regularem a transmissão dos influxos sensitivos e a produção de substâncias químicas, determinam pela abertura ou pelo fecho do portão a qualidade e intensidade da experiência dolorosa. No entanto, não sendo de todo linear, ou seja, não tendo relação directa com o estímulo ou mesmo com a sensação que a provocou. Por isso as respostas podem ser muito diferentes de pessoa para pessoa e na mesma pessoa, dependendo do estado biopsicossocial⁵⁴.”* Por isso se explicam situações de grande stress em que por exemplo, soldados na frente de batalha, ou atletas de alta competição, continuam os seus propósitos com lesões muito graves em virtude da produção de substâncias que vão ter o poder de inibir a dor⁵⁵.

Esta teoria integra na explicação da dor o facto de a dimensão afectiva, as experiências passadas, a atenção e a emoção influenciarem a percepção da dor

⁵² “A dor e o Controlo do sofrimento”, in *Revista de Psicofisiologia*, 1(1), 1997, site: [http://www.icb.ufmg.br/ipf/revista/revista1/volume1_a_dor\(II\)cap4_3.htm](http://www.icb.ufmg.br/ipf/revista/revista1/volume1_a_dor(II)cap4_3.htm)

⁵³ “A dor e o Controlo do sofrimento”, in *Revista de Psicofisiologia*, 1(1), 1997, site: [http://www.icb.ufmg.br/ipf/revista/revista1/volume1_a_dor\(II\)cap4_3.htm](http://www.icb.ufmg.br/ipf/revista/revista1/volume1_a_dor(II)cap4_3.htm)

⁵⁴ BASTOS, Zeferino, *Multidisciplinaridade e Organização das Unidades de Dor Crónica*, Biblioteca da Dor, Coord., Dr. José Manuel Caseiro, Permanyer Portugal, Lisboa 2005, p. 13.

⁵⁵ VALENÇA, Ângela, *Neurofisiologia da Dor e Comportamento*, in *Dor: Do Neurónio à Pessoa*, Departamento de Educação Médica, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa 1995, p.45.

e a reacção consecutiva, actuando sobre o mecanismo de portão⁵⁶. A dor é então entendida como uma experiência subjectiva, quer na sua componente fisiológica, quer na sua componente emocional, e por consequência, a resposta à mesma é também muito variável e condicionada por todos estes factores. O alívio à dor deve ser por isso efectuado de forma personalizada.

A dor resulta de uma cadeia de acontecimentos que é em regra iniciada por um estímulo que resulta de uma percepção primária que é o conhecimento sensorial. Em seguida actua o segundo componente de percepção da dor que é o cognitivo e emocional. Este insere-se na elaboração da experiência da dor.

Em face do acontecimento que provoca a lesão, a pessoa reage com emoção. Esta emoção produz uma resposta fisiológica de intensidade variável que vai influenciar uma resposta psicológica com expressão e comportamentos de dor, por exemplo a vocalização ou a postura e alteração de actividade.

O significado que cada um atribui à dor é subjectivo e depende da interpretação que cada um faz do acontecimento como um todo, o que é um factor importante para compreender o comportamento da pessoa com dor.

As emoções são muito importantes no processo da dor e interferem nele de várias formas, podendo aumentá-la. Ronald Melzack criou o McGill Pain Questionnaire para medição da intensidade de dor nos pacientes. Este questionário avalia para a dimensão sensorial e a afectiva, a componente subjectiva da dor.

1.2.4 Criação das Clínicas de Dor por Bonica

É no século vinte que se criam as Clínicas de Dor.

As experiências de Bonica durante a II Guerra Mundial levaram-no a crer que a dor é mais do que um subproduto da doença.

⁵⁶ BATALHA, Luís Manuel, "Os Enfermeiros e a Dor na Criança", in *DOR*, vol. 11, nº.1, 2003, p.11.

John Joseph Bonica foi quem criou a primeira clínica de dor. Esta clínica foi criada no *Tacoma General Hospital* em conjunto com um psiquiatra, um neurocirurgião ortopédico e outros especialistas. A criação destas clínicas pressupõe que se reconheça dor como um importante problema pessoal e colectivo. Muitos doentes com dores eram tratados de forma inadequada, e viviam e morriam sujeitos a dores nunca tratadas de forma correcta com as terapêuticas disponíveis.

A separação entre as diversas especialidades levava a que os doentes não pudessem beneficiar das terapêuticas existentes. Os estudos de Bonica levaram-no a descobrir que a dor era comum a todas as especialidades e que tinha elevada prevalência em todos os âmbitos estudados, o que o levou a denominá-la de epidemia silenciosa da sociedade moderna. Pela primeira vez aborda-se o tema da dor de forma multidisciplinar. Este é o principal contributo de Bonica.

Em 1953 Bonica publica o seu livro, *Management of Pain*. Aqui ele define as bases do que seria a anestesiologia moderna, a distinção entre dor aguda e dor crónica, a necessidade de equipas multidisciplinares, a colaboração entre investigadores básicos, clínicos etc.

Os conceitos de Bonica estenderam-se a todo o mundo, e o interesse generalizado na dor levou à criação, em 1974, da *International Association for the Study of Pain*, bem como ao aparecimento da revista *Pain*.

Na década de setenta aparecem os primeiros hospitais dedicados à assistência de doentes terminais, por iniciativa de Cicely Saunders⁵⁷.

A IASP cresce rapidamente pelo mundo tendo hoje mais de 7000 pessoas associadas em 95 países do mundo⁵⁸.

Desde Bonica que os interesses da comunidade médica pela "experiência da dor" cresceram devido a dois factores: o aumento da insatisfação dos resultados obtidos com os tratamentos farmacológicos, bloqueadores

⁵⁷ BASTOS, Zeferino, *Multidisciplinaridade e Organização das Unidades de Dor Crónica*, Biblioteca da Dor, Coord., Dr. José Manuel Caseiro, Permanyer Portugal, Lisboa 2005, p. 15.

⁵⁸ *Bonica's Management of Pain*, Philadelphia, ed. John D. Loeser, MD, 132 autores, 2001, p. 14.

musculares, estimulação eléctrica e cirúrgica, e por outro lado o reconhecimento da complexa relação entre os medicamentos e os factores fisiológicos, na percepção e na elaboração da dor.

2- A dor, abordagem e formas de avaliação

2.1-Definição e tipo de dor

Actualmente a definição de dor é institucional⁵⁹ e o organismo credenciado para o fazer é a *Associação Internacional para o Estudo da Dor* (IASP⁶⁰).

Ao longo dos tempos, a forma de encarar a dor, o modo como foi definida e o estudo para o seu controlo variaram. Estas mudanças ligaram-se ao modo como se encarava a dor, o sofrimento e a doença ao longo da história. Esteve também ligada ao tipo de descobertas que se efectuaram na área da fisiologia e que contribuíram para um melhor estudo e entendimento da dor e das suas consequências na vida do sofredor e da sua família.

Antes da definição estabelecida pela IASP, a dor foi entendida como uma consequência de lesão dos tecidos, causada por uma situação de doença, ou de traumatismo.

Os recentes estudos sobre a dor levam à consciencialização que a dor é muito mais que isso, que a dor é subjectiva, que varia de pessoa para pessoa, que se liga com a história de cada um e sobretudo, não tem que estar associada a uma lesão.

Assim, segundo a IASP, a dor é uma *“experiência sensitiva e emocional associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita como se de uma lesão se tratasse.”*^{61, 62}. É ainda integrado nesta definição o facto de que quem está incapacitado para comunicar verbalmente, não fica inibido de sentir dor, e necessita por conseguinte de tratamento adequado ao tratamento da dor que sente⁶³.

⁵⁹ Portugal é um dos países que faz parte da IASP.

⁶⁰ International Association for the Study of Pain, <http://www.iasp-pain.org/terms-p.html>

⁶¹ International Association for the Study of Pain, <http://www.iasp-pain.org/terms-p.html>

⁶² *Dicionário Médico Enciclopédico Taber*, Coord. THOMAS, Clayton Ed. Manole Brasil 2000, Lusodidacta Loures 2000, p. 529.

⁶³ International Association for the Study of Pain, <http://www.iasp-pain.org/terms-p.html>

A dor pode definir-se portanto como uma experiência subjectiva integrada num conjunto de pensamentos, sensações, e condutas que se interligam formando o sintoma de dor.

Segundo os autores Anand e Craig⁶⁴, esta definição é limitada uma vez que não tem em conta a dor das crianças pequenas, dos incapacitados mentais, dos doentes em coma, dos afectados por doença mental grave, bem como a dor de todos os animais. Pretendem encontrar uma definição de dor que tenha em conta aqueles que não conseguem comunicar, pois o facto de um doente estar incapacitado para expressar a sua dor, não nega a possibilidade de sentir, nem invalida a sua necessidade de tratamento de alívio.

Para melhor entender a definição moderna de dor é necessário considerar a existência de duas componentes⁶⁵:

a) Sensorial: constitui a sensação dolorosa e é a consequência da transmissão dos estímulos lesivos pelas vias nervosas até ao córtex cerebral.

Este é o componente sobre o qual se conhece melhor os mecanismos fisiológicos, pois podem ser estudados através de testes em animais. É sobre esta componente que actuam a maioria dos analgésicos.

b) Afectiva: vai modelar o sofrimento associado à dor. Depende da causa, do momento, da experiência do doente e pode variar muito devido à sua relação com numerosos factores psicológicos que podem alterar a sensação de dor.

A percepção final da dor é a consequência destas duas componentes interligadas. A contribuição relativa de uma ou de outra é muito variável segundo a dor e a experiência de cada um.

⁶⁴ ANAND, KJS, CRAIG, KD, *New perspective on the definition of pain. Pain* 1996; 67: 3-6, in SANCHEZ, José Luis Aguilar, FONT Luis Aliaga, et al, *Tratamiento del Dolor teoría e práctica*, Barcelona 2002, p.4-5.

⁶⁵ *Ibidem*.

Podemos tomar o exemplo de que uma dor pós-operatória tem uma componente sensorial maior, enquanto que uma dor oncológica, para além de ter uma forte componente sensorial, tem também uma enorme componente afectiva, em virtude da duração dos tratamentos, da fragilidade prolongada que suscita no doente, etc.

A dor foi reconhecida como o quinto sinal vital⁶⁶. A "*Direcção Geral da Saúde, no uso das suas competências techniconormativas e depois de ouvida a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor institui através da presente circular, "a dor⁶⁷ como 5º sinal vital⁶⁸".*

A dor e os efeitos no seu tratamento são valorizados, registados e diagnosticados, pelos profissionais de saúde, na abordagem feita aos doentes de todas as idades, que sofram de dor aguda ou dor crónica.

Muitos doentes relatam dor com ausência de danos nos tecidos, ou com ausência de outra causa fisiológica. Esta situação normalmente acontece por motivos psicológicos. Não existe forma de distinguir a experiência destes sujeitos das experiências dos doentes em que existem danos nos tecidos, se entendermos essa descrição como subjectiva. Se estes descrevem a sua experiência como dor, e se a descrevem da mesma forma, é como *dor* que deve ser entendida⁶⁹. Esta definição evita fazer uma ligação da dor a um estímulo.

A dor tem uma dimensão subjectiva, que depende em muito do sujeito.

A dor inclui não apenas a percepção de um estímulo desconfortável, mas uma resposta a esta percepção. Cerca de metade das pessoas que procuram ajuda médica fazem-no devido a uma queixa primária que é a dor.

⁶⁶ Circular N° 09/DGS de 14 de Junho de 2003.

⁶⁷ A par com a avaliação das frequências cardíaca e respiratória, pressão arterial e temperatura corporal.

⁶⁸ MIGUEL, José Pereira, "*Comunicado da DGS sobre o 5º sinal vital*", 4ªs Jornadas de Dor do IPOFG SA, Lisboa, in *Dor*, Vol. 11, N° 3, Lisboa 2003, p. 8.

⁶⁹ Para maior esclarecimento consultar: <http://www.iasp-pain.org/terms-p.html>, cuja definição é baseada no: *Classification of Chronic Pain*, Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy, editado por H. Merskey e N. Bogduk, IASP Press, Seattle, 1994, pp. 209-214.

Segundo os dados para os EUA⁷⁰, em cada ano 155 milhões de pessoas sofrem pelo menos um episódio de dor aguda e um terço desse número expressou dor intensa.

A vivência da dor é influenciada por um grande número de factores físicos, mentais, sociais, culturais e emocionais que interactivam. Estas interacções são dinâmicas e estão em constante mudança. Assim sendo, uma dor que numa altura foi percebida como muito intensa, pode, noutra ocasião, ser percebida como mais ou menos intensa, mesmo que os restantes factores se mantenham.

Assim a dor pode ser entendida como uma experiência individual e subjectiva de mal-estar.

Tem uma componente emocional forte que se baseia no estado afectivo de quem a sente e nas experiências passadas desse sujeito, em especial na infância.

A dor não é uma fatalidade, quem dela sofre tem o direito de ter alívio e os profissionais de saúde têm o dever de monitorizar o seu apaziguamento conduzindo ao seu alívio ou cura.

O fenómeno clínico da dor tem quatro componentes⁷¹ que podem ser identificados:

1- Dano⁷²: traduz-se por uma produção de efeitos nocivos em tecidos, causados por efeitos térmicos, mecânicos ou químicos.

2- Dor: consiste na percepção de um estímulo nocivo que acontece quando a informação do dano atinge o sistema nervoso central.

3- Sofrimento: constitui a resposta negativa que se gera no sistema nervoso pela dor ou por outros estados afectivos que afectam o doente.

4- Comportamento de Dor: aquilo que o doente faz ou diz, ou deixa de fazer, que pode sugerir a ocorrência de danos nos tecidos.

⁷⁰ *Dicionário Médico Enciclopédico Taber*, (Coord.) THOMAS, Clayton Ed. Manole Brasil 2000, Lusodidacta Loures 2000, p. 529.

⁷¹ TEIXEIRA, Rui Manuel, "O Médico de família e o tratamento da dor", in *Dor*, Vol. 11, Nº 4, Lisboa 2003, p. 9.

⁷² Ou lesão, que, como já foi referido na definição da IASP, pode ou não existir na pessoa sofredora.

A dor pode ser de vários tipos⁷³, segundo da classificação da IASP:

Dor aguda: esta é em regra limitada e com uma duração inferior, sendo de três a seis meses.

Exemplos: dor pós-cirúrgica, dor de parto ou dor de dentes. É uma dor frequente, e em regra, não acarreta as consequências psicológicas da dor crónica, que abaixo se descreve.

*Dor crónica benigna*⁷⁴: está presente a maioria do tempo apresentando uma intensidade variável. Exemplo: dor lombar. Esta dor pode também ser definida como dor crónica não oncológica.

Dor crónica maligna: em regra associada a causas malignas. Exemplo: causas oncológicas.

Esta dor pode ser definida como dor crónica oncológica⁷⁵.

Segundo os conceitos definidos pela IASP a dor aguda distingue-se da dor crónica devido a esta última persistir por mais tempo do que o tempo normal de cura, dando origem a respostas específicas, quer sejam psicológicas, afectivas, fisiológicas ou comportamentais. A dor crónica impõe ao doente uma alteração de vida a todos os níveis, quer social, emocional, económico ou stress físico e constitui um problema a nível social.

Segundo Bonica⁷⁶, a dor aguda é uma complexa constelação de experiências sensoriais, perceptivas e emocionais que conduzem a respostas vegetativas, psicológicas, emocionais e comportamentais. A dor aguda caracteriza-se principalmente por estímulos sensoriais, e os factores emocionais têm um papel menos importante no início. Constitui um mecanismo

⁷³ *Idem*, p. 10.

⁷⁴ Para alguns autores, esta terminologia de *Benigna* aplicada à dor é inadequada, pois a dor seja ela de que tipo for, vai causar sempre ao doente, à sua família e à sociedade um grande prejuízo. Para aprofundar este tema consultar: BONICCA, JJ., "Definitions and Taxonomy of Pain", En: Bonica JJ. *The Management of Pain*, Filadelfia, 1991, 18-27.

⁷⁵ *Ibidem*.

⁷⁶ BONICCA, JJ., "Definitions and Taxonomy of Pain", En: Bonica JJ. *The Management of Pain*, Filadelfia, 1991, 18-27, in SANCHEZ, José Luis Aguilar, FONT Luis Aliaga, et al, *Tratamiento del Dolor teoría e práctica*, Barcelona 2002, p.4-5.

biológico de alarme ao nível dos cuidados de saúde. Ainda segundo o mesmo autor, o seu diagnóstico não é difícil⁷⁷ e, com excepções, o tratamento médico ou cirúrgico é eficaz. O seu tratamento inadequado pode levar ao aparecimento de dor crónica.

Em muitos dos doentes que sofrem de dor crónica, não é em primeiro lugar a situação de doença que é causadora de mal-estar na sua vida, mas sim a situação de dor. Segundo Ronald Melzack, *“o maior desafio da dor continua a ser o doente que se submeteu a todos os tratamentos conhecidos e que, não obstante, mantém o sofrimento”*⁷⁸. Segundo este autor, até que se consiga controlar estas situações, o desafio da dor é enorme.

2.2-Neurofisiologia da dor

O estudo da dor implica a compreensão do modo como o nosso corpo a percebe e este processo é denominado de neurofisiologia da dor^{79, 80}. A dor apresenta-se como uma sensação produzida por estimulações várias. A zona do corpo onde se manifesta a dor representa o ponto de partida e o ponto de chegada da complexa função fisiológica da transmissão da dor⁸¹.

Segundo Alice Cardoso, o estudo deste processo permite a distinção entre a dor e o sofrimento: *“...o termo dor era usado em diversas situações não necessariamente médicas. Só no séc. XIX os filósofos sociais e os biólogos separaram o termo dor do sofrimento e os médicos iniciaram o estudo do tratamento biológico da dor, isto é, da resposta física aos estímulos nócicos”*⁸².

⁷⁷ *Ibidem*.

⁷⁸ Melzack, Ronald; WALL, Patrick, *O Desafio da Dor*, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa 1987, p. 389.

⁷⁹ LIMA, Deolinda, *Neuroanatomia da Dor*, in *Dor: Do Neurónio à Pessoa*, Departamento de Educação Médica, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa 1995, pp.21-38.

⁸⁰ VALENÇA, Ângela, *Neurofisiologia da Dor e Comportamento*, in *Dor: Do Neurónio à Pessoa*, Departamento de Educação Médica, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa 1995, pp.39-51.

⁸¹ Na explicação da neurofisiologia da dor aqui apresentada, pressupõe-se que ocorreu uma lesão nos tecidos, no entanto, já foi anteriormente explicado, que o doente pode sentir dor sem ocorrer uma lesão.

⁸² CARDOSO, Alice, *Manual de Tratamento da Dor Crónica*, Lisboa, Julho de 1999, p. 3.

Ao longo da evolução da medicina foi fundamental o estudo da fisiologia, pois foi através dela que se conheceram os mecanismos fisiológicos da transmissão da dor. Estes, associados à evolução do estudo dos fármacos, permitem “o controlo da dor na maioria das situações⁸³.” A dor é transmitida pelas terminações nervosas: os nociceptores⁸⁴. Estes localizam-se na pele e nos tecidos celulares subcutâneos, músculos, articulações e vísceras. Os nociceptores estão habitualmente inactivos, mas podem vir a responder a outro tipo de estímulos que possam ser nocivos para o indivíduo, e informam sobre a localização da dor, a sua intensidade e sua duração.

Os mecanismos neurofisiológicos das diversas formas de dor são distintos.

Pela análise da figura⁸⁵, podemos verificar que a dor de fase 1 é aquela que é produzida por uma lesão pequena e breve, a dor de fase 2 é aquela que é gerada por lesões mais intensas e duradouras que produzem lesões dos tecidos devido a uma inflamação. A dor de fase 3 é produzida por lesão neurológica que inclui neuropatias periféricas ou alterações centrais. Estas fases sendo progressivas, podem coexistir no mesmo sujeito:

a) A dor de fase 1 produz-se como consequência de um estímulo nocivo breve. Não tem que ter uma lesão associada, é apenas necessária para o bem-estar do indivíduo.

b) A dor de fase 2 é a capacidade de o sistema nervoso responder a estímulos prolongados que produzem lesão nos tecidos e dão início ao processo inflamatório. Estas são as reacções normais do organismo a um processo que causa danos e requer cura e cicatrização. A dor de fase 2 caracteriza-se pelas suas componentes centrais que se colocam em marcha e que se mantêm devido à presença de descargas aferentes persistentes.

Este é distinto da fase 1, pois nesta fase há uma perda de relação entre a intensidade do estímulo e a amplitude da sensação, uma vez que a dor persiste na ausência de novas estimulações.

⁸³ *Ibidem*.

⁸⁴ Terminação periférica de um neurónio.

⁸⁵ Consultar Anexos, p. 188.

c) A dor de fase 3 corresponde a estados dolorosos anormais, deve-se a lesões nos nervos periféricos ou do sistema nervoso central e caracterizam-se por uma quase total ausência de relação entre lesão e dor.

Clinicamente as dores das fases 1 e 2 devem-se a estímulos nocivos ou a lesões periféricas. As lesões de fase 3 são sintomas de doença neurológica ou aparecem como dores espontâneas, provocadas por estímulos inócuos ou por dores exageradas perante estímulos nocivos de baixa intensidade. Nesta fase o sistema nervoso comporta-se de forma anormal, quer seja por alterações intrínsecas de tipo central ou por descargas anormais de origem periférica. A dor de fase 3 aparece numa minoria de sujeitos e pode dar-se o caso de existirem factores genéticos que o influenciem.

2.3-Mecanismos fisiológicos de resposta à dor

A resposta de um doente à dor inclui inúmeras manifestações fisiológicas, voluntárias e involuntárias, bem como comportamentos⁸⁶.

As respostas fisiológicas à dor têm uma função protectora e preparam o organismo para evitar ou enfrentar a dor. Aumento da frequência de débitos cardíacos, aumento da pressão sanguínea, dilatação das pupilas, suor nas palmas das mãos, hiperventilação, hipermotilidade, vasoconstrição, espasmos musculares, insónia, comportamento de fuga e estado de ansiedade⁸⁷. A dor tem implicações ao nível de: sistema respiratório, sistema cardiovascular, sistema gastro-intestinal, no metabolismo e sistema neuro-endócrino, bem como a nível psicológico. Em relação à dor de pós-operatório, esta, se for inadequadamente tratada no paciente, atrasa a recuperação da cirurgia, aumenta a morbidade pós-operatória, atrasa a normalização da função pulmonar, restringe a mobilidade, induz náuseas e vômitos, aumenta as resistências vasculares e a função cardíaca. Portanto, influi em toda a fisiologia

⁸⁶ BATALHA, Luís Manuel, "Os Enfermeiros e a Dor na Criança", in *DOR*, vol. 11, nº.1, 2003, p.15.

⁸⁷ *Bonica's Management of Pain*, Philadelphia, ed. John D. Loeser, MD, 132 autores, 2001, p.8.

do indivíduo. A tudo isto acresce ainda que a dor é um sinal de que algo está mal, e de que é necessário actuar para voltar a repor a normalidade.

Durante cerca de 40 anos considerou-se a dor crónica como um sintoma de doença. Nos nossos dias passa a ser encarada por outro prisma, como causadora de efeitos nocivos, pois causa ao paciente grandes danos e afecta a sua vida pessoal, familiar e social, podendo inclusivamente levar ao suicídio. O mal-estar causado pela dor tem sido descrito por quem dela padece. Um exemplo disso é o relato de Virgínia Wolf, no seu livro *On Being Ill*, citada por Ronald Melzack⁸⁸, onde a mesma afirma: "*A língua inglesa, capaz de traduzir os pensamentos de Hamlet e a tragédia de Lear, não tem palavras para exprimir o calafrio e a cefaleia... A mais humilde estudante romântica tem Shakespeare e Keats como porta-voz; mas desde que se tente descrever uma dor de cabeça a um médico, a linguagem falha*", aqui se pode constatar a impotência humana face à dor, bem como a dificuldade de a expressar.

Segundo Melzack⁸⁹, esta dificuldade não advém da falta de palavras, mas sim do facto de que, para se exprimir a dor é necessário usar palavras que não se usam com frequência, e estas poderem parecer absurdas.

Para quem trabalha com este tipo de doentes, a observação dos sinais e a linguagem não verbal da pessoa sofrente é fundamental, aqui a componente relacional é de suprema importância entre o paciente e o técnico.

Existem no entanto pessoas que desde o nascimento ficaram privadas da capacidade de sentir dor, e são por isso testemunhos da necessidade da mesma como fonte de reequilíbrio do corpo. Muitas destas pessoas ao longo da sua vida, são vítimas de queimaduras, contusões, lacerações etc., por não conseguirem interagir com o meio onde se inserem, de forma a protegerem-se. Segundo Melzack⁹⁰, o caso melhor documentado foi o de uma jovem estudada na Universidade de McGill em Montreal. Esta jovem tinha um coeficiente alto de

⁸⁸ Melzack, Ronald; WALL, Patrick, "*O Desafio da Dor*", Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa 1987, p. 55.

⁸⁹ *Ibidem*.

⁹⁰ Melzack, Ronald; WALL, Patrick, *O Desafio da Dor*, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa 1987, p. 16-18.

inteligência, e salvo nunca ter tido dor era uma menina perfeitamente normal. Referiu a um psicólogo que a examinou nunca ter sentido dor, face a *qualquer estímulo nocivo*⁹¹, caiu sobre um aquecedor quando se debruçou numa janela, sofrendo queimaduras de 3º grau, mordeu a língua várias vezes em criança. Não sentia sensação quando exposta a choques eléctricos intensos, contacto com água quente, banho de imersão prolongado em água gelada. Em termos fisiológicos não apresentava qualquer alteração cardíaca, respiratória etc.

Não se lembrava igualmente de ter espirrado ou tossido, o reflexo do vómito apenas se provocava com imensa dificuldade e estavam ausentes os reflexos corneanos (de protecção da córnea). Outro tipo de estímulos também não produzia qualquer dor. Esta jovem apresentava graves alterações patológicas nos joelhos, anca e coluna devido a não ter protecção nas articulações, protecção esta que se assegura pela sensação dolorosa.

Não conseguia assegurar acções que para outras pessoas são normais, como o equilibrar o peso do corpo para proteger articulações, virar-se durante o sono para se reposicionar, ou evitar posições anómalas. Esta doença das articulações provocada pela incapacidade de sentir dor é chamada de *Doença de Charcot*. Cada um de nós, quando no dia a dia, faz uma pequena lesão, evita usar esta articulação para evitar o esforço no período de restabelecimento, no entanto, as pessoas que sofrem desta doença, após acidentes triviais continuam a usar a articulação, adicionando mais agressões à lesão. Esta situação, leva a problemas circulatórios, por conseguinte os mecanismos de defesa do corpo não são activados pela circulação e a infecção propaga-se podendo atingir o osso e a medula.

Nestes casos, não há possibilidade de cura. Foram circunstâncias deste teor que levaram à morte da jovem. De salientar que nos exames neurológicos efectuados a esta jovem, as terminações nervosas e os receptores eram perfeitamente normais, bem como os nervos, medula espinal e cérebro. O seu sistema nervoso deveria conter alguma anomalia desconhecida.

⁹¹ Segundo Melzack o estímulo nocivo é aqui citado como aquele que gera uma determinada agressão.

A dor é então necessária para o bom funcionamento do nosso corpo, como forma de controlo e busca de equilíbrio.

2.4-Dimensão comportamental da dor

A dor tem também manifestações comportamentais influenciadas por diversos factores que estão relacionados com antecedentes étnicos, culturais, experiências passadas, educação, idade, estado emocional, condição física, tipo de dor, incerteza, etc⁹².

A dor implica uma memorização que se repercute em situações futuras.

As variações da experiência dolorosa entre pessoas são devidas a limiares de dor diferentes. O aparelho de condução sensitivo é o mesmo, no entanto o limiar de dor pode ser alterado devido ao ambiente social e história cultural do indivíduo. Por estas razões a OMS recomenda que a analgesia e os cuidados paliativos comecem o mais cedo possível no decurso dos tratamentos do doente.

A reavaliação dos estados de dor é fundamental para proporcionar ao doente um estado de conforto, e bem-estar.

2.5-Os instrumentos de medida na avaliação da dor

Foi no século vinte que se avançou para a criação de instrumentos de medida como tentativa de quantificar e localizar a dor sentida pelo paciente, de forma a melhor a combater e curar. Já foi referido que a dor é um fenómeno complexo. Este fenómeno deriva de diversos factores, e por isso uma avaliação objectiva não é possível pois a dor é o controle, e na prevenção da dor aguda a medida de severidade e duração da mesma pode ser monitorizada durante o internamento, no entanto, na dor crónica a avaliação é importante para

⁹² BATALHA, Luís Manuel, "Os Enfermeiros e a Dor na Criança", in *DOR*, vol. 11, nº.1, 2003, p.15.

determinar o diagnóstico, avaliar a perspectiva cognitiva do doente e conseguir assim definir um plano de tratamento.

“A avaliação da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das unidades de saúde⁹³”⁹⁴. Monitorizar a dor e avaliá-la é imprescindível para que se a possa controlar e curar quem dela sofre.

A avaliação da dor deve começar por uma história clínica cuidada que inclua várias vertentes.

Segundo a psicóloga clínica Cristina Catana⁹⁵, quando se aborda o doente com dor, numa perspectiva da psicologia, avalia-se a dor e a sua articulação com a história da pessoa. Ainda segundo esta psicóloga, ao elaborar-se uma avaliação psicológica da dor, *“impõe-se construir a história e carácter da dor⁹⁶”*, para que se consiga compreender de que forma o sofrente a vive. Deste modo ela define os seguintes pressupostos para a construção desta abordagem:

- “- Em que altura, da vida do paciente, surge a dor.*
- Qual (ais) a(s) sua(s) causas.*
- Qual o tempo de evolução.*
- Como progride (episódica vs. estática)*
- Qual a sua sede, o lugar onde a dor se inicia ou onde é mais intensa.*
- Como é a sua manifestação: peso, pontada, cólica, etc.*
- Qual a sua Intensidade/extensão.*
- Quais os factores que a modulam.*
- Qual o ritmo horário da dor.*
- Qual(ais) o(s) significado(s) atribuídos pelo paciente.*
- História de dor prévia à actual.*
- História de dor familiar.*

⁹³ SIMÕES, Inês; PINTO, Fabiano; RODRIGUES, Carla, *“Avaliar a dor... porquê?”*, in *Revista do Centro Hospitalar de Coimbra*, 2004, Vol. 7, nº 31, p. 45.

⁹⁴ CIRCULAR NORMATIVA N.º 09/Direcção Geral da Saúde, de 14 de Junho de 2003, A Dor como 5.º sinal vital, Registo sistemático da intensidade da Dor.

⁹⁵ CATANA, Cristina, *“Dor Crónica na Perspectiva da Psicologia Clínica”*, in *Dor*, vol. 13, nº 3, Lisboa 2005, p. 17.

⁹⁶ *Ibidem*.

- *História pessoal e familiar prévia à dor*⁹⁷”.

Quando se avaliam estes factores, avalia-se também qual o impacto que a dor tem na vida do paciente e por isso, mesmo o seu grau de sofrimento. Observa-se o doente na dimensão afectiva, através da observação do grau de depressão que apresenta, das suas emoções e ansiedade. Observa-se a forma como interage com os que o rodeiam, a sua família, o seu grupo de amigos, a equipa médica, os seus colegas de trabalho ou a comunidade. É também perceptível o modo como se vê a si próprio, os seus recursos, e como é que o meio onde habita influencia a sua vivência. O meio afectivo onde o doente se insere é fundamental uma vez que a existência deste suporte vai minorar a situação de sofrimento tornando a dor mais suportável.

Não existem métodos objectivos fiáveis na sua totalidade, e por isso, são aceites como únicos critérios para a investigação da dor os que se baseiam nas respostas dos doentes que dela sofrem.

São fundamentais para a avaliação da dor os antecedentes pessoais do doente para que se conheça a experiência de dor do mesmo, bem como, os seus hábitos de ingestão de fármacos. Para completar esta avaliação, é fundamental que o doente tenha contacto com outros profissionais da saúde, por este motivo as unidades de dor dispõem de consulta multidisciplinar⁹⁸. Assim, a avaliação psico-social, se possível deverá ser realizada na área do serviço social e da psicologia.

Esta abordagem é importante para compreender aspectos relacionais e afectivos na vida do doente que podem influenciar o modo como este sente a dor.

Entender a doença actual, a sua evolução e terapêuticas já efectuadas, averiguar a história de dor do doente, são tudo factores importantes, uma vez que avaliar de que doença a dor decorre e qual a sua história é fundamental para erradicar ou controlar a dor sentida.

⁹⁷ *Ibidem.*

⁹⁸ Consultar Anexos, *Definição de conceitos*, p. 270 e seguintes.

Nem sempre a doença mais grave é a responsável pela sintomatologia dolorosa.

Saber qual o tipo de dor que a pessoa sofre, qual a sua evolução, localização e irradiação, se tem um padrão constante ou intermitente, quais os factores de alívio ou de agravamento, como é que esta dor interfere com a actividade e o dia a dia da pessoa, qual a medicação efectuada, representam um conjunto de informações essenciais para compreender a dor sentida e erradicá-la ou controlá-la.

O exame físico ao doente, o planeamento de terapêutica, a reavaliação da prescrição, são etapas fundamentais para a actuação dos técnicos no âmbito da dor. Na questão da avaliação da dor, é sempre o doente quem tem razão, sejam quais forem os juízos e opiniões dos profissionais de saúde sobre a autenticidade das suas queixas. O doente é o único juiz da sua experiência dolorosa. A avaliação da dor tem como objectivo a sua eliminação e/ou a diminuição, que deve ser compatível com uma aceitável qualidade de vida para o doente⁹⁹. A dor é sempre muito difícil de avaliar, pois tem uma natureza subjectiva que varia, como já foi referido, com o passado do doente, com as suas emoções no momento da recolha de informações etc. Por não haver objectos de medida que nos permitam medir com objectividade estes aspectos, é fundamental a descrição do doente, a interpretação do profissional de saúde e a utilização de uma escala verbal em linguagem simples.

Existem no entanto escalas que foram criadas para a avaliação da dor, e têm por objectivo permitir a avaliação e monitorização da mesma para a sua cura e controlo. Algumas destas escalas são:

O *McGill Pain Questionnaire*¹⁰⁰ criado em 1975, por Melzack e Torgerson^{101, 102} que foi adaptado para um estudo sobre narcóticos.

⁹⁹ SIMÕES, Inês; PINTO, Fabiano; RODRIGUES, Carla, "Avaliar a dor... porquê?", in *Revista do Centro Hospitalar de Coimbra*, 2004, Vol. 7, nº 31, p. 46.

¹⁰⁰ Consultar Anexos, p. 189.

¹⁰¹ WALL, Patrick D., MELZACK, Ronald, *Textbook of Pain*, London, 1994, p. 338.

¹⁰² http://www.physiobase.com/protocols/assessmentforms/the_mcgill_major.pdf

Segundo Zeferino Bastos¹⁰³: “As expressões descritivas assentam sobre quatro grandes grupos: dimensão sensorial, de 1 a 10; dimensão afectiva, de 1 a 15; avaliação, 16; diversos, de 17 a 20. O valor atribuído a cada expressão baseia-se na sua posição na subcategoria. A soma dos números ordinais dá o índice de avaliação da dor (PRI). O índice de dor actual (PPI) assenta numa escala de 0 a 5.” Relativamente a este questionário, que pretende separar os aspectos sensoriais dos afectivos, surgem respostas inconsistentes entre estes dois factores o que coloca reservas à sua utilização.

Estão disponíveis vários outros métodos, no entanto, a descrição do paciente e a observação do profissional de saúde são fundamentais.

A observação do comportamento e sinais vitais é uma medida pouco fiável e não deve ser usada a menos que o paciente não consiga comunicar.

Existem quatro escalas¹⁰⁴ ditas comuns, para permitir ao paciente definir uma medida de dor que são:

1. Escala visual analógica Utiliza-se uma linha de 10cm com pontos marcados como “sem dor” na ponta esquerda e “pior dor imaginável” marcado na ponta direita. Não existem outros pontos marcados. Depois pede-se ao doente que marque um ponto na linha que seja indicativo da sua dor. A distância entre o ponto referente à ausência de dor ao ponto marcado pelo paciente é medida e determina-se assim o valor da sua dor. Pode acontecer que alguns doentes tenham dificuldade em perceber ou actuar nesta escala especialmente no pós-operatório imediato. Pode ser usada também para medir outras variáveis subjectivas, como a satisfação dos pacientes, alívio de dor e náusea.

¹⁰³ BASTOS, Zeferino, *Multidisciplinaridade e Organização das Unidades de Dor Crónica*, Biblioteca da Dor, Coord., Dr. José Manuel Caseiro, Permanyer Portugal, Lisboa 2005, p. 16.

¹⁰⁴ Consultar Anexos para visualizar as escalas, pp. 190-191.

2.Escala verbal numérica: Esta é semelhante à anterior. A diferença porém reside no facto de nesta escala ser pedido ao doente que imagine que “0 é igual a ausência de dor” e “10 é igual à pior dor imaginável”, depois é-lhe pedido para atribuir um número nesta escala que represente a dor que sente. Este método apresenta vantagens pois não requer o uso de qualquer equipamento. No entanto podem haver barreiras, como por exemplo o de compreender o sistema de escalas.

3.Escala de avaliação categórica, ou qualitativa. É outro sistema que usa várias palavras para medir a dor. É solicitado ao doente que seleccione e expressão que caracteriza melhor a sua situação, do tipo: “nenhuma dor”, “dor média”, “dor moderada”, “dor severa”, “dor muito severa” e “pior dor imaginável”. Também tem as mesmas barreiras que os anteriores, pois dificuldades de expressão e de linguagem podem levar a criar dificuldades na sua compreensão.

4.Escala visual de expressões faciais É uma escala usada para medir a dor pediátrica, devido à dificuldade de comunicação das crianças,¹⁰⁵ ou quando os pacientes têm dificuldade de comunicação, quer pela lacuna de vocabulário, quer por problemas fisiológicos que inibam a linguagem.

As escalas que se encontram aprovadas para Portugal pela Circular Normativa Nº 9/DGCG, de 14 de Junho de 2003, são as que acima se

¹⁰⁵ Para melhor esclarecimento sobre a dor pediátrica, consultar: CARDOSO, Alice, *Manual de Tratamento da Dor Crónica*, Lisboa, Julho de 1999, pp.79-82.

mencionam, no entanto, são usadas outras escalas de medida da dor, quer na Europa como nos EUA. Um exemplo é:

Escala do *Memorial Sloan-Kettering* (Câncer Center, New York): esta escala avalia a intensidade da dor, o seu alívio, e o humor do doente¹⁰⁶. Ou o *McGill Pain Questionnaire*¹⁰⁷.

Hoje em dia os questionários da Qualidade de Vida¹⁰⁸ tentam, de alguma forma avaliar as várias vertentes da dor. Vão tentar avaliar os aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais da dor.

Todas as escalas têm limitações e não existem razões para se escolher uma ou outra escala como a melhor.

A intensidade da dor pode aferir-se com o recurso a qualquer das escalas propostas¹⁰⁹. Com a ressalva que a sua intensidade será sempre aquela referida pelo doente. À semelhança dos sinais vitais, a intensidade da dor registada refere-se *ao momento da sua colheita*. A escala usada para um determinado doente deve ser sempre a mesma. Para o profissional de saúde, é fundamental que haja uma certeza em como o doente compreendeu correctamente o significado e a utilização da escala utilizada.

Qualquer um destes métodos serve para avaliar o nível de dor de cada paciente e para verificar o grau de efectividade de tratamento efectuado a essa dor.

¹⁰⁶ CARDOSO, Alice, *Manual de Tratamento da Dor Crónica*, Lisboa, Julho de 1999, p. 19.

¹⁰⁷ Criado por Melzack, consultar anexos, p. 7.

¹⁰⁸ Para além de outros, existem o WHOQOL-100 e o WHOQOL BRIEF, que são instrumentos validados e propriedade da OMS.

¹⁰⁹ MIGUEL, José Pereira, "Comunicado da DGS sobre o 5º sinal vital", 4ªs Jornadas de Dor o IPOFG SA, Lisboa, in *Dor*, Vol. 11, Nº 3, Lisboa 2003, p. 6.

2.6-Alguns aspectos sociológicos da dor

À parte a evolução histórica do conceito e sentido da palavra *dor*, existem muitas diferenças segundo as etnias, as culturas e as religiões. E todas estas variáveis podem influenciar a resposta à dor, pois como já foi citado, esta depende do sujeito que a sofre e é por isso variável. A dor e a cultura estão muito associadas, em especial quando as respostas e comportamentos se relacionam com regras e tradições sociais. O ambiente influencia a dor desde o período neo-natal¹¹⁰. Por esta razão muitas mães descrevem “*um choro mais inquieto do seu filho quando se sentem inseguras ou angustiadas*”¹¹¹.

Segundo Weisenberg, as manifestações de dor devem-se mais a factores culturais individuais na sensibilidade para com o estímulo doloroso¹¹². A dor pode ser modulada pela sociedade, pela cultura ou pela educação, mas também pode ser pela selecção dos estímulos, pois dois estímulos não podem ser percebidos pelo nosso cérebro em simultâneo, é o princípio da inundação sensorial¹¹³. Em virtude desta situação, uma qualquer actividade lúdica que distraia o doente, como a música, relaxamento, conversa, podem aliviar a dor. Já uma situação de solidão, isolamento, tende a aumentar a percepção de dor.

Ainda segundo Weisenberg¹¹⁴, as manifestações de dor devem-se mais a factores de ordem cultural individual, do que a diferenças fisiológicas de sensibilidade na percepção dos estímulos. A dor é moldada por factores de ordem cultural inerentes à aprendizagem do indivíduo.

Os valores culturais ligados à percepção da dor vão influenciar em muito a forma como cada um se relaciona com a dor, pois são estes que geram estas respostas. Alguns dos ditados populares são disso exemplo: “*um homem não chora*”, “*gente grande não chora*”, acabam por influenciar as respostas à dor.

¹¹⁰ BATALHA, Luís Manuel, “*Os Enfermeiros e a Dor na Criança*”, in *DOR*, vol. 11, nº.1, 2003, p.13.

¹¹¹ *Ibidem*.

¹¹² *Ibidem*.

¹¹³ *Ibidem*.

¹¹⁴ *Ibidem*.

Por vezes, dor e cultura estão associadas e surgem respostas que são as esperadas num determinado contexto de dor, por exemplo: os homens Masai devem estar quietos quando frente a uma situação de dor, enquanto que as mulheres da mesma tribo podem manifestar situações de dor, exceptuando a da dor de parto, alguns crentes nas Filipinas sujeitam-se à crucifixão como prova de fé e de sacrifício, na África Oriental¹¹⁵, homens e mulheres submetem-se, sem anestesia ou droga analgésica a uma operação denominada “*trepanação*”, que consiste em cortar o couro cabeludo e músculos subjacentes, por forma a por a descoberto uma grande parte do crânio, posteriormente são sujeitos a uma raspagem, enquanto que o homem ou a mulher seguram calmamente um vaso sob o queixo que recolhe o sangue que escorre.

Esta intervenção tem por objectivo evitar a dor crónica.

Na Índia, através do rito da suspensão, é escolhido um membro de um determinado grupo social para representar o poder dos deuses, e este consiste em abençoar crianças e colheitas de um grupo de aldeias vizinhas, numa determinada época do ano. Neste ritual são espetados ganchos de aço nos músculos do dorso do indivíduo, ligados a fortes cordas ao topo de uma viga elevadiça, montada numa carroça especial. Esta segue de aldeia em aldeia. Em regra o homem segura-se nas cordas durante as deslocações, mas durante o ponto culminante da cerimónia, balanceia-se livremente, suspenso pelos ganchos não manifestando qualquer sinal de dor e parecendo estar num “*estado de exaltação*”¹¹⁶.

Ainda, segundo Bernstein e Pachter¹¹⁷, a cultura tem influência na experiência dolorosa, nos seguintes moldes:

a) Estímulos nocivos similares geram variações individuais na percepção e na resposta à dor.

¹¹⁵ MELZACK, Ronald; WALL, Patrick, *O Desafio da Dor*, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa 1987, p. 28.

¹¹⁶ *Idem*, pp. 28-29.

¹¹⁷ BATALHA, Luís Manuel, “*Os Enfermeiros e a Dor na Criança*”, in *DOR*, vol. 11, nº.1, 2003, p.13.

b) Os factores cognitivos, os saberes e as práticas interferem na experiência individual de dor.

c) Os modelos explicativos da doença e as condições culturais.

d) A aprendizagem facultada pela família e pela sociedade.

Os padrões culturais de uma comunidade fazem com que a pessoa que sofre interiorize certos valores que se manifestam, nomeadamente na sua expressão verbal, nos seus gestos, nas suas expressões faciais, na sua postura corporal, em todo o seu comportamento de dor. E estes só podem ser interpretados no contexto cultural que lhes dá origem¹¹⁸. A tolerância à dor¹¹⁹ é variável consoante o modo como a pessoa foi socializada.

Um outro factor de grande importância, a nível cultural, no domínio dos valores é a religião. No caso do cristianismo a dor e o sofrimento são encarados como um castigo ou uma mácula, mas também como uma fonte de redenção e de purificação. O sofrimento foi durante muito tempo encarado como amigo da alma. Esta ideia vai, nos países católicos, atrasar o processo de luta contra a dor¹²⁰.

Ainda segundo Tubiana, o actual desinteresse da luta contra a dor tem as suas origens, sendo uma delas a formação insuficiente dos técnicos, e o factor cultural com origem na Idade Média que aponta a doença como um castigo divino cuja manifestação é a dor, e por conseguinte não se deverá lutar contra ela por ser uma fonte de redenção¹²¹.

Segundo o mesmo autor: *"...os médicos subestimam a gravidade das dores sentidas pelos doentes e sobrestimam o efeito dos analgésicos utilizados. Mais de metade dos doentes que sofrem não são aliviados como poderiam ser. Ainda hoje a luta contra a dor não é sentida como um ramo nobre da medicina. Os médicos consagram-lhe pouca atenção, tanto mais que alguns pensam,*

¹¹⁸ PAULO, José Manuel Rodrigues, "Ajudar o doente com dor: bem avaliar para melhor intervir", in *Dor*, Vol. 11, Nº. 4, Lisboa 2003, p. 7.

¹¹⁹ É a duração da dor ou a intensidade da dor que uma pessoa está disposta a tolerar até requerer o seu alívio, in McCaffery, M. Beebe A., *Pain: Clinical Manual for nursing practice*, St. Louis 1989, p.15.

¹²⁰ TUBIANA, Maurice, *Historia da Medicina e do Pensamento Médico*, Lisboa, 2000, p. 52.

¹²¹ *Idem*, p. 309.

*ingenuamente, que bastarão algumas horas ou alguns dias para aprenderem a manejar as armas utilizadas com esse fim: por isso tardou tanto a criação de consultas especializadas.*¹²²”

Uma vez que a população de uma forma geral está a envelhecer, o prolongamento da vida humana é um facto, no entanto sobem também os índices de morbilidade e há uma maior probabilidade de doenças prolongadas e de situações de dependência nos idosos. A permanência do idoso no seu meio é fundamental para se prevenir situações de depressão e os cuidados paliativos assumem uma importância fundamental na prevenção de situações de doença.

As equipas multidisciplinares são fundamentais para se poder apoiar estes doentes nas vertentes em que apresentam sofrimento.

2.7- A dor e o sofrimento

A dor e o sofrimento são realidades próprias da natureza humana e que a todos nós já atingiu. São realidades que nos são estranhas e pavorosas em simultâneo, são realidades que estão muito para além do cientificamente resolúvel. A dor tem uma memória susceptível de originar sofrimentos, sem que esteja necessariamente presente no corpo físico de quem a sofre.

Se *“analisarmos a definição de dor e de sofrimento de acordo com um dicionário de texto, verificamos que as definições dos dois conceitos se apresentam como sinónimos. A definição de dor, “sofrimento físico ou moral; mágoa; aflição”, sobrepõe-se à de sofrimento – “acto ou efeito de sofrer; suportar, tolerar; padecer de dores físicas ou morais, sentir dores físicas ou morais; padecer com paciência”*¹²³. Ambas estas definições indiciam quer dores físicas quer dores morais. A diferença entre uma e outra prende-se com o facto de o sofrimento estar ligado ao facto de *“sofrer com paciência”, “suportar” e “tolerar”*. Está mais ligado ao factor subjectivo do sofrer a dor enquanto emoção.

¹²² *Ibidem.*

¹²³ GUERRA, Marina Prista, “A Vivência Psicológica da Dor e do Sofrimento”, in *Dor e Sofrimento Uma Perspectiva Interdisciplinar*, Campo das Letras, Porto 2001, pp. 183.

Em qualquer dor física há sempre uma componente psíquica ligada quer à angústia que a doença provoca, quer à desinserção social e profissional, quer a outras causas, como litígios ou conflitos familiares¹²⁴.

A noção de dor e de sofrimento liga-se muito à sensação de depressão, ansiedade e isolamento, e na sua mais extrema abordagem ao suicídio.

“A dor crónica, ao contrário da dor aguda, apresenta-se como uma dor de longa duração mais resistente às terapêuticas antálgicas e que frequentemente conduz a uma situação invalidante a curto ou a longo prazo¹²⁵”, e é este tipo de dor que leva muitas vezes ao desespero e desmotivação pela vida.

Estas alterações na vida do doente levam a uma clara perda de qualidade de vida, as suas actividades mais básicas são limitadas e isso leva o doente a uma situação de sofrimento.

“A dor crónica é uma doença com uma tripla dimensão, cognitiva, sensorial e motivacional; é acima de tudo uma experiência pessoal, um fenómeno plural com vários aspectos: percepção, emoção, memória e comportamento. A dor desorganiza a pessoa, o seu meio social e familiar. Na abordagem do doente com dor crónica devemos avaliar a dor e a importância que tem para ele.¹²⁶” A dor crónica provoca no sofrimento uma fragilidade que o vai impedir de viver a sua vida em pleno, bem como de se empenhar na sua cura, pois as atenções do mesmo estão concentradas na situação de dor.

Segundo Carqueja e outros autores, *“qualquer doença ou incapacidade crónica, incluindo a dor, afecta as emoções e o comportamento da pessoa. A dor leva frequentemente à ansiedade e à tensão, que por sua vez podem aumentar a sensação de dor. As perturbações neuróticas como a ansiedade, depressão ou preocupação exagerada com as funções corporais encontram-se com frequência associadas a síndromes dolorosas¹²⁷”*. O doente não está

¹²⁴ TUBIANA, Maurice, *Historia da Medicina e do Pensamento Médico*, Lisboa, 2000, p. 309.

¹²⁵ TEIXEIRA, Rui Manuel, *“O Médico de família e o tratamento da dor”*, in *Dor*, Vol. 11, Nº 4, Lisboa 2003, p. 10.

¹²⁶ CARQUEJA, Eduardo; MARCOS, Ana; CABIDO, Hermínia; CARVALHO, Carlos Jorge, *“Dor crónica, perspectiva tridimensional numa intervenção médica e psicológica”*, in *Revista CAR – Clube Anestesiologia Regional*, 2003, nº 34, p. 74.

¹²⁷ *Ibidem*.

doente no sentido biológico apenas, mas porque tem a sua liberdade coarctada, por consequência a sua vida alterada.

O sofrimento gerado pela dor leva muitas vezes a pessoa sofredora a uma situação de amargura no viver do seu dia-a-dia, alterações estas que são tão intensas que podem modificar a forma como a pessoa se relaciona com aqueles que o rodeiam e com o meio onde se insere. É o meio como o ser humano se adapta à dor que sofre.

A dor crónica tem uma componente psicológica muito forte. Segundo McCaffery, a *"...ansiedade ou depressão provavelmente tornam a dor mais difícil de suportar e afectam negativamente a perspectiva, a motivação ou a capacidade para se implicar no seu processo de controlo da dor¹²⁸"*. A dor é por isso um *"problema físico com efeitos psicológicos¹²⁹"*. Um doente com experiência de dor prolongada tende a baixar a sua capacidade de tolerância à dor, e poderá ter tendência a enfrentar cada novo período de dor com medo crescente, estado depressivo e menos recursos para suportar esta dor, indo por assim dizer fragilizando a sua capacidade de resistência à dor.

A dor afecta a pessoa na sua globalidade, é *"cruzada numa tripla pertença: biológica, antropológica e psicológica¹³⁰"*.

A dor é um estado global, que afecta a vida do doente nas suas várias vertentes, esgota os recursos de quem a sofre e muitas vezes esgota também os recursos e a capacidade de resposta da equipa. A situação de dor crónica persistente leva muitas vezes o doente a sentir cansaço, esgotamento, impotência, face à sua situação. As depressões são muitas vezes verificadas neste tipo de doentes, não tanto pela dor em si, mas pela limitação que esta causa na vida de quem a sofre.

Segundo Freud, citado por Pesch¹³¹, a felicidade da pessoa é limitada pela constituição íntima do seu ser, e também por circunstâncias exteriores, o

¹²⁸ McCaffery, M. Beebe A., *Pain: Clinical Manual for nursing practice*, St. Louis 1989, p.9.

¹²⁹ *Ibidem*.

¹³⁰ CATANA, Cristina, *"Pensar a dor..."*, in *Dor*, vol. 11, nº 4, Lisboa 2003, pp. 19.

¹³¹ PESCH, Edgar, *Freud*, Biblioteca Básica de Filosofia, Lisboa 1985, p. 128.

sofrimento pelo contrário, ameaça continuamente o homem. E este provém de três fontes principais:

- a) Do próprio eu físico destinado à doença, à degradação e à morte.
- b) Do mundo exterior que pesa, assassina, aniquila o indivíduo.
- c) Das relações com os nossos semelhantes.

Na interpretação de Freud, em face destes variados sofrimentos, o homem reduz as suas pretensões à felicidade e muitas vezes estas pretensões constam, não de um ganho de prazer positivo, mas numa economia de sofrimento. O sofredor readapta a sua vida à sua nova circunstância de doença, para que a sua situação de dor seja minimizada, quer para ele como para quem o rodeia.

Ainda sobre a importância do apoio social para o equilíbrio da pessoa, Durkheim¹³² apresenta a importância do papel protector da coesão social e da ordem social relativamente ao suicídio e à entropia social.

Segundo ele, certas ideologias e religiões criam entre os seus membros um forte sentido de pertença e de dedicação à sociedade. Na actualidade este pensamento de Durkheim vulgarizou-se no conceito de apoio social, e tem sido estudado como um modificador das consequências nefastas dos factores de "stress" nos doentes¹³³.

Cobb¹³⁴ define o apoio social como a informação que leva o indivíduo a acreditar que é considerado e amado, que é estimado e valorizado, e que pertence a um sistema de comunicação e de mútua obrigação. Estas informações derivam da rede social que cada doente possui e vai actuar como neutralizador de factores stressores causados pela situação de doença e de dor, melhorando assim a saúde do doente.

¹³² DURKHEIM, Émile, *As Formas Elementares da Vida Religiosa o Sistema totémico na Austrália*, Oeiras 2002, pp. 197-248.

¹³³ COBB, S., "Social Support as a moderator of life stress", in *Psychosom Med.* Nº 38, 1976, pp. 300-314.

¹³⁴ *Idem.*

O apoio social é o 2º grande capital de saúde (depois da auto-estima) e consiste num sistema biunívoco entre dois agentes¹³⁵. Neste sentido, os comportamentos informais de ajuda situam-se a 4 níveis: suporte emocional, comportamento de ajuda na resolução de problemas, influência pessoal directa e acção no meio. A rede social (conjunto de relações fortes e estáveis que o doente desenvolve com os outros que o rodeiam) é assim de capital importância para a promoção da saúde do doente e para a minimização do seu sofrimento¹³⁶.

Quando a rede de apoio social existe, acontecimentos causados por episódios traumáticos, como a morte de cônjuge, reforma, decréscimo de actividade social, doença etc., não apresentam repercussões significativas ao nível do bem-estar do doente uma vez que este tem substituições ao nível afectivo que vão colmatar estas carências. As situações de dor são também melhoradas com a existência deste suporte afectivo e apoio social.

O doente trás os seus sentimentos e projecta-os na equipa de profissionais esperando destes uma solução para a sua situação de sofrimento, e é este sofrimento que motiva a procura do tipo de cuidados que se prestam nas Unidades de Dor: *"A medicina da dor é aquela que pretende dar conta não da dor-sinal, como mero instrumento de alarme de defesa e protecção do indivíduo, mas dar conta da dor-doença inútil e persistente, atirando o paciente para o lugar de perda."*¹³⁷ Este sofrimento é extensivo à família e aos que rodeiam o doente. Nos contactos efectuados com estes, tantas vezes ouvimos: *"se ele está bem, todos nós estamos bem"*. As vivências familiares são centradas na pessoa doente e no seu conforto, e por conseguinte também o bem-estar e felicidade daqueles que o rodeiam.

¹³⁵ NUNES, Luís Ângelo Saboga, *O Sentido de coerência: operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida*, Universidade Nova de Lisboa, ENSP, Lisboa Fevereiro de 1999, pp. 17-20.

¹³⁶ HAINES, V; HULBERT, J.; *"Network range and health"*, in *Journal of health and social behaviour*, nº 343, 1992, pp. 254-266.

¹³⁷ CATANA, Cristina, *"Dor Crónica na Perspectiva da Psicologia Clínica"*, in *Dor*, vol. 13, nº 3, Lisboa 2005, p. 16.

Actualmente, a estrutura da família tem-se vindo a alterar, nomeadamente a partir da II Guerra Mundial, pois o número de famílias tem vindo a aumentar em relação ao total da população. Assistiu-se também a uma redução da dimensão da família¹³⁸. A família extensa é cada vez em menor número, e por conseguinte, o apoio prestado pelas famílias ao doente também se torna mais dificultado em consequência desta redução, quer pelo prolongamento do período de escolaridade, pela integração da mulher no mercado de trabalho ou até pela substituição de algumas funções da família por instituições do Estado ou associações. O doente por vezes vê-se retirado do seu seio familiar.

Estas contingências da modernidade, este tipo de mudanças nas suas rotinas podem ser geradoras de ansiedade ou de depressões. No contacto com o doente da Unidade de Dor do HDES, foram testemunhadas situações de sofrimento exacerbadas por solidão e isolamento: *"são muitos os domingos em que me arranjo para esperar a minha família que me levará para almoçar e jantar, mas ao fim do dia tomo consciência de que já não vêm, e então preparo-me para passar mais um serão sozinha"*. Outro tipo de situações foi testemunhado também em doentes idosos: *"o dia até o passo bem, mas a noite quando chega, vem com ela o terror de estar só, a minha casa fica diferente... e as dores aumentam."* São ambas, em conjunto com muitas outras, situações geradoras de grande ansiedade, tristeza e depressão e onde se pode verificar que factores relacionais, psicológicos, emocionais, externos à situação de dor podem aumentá-la e intensificar a forma como é sentida.

Para quem trabalha na medicina da dor, é necessário tolerância, empatia, paciência e tempo. É necessário compreender e aceitar que muitas vezes a actuação se centra no alívio e não na cura. A aproximação com o doente é fundamental, necessita de tempo, muitas vezes o sofredor é incapaz de expressar a sua dor e só a aproximação entre este e a equipa pode tornar compreensível o entendimento desta dor. É necessário entender para além das lesões físicas, as lesões psíquicas e interpessoais.

¹³⁸ NALDINI, Manuela; SARACENO, Chiara, *Sociologia da Família*, Lisboa, 2003, p. 59.

A intervenção junto ao doente com dor implica, por um lado a actuação com vista ao tratamento, mas também a relação perante a dor e o sofrimento. A forma como os técnicos da equipa se relacionam com a pessoa sofredora é fundamental: *“Comportamentos expressivos como ouvir, mostrar disponibilidade e sensibilidade, permitir a expressão de sentimentos, confortar, devem constituir (...) instrumento de trabalho diário, com uma actuação muito superior na área do saber ser e do saber estar¹³⁹.”*

A dor implica a pessoa na sua globalidade, na sua dimensão biológica, social, psicológica, e cultural.

Muitas vezes a situação do doente com dor implica a aceitação da ideia de morte. O confronto da sociedade actual com a morte é atravessado por inúmeras contradições como o medo crescente em relação a esta e que se vive, regra geral, de forma oculta, e a pressão actual da sociedade para a sua negação, para o consumo, o imediatismo, a exaltação da beleza e da juventude, progresso técnico e científico como forma de fuga e solução. A morte é vista muitas vezes não como parte da vida, mas como uma falha na tentativa do homem dominar a natureza. A secularização que a nossa sociedade vive remete para a crença de que a morte é um fim, um término para o ser que morre.

Destrói-se, de certa forma, a crença na vida depois da morte. Este afastamento da espiritualidade leva o indivíduo, mais facilmente a entrar numa situação de sofrimento e é-lhe mais penoso encontrar sentido para a vida. A sociedade procura mais facilmente o prazer no imediato, o domínio sobre as coisas e por vezes sobre as pessoas, *“...não existe na nossa sociedade actual uma educação explicitamente orientada para a compreensão do sentido da morte (...) assim, aprendemos de forma implícita que a morte é algo dramático, muito ameaçador, já que os pais nos afastam dela quando somos crianças e não respondem às perguntas que lhes fazemos ou respondem com explicações incorrectas que ainda confundem mais, aumentando os nossos temores e*

¹³⁹ VIEIRA, Fátima, *“O enfermeiro na unidade de Terapêutica da dor do Hospital Central do Funchal”*, in *Revista CAR Clube de Anestesiologia Regional*, 2005, n.º 41, p. 54.

*contribuindo para que recalquemos os sentimentos de medo sobre a morte, que acabamos por transportar para a idade adulta, por resolver.”*¹⁴⁰ Esta forma de abordar a morte é de facto aquela com que nos socializam, e contribui muito para que em situações de doença, não seja encarada a existência de alma ou a da vida para além da morte. A inexistência desta perspectiva poderá levar a que o sofrimento em situações terminais seja aumentado pela falta de esperança. Colocar em questão este modelo de socialização implica colocar em questão toda a nossa sociedade e obrigar cada ser humano a procurar encontrar formas alternativas que possibilitem encontrar-se e realizar um sentido para as suas vidas, pois este modelo de socialização leva a que *“na verdade se as pessoas morrem como viveram, não podemos deixar de considerar a grande percentagem de seres humanos a quem a sociedade não proporciona condições mínimas de realização pessoal, mantendo-os excluídos do acesso a bens essenciais e permitindo que por falta de condições e violentações de todo o tipo morram prematuramente, morte que vai potenciar as possibilidades dos seus filhos envelhecerem e morrerem prematuramente, repetindo-se este círculo de geração em geração. Não podemos então dizer que perante a morte todos somos iguais e pretender por meio de uma intervenção humanizada ajudar os doentes terminais a morrer em paz e a encontrarem um sentido para a vida e a morte”*.¹⁴¹

A falta de esperança na socialização efectuada ao longo da vida, sobre a morte, pode levar o sofredor a uma total situação de desalento em casos terminais. Uma intervenção humanizada por parte dos técnicos, com este tipo de doentes é essencial para o atenuar no encarar da situação.

A morte para um doente terminal pode ser encarada como uma libertação ou um processo natural da sua própria existência. Situações de dor extrema podem levar um doente a desejar a sua morte, *“a dor mal controlada, a sensação de abandono, defrontado com o fim de vida sem sentido, a falta de reconhecimento, a indiferença ou reprovação por quem presta cuidados, leva*

¹⁴⁰ MATIAS, Maria Aurora, *“Jovens com Osteosarcoma e suas famílias: elementos para uma análise da intervenção do Serviço Social”*, in *Intervenção Social*, nº 27, Lisboa, 2003, p. 61.

¹⁴¹ *Ibidem*.

os doentes a pedir a eutanásia. Quando o doente encontra compaixão, escuta, alívio eficaz para as suas dores, não deseja a eutanásia. A atenção prestada ao doente, o saber ouvir, o contacto físico e a presença dos profissionais de saúde são parâmetros indispensáveis para serenar o doente e restituir significado à vontade de viver¹⁴²”. Por isso é fundamental que, no lidar com este tipo de situações, a equipa interaja de forma a proporcionar à família e ao doente um ambiente tanto quanto possível, propício a que estes partilhem as suas preocupações e anseios, minimizando assim os seus sofrimentos.

A aceitação da morte como um processo natural é difícil, e quando esta está associada a idade prematura, condições difíceis de vida, poucos recursos, falta de acessibilidade aos cuidados médicos, é muito mais difícil quer a aceitação desta situação, quer o lidar com ela.

Muitas vezes, a situação de morte é pelo doente consciencializada e este prefere morrer em casa. Desde que o apoio da família e da equipa de saúde assim o permita, deve ser sempre respeitada esta situação.

Numa situação terminal, é necessário tudo fazer para que o doente possa viver de forma confortável, com a tristeza esperada, mas sem angústias. Estes são os objectivos dos cuidados paliativos da OMS, definidos em 1990¹⁴³.

O luto caracteriza-se pela presença de sentimentos ou vivência de dor física e psicológica intensa que resulta da perda de uma pessoa muito importante. Nesta altura que a família atravessa, é necessário intensificar o acompanhamento, se possível aumentando a frequência de visitas no domicílio.

Este apoio familiar tem como objectivo a aceitação da situação de perda, permitindo à família a dor do luto, bem como a adaptação à nova realidade da vida sem a pessoa. Para que seja possível esta situação de morte em casa, é necessário que exista uma família sólida com disponibilidade de ajudar, comunicar e com interesse em aprender a cuidar do seu familiar doente. É necessário também uma relação efectiva junto dos cuidados de saúde primários, enfermeiros e assistentes sociais, ou outros elementos da equipa de

¹⁴² DIAS, Eugénia; LOPES, Elsa, “Cuidar do doente com dor”, in *Revista Saúde Amato Lusitano*, 2005, vol.9, Nº 2, p. 44.

¹⁴³ Cuidados Paliativos www.who.com

saúde que exercem cada um na sua área de intervenção planificando de forma ideal os cuidados a prestar ao doente. Só assim se poderá evitar que a família se sinta desprotegida e sem apoio e recorra de forma sistemática aos serviços de urgência com o objectivo de internamento do seu doente¹⁴⁴.

A dor está invariavelmente associada à depressão nervosa e está definido que a dor é um factor de risco importante da manifestação da vontade de morrer e de suicídio¹⁴⁵.

A dor ocorre no corpo físico, mas também no corpo psíquico, pois o sofredor experimenta uma situação de injustiça.

Segundo Sigmund Freud, a imagem corporal é a base da identidade, e o corpo tem uma relação forte com o mundo social. Esta imagem estrutura-se na história pessoal e na história das relações sociais¹⁴⁶. O doente com dor sente a sua situação de convivência quer no seio da sua família, quer socialmente, limitada pelas contingências inerentes à dor que sente. A relação que estabelece com o seu corpo altera-se a partir do momento em que a dor se instala e por conseguinte a relação que estabelece com os outros também se altera. Há uma modificação na rotina da pessoa a partir do momento em que se torna sofredor. No atendimento efectuado ao doente da Unidade de Dor, é comum perceber-se que os mesmos apresentam uma relação de baixa auto-estima com o seu corpo pelo facto de sentirem dores e de isso ser para eles limitador de movimentos, actividades e desempenhos a todos os níveis.

Este facto é extensivo à sua vida afectiva/sexual, pois altera a forma como percebem o seu corpo, por conseguinte, altera também a forma como, por meio deste, se relacionam com o seu/sua companheiro/a de vida, e com a realidade social que os circunda: *“Freud concede à sexualidade o primeiro lugar na vida psíquica individual e social do homem e este lugar justifica-se plenamente se precisarmos que a sexualidade se inscreve no quadro do*

¹⁴⁴ MORAIS, Bárbara, *“Abordagem do doente oncológico terminal: a perspectiva do clínico geral-médico de família”*, in *Revista Saúde*, 1998, vol. 3, nº 1, pp. 20-29.

¹⁴⁵ MARQUES, António Lourenço, *“Porquê tratar a dor?”*, *Revista Saúde Amato Lusitano*, 2003, vol. 7, nº 11, p.6.

¹⁴⁶ *Idem*, p. 18.

*psiquismo inconsciente no de uma extensão da sexualidade em domínios aparentemente e tradicionalmente considerados como não sexuais.*¹⁴⁷. Isto leva-nos a concluir que se Freud concede uma importância tão grande à sexualidade é porque lhe atribui um grande número de actividades que até à sua época eram tidas como *não sexuais*¹⁴⁸.

Neste sentido, Pesch define ainda, à luz da psicanálise que: *“o amor materno, a ternura filial e fraterna, a camaradagem e a amizade derivam, com efeito, da sexualidade. (...) todas as relações sociais entre os indivíduos, são ligações amorosas, tanto pela sua natureza, como pela sua origem*¹⁴⁹.” Se assim é, quando um doente tem a sua imagem corporal distorcida por via da sua situação de doença e pela sua limitação física, os contactos que estabelece com os outros por via da interacção estabelecida pelo seu corpo vão também ser condicionados ao *deficit* que sente.

Segundo Silva e Sousa¹⁵⁰, o homem é um ser sexuado, e este é um fenómeno de dimensão extraordinária que caracteriza todos os estratos componentes da unidade complexa que a pessoa é. A sexualidade da pessoa não é uma simples determinação morfológica ou anatómica, ou uma característica que se possa reduzir a categorias fisiológicas. A pessoa humana seja homem ou mulher, leva inscrita esta condição em todo o seu ser.

A sexualidade marca todas as dimensões humanas. *“A sexualidade é um fenómeno profundo pois afecta decisivamente o modo de ser da pessoa enquanto tal*¹⁵¹”. Por este facto, a situação de dor e de sofrimento vai alterar a sexualidade da pessoa doente, quer seja pela alteração provocada pela dor física de quem sofre, quer pela alteração da percepção que quem está doente faz do seu próprio corpo, bem como da forma como se relaciona com aqueles que o/a rodeiam.

¹⁴⁷ PESCH, Edgar, *Freud*, Biblioteca Básica de Filosofia, Lisboa 1985, P. 52.

¹⁴⁸ PESCH, Edgar, *Freud*, Biblioteca Básica de Filosofia, Lisboa 1985, P. 60.

¹⁴⁹ *Ibidem*.

¹⁵⁰ SOUSA, M. A. Da Silva, “A Sexualidade humana: uma reflexão antropológica e ética”, in *Acção Médica*, vol. 67, Nº 1, 2003, p.25.

¹⁵¹ *Ibidem*.

Nos seus limites a pessoa pode-se despersonalizar, questionar a sua identidade, a sua própria existência.

Quando um doente tem que ser internado, a hospitalização cria nele uma situação de despersonalização¹⁵², muitas vezes por não conseguir manter uma relação de privacidade com o seu corpo durante internamentos e durante exames ou tratamentos.

Esta despersonalização relatada pelo autor diz respeito ao modo de funcionamento inerente à instituição hospitalar, que, para por em prática os procedimentos que levarão à cura e tratamento do doente, muitas vezes, põe em prática uma ingerência na privacidade da pessoa e na forma como esta sente que lidam com o seu corpo. Esta intromissão não é, a grande maioria das vezes, questionada pelo doente, pois este sente-a como necessária ao seu tratamento e cura. Segundo Duarte Melo¹⁵³, *“os profissionais de saúde são chamados a não ignorar que, quando cuidam do doente, tocam-lhe no corpo e o expõem muitas vezes aos olhares alheios, sem pedir autorização, chegando mesmo a adoptar por vezes posturas de poder sobre o corpo do outro”*. Esta é uma situação muito delicada para o doente que o vai ligar não apenas à sua situação de doença, mas também à vivência da sua privacidade, da sua intimidade, sensualidade e sexualidade. Por isso, a componente relacional é tão importante no diálogo e cuidado que se estabelece entre o doente e o profissional de saúde.

No tratamento de pessoas doentes, o modo como se trata, e o relacionamento interpessoal tem uma importância fulcral, assim, “o doente no seu corpo é um ser com individualidade própria, com uma autobiografia, com dignidade, honra e pudor, por isso deve ser respeitado como lugar do sagrado (...) toda e qualquer relação de ajuda, independentemente da circunstância,

¹⁵² Para melhor aprofundamento desta ideia, consultar: MELO, Duarte, *Corpo, Pudor e Privacidade uma ligeira abordagem*, Ponta Delgada, 2005, pp. 37-39. (Aqui é comparada a descida aos infernos de Inanna, rainha do céu e da terra, no mito de Perséfone, ao internamento hospitalar, no sentido do despojamento de bens materiais e factores de identificação pessoais, bem como ao impor de normas inquestionáveis à mesma.)

¹⁵³ MELO, Duarte, *Corpo, Pudor e Privacidade uma ligeira abordagem*, Ponta Delgada, 2005, p. 39.

*deverá considerar o todo da pessoa numa atmosfera de autenticidade e confiança*¹⁵⁴, o modo como o profissional se relaciona com o paciente é fundamental para o atenuar do sofrimento e para a minimização da dor.

A dor crónica atinge não só o doente, mas também todo o sistema onde este se insere, em especial a sua família que por vezes se torna disfuncional perante uma situação de dor, à qual tem grande dificuldade de dar resposta.

*“A dor física influencia a dor psicológica e vice-versa, pois a definição actual de saúde propõe como saúde um estado de completo bem-estar biopsicossocial e não a mera ausência de enfermidade*¹⁵⁵”. O sofrente de dor, em consequência desta situação vê muitas vezes o seu quotidiano e a sua realidade completamente alteradas. A situação de dor e sofrimento, quer advenha de uma doença incapacitante, quer de situação de depressão, levam muitas vezes a pessoa a não ser capaz de executar as tarefas mais simples, como a sua higiene, a da sua casa, a confecção das suas refeições, o tratamento das suas roupas, o cuidado com os seus animais domésticos, etc, chegando muitas vezes a influenciar a sua afectividade, o modo como se relaciona com quem a rodeia, companheiro de vida, familiares e amigos, até no desempenho da sua sexualidade.

Muitas vezes a pessoa sofrente entra em processo de total alteração da sua rotina, faltas ao trabalho, a reconversão profissional quando tal é possível, reforma antecipada ou até a invalidez.

Acrescendo a esta situação, há em regra, uma significativa diminuição das receitas do agregado para além do aumento das despesas na medicação, alteração de rotinas e horários da família. A introdução, na privacidade destes agregados, de cuidadores externos, particulares ou através de IPSS¹⁵⁶, que possam colmatar as falhas da própria família no exercício das suas funções de cuidado, são também um factor de diminuição de qualidade de vida. Em alguns casos é imprescindível o apoio de internamento institucional.

¹⁵⁴ *Idem*, p. 51.

¹⁵⁵ GUERRA, Marina Prista, “A Vivência Psicológica da Dor e do Sofrimento”, in *Dor e Sofrimento Uma Perspectiva Interdisciplinar*, Campo das Letras, Porto 2001, pp. 184.

¹⁵⁶ Instituições Particulares de Solidariedade Social.

É no seio das famílias que se dá também uma mudança significativa em consequência do sofrimento e da doença de um dos seus membros.

Esta é a "(...) *rede de relações fortes e íntimas, sentimento de pertença, de aliança, de filiação, de fraternidade, que toca a nossa afectividade mais profunda, a relação com a nossa origem, o nosso crescimento, a nossa morte. (...) Habitamos um lugar em conjunto, e ali dormimos, ali comemos, ali comunicamos, ali crescemos. Ser família é viver o quotidiano, a continuidade, a repetição dos dias e das tarefas, a alegria, a festa, mas também a dor e o sofrimento, o inesperado. A família é caixa de ressonância da vida e da sua evolução*¹⁵⁷". Podemos por este testemunho verificar, tanto quanto pela nossa própria experiência que a família é lugar de segurança, apoio, crescimento, partilha, por esta mesma partilha é o local onde se vive a dor e partilham as fragilidades. O apoio da família é fundamental para o sofrente na erradicação ou controlo da dor.

A limitação física provocada pela doença vai modificar a forma como o sofrente se relaciona com o seu meio envolvente alterando as actividades a que estava habituado, quer estas sejam de lazer ou não. Introduce na sua vida um novo leque de conhecimentos - os relacionados com a sua situação de dor, assim como o contacto com aqueles que o possam ajudar a colmatar este sofrimento. Por vezes quebra laços de afectos e altera a sua afectividade e sexualidade. Como já foi referido, a situação de dor modifica a relação que o doente vive com o seu corpo de modo que a limitação que sente é extensiva ao seu relacionamento social e afectivo. É toda uma unidade psicossomática que é alterada pela situação de dor. É muitas vezes necessária a adopção de novos estilos de vida para que o doente possa adaptar-se a esta nova fase, sendo por vezes motivo de isolamento e solidão.

O doente com dor fica vulnerável, e com ele toda a sua família e os que o rodeiam. Há que entender esta situação e proporcionar a estes doentes e seus familiares um apoio em que possam estabelecer uma relação de confiança onde exponham as suas dificuldades e inquietações. O técnico de serviço social terá

¹⁵⁷ NETO, Margarida Gonçalves, "A família hoje", in *Acção Médica*, 2004, nº 68, vol. 2, pp. 5.

aqui um papel fundamental na mediação entre a equipa de saúde, o doente, a sua família e a comunidade, podendo fornecer à equipa de saúde elementos importantes que resultam do estudo dos problemas causados por esta doença.

A psicologia tem várias formas de entender o sofrimento e a dor. De entre elas as mais significativas são a abordagem humanista e a abordagem comportamental/cognitiva.

Para as teorias humanistas da psicologia, o homem é único e por isso mesmo, procura desenvolver os seus potenciais através das suas escolhas e da sua liberdade, e segundo os humanistas a dor e o sofrimento humanos são fundamentais para o crescimento da pessoa. Este modo de crescimento não é desejável, mas se surge, pode representar uma possibilidade positiva de crescimento¹⁵⁸.

Para a corrente comportamental/cognitiva, o sofrimento é efectuado através de más aprendizagens no percurso de vida do sujeito, que se habitua a ter determinado comportamento e intervêm minimizando o sofrimento através de técnicas específicas que se traduzem em novas aprendizagens, por exemplo quando através da dor se recebe o carinho de familiares e amigos, ou se deixa de fazer certas tarefas.

O importante não são tanto os motivos ou as razões, mas a dor e sofrimento que incomoda aquela pessoa, e então é necessário integrar estes sofrimentos na existência da sua vida.

O sofrimento ao existir agrava os sintomas físicos de doença e enfermidade, e não tem que estar necessariamente ligado a uma lesão física. *“Para a Organização Mundial de Saúde, a dimensão espiritual refere-se a todos os aspectos da vida humana que dizem respeito às experiências que transcendem os fenómenos sensoriais. Por conseguinte, os aspectos da vida humana na sua dimensão espiritual são parte integrante do ser pessoa¹⁵⁹”,* e por isso mesmo contribuirão, para atenuar ou exacerbar o sofrimento.

¹⁵⁸ GUERRA, Marina Prista, *“A Vivência Psicológica da Dor e do Sofrimento”, in Dor e Sofrimento Uma Perspectiva Interdisciplinar*, Campo das Letras, Porto 2001, pp. 184.

¹⁵⁹ MELO, Duarte, *“A Dimensão Espiritual em Cuidados Paliativos”, in Dor*, Vol. 12, Nº 3, Lisboa 2004, p.13.

A doença, o tratamento, o internamento, o contacto com a equipa hospitalar coloca o sofredor perante a sua fragilidade, perante a transitoriedade da vida. Muitas vezes, esta situação de doença e de sofrimento leva a pessoa a questionar o sentido da sua vida, e a assumir uma postura de paz e de perdão levando a uma necessidade de reconciliação. O sofrimento humano é intrínseco à condição humana. Uma pessoa em situação de sofrimento suscita afecto, carinho e compreensão nos outros sendo que este apoio só pode ser dado por outras pessoas com disponibilidade para tal, e este papel pode e deve ser em parte desempenhado pela equipa médica, uma vez que é com esta que o doente passa muito do seu tempo, pois a alteração das suas rotinas diárias vem muitas vezes provocar uma modificação do círculo social deste doente, aumentando o número de profissionais de saúde com quem este se relaciona, e diminuindo muitas vezes, o número de amigos e conhecidos, que evitam a situação de sofrimento em que a pessoa se encontra, afastando-se dela.

Quando se intervém na dor, há que ter em atenção a história da pessoa que se nos apresenta em todo o seu conjunto. O entendimento que a pessoa dá à sua dor e ao seu sofrimento é fundamental para que seja compreendida pelos técnicos, para que possa ser ajudada pela equipa. Então poder-se-à organizar um plano de intervenção que seja minimizador deste sofrimento.

Para quem a sofre, a dor é desmoralizante, criando muitas vezes uma situação de *stress* e angústia, originando uma profunda alteração a nível afectivo e comportamental na vida do sofredor e da sua família. Muitos dos doentes que sofrem de dor intensa, apresentam sintomas de depressão e ansiedade, mesmo nos períodos em que não sentem dor física, devido à situação de sofrimento em que estão envolvidos. Esta situação de sofrimento, angústia e depressão leva a que a sensação física de dor seja amplificada. E para qualquer um dos profissionais das equipas ao serviço nas unidades de dor, deve estar sempre em questão, a avaliação e o facto de a dor existir quando o doente diz que a sente, e no grau em que este a refere.

De salientar o facto de que, *"para além do médico e da pessoa doente, é necessário ter em conta a sociedade em que ambos estão inseridos. É das*

*vivências que cada um interioriza e dos valores reinantes na sociedade que resultam as acções humanas e as decisões.*¹⁶⁰”

Por isso a importância de uma abordagem multidisciplinar nas Unidades de Dor, permitindo ajudar a pessoa sofrente de forma tão abrangente quanto possível, minimizando-se o sofrimento através da modificação de todos os factores que o possam levar a um conforto que actue, não apenas sobre a dor física, mas também sobre tudo aquilo que o inquieta. Também se torna necessário entender que a medicina da dor, tendo em conta o caso que se lhe apresenta, muitas vezes não consegue atingir um estado de saúde tal como é definido pela OMS¹⁶¹: “*um estado de bem-estar físico, mental e social*”, mas tão só cuidar do doente aumentando-lhe a sua qualidade de vida e aliviando-lhe o seu sofrimento.

Há que ter em conta, que de uma perspectiva do serviço social, o tratamento destes problemas nem sempre é possível. Como já aqui foi dito, a intervenção na dor centra-se muitas vezes no *alívio* e não na *cura*, no entanto, a ajuda ao doente e ao seu familiar, na aceitação da situação de doença de que padece e a procura de uma solução que minore o sofrimento, pode ter na vida destes, uma repercussão que proporcione melhor qualidade de vida e bem estar e por consequência atenua a dor física.

Assim, pretende-se que se minore o sofrimento do doente alterando todas as situações passíveis de serem alteradas, para que aquelas que não se podem alterar possam ser, mais facilmente suportadas por quem delas sofre e com elas convive no seu dia-a-dia.

¹⁶⁰ ANDRADE, Lina Oliveira, “*Qualidade de Vida, no Morrer...*”, in *Dor*, Vol. 12, Nº 3, Lisboa, 2004, p. 18.

¹⁶¹ SERRALVA, Mário, “*Estudo da oferta e da procura na saúde*”, in *Boletim Hospital de São Marcos*, 2000, V. 16, nº 1, p. 25.

3-Breve síntese histórica do nascimento do Serviço Social como profissão

O Serviço Social nasce nos EUA com a actuação de *Mary Richmond*¹⁶² na transição do século XIX para o século XX. Segundo esta pioneira, a nova actividade profissional que se começava a estruturar era essencial para a reintegração social do ser humano.

Antes de Richmond, o Serviço Social surgiu e transformou-se ao longo dos tempos até ter a sua fórmula actual, e os seus meios de procedimento.

Esta é uma profissão que está muito mais ligada a um percurso histórico e que vai buscar conhecimentos a várias ciências diferentes, sendo que o seu meio de actuação não é uniforme em todo o mundo. Existem várias escolas e procedimentos, no entanto foi a pioneira Mary Richmond quem lhe deu um corpo base e fundou o que viria a ser o Serviço Social, que se espalhou a partir dos EUA para todo o mundo.

A História do Serviço Social¹⁶³ pode-se dividir em quatro períodos. Um período inicial teve as suas origens pré-cristãs, de verificação de necessidades do que hoje se chama o Serviço Social e esboço da técnica aplicável aos conceitos da altura.

Nesta época podemos verificar a distribuição de géneros alimentares aos pobres durante os jogos e festejos públicos de Roma e Grécia antiga, bem como as visitas domiciliárias efectuadas pelos judeus para entrega de esmolas.

No antigo Egipto, existiam as confrarias para o apoio de caravanas que davam auxílio aos viajantes. Nos hospitais da Índia os doentes recebiam à saída um viático para a viagem e socorro para a convalescença. Um segundo período foi a orientação que o cristianismo forneceu à prática do Serviço Social.

Neste período surge uma maior humanização dos costumes bem como uma preocupação com a justiça. Nos Evangelhos ensinam-se as obras de misericórdia, que vão alargar muito o âmbito de actuação junto dos

¹⁶² 1861-1928.

¹⁶³ RICHMOND, Mary, *Diagnóstico Social*, Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, Lisboa 1950, pp. XV-LXII.

necessitados quer ao nível das carências materiais quer das carências espirituais. É neste período que surge uma tentativa de organização da forma como se concedem esmolas, com a teorização de Hermas, no século II, no seu livro *O Pastor*¹⁶⁴, onde defende que estas deviam ser concedidas a quem as pedisse. Esta filosofia vai dar lugar a abusos por parte de quem pede.

O sistematizador máximo de toda a doutrina e caridade cristã foi São Tomás de Aquino¹⁶⁵. As situações de apoio eram geradoras de abusos e por isso, de tempos a tempos davam-se reformas que tinham por objectivo organizar a forma de actuação das confrarias criadas. É nesta altura que surgem as misericórdias. As reformas de Lutero¹⁶⁶ levaram a uma desorganização da assistência, uma vez que este proclama a pouca importância da caridade para a salvação das almas. Nos países em que Lutero tem maior influência, surge a necessidade de organizar a assistência em bases laicas, que se centra muito mais nas necessidades materiais. Nesta altura, as obras de São João de Deus, mais conhecido como João Cidade, de São Vicente de Paula, de São Francisco de Sales, são fundamentais para a evolução do Serviço Social¹⁶⁷. Após este período, a Revolução Francesa¹⁶⁸ vai proclamar princípios novos, entre estes o direito à assistência, contrapondo a este o dever de todos a prestarem, quer seja de forma individual, colectivamente ou em instituições organizadas.

Um terceiro período foi definido como tendo início na influência da ideologia defendida por Lutero¹⁶⁹ e o começo do século XIX e nas experiências feitas desde essa altura até 1899, de onde deriva o Serviço Social. A influência que Lutero¹⁷⁰ teve no modo como a assistência se organizou nos países protestantes e em grande parte nos católicos também levou a que se fundasse

¹⁶⁴ RICHMOND, Mary, *Diagnóstico Social*, prefácio de Fernando da Silva Correia, Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, Lisboa 1950, , p. XVIII.

¹⁶⁵ *Idem*, XVIII.

¹⁶⁶ *Idem*, XIX.

¹⁶⁷ *Ibidem*.

¹⁶⁸ *Idem*, p. XX.

¹⁶⁹ Este defende que a salvação nada depende das obras, mas sim da fé e por este motivo, os países protestantes foram deixando desorganizar de forma brusca ou progressiva as instituições de beneficência, tomando à letra as instruções de Lutero.

¹⁷⁰ *Ibidem*.

a sorte dos deserdados no direito à assistência. Passa também a haver uma maior preocupação com as carências materiais e não com os factores que as despoletam que podem ser individuais ou colectivas. É nesta altura que se dá a revolução industrial e que se funda o capitalismo moderno, dando-se larga importância aos aspectos materiais da existência humana.

Foi esta lacuna na assistência de então, ser puramente material, sem dar importância aos aspectos espirituais dos necessitados, bem como às causas geradoras de pobreza e de exclusão, que deu origem ao Serviço Social moderno que busca actuar sobre estes factores, para além de colmatar as necessidades materiais.

A *questão social*¹⁷¹ começa a preocupar muitos espíritos bem formados que se debruçam sobre as causas da miséria. São as origens do Serviço Social moderno.

Pretende-se adaptar a beneficência à vida moderna resultante da industrialização e do aumento da população. O movimento que deu origem ao Serviço Social partiu de países onde as influências de Lutero foram mais marcadas, como a Inglaterra, a Alemanha e os EUA, partindo de protestantes. O autor que mais influência teve nesta viragem foi, curiosamente, o católico, *Juan Luís Vives*¹⁷². Posteriormente, e por influência das teorias de Malthus, foram levadas a cabo várias reformas, mas todas com uma vertente muito mais economicista. Ao mesmo tempo vão existindo em diversos países observações, experiências, conceitos e propostas que seguem outro rumo. John Brumel Davis organizou um grupo de visitadoras em Londres, num dispensário de apoio à infância. Tomás Chalmers, também na Inglaterra faz ver a necessidade do auxílio mútuo e da caridade se tornar uma ciência, tendo em vista os fins sociais¹⁷³. Frederico Ozanam cria em Paris as *Conferências de São Vicente de Paula*¹⁷⁴, cujas acções são bem conhecidas de todos.

¹⁷¹ *Idem*, p. XXI.

¹⁷² *Idem*, p. XXII.

¹⁷³ *Idem*, p. XXIII.

¹⁷⁴ *Idem*, p. XXIII.

Em 1851, Florence Nightingale¹⁷⁵ inicia a sua acção como reformadora da enfermagem e da administração hospitalar devido à influência que recebeu durante o período que passou na instituição alemã das *Diaconisas de Kaiserwerth* e das irmãs de *São Vicente de Paula*. Esta é considerada pioneira modelar do Serviço Social por Mary Richmond¹⁷⁶. Neste período foram levadas a cabo várias acções, entre estas o *Toynbee Hall*, um centro de acção social, em memória de Arnold Toynbee, professor e educador de meios operários¹⁷⁷. O médico americano William Osler mandava os estudantes a casa dos tuberculosos para averiguarem as suas condições de vida e permitirem-lhe um tratamento mais eficaz¹⁷⁸. O estímulo destas pessoas foi a pouco e pouco dando forma ao que se chama de Serviço Social.

Um quarto período definiu-se pela fixação definitiva do conceito e da técnica, bem como da expansão do Serviço Social em todo o mundo¹⁷⁹. Foi neste período que se firmou o Serviço Social como profissão. Eduardo Devine organizou um curso de Verão em 1898, acudindo ao apelo feito na *Conferência Nacional de Caridade e Correção*, realizada em Toronto. Aqui, Mary Richmond apresentou uma proposta para a criação de uma escola para o ensino da *Filantropia Aplicada*. Este curso deu origem em 1899 à *Escola de Filantropia* que mais tarde havia de pertencer à Universidade de Colúmbia, mudando para *Escola de Serviço Social* em 1919¹⁸⁰. Na Europa a primeira escola de Serviço Social organizada foi em Amesterdão também em 1899¹⁸¹. Em Berlim e em Inglaterra foi fundado o curso em 1908. Em França em 1913 foram fundadas duas escolas. Na América Latina foi fundada em 1925 em S. Tiago do Chile uma escola.

¹⁷⁵ 1820-1910.

¹⁷⁶ RICHMOND, Mary, *Diagnóstico Social*, Prefácio de Fernando da Silva Correia, Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, Lisboa 1950, p. XXIII.

¹⁷⁷ *Idem*, p. XXIV.

¹⁷⁸ *Ibidem*.

¹⁷⁹ *Idem*, p. XXIV.

¹⁸⁰ *Idem*, p. XXV.

¹⁸¹ *Idem*, p. XV.

De todas as definições que o caracterizam, o Serviço Social é o modo de “fazer bem o Bem”¹⁸².

O Serviço Social actua onde quer que seja necessário, por uma necessidade física, moral ou social, na casa do necessitado, num hospital, na rua, num centro de saúde, casa de povo, instituição, empresa, etc., desde que se organizem neste sentido¹⁸³.

O Serviço Social não emergiu com a função social de produzir conhecimento, construindo um campo próprio de saber. O Serviço Social dispõe antes de uma história e é esta história que particulariza a profissão enquanto tipo de especialização de trabalho colectivo, em virtude da intervenção do Estado e da sociedade civil, como consequência da expansão do capital e do delinear de políticas sociais¹⁸⁴.

Segundo Mc-Donough, citado por Carvalho¹⁸⁵, o Serviço Social é uma profissão complexa porque, em relação às profissões de ajuda às pessoas, partilha com elas o mesmo corpo de conhecimentos, como é a Sociologia, a Pedagogia ou a Psicologia. O que distingue o Serviço Social das outras profissões são os seus objectivos. O trabalho social é essencialmente uma prática.

3.1- A integração do Serviço Social na saúde

Segundo Maria Lúcia Martinelli¹⁸⁶, a saúde foi uma área que contribuiu para a identidade profissional do Serviço Social.

Como já aqui foi referido, a influência de Florence Nightingale para Mary Richmond foi essencial, e foi a primeira que introduziu o conceito de visita domiciliar que mais tarde foi adoptado por Richmond. Esta é essencial para a

¹⁸² *Ibidem*.

¹⁸³ *Idem*, p. XXV.

¹⁸⁴ IAMAMOTO, Marilda, *Renovação e Conservadorismo no Serviço Social*, São Paulo, 1992, p. 185.

¹⁸⁵ CARVALHO, Maria Irene Lopes B., “Reflexões sobre a profissão do Serviço Social em contexto hospitalar”, in *Intervenção Social*, 28, 2003, Lisboa, p. 40.

¹⁸⁶ MARTINELLI, Maria Lúcia, “Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica”, in *Intervenção Social*, 28, 2003, Lisboa, p. 9.

prática do Serviço Social. Richmond situa o relacionamento como a base de todo o processo e capacita os assistentes sociais para serem competentes “*visitadores domiciliares*”¹⁸⁷. Foi a sua acção junto das famílias que deu visibilidade aos assistentes sociais nos EUA, e em 1880, já faziam parte das equipas de saúde, em especial na profilaxia da tuberculose. Nesta altura o trinómio *higiene, educação e saúde* assume capital importância. Esta é a base que caracteriza o Serviço Social nas suas origens, aliada ao *relacionamento* que nas palavras de Richmond era “*a alma do processo*”¹⁸⁸.

Em 1905, o Dr. Richard Cabot, cria o primeiro Serviço Social Médico de que se tem registo¹⁸⁹, e insere-o na estrutura organizacional do *Hospital Geral de Massachussets*. Reconhece no Serviço Social um contributo importante quer para o diagnóstico, quer para o tratamento médico-social dos doentes, internados ou em ambulatório. Esta tese ganha adeptos e outros hospitais passam a integrar este profissional nos seus quadros. Tal acontece em regra nos hospitais centrais ou universitários, onde a pesquisa, o ensino e a prática médica se desenvolvem. Aqui o médico não pode trabalhar sozinho. A sua actuação depende da de outros profissionais, quer seja da área da saúde ou de outras áreas, que formam uma identidade comum numa perspectiva médico-social.

Em Portugal a acção dos Assistentes Sociais na área da saúde fez-se nos Hospitais na década de 50. A acção do Serviço Social baseava-se na moral cristã, aliada à acção das grandes instituições sócio-assistenciais, tanto as de origem religiosa, as Misericórdias, ou as ligadas ao Estado, como os Hospitais Civis de Lisboa ou o Hospital da Universidade de Coimbra¹⁹⁰. A moral cristã foi fundamental para a construção de uma base referencial para a intervenção na área social. Este factor aliado ao facto de ser fundamental abordar as causas

¹⁸⁷ *Idem*, p. 10.

¹⁸⁸ RICHMOND, Mary, *Diagnóstico Social*, Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, Lisboa 1950, Cap. I origens.

¹⁸⁹ MARTINELLI, Maria Lúcia, “*Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica*”, in *Intervenção Social*, 28, 2003, Lisboa, p. 10.

¹⁹⁰ CARVALHO, Maria Irene Lopes B., “*Reflexões sobre a profissão do Serviço Social em contexto hospitalar*”, in *Intervenção Social*, 28, 2003, Lisboa, p. 34.

sociais de algumas doenças devido à sua dimensão epidemiológica como a tuberculose, para melhor as erradicar, levaram à plena integração do Serviço Social na área da saúde.

Ao longo do tempo o serviço social desenvolveu-se segundo as teorias de várias correntes distintas. No início, a corrente higienista da medicina social contribuiu para que o Serviço Social se integrasse nas organizações hospitalares. Na altura estas eram apenas um refúgio para pobres e doentes. O Serviço Social tinha como função ensinar boas práticas de higiene com vista ao controle de doenças e de epidemias. Nesta altura este Serviço Social era considerado quase uma ordem religiosa e a sua intervenção era efectuada pelas militantes femininas que dirigiam a sua acção moralizadora, na formação social, moral e intelectual da família¹⁹¹.

Os instrumentos fundamentais eram a visita domiciliar e o inquérito social no levantamento das necessidades materiais e morais das famílias e na condução do processo de despistagem de causas sociais originadoras de situações de doença. Segundo Moreau, citado por Carvalho¹⁹², a actuação do Serviço Social era equiparada à do modelo biomédico, por influência dos modelos das ciências positivas. Este modelo traduzir-se-ia por ser *“como uma metáfora médica, em que o trabalhador social, visava tornar-se num médico social. O seu papel era o de contribuir para solucionar os problemas individuais do cliente, e de intervir ao nível dos factores do meio ambiente que agravavam os seus problemas. Era necessário identificar o desfasamento entre as necessidades do cliente e os recursos do meio e ajudá-lo a obter os recursos materiais necessários, fosse ajudando-o a encontrar ou a manter um emprego ou dando-lhe ajuda concreta com dinheiro, alimentação, vestuário, ou abrigo*¹⁹³.”

¹⁹¹ CARVALHO, Maria Irene Lopes B., “Reflexões sobre a profissão do Serviço Social em contexto hospitalar”, in *Intervenção Social*, 28, 2003, Lisboa, p. 34-35.

¹⁹² *Idem*, p. 35.

¹⁹³ *Ibidem*.

Nesta altura a questão da profissão ainda não se colocava, pois esta era uma função elitista, predominantemente feminina e exigindo vocação, boa formação moral e carácter de apóstolado¹⁹⁴.

Foi a assimilação de conhecimentos das áreas da Psicologia e da Sociologia que levaram a que o Serviço Social se autonomizasse como profissão. A introdução das teorias sociais e humanas na análise de processos sociais foi crucial. Inicia-se então uma nova fase para o serviço social, adoptando-se no Serviço Social o método de caso, grupo e comunidade, e a interpretação do modelo biomédico entra em desuso.

Alargam-se os campos de intervenção. Na década de 60 os movimentos sociais abalam o Serviço Social e este é encarado como forma reguladora da sociedade. Surge então uma visão integradora do Serviço Social articulado com os movimentos sociais. Aliado a este movimento surge a divisão social do trabalho e surgem outros profissionais no campo da intervenção social cuja intervenção se prende com aspectos ligados à racionalização da sociedade contemporânea e à mudança de alguns indicadores sociais como por exemplo o aumento da esperança média de vida. Em relação à saúde, surge a preocupação com a qualidade de vida e a prevenção das doenças. Há uma mudança de atenção dos profissionais de saúde das doenças infecciosas para as doenças crónicas. O papel do estilo de vida das pessoas é fulcral para se manter a saúde. Reconhece-se o fracasso do modelo biomédico atrás referenciado para a explicação das doenças e da saúde. Aumentam os custos com a saúde e há uma procura de alternativas aos cuidados de saúde tradicionais.

O Serviço Social foi permeável a todas as mudanças acima referidas, procurou reformular a sua actuação, pôs em causa os modelos anteriores por assentarem numa medicina social e por terem uma intervenção personalizada e serem politizados. Garnier citado por Carvalho¹⁹⁵, defende que o primeiro tipo de intervenção seria o "*modelo autónomo*", uma vez que foi construído a partir

¹⁹⁴ *Ibidem*.

¹⁹⁵ *Idem*, p. 36.

do envolvimento profissional baseado sobre uma ética, com um valor dominante: o *humanismo*, assente sobre uma base de relacionamento com as pessoas, confidencialidade e segredo profissional baseado num processo pedagógico de transformação do indivíduo. Este modelo permanece até a prática do Serviço Social se inserir no âmbito das políticas sociais. Este é segundo o mesmo autor o modelo democrático, instrumental e tecnicista.

O Serviço Social desenvolve-se no âmbito das políticas sociais, as quais têm por base o modelo democrático, que se ancora nos direitos do homem, enquanto sujeito portador de direitos e deveres como cidadão. Nesta perspectiva o Serviço Social transformou-se, passando para um modelo instrumental e tecnicista, inseriu-se no quadro das políticas sociais e a acção do Serviço Social reforçou a instrumentalidade da acção social. Consistiu na organização da vida, na divisão e coordenação das diversas actividades, sobre a base de um estudo preciso das relações entre os homens, os instrumentos e o meio, visando a eficácia e a rentabilidade¹⁹⁶. Ainda segundo Garnier¹⁹⁷, é necessário que se redefina a profissão do Serviço Social, aliando aspectos do modelo autónomo, ao modelo tecnicista, para que se compreenda o homem numa lógica antropológica. Esta perspectiva necessita de uma ética, de um posicionamento, numa lógica de respeito pelos valores conceptuais dos sujeitos de intervenção.

3.1.1-Âmbito de intervenção do Serviço Social Hospitalar

Todas as profissões que trabalham na área humano-social estão sujeitas a transformações que se relacionam com a perspectiva histórica. A sua identidade é um permanente movimento pois estão em ligação constante com o meio onde actuam¹⁹⁸.

¹⁹⁶ *Idem*, p. 37.

¹⁹⁷ *Ibidem*.

¹⁹⁸ MARTINELLI, Maria Lúcia, "Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica", in *Intervenção Social*, 28, 2003, Lisboa, p. 11.

Na área da saúde existem muitos saberes em acção e várias identidades. Está em questão a construção de um projecto colectivo onde o valor humano, a qualidade de vida e a dignidade de morte para os pacientes criticamente enfermos, são um alicerce e objectivos comuns a toda a equipa de trabalho¹⁹⁹. Deste modo "*o lugar do Serviço Social na área da saúde é, portanto, um lugar multidisciplinar e plural, um lugar de acções cooperativas e complementares, de práticas interdisciplinares.*"²⁰⁰

A intervenção do Assistente Social no meio Hospitalar pode esquematizar-se de forma sucinta em várias fases, o que lhe permite detectar a situação problema mediante a identificação de vários critérios²⁰¹, diagnosticando-a, intervindo nela e contribuindo para a sua solução, quer seja pela total erradicação, quer seja pela minimização dos factores geradores de sofrimento. A actuação do Assistente Social implica a adopção de várias fases distintas²⁰², desde que inicia o trabalho social com o doente/família, até que termina a sua intervenção.

A partir do patamar em que actuam, os assistentes sociais têm um reconhecido e legitimado protagonismo na luta pela garantia desse direito, trabalhando articuladamente com a população, numa perspectiva de construir novas subjectividades, novos comportamentos políticos²⁰³.

O processo de adoecer tem determinações sociais, uma vez que existem factores sócio-políticos, económicos e culturais que influenciam o surgimento de doenças.

O Serviço Social contemporâneo transita pelos meandros do público, do privado e do íntimo²⁰⁴.

¹⁹⁹ *Ibidem*.

²⁰⁰ *Idem*, p. 12.

²⁰¹ Para melhor conhecer os critérios de triagem praticados no HDES, consultar os anexos, p. 202 e seguintes.

²⁰² Para melhor compreender o *modo como* o Assistente Social intervém no meio hospitalar, consultar anexos, p. 215 e seguintes.

²⁰³ MARTINELLI, Maria Lúcia, "*Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica*", in *Intervenção Social*, 28, 2003, Lisboa, P. 12

²⁰⁴ *Idem*, p. 13.

O processo de adoecer é sempre acompanhado por um processo de sofrimento. É fundamental o reconhecimento desta situação para o bom relacionamento com o sujeito.

O assistente social no contexto da saúde movimenta-se muitas vezes no campo dos direitos e da protecção social.

No Hospital, o Serviço Social toma como campo de intervenção na abordagem do doente a dimensão "psicossocial". Este não é o apoio à pessoa individualizada mas engloba o sentido do conceito de uma "abordagem global" que observa a pluridimensionalidade do ser humano.

O Serviço Social acompanha não apenas a pessoa na sua situação de doença, mas nos seus papéis sociais e nas suas redes de sociabilidade mais amplos.

Assim, *"quando o doente se dirige ao Hospital, não o faz por aspectos sociais, fá-lo geralmente pelo mal-estar ou sofrimento provocado por uma qualquer presumível doença física. É no âmbito de uma relação com o médico ou outro profissional que participa no diagnóstico inicial, que surge a eventual necessidade de apoio social"*²⁰⁵, e é neste contexto que o assistente social irá actuar intervindo no meio do sofredor. É necessário analisar o doente a partir das suas potencialidades²⁰⁶ de forma a atribuir-lhe capacidades, em vez de ter em conta as suas vulnerabilidades²⁰⁷ ou faltas²⁰⁸.

Neste sentido, tenta-se que o doente seja capaz de resolver os problemas que se lhe põem, permitindo assim activar o seu processo. Parte-se do princípio que cada um tem potencialidades, mas em algumas situações, ou não sabem que as têm, ou estão impedidos de as utilizar, ou ainda impedem-se a si próprios de as usar por razões diversas²⁰⁹.

²⁰⁵ CARVALHO, Maria Irene Lopes B., *"Reflexões sobre a profissão do Serviço Social em contexto hospitalar"*, in *Intervenção Social*, 28, 2003, Lisboa, p. 30.

²⁰⁶ Consultar Anexos, *Definição de Conceitos*, p. 270 e seguintes.

²⁰⁷ Consultar Anexos, *Definição de Conceito*, p. 270 e seguintes.

²⁰⁸ CARVALHO, Maria Irene Lopes B., *"Reflexões sobre a profissão do Serviço Social em contexto hospitalar"*, in *Intervenção Social*, 28, 2003, Lisboa, p. 46.

²⁰⁹ *Ibidem*.

Para se desenvolverem as potencialidades do doente em meio hospitalar é necessário ter em conta o diagnóstico e o prognóstico da doença, pois a situação será muito diferente para uma doença de incapacitante crónica daquela que é no caso de uma doença aguda.

As redes de suporte formal e informal do doente são também fundamentais assim como o meio onde este se insere. Ao profissional de serviço social compete-lhe a análise do doente para avaliar das suas *necessidades e potencialidades*²¹⁰.

O assistente social faz parte integrante da equipa hospitalar e isso permite-lhe acolher, acompanhar e apoiar psicossocialmente todas as situações de internamento, promovendo o desenvolvimento de potencialidades no doente e na família, preparando o regresso à comunidade.

Por vezes em situações de doença os familiares dos doentes são fortemente afectados emocional e cognitivamente pela doença, e esta situação é tanto mais grave quanto mais proeminente é o papel ocupado pelo doente no seio da família, especialmente quando este é a principal fonte de rendimentos²¹¹. Por isso torna-se fundamental assumir a família como rede primária de actuação. Há para o assistente social a obrigação de se informar sobre a situação de doença, calcular as suas implicações afectivas, sociais e físicas na vida do doente e dos que o rodeiam²¹² e consequentemente mobilizar os recursos internos e externos necessários ao seu bem-estar.

Gerir o factor doença e inseri-lo na vivência do doente é fundamental. Por vezes é necessário alterar o que for alterável para fazer com que este tenha uma reintegração tão plena quanto possível no seu meio de origem.

No processo de cura as dimensões psicológicas e sociais surgem como complementares da biologia e que podem influenciar e impulsionar este processo de cura, por isso não é de desprezar um tratamento ou acção preventiva social ou psicológica como complemento da acção médica²¹³.

²¹⁰ *Idem*, p. 48.

²¹¹ *Idem*, p. 49.

²¹² *Ibidem*.

²¹³ *Idem*, p. 32.

Neste sentido defende Mary Richmond que, *“concordam as autoridades médicas em que qualquer procedimento que facilitasse a precocidade do diagnóstico viria certamente aumentar o número de curas. Neste campo pode a trabalhadora social tomar uma posição estratégica se a tempo fizer o estudo da história e das indicações colhidas pela família, das atitudes pessoais e mentais que nela observe e dos incidentes de ordem física e mental que tenham acompanhado ou precedido o desequilíbrio social que nela se deu”*²¹⁴. Assim se pode constatar da importância da actuação do assistente social no meio do doente. Afirma ainda esta autora que, mais importante que conhecer o diagnóstico do cliente, é conhecer o prognóstico médico, para que possa haver uma melhor intervenção social e abreviar a cura²¹⁵.

No entendimento da filosofia multidisciplinar a pessoa é entendida como um todo e analisada nas suas dimensões biopsicossociais, culturais e espirituais. Existe uma visão integradora da pessoa, não há fronteiras entre o biológico, o psicológico e o social. Assim, *“podemos considerar que o Serviço Social hospitalar é um domínio do Serviço Social que, recorrendo ao conhecimento das ciências sociais e humanas e ao seu próprio conhecimento visa a promoção e protecção da saúde isto é, a promoção e protecção dos direitos do doente no processo de reabilitação e de cura”*²¹⁶, e a sua rápida reintegração no seu meio.

A análise do doente a partir das suas competências é uma maneira de lhe atribuir competência, em vez de ter em linha de conta apenas as suas faltas ou incapacidades no sentido de este ser capaz de resolver os problemas que se lhe colocam. Todas as pessoas têm competências, mas em certas situações de maior fragilidade, ou não sabem que as têm, ou então impedem-se a elas próprias de as utilizar por razões diversas.

²¹⁴ RICHMOND, Mary, *Diagnóstico Social*, Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, Lisboa 1950, p. 169-170.

²¹⁵ *Idem*, p. 171.

²¹⁶ *Idem*, p. 33.

O Serviço Social Hospitalar centra a sua actuação sobre um *modelo de intervenção social de caso*²¹⁷. O doente é entendido como uma unidade sistema, rodeado por uma multiplicidade de outros sistemas que complementam a sua vida. São estes: a comunidade onde se insere, o seu trabalho, a sua família etc. Pretende-se "*Analisar, Compreender, Respeitar e Aceitar cada Pessoa na sua globalidade e no contexto social onde se insere*"²¹⁸, tal como é especificado no Código Deontológico dos Assistentes Sociais.

A saúde por seu lado, quer seja na sua vertente médica, de enfermagem ou do serviço social, encara o homem como um ser complexo na sua multiplicidade de ser bio-fisiológico, como um agente dinâmico com inter-relações no seu contexto familiar, do trabalho, da sua comunidade etc.

O facto de encarar desta forma o doente, encara também a população como participante bem como colaborante em termos de recursos na comunidade. Assim, há o estabelecimento de uma rede de parcerias, onde serviços públicos e privados, instituições e organizações existentes se unem num objectivo comum, o da potencialização da pessoa, até porque tudo é uma estrutura útil e necessária para a saúde. Neste contexto, "*temos de considerar o doente enquanto pessoa-vida que é, respeitando a sua individualidade, na medida em que cada um tem uma biografia singular e um determinado contexto que não pode ser ignorado*"²¹⁹.

Segundo as actuais definições do serviço social na saúde, nomeadamente a determinada pelas Nações Unidas: "*o serviço social tem como objectivos principais preparar os indivíduos para definirem os seus problemas, ajudando-os a encontrar tanto quanto possível a sua solução e a modificar as situações sociais de modo a permitir as suas tomadas de consciência e soluções*"²²⁰.

²¹⁷ JOHNSON, Brenda, CORTE-Real, Fátima "O Som do Silêncio, uma reflexão a partir do serviço social da saúde em Hospital", in *Intervenção Social Serviço Social e Saúde*, nº 21 Julho de 2000, ISSS-Departamento Editorial, pp.33-44.

²¹⁸ Código Deontológico dos Assistentes Sociais, in ALEIXO, Susana, "A intervenção do serviço social hospitalar face ao idoso", in *Servir-Vol.nº 50 nº 4, 8 de Março de 2002*, p. 161.

²¹⁹ *Idem*, p. 162.

²²⁰ In "*Contributions des Sciences Sociales à la Formation pour le service Sociale*", Rapport d'une reunion d'experts des Nations Unies et de L'Unesco, Paris, 1960.

Ainda segundo Herman Kruse, o *“Serviço Social é o ramo das Ciências Sociais que procura conhecer as causas e o processo dos problemas sociais e a sua incidência sobre as pessoas, grupos e comunidades a fim de os conduzir a uma acção de correcção desses efeitos, de eliminação das suas causas e de reabilitação dos seres carenciados, tendo como meta final o mais amplo bem-estar social, num quadro de desenvolvimento autêntico e contínuo”*²²¹. A intervenção social é uma prática que vai partir do particular, da pessoa, para o geral, tentando intervir no meio relacional, familiar ou no seio da comunidade onde o doente se insere.

O serviço social na saúde implica um trabalho de equipa multi-profissional, quer dentro da unidade hospitalar, quer dentro da comunidade onde o doente se insere com a sua família. *“O serviço social da saúde trabalha no fio invisível que sustenta o eu no nós, actua no entreolhar. (...) Vê o indivíduo na sua intersubjectividade, na sua especificidade das relações sociais e humanas que o (in)formam e d(n)as quais é protagonista, (...) toda a intervenção social hospitalar ética e produtiva deverá integrar esta complexidade singular que define o ser pessoa”*²²², respeitar a vontade do doente. Actuar numa base relacional é fundamental para que se atinjam estes objectivos. Ainda segundo Lopes de Carvalho²²³, *“a reflexão do serviço social hospitalar num mundo de hipertecnidade de crise de identidade e de mudança acelerada, o qual já não tem lugar para o doente, demonstra que a acção profissional do Serviço Social no Hospital pode fazer a diferença, dando visibilidade, aos doentes, enquanto seres humanos: sujeitos, cidadãos com direitos e deveres, e não meros números de qualquer serviço hospitalar.”* O serviço social promove a reintegração do doente numa lógica relacional e humanista, tornando o recurso aos serviços de saúde em casos de doença mais suavizado.

²²¹ In *Questiones Operativas del Serviço Social*, Herman Kruse, Ed. Humanitas, 1975.

²²² JOHNSON, Brenda, CORTE-Real, Fátima *“O Som do Silêncio, uma reflexão a partir do serviço social da saúde em Hospital”*, in *Intervenção Social Serviço Social e Saúde*, nº 21 Julho de 2000, ISSS-Departamento Editorial, p.35.

²²³ CARVALHO, Maria Irene Lopes B., *“Reflexões sobre a profissão do Serviço Social em contexto hospitalar”*, in *Intervenção Social*, 28, 2003, Lisboa, p. 50.

3.2-Planeamento de Altas

O Planeamento de Altas²²⁴ é a função que no contexto deste trabalho, implica a organização de todo um conjunto de actividades que permite ao doente regressar ao seu local de origem.

A alta²²⁵ hospitalar compreende, a *alta clínica*, a *de enfermagem* e a *alta social*²²⁶. A alta clínica depende do parecer médico e acontece quando o doente se encontra apto, por reunir as necessárias condições de saúde, para deixar o serviço onde foi internado. A alta de enfermagem depende destes profissionais e implica também que o doente esteja liberado dos cuidados de enfermagem. Por seu turno a alta social depende do facto de o enquadramento sócio-económico e familiar deste doente reunir ou não as necessárias condições para o receber no seu seio com as necessárias condições promotoras da sua recuperação e bem-estar.

No planeamento da alta social o aspecto mais relevante é fazer coincidir a resolução dos aspectos sociais com a alta clínica²²⁷. Para se proceder à alta social é necessário efectuar o Planeamento de Altas. Caso o doente não reúna, à data de alta clínica, as necessárias condições para o seu regresso a casa, pode ser pedido pelo técnico de serviço social um protelamento de alta²²⁸,

²²⁴ *Procedimento de criação e elaboração do Processo Social do Serviço Social do HDES*, arquivo documental do Serviço Social do HDES, Referência do Documento: Serv. 9, Nº 13, Rev. 00, de 11.01.06, p.3-4.

²²⁵ Alta é o acto de ser liberado do tratamento por um médico, enfermeiro ou assistente social ou pela própria instituição, ou a pedido do próprio doente. A alta hospitalar implica a planificação ao nível médico, de enfermagem e social, por conseguinte a intervenção conjunta destes três profissionais.

²²⁶ Programação e preparação da alta social do doente, que consiste no conjunto de diligências efectuadas pelo Assistente Social, numa linha de actuação biopsicossocial (perspectiva centrada no utente – família – comunidade), que permitem reunir as condições necessárias para se proceder à transferência do doente para o domicílio ou instituição, após a identificação de Factores de Risco e Indicadores de Risco susceptíveis de comprometer a alta clínica.

²²⁷ MASFRET, Dolors Colom, *La Planificación del Alta Hospitalaria, la gestión de lo pequeño para mejorar lo grande*, Zaragoza, 2000, p. 188.

²²⁸ Nas situações de alta clínica de doentes considerados casos sociais nas quais não estão reunidas as condições que garantam o bem estar ou continuidade de cuidados a serem assegurados ao doente, em casa, o Assistente Social poderá proceder ao protelamento de alta, mediante o contacto com o médico e serviço de enfermagem e o preenchimento de impresso próprio, onde determina qual a data de alta social prevista e os motivos que justificam a solicitação deste protelamento.

permanecendo este doente em regime de internamento até que estejam reunidas as condições para o seu regresso ao seio familiar/domicílio.

O planeamento de altas é o conjunto de actividades que envolvem os doentes e suas famílias, e os prestadores de cuidados de saúde, num trabalho de equipa multidisciplinar, ao longo do internamento de forma a facilitar a transferência do doente de uma instituição para outra, ou para o domicílio e assegurar a continuidade de prestação de cuidados. Este processo inicia-se no momento da admissão do doente, ou até antes, e continua até ao momento da alta hospitalar e é parte integrante e dinâmica do plano de tratamento. Segundo Dolors Masfret este tem por objectivos:

a) Garantir a continuidade de prestação de cuidados, através do desenvolvimento de planos individuais de cuidados e programas de ensino.

b) Garantir a utilização apropriada dos recursos hospitalares.

c) Assegurar a disponibilidade dos recursos para os doentes que na fase aguda da doença necessitam de internamento.

A equipa de Planeamento de Altas tem por atribuições:

Identificar o mais cedo possível, as necessidades em cuidados, para depois da alta.

Desenvolver com a participação do doente e dos familiares, planos de cuidados apropriados que minimizem o risco de readmissões ou de complicações.

Promover o auto-cuidado através de acções programadas de ensino, quer aos doentes, quer aos familiares.

Assegurar a disponibilidade dos recursos necessários no momento da alta, de forma a evitar situações de protelamento de internamento.

Informar e orientar o doente e familiares sobre os recursos disponíveis na comunidade e na procura de soluções alternativas.

Com o processo de planeamento de altas tanto ganha a instituição hospitalar como o doente pois, muitas vezes este não tem consciência da sua nova situação de doença e não é fácil para ele aceitar uma situação de doença/limitação. A fase de negociação das condições de alta levam a que

exista uma abordagem da situação com o doente e sua família suavizando esta etapa e transformando-os nos agentes das escolhas a efectuar. Por seu lado, a instituição hospitalar também recolhe vantagens desta planificação. Com uma melhor gestão dos recursos existentes, evita uma situação de improvisação no processo de alta, tem informação para protocolar situações mais frequentes e por isso equacionar respostas, justifica programas adequados às necessidades emergentes, facilita a segurança da família na sua nova etapa de principal responsável pelo doente, evita permanência no hospital por razões não médicas, permite a entrada de novos doentes que se encontram em lista de espera ou nas urgências, permitindo rotatividade²²⁹.

3.2.1-Processo de Planeamento de Altas

1. Identificar os Doentes problemáticos: Fazer a triagem do doente definindo qual o doente que pelas suas características pode ir comprometer a sua alta hospitalar.

2. Avaliação das necessidades: Equipa multidisciplinar. Capacidade do doente e da família para se adaptar à nova situação de doença não só a nível físico como psicológico social e financeiro.

3. Desenvolvimento de planos individuais de cuidados: os planos individuais de cuidados e os programas de ensino ao doente e à família devem ter em conta os resultados da avaliação anterior e os recursos disponíveis na comunidade e suas alternativas.

Dando o Planeamento de Altas grande importância ao "auto-cuidado" o ensino ao doente e à família é fundamental e cabe ao coordenador do processo a responsabilidade do ensino ser realizado durante o internamento.

4. Implementação do plano: cuja responsabilidade cabe ao coordenador do processo.

²²⁹ MASFRET, Dolors Colom, *La Planificación del Alta Hospitalaria, la gestión de lo pequeño para mejorar lo grande*, Zaragoza, 2000, pp. 217-218.

5. *Avaliação*: dos resultados dos planos de cuidados estabelecidos. Follow-up do doente.

3.2.2-Antecedentes históricos do Planeamento de Altas

Nos EUA, a planificação da alta hospitalar inicia-se por volta de 1904²³⁰. Desde esta data até agora, apresentaram-se muitas definições da alta hospitalar. Segundo a definição do *American Hospital Association & Social Work Directors Society*, citados por Masfret²³¹, "a planificação da alta é um processo centralizado, coordenado e interdisciplinar, no qual os membros da equipa de saúde colaboram com os doentes e suas famílias, antecipando-se às necessidades destes depois da hospitalização, desenvolvendo um plano que os ajudará a ganhar independência e a manter os benefícios adquiridos durante a permanência no hospital".

Como já foi anteriormente reconhecido, foi o Dr. Cabot²³², quem, em 1905 reconheceu a importância da existência de assistentes sociais nas equipas de saúde. O mesmo médico explica numa conferência que alguns dos doentes que atendia não cumpriam a terapêutica prescrita. A sua explicação para o facto era a existência de factores externos ao diagnóstico médico que não estavam no seu controlo e que implicavam aspectos sociais.

Deste modo, integrou-se no hospital a assistente social. No sistema de saúde estas tinham três funções básicas²³³, que ainda hoje se mantêm:

- A educação, que parte da própria pessoa, na aprendizagem da sua auto-medicação, no cuidado da sua saúde etc.

- A investigação, pois cabe-lhes averiguar todas as situações relacionadas com a doença e os doentes, bem como suas famílias, para melhor poder detectar problemas.

²³⁰ MASFRET, Dolores Colom, *La Planificación del Alta Hospitalaria, la gestión de lo pequeño para mejorar lo grande*, Zaragoza, 2000, pp. 219-230.

²³¹ *Idem*, p. 219.

²³² MASFRET, Dolores Colom, *La Planificación del Alta Hospitalaria, la gestión de lo pequeño para mejorar lo grande*, Zaragoza, 2000, p. 224.

²³³ *Idem*, p. 224.

- A prevenção, que consiste na intervenção do assistente social junto dos grupos que não recorrem aos serviços de saúde, mas estão em contacto com a doença como sejam os familiares de pessoas doentes que não recorreram a serviços médicos e estão em contacto com patologias infecciosas.

Dolors Masfret²³⁴ cita o Dr. Cabot que integra a assistente social no serviço hospitalar defendendo que: "*os organismos médicos e os organismos sociais, não os podemos trabalhar separados, pois os seres humanos por quem somos responsáveis não podem ser fraccionados em dois*". Esta visão é exemplificadora da necessidade do serviço social hospitalar na compreensão do ser humano como um todo.

Um ano depois, em 1906, o *Hospital Municipal de Bellevue* em Nova Iorque²³⁵ cria o primeiro departamento Hospitalar de Planificação de Alta, para dar resposta a problemas não médicos dos doentes que acentuavam a sua situação de doença.

Em 1913, a Senhora Ida Cannon eleva o serviço social à categoria de departamento referindo-se especificamente ao facto de que quando a um doente é dada alta precoce, sem ter beneficiado de um período de convalescença, a sua recuperação será incompleta²³⁶.

Nos anos 20 as novas teorias de Freud influenciam directamente a intervenção do serviço social, que começam a prestar uma especial atenção às causas psíquicas do sofrimento. A partir daqui as trabalhadoras sociais iniciam um processo de profissionalização e especializam-se para compreender os aspectos psicossociais dos temas relativos à saúde²³⁷.

Nos EUA devido a estas influências, existem em 1921, 350 departamentos de planeamento de altas, com a função principal de facilitar ao doente o seu regresso a casa²³⁸. Hoje em dia será difícil encontrar um hospital de prestígio que não possua nos seus quadros de pessoal assistentes sociais.

²³⁴ *Idem*, p. 225.

²³⁵ *Idem*, p. 225.

²³⁶ *Ibidem*.

²³⁷ *Ibidem*.

²³⁸ *Ibidem*.

Em Portugal, foi efectuado um estudo de aplicação do Protocolo de Revisão de Utilização²³⁹, realizado em 1985, em 9 hospitais, que veio evidenciar a existência de uma percentagem média elevada de admissões e de dias de internamento inapropriados. Respectivamente de 25% e de 52%. O mesmo estudo revelou que a percentagem média de dias de internamento inapropriado dos doentes que já poderiam ter tido alta era superior à percentagem média dos dias de internamento inapropriados dos doentes que ainda precisavam continuar internados. Os resultados na sua globalidade indiciavam a necessidade de se prestar mais atenção ao seu planeamento. Das causas então indicadas, uma parecia claramente relacionada com o problema das altas: a não preparação das altas. O seu peso percentual era de 14%, não sendo muito significativo quando comparado com o comportamento conservador do médico, em 52% dos casos. No entanto existia a convicção de que a percentagem de dias de internamento inapropriado, atribuíveis a altas não programadas, era maior, uma vez que os processos clínicos não dispunham de informação suficiente que permitisse ao médico identificar sem equívocos as causas daquela ocorrência.

Da análise dos resultados, concluiu-se então que não era de excluir a hipótese de que muitos dos dias inapropriados identificados como resultantes de comportamento conservador tivessem afinal resultado de altas não programadas em tempo útil. A não preparação de altas poderia ter contribuído para o comportamento dito conservador dos médicos. Não tendo estes a garantia de que os cuidados pós-hospitalares se encontravam programados e assegurados na comunidade, admitia-se que, por vezes se tivessem sentido inclinados a protelar a alta dos seus doentes.

Era de admitir também que uma parte, embora diminuta, dos dias inapropriados atribuídos a problemas relacionados com o doente/família e à inexistência/indisponibilidade de instituição alternativa tivessem decorrido do facto de as altas não terem sido programadas e conseqüentemente, não terem sido efectuados em tempo útil os necessários contactos. Entrevistas que se

²³⁹ Apontamentos técnicos do Serviço Social do HDES.

efectuaram a enfermeiras e a técnicas de serviço social, e reuniões que foram promovidas entre alguns dos hospitais envolvidos no estudo e representantes locais das administrações regionais de saúde, vieram confirmar a inexistência de critérios explícitos e de instrumentos eficazes para planear as altas dos doentes e a existência de dificuldades de articulação entre aquelas instituições. Em consequência disso foi decidido alargar o programa e iniciar um projecto na área do planeamento de altas.

Pretendia-se dotar os hospitais de instrumentos e técnicas que, facilitando a programação das altas e a continuidade da prestação de cuidados, contribuíssem para o aumento do rendimento hospitalar pela redução da utilização inapropriada dos recursos. Deste modo foram definidos os critérios/modos de actuação que acima se indicaram, promovendo em trabalho de equipa e parceria dentro e fora das instituições de saúde, a possibilidade de reabilitação e reinserção do doente na sua comunidade e meio natural, proporcionando, em simultâneo que mais vagas de internamento fossem disponibilizadas para outros doentes, com tempos ideais de ocupação. Assim, para que o doente regresse em segurança ao seu domicílio, com garantia de conforto e bem-estar, o serviço social faz-se valer dos apoios disponíveis na comunidade²⁴⁰. Estes são muito importantes para garantir um alívio nos cuidados prestados pela família, ou mesmo para substituição dos cuidados desta nos casos em que é inexistente.

3.3- A qualidade de vida e o bem-estar em saúde

A qualidade de vida é um termo descritivo que faz referência ao bem-estar emocional, social e físico da população e à sua capacidade funcional na actividade diária. A análise de qualidade de vida relacionada com a saúde mede o impacto do tratamento e do processo de doença de uma forma holística na

²⁴⁰ Consultar anexos, p. 218.

vida da pessoa²⁴¹. Estas análises começaram a desenvolver-se por volta de 1970²⁴², com o objectivo de descrever e melhorar o impacto de diferentes situações na vida diária das pessoas, tendo em conta factores emocionais e sociais, para além dos puramente físicos.

A expressão “qualidade de vida” passou a generalizar-se depois da II Guerra Mundial nos Estados Unidos da América. Foi inicialmente usada para referir bens materiais, desde a casa, o carro, ou aplicações financeiras a reforma ou viagens. O Presidente Eisenhower refere esta expressão em 1960 no Relatório da Comissão para Objectivos Nacionais, referindo-se à educação, preocupação com o indivíduo, crescimento económico, saúde e *welfare* (bem-estar)²⁴³. Posteriormente o Presidente Lyndon Jonhson refere esta expressão num discurso colocando a sua ênfase na liberdade, emoção, alegria, simplicidade e tratamento social, mudando este conceito para além do puramente material.²⁴⁴ O bem-estar dos indivíduos deriva da integração de características pessoais “subjectivas” e “objectivas” de qualidade de vida, como por exemplo alguns indicadores materiais de posse de bens, como o uso de telefone, etc. e outros que estão mais ligados a factores emocionais.

Segundo a Carta de Ottawa²⁴⁵, são pré-requisitos para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Para que exista um incremento das condições de saúde, e por consequência da qualidade de vida em saúde, há que haver uma base sólida destes pré-requisitos.

A expressão “qualidade de vida” foi largamente introduzida na pesquisa social a partir de meados dos anos setenta. O autor Farquhar²⁴⁶ cita outro

²⁴¹ FERRER, M.D., “*Calidad de vida como herramienta de control en las unidades de dolor*”, in V Congresso de La Sociedad Española del dolor, Hospitales IMAS. Mar-Esperança, Barcelona, p. 68.

²⁴² *Ibidem*.

²⁴³ PINTO, Henrique Manuel Correia, Níveis de Bem-estar e Qualidade de Vida nos Idosos, texto de dissertação, vol. 1, Uni. Nova de Lisboa, ENSP, Leiria, Dezembro de 1999, p. 10.

²⁴⁴ *Ibidem*.

²⁴⁵ CARTA DE OTTAWA, Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, Novembro de 1986, (*pré-requisitos para a saúde*).

²⁴⁶ FARQUHAR, M., *Elderly People's Definitions of Quality of Life, Social Science and Medicine*, 1985, Vol. 41, nº 10, p. 1437.

teórico, Ebbos, que define o conceito de qualidade de vida em saúde como sendo o início da compreensão pela profissão médica da sua responsabilidade pelo bem-estar do doente como um todo.

O autor De Leo²⁴⁷ e outros, cita três outros autores que desenvolvem o conceito de qualidade de vida. São eles: Bulboz que faz evoluir o conceito de qualidade de vida aplicado à ciência médica e encara o bem-estar individual num contexto social e ambiental amplo, Bigelow que entende a qualidade de vida como derivada do equilíbrio entre necessidades individuais, desempenho, recursos ambientais e expectativas, e Calman que identifica a qualidade de vida no espaço que medeia entre as expectativas do doente e os resultados obtidos.

Como se pode verificar pela interpretação dos autores indicados, a expressão qualidade de vida é tratada de forma heterogénea, conforme a perspectiva defendida pelo autor.

Segundo Abbey e Andrews, ambos citados por Farquhar²⁴⁸, o bem-estar que é percebido pelo indivíduo é relativo ao conceito que emerge dos indicadores assim como aos conceitos estudados no campo psicológico. A forma como o indivíduo interage com o ambiente social influencia alguns factores psicológicos e sociais. Por sua vez, estes influenciam a depressão e a ansiedade que vão condicionar todos os factores subjectivos. A qualidade de vida assenta então numa aproximação holística à vida da pessoa.

A OMS, define qualidade de vida²⁴⁹ no contexto do grupo de trabalho WHOQOL, como "*uma percepção individual da sua posição na vida no contexto da sua cultura e do sistema de valores no qual vivem, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*".

²⁴⁷ DE LEO, D; DIEKSTRA, R.F.W.; CLEIREN, M.H.; SAMPAIO, J:G.; GRIGOLETO, F.; LONNQUIST, J.; TRABUCCHI, M.; ZUCCHETO, M., *Quality of life assessment – instrument to measure self-perceived functioning and wellbeing in the elderly*, in Leipad Project, EUR/HFA Target 12, WHO, Copenhagen, 1994.

²⁴⁸ FARQUHAR, M., *Elderly People's Definitions of Quality of Life*, *Social Science and Medicine*, 1985, Vol. 41, nº 10, p.1439.

²⁴⁹ www.who.com

Numa “*perspectiva de cuidados de saúde, a qualidade de vida pode referir-se ao bem-estar social, emocional e físico dos doentes, a seguir ao tratamento, pelo que deve incluir alguma avaliação do nível de satisfação do doente com o tratamento e resultados, estado de saúde e perspectivas futuras*”²⁵⁰. Temos assim uma perspectiva de qualidade de vida em saúde com uma abrangência mais lata. Este é um conceito amplo que abarca a saúde física das pessoas, o seu estado psicológico, nível de independência, relações sociais e ligação com traços salientes do ambiente. Esta operacionalização da OMS veio trazer um enriquecimento ao conceito de qualidade de vida, uma vez que todas as anteriores definições se prendiam apenas com o estado de saúde e escalas de capacidade funcional.

A partir daqui agregam-se outros elementos, como as emoções as redes de apoio familiar e social, estado depressivo relacionado com o estado de doença, entre outros.

Uma vez que a dor é uma “*experiência multidimensional subjectiva, requer uma abordagem multidisciplinar, em que cada técnico irá actuar de acordo com a sua área de intervenção e em consonância com os restantes membros da equipa, tendo sempre presente garantir o máximo de bem-estar e qualidade de vida de cada indivíduo*”²⁵¹, podendo assim minorar a situação de dor.

Ainda segundo Bech²⁵², a qualidade de vida relatada na saúde é a avaliação subjectiva global do estado de saúde, relatada pelo próprio doente. Por isso, a forma como cada doente refere cada um dos “*componentes da dor que sente, quer seja ao nível da nocicepção, percepção, sofrimento e comportamento, não se apresentam clinicamente com a mesma intensidade, o que determina a conduta terapêutica. A valorização de cada um dos componentes pelo doente é relativa e influencia a construção da dor final. A*

²⁵⁰ PINTO, Cândida; RIBEIRO, José Luís Pais, “A qualidade de vida de jovens/adultos submetidos a transplante renal na infância”, in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Universidade Nova de Lisboa, ENSP, vol, 18, nº 1, Janeiro/Junho de 2000, p. 11.

²⁵¹ VIEIRA, Fátima, “O enfermeiro na Unidade de Terapêutica da Dor do Hospital Central do Funchal”, in *Revista do CAR – Clube de Anestesiologia Regional*, nº 41, 2005, p. 54.

²⁵² BECH, P., “*The PCASEE Model, An Approach to subjective Well-Being*”, in *Quality of Life Assessment: International Perspectives*, Springer Verlag, New York, 1993.

*abordagem médica e psicológica dos nossos doentes contribui para uma maior percepção e melhor controlo da dor, provocando na pessoa doente uma maior adaptabilidade à sua realidade clínica, a par de uma significativa alteração da sua qualidade de vida, pelo que é de todo o interesse o envolvimento do doente na abordagem multidisciplinar*²⁵³". Mais uma vez podemos observar a importância da opinião do doente, qual a sua perspectiva na sua situação de dor e sofrimento, no contexto de uma abordagem multidisciplinar.

Para Bech²⁵⁴, a qualidade de vida é o bem-estar subjectivo. Segundo Brock, (citado por Bech) a qualidade de vida no contexto de saúde pública é um esforço para influenciar a prática de profissionais com um ênfase particular numa aproximação mais humanizada e empática com o doente, que valorize a autonomia destes, dando ênfase ao que os mesmos querem fazer com as suas vidas e os seus corpos.

Bech²⁵⁵ cita ainda outro autor, Sartorius, que efectuou uma aproximação do conceito de qualidade de vida da OMS ao de qualidade de vida de um modo genérico, e definiu que esta se podia traduzir pela distância entre a posição do doente antes do tratamento e aquela que vai ocupando durante o tratamento com referência ao objectivo pretendido. O doente deve definir os seus objectivos ou ser ajudado a fazê-lo em termos tão claros quanto o possível para que possa avaliar o quão perto ou distante está destes objectivos. Por isso, a relação entre doença e qualidade de vida não é linear. Depende muito daquilo que o doente define como o seu próprio bem-estar, e daquilo que o doente sente que necessita alcançar para atingir um padrão de felicidade ideal.

²⁵³CARQUEJA, Eduardo; MARCOS, Ana; CABIDO, Hermínia; CARVALHO, Carlos Jorge, "Dor crónica, perspectiva tridimensional numa intervenção médica e psicológica", in Revista CAR - Clube Anestesiologia Regional, 2003, nº 34, p. 75.

²⁵⁴ BECH, P., "The PCASEE Model, An Approach to subjective Well-Being", in Quality of Life Assessment: International Perspectives, Springer Verlag, New York, 1993.

²⁵⁵ *Idem.*

A qualidade de vida é um conceito complexo, e mesmo abstracto, que contribui para uma satisfação global com a vida e que se enquadra numa avaliação individual, pois a "*qualidade de vida é o que o doente diz que é*"²⁵⁶.

O cuidado com as pessoas idosas assume uma importância crescente, quer seja no que diz respeito à manutenção da sua qualidade de vida, quer no que diz respeito ao papel do Estado e do âmbito da sua intervenção. Os idosos estão muitas vezes vulneráveis à distância dos seus familiares, quebrando assim, laços de solidariedade intra-familiar. Vulneráveis também, a situações de doença, limitação física, incapacidade e carência económica.

Existe assim, um paradigma entre a situação real e a situação defendida, em termos de valores e posturas sociais. Neste contexto, os idosos têm tendência, a serem marginalizados pela sociedade em que se inserem.

Para evitar estes males, é fundamental, que se definam novas políticas de velhice, para se poder proporcionar, a novas gerações de idosos, o usufruto, de uma vida com maior segurança, conforto e qualidade proporcionando novas formas de apoio, que se suportem também numa sustentabilidade financeira aceitável para o Estado.

Segundo o Prof. Daniel Serrão, Portugal chegou atrasado à compreensão de que as pessoas idosas, da 3ª e 4ª idades, têm necessidades médicas específicas que exigem uma intervenção de cuidados médicos e cirúrgicos diferenciados. A prevenção é talvez a mais importante das intervenções clínicas em geriatria²⁵⁷.

As pessoas mais velhas são maiores utilizadoras de equipamentos sociais e de saúde, para além de que a crescente importância da incapacidade e doença crónica acompanha o avanço na idade²⁵⁸.

²⁵⁶ JOYCE, C.R.B., "*Requirements for the assessment of individual quality of life*", in MCGEE, H.; BRADLEY, C. ed. Lit., *Quality of life following real failure: psychological challenges accompanying high technology medicine*. Bethesda, M.D.: Harwood Academic Publishers, 1994, p. 45.

²⁵⁷ "*Entrevista com o Prof. Daniel Serrão*", in *Revista Geriatria*, Rubrica "Entrevistas a figuras ilustres da medicina portuguesa", 2002, vol. 12, nº 140, p. 10.

²⁵⁸ JONES, D., *Health maintenance for frail elderly people*, in *Oxford Textbook of Public Health*, vol. 3, *Oxford Medical Publications*, New York, 1997.

Envelhecer é um processo natural. Envelhecer permite estar vivo durante mais tempo e isso abre novas perspectivas de vida às gerações mais novas.

O envelhecimento da população revela-se como uma tendência positiva, ligada a uma maior eficácia de medidas preventivas em saúde, progresso da ciência e combate à doença. Melhor intervenção no meio ambiente e consciencialização progressiva de que cada um de nós é o principal agente da sua própria saúde. Na actual sociedade onde vivemos, passamos uma parte da vida a estudar, outra a trabalhar, e outra que começa a ter uma duração muito significativa, em tempo de reforma. Esta significa, em muitos casos, viver cerca de vinte anos fora do contexto social normal, e com uma significativa perda de poder económico. A sociedade propõe-nos por isso vinte anos de lazer ou de vida sem importância social. Esta é também uma forma de abandono que se traduz em diminuição do interesse pela vida, com manifestações depressivas e agravamento de estados de doença já existentes. Assim há na 3ª e 4ª idades uma maior recorrência a cuidados de saúde.

O processo de envelhecimento é um processo que exige um certo desenvolvimento, quer de quem envelhece, quer de quem lida com as populações mais velhas.

No actual enquadramento da perspectiva demográfica e características sociofamiliares das pessoas idosas, bem como das suas necessidades em cuidados de saúde e sociais, há que definir uma actuação de forma humanista, solidária e em equipa que proporcione interdisciplinaridade e fomente a existência de redes interinstitucionais.

É nos serviços de saúde que as pessoas idosas depositam muitas das suas esperanças, que têm a ver com os seus medos dificuldades, solidão ou apoios que têm. Segundo os autores Browne *et al.*²⁵⁹, o aumento da longevidade pode ter vários cenários possíveis:

²⁵⁹ BROWNE, J. P.; O'BOYLE, C.A.; MCGEE, H. M.; JOYCE, C. R.; McDONALD, N. J.; O'MAILEY, K.; HILTBRUNNER, B. , *Individual quality of life in the healthy elderly*, Quality of Life Research, 1994, vol. 3, pp. 235-244.

- O período médio de morbidade antes da morte pode aumentar se as intervenções médicas sobre os idosos não alterarem o início das doenças crónicas e apenas protelarem a mortalidade.

- A idade média para o desencadear das doenças crónicas pode aumentar fazendo com que não haja mudança no período médio de morbidade.

- O período médio de morbidade antes da morte pode decrescer à medida que aumenta a idade média para o início das doenças crónicas, enquanto a longevidade permanece estática ou aumenta a uma taxa mais baixa.

Nas nações desenvolvidas, o cenário esperado é o previsto nas duas últimas hipóteses, uma vez que se espera que um mais vasto número de idosos tenha uma velhice com maior saúde.

3.4-A Determinação da Qualidade de Vida

Com já foi anteriormente descrito, a qualidade de vida é "o que o doente diz que é"²⁶⁰, por isso se torna imperioso perguntar directamente a este o impacto da doença na sua vida.

Para a determinação de qualidade de vida, o mais importante relator é o próprio paciente, se bem que por vezes se possa obter estas informações noutras fontes. A qualidade de vida pode ser medida nos seus aspectos objectivos, como o nível de bem-estar material que a pessoa usufrui, ou nos seus aspectos mais subjectivos, como por exemplo o estado emocional da pessoa, o seu sentimento de solidão ou de depressão, assim como a avaliação das suas redes de suporte social. Na pesquisa na área da qualidade de vida em saúde, devem ser introduzidos aspectos objectivos e subjectivos, pois os segundos são determinados pelos primeiros.

²⁶⁰ JOYCE, C.R.B., "Requirements for the assessment of individual quality of life", in MCGEE, H.; BRADLEY, C. ed. Lit., *Quality of life following real failure: psychological challenges accompanying high technology medicine*. Bethesda, M.D.: Harwood Academic Publishers, 1994, p. 45.

A auto-caracterização do doente face ao seu estado de saúde é uma área prioritária, pois é nesta que se têm desenvolvido os instrumentos de escalas de avaliação da qualidade de vida.

É urgente desenvolver uma abordagem transdisciplinar em que todos os elementos da equipa de saúde compartilhem responsabilidades para ajudar utentes e família a compreender a doença e as razões dos tratamentos médicos, de forma a proporcionar apoio e orientação nos vários problemas com que se confrontam. Tem vindo a ser desenvolvido um conjunto de instrumentos para a determinar. Para isso, está envolvida uma multiplicidade de questões e de subescalas. Segundo Speer²⁶¹, pode envolver toda ou apenas uma combinação do sentido pessoal do bem-estar, angústia, satisfação com a habitação e/ou com os rendimentos, a saúde percebida, o sentimento de segurança, redes sociais e a satisfação com o suporte social, para além de outras. Não existe uma medida simples para operacionalizar este conceito.

É um conceito que é complexo e multifacetado e por isso deve ser avaliado em tantos domínios quantos os que for possível. No domínio da saúde o conceito de qualidade de vida não pode estar alguma vez definido ou medido na sua globalidade. É um conceito subjectivo e situacional, que diz respeito ao sujeito e à sua situação com a vida. Como já aqui foi referido, o conceito de qualidade de vida é bem mais abrangente do que o referencial aos factores com a saúde relacionados. A opinião dos utentes com ela relacionados é fundamental dada a subjectividade deste conceito. *“A saúde e o bem-estar são multi-dimensionais e acarretam consequências na forma como a pessoa entende que é capaz de viver a sua vida”*²⁶². Por isso para aferir a qualidade de vida e bem-estar em saúde é necessário contacto estreito com o doente e com aquilo que o mesmo define como a qualidade de vida e bem-estar que necessita para a sua felicidade e para o minorar da situação de dor e sofrimento. *“A saúde mental e a percepção geral da saúde associam-se à*

²⁶¹ SPEER, D.C., *Mental health outcome evaluation*, Academic Press, San Diego, 1998.

²⁶² COUTINHO, Paula; CORDEIRO, Armando; GERALDES, Catarina, *“Memórias e qualidade de vida após internamento num Unidade de cuidados Intensivos”*, in *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 2003, nº 12, vol. 1, p. 21.

percepção de dor no sentido de que quem apresenta maior saúde mental e entende a sua saúde em geral como boa refere menos dor.

Alguns autores sustentam que a percepção da saúde física e da saúde mental estão relacionadas com o suporte social e desta forma com a qualidade de vida dos doentes (...) ²⁶³. O apoio que o doente tem no seu seio familiar e meio social é fortemente condicionadora da sua situação de tranquilidade e bem-estar.

O conceito de qualidade de vida é amplo e pode materializar-se através da medição de componentes de saúde relatados pelo próprio doente, que se podem estender a actividades na sua vida diária, papel e funcionamento, sintomas físicos, mentais, bem-estar e interacção com a sua rede de suporte social. (Podem aqui ser introduzidas medidas específicas adicionais como a sexualidade, sintomas físicos da doença, efeitos do tratamento, solidão, depressão etc.) Esta ampla variedade de preocupações tem vindo a ser estudada para clarificar as suas interações e a sua influência na vida do doente.

A OMS no instrumento WHOQOL, para a medição da qualidade de vida, determina a existência de vários domínios ou áreas fundamentais que são: saúde física, saúde psicológica, nível de independência, relações sociais, relações com o ambiente, espiritualidade/religião/crenças pessoais²⁶⁴. Existem ainda outros instrumentos para a determinação da qualidade de vida²⁶⁵ que têm vindo a ser desenvolvidos e validados para permitir uma avaliação que faça o impacto da doença e do dano na vida dos doentes.

A validação transcultural é fundamental para que possa permitir a obtenção de resultados definitivos e fidedignos numa perspectiva internacional.

²⁶³ LEAL, Elisabete Nave; RIBEIRO, José Luís Pais; OLIVEIRA, Mário Martins; ROQUETE, José, "Aspectos psico-sociais associados à percepção da dor pós-operatória em indivíduos submetidos a cirurgia coronária", in Revista Portuguesa de Cardiologia, 2005, nº 24, vol. 10, p. 1221.

²⁶⁴ www.who.com

²⁶⁵ SUBI, Escala de Moral de Avaliação da Qualidade do Centro Geriátrico de Filadélfia (com uma versão Japonesa denominada *Cornell Medical Index*), *Medical Outcomes Study (MOS) SF-36* (do qual existem as sub-escalas: *MOS SF-12* e *MHI-5*), *WHOQOL 100*, (com a sub-escala: *WHOQOL BRIEF*), o *EuroQol-5*, *Nottingham Health Profile* e o *MCGill Pain Questionnaire* são exemplos de alguns dos instrumentos de medida de qualidade de vida em saúde.

Segundo Patrick²⁶⁶, empreender a validade transcultural de um instrumento de medida exige atenção às seguintes questões: o conteúdo do questionário e a sua base legal, o método de tradução, o teste de fiabilidade e de comparação, validade, correspondência, e efeito de tamanho dentro de cada país ou cultura.

Para se poder ultrapassar os problemas acima referidos requiere-se um nível de cooperação e coordenação entre países elevado. Estes estudos são caros e demorados no tempo, para além de exigirem o empenhamento de vários recursos. A medição da qualidade de vida não está sujeita a qualquer dificuldade para lá das inerentes a todas as medições de emoções. Quem mede a qualidade de vida pela saúde relatada, deve ter em atenção aquilo que o doente indica como sendo o patamar que pretende atingir. A qualidade de vida tem factores objectivos e subjectivos na sua mensuração, no entanto deve ser sempre interpretado como qualidade de vida aquilo que o doente define ser qualidade de vida.

“E a procura destes instrumentos é tanto maior quanto maiores são as perspectivas globais na saúde, desde os ensaios clínicos, os acordos internacionais, o licenciamento e certificação de prestadores, os padrões de cuidados e aplicações da tecnologia médica, à aprovação e lançamento no mercado de produtos farmacêuticos²⁶⁷”. Só assim se poderá, a longo prazo, caminhar para uma universalização de actuações nas diversas áreas da medicina.

Por vezes, na validação de instrumentos de medida, são necessárias modificações de domínios que são culturalmente específicos. Pode ser necessário introduzir ou modificar outros domínios. As diferenças culturais ou linguísticas entre países podem afectar o modo como os indivíduos apercebem as suas experiências de saúde e de doença. Por vezes, quando o conceito

²⁶⁶ PATRICK, D. L.; WILD, D. J.; JOHNSON, E.S.; WAGNER, T. W.; MARTIN, M. A., *“Cross-Cultural Validation of Quality of Life Measures”*, in *Quality of Life Assessment: International Perspectives*, Springer Verlag, New York, 1993.

²⁶⁷ PINTO, Henrique Manuel Correia, *Níveis de Bem-estar e Qualidade de Vida nos Idosos*, texto de dissertação, vol. 1, Uni. Nova de Lisboa, ENSP, Leiria, Dezembro de 1999, p. 17.

existe, mas não a expressão que o descreve, torna-se necessário convertê-la na outra língua, enquanto que quando se dá o contrário, não é possível converter os itens linguisticamente.

Segundo Patrick²⁶⁸, as características métricas do instrumento devem ser sempre medidas na cultura onde vai ser aplicada. Só assim poderão ser considerados fidedignos os resultados obtidos.

3.5-O Sistema de Saúde dentro da Política Social

As responsabilidades de apoio e suporte social estiveram durante muitos séculos entregues à família. À medida que a família vai assumindo uma dimensão mais reduzida e que os seus membros saem para exercer uma profissão no exterior, as funções desta são depositadas nas instituições do Estado. O facto de as populações se passarem a integrar em grandes aglomerados urbanos também contribuiu para esta redução da dimensão da família. Segundo Medina Carreira²⁶⁹, e de forma abrangente, pode-se identificar dois momentos fundamentais que vão dar início a uma ruptura entre a assistência herdada da Idade Média e implementada com o liberalismo e os primeiros seguros sociais obrigatórios, em finais do século XIX. Um outro momento será o que medeia entre o fim da Primeira Guerra Mundial e o fim da Segunda. É nesta época que vêm ao de cima as consequências das desigualdades sociais geradas pela Revolução Industrial.

Nesta altura, vigora o equilíbrio do mercado, que não eram suficientes para resolver as desigualdades sociais. Por este motivo, o Estado passa a intervir como agente regulador, criando um direito social. É nesta fase que a Igreja também passa a intervir tentando implementar aquilo que pretende ser a criação de um "*salário justo*"²⁷⁰.

²⁶⁸ PATRICK, D. L.; WILD, D. J.; JOHNSON, E.S.; WAGNER, T. W.; MARTIN, M. A., "*Cross-Cultural Validation of Quality of Life Measures*", in *Quality of Life Assessment: International Perspectives*, Springer Verlag, New York, 1993.

²⁶⁹ CARREIRA, Medina, *As Políticas Sociais em Portugal*, Lisboa, 1996, p. 41.

²⁷⁰ *Ibidem*.

Por esta altura na Alemanha surge o seguro social obrigatório. Esta influência Alemã irá alastrar a toda a Europa, no entanto os seguros sociais obrigatórios tornam-se insuficientes, abrangem os trabalhadores que exercem uma actividade por conta de outrem. Devido a este facto, após a II Guerra Mundial impõe-se uma ruptura do sistema com o surgimento da época moderna de protecção social.

Generaliza-se o acesso à protecção social e crescem as despesas públicas.

Na Inglaterra surge um modelo de Segurança Social diferente que se baseia nas teorias económicas de Keynes e nos estudos de Beveridge. Baseia-se no pressuposto de que uma sociedade industrial, a viver em paz, na plena utilização de todos os seus factores de produção e com toda a sua população a trabalhar, não deveria sofrer com os efeitos da doença, a necessidade, ignorância, decadência ou falta de habitação. Assim, no Reino Unido nasce em 1948 o primeiro sistema nacional de saúde universal e gratuito, como consequência deste relatório Beveridge e da influência que teve no desenvolvimento de uma política social tendencialmente universal.

Os modelos Alemão e Inglês são modelos são diferentes na sua filosofia e na sua forma de financiamento. O primeiro tem os seus fundos definidos pelo universo daqueles que trabalham, enquanto que o segundo tem o seu financiamento assente nos impostos. Passa-se a uma lógica de solidariedade nacional que é extensiva a todos os cidadãos.

Para a compreensão das estruturas que hoje existem na saúde em Portugal torna-se necessário descrever que tipo de sistema existia no passado. No nosso país, a existência de um sistema de saúde com contornos delineados é relativamente recente. No entanto, desde há longos anos que existiam diversos tipos de unidades com funções de prestação de cuidados de saúde. Em Portugal, foram criados os primeiros seguros sociais obrigatórios em 1935. Segundo Medina Carreira, apesar de haver em Portugal este sistema de seguros, o mesmo só foi significativo após ter sido atingido um mínimo de desenvolvimento económico e social. Só assim foi possível às pessoas poderem efectuar os seguros e deles beneficiar. As políticas sociais em Portugal passam

a ter dimensão quando se verificam certos factores como a industrialização, a redução da dimensão da família, a urbanização e dispersão geográfica da família. Como se verifica, estas políticas sociais estão por isso mais ligadas ao facto de a sociedade atingir um determinado mínimo de desenvolvimento social e económico que origina o seu aparecimento. Entre 1970 e 1975 são-lhes afectos meios financeiros de cerca de 17% do produto²⁷¹, altura em que têm um impacto significativo na sociedade.

Segundo Paul Durand, citado por Medina Carreira, em Portugal, até 1974 vigorou um sistema de Seguros Sociais obrigatórios, após 1974, um Regime de Segurança Social²⁷², tendo este último vigorado até aos nossos dias.

Hoje em dia o nosso sistema de Segurança Social cobre um número de riscos muito acrescido, se comparado aos países com sistemas de segurança social muito avançados, a diferença reside na sua natureza económica e não na sua natureza jurídica.

Em 1946, com a publicação da Lei 2/011 de 2 de Abril de 1946, dá-se início à criação de um padrão organizacional nos serviços de saúde²⁷³.

Tenta-se criar um padrão inovador que se baseia num sistema regionalizado voltado para a organização e hierarquização técnica dos vários serviços existentes e a criar. Estes passam, em 1968, a ser regulamentados pelo Estatuto e pelo Regulamento Geral dos Hospitais²⁷⁴.

Nos anos 60 cria-se a rede adequada de serviços de saúde.

Nesta época, regista-se um maior impulso na promoção da intervenção no sector da saúde da Previdência Social. Este desenvolve-se segundo um modelo "bismarkiano" de seguro social obrigatório que foi cobrindo progressivamente uma parte importante da população activa, de início os trabalhadores por conta de outrem, depois os independentes e posteriormente os seus familiares. Através das Casas do Povo e das Casas dos Pescadores o sistema cobre a

²⁷¹ CARREIRA, Medina, *As Políticas Sociais em Portugal*, Lisboa, 1996, p. 54.

²⁷² *Idem*, p. 79.

²⁷³ REIS, Vasco Pinto dos, "*O Sistema de Saúde Português*", org. de: BARROS, Pedro Pita; SIMÕES, Jorge, Associação Portuguesa de Economia e Saúde, 1999, p. 262.

²⁷⁴ *Ibidem*.

quase totalidade do território nacional. Neste período é delegado na iniciativa privada a incumbência da prestação de cuidados de saúde em particular às instituições particulares de assistência sem fins lucrativos, exemplo disso são as misericórdias e outras entidades religiosas. Estas entidades vão conhecendo de forma progressiva, uma tutela cada vez mais apertada, que se justificava pelo facto de receberem apoios pecuniários em subsídio. A partir da Lei 2/011 de 2 de Abril de 1946, os hospitais organizam-se de forma regionalizada e tecnicamente hierarquizada.

O Estado tinha um papel meramente supletivo relativamente a outros intervenientes²⁷⁵, as misericórdias por exemplo. A esmagadora maioria dos hospitais era de natureza privada no entanto, não tinham fontes de rendimentos próprios, e os custos das prestações de saúde passam a ter um significado importante. O Estado, a troco de contributos nem sequer significativos, adquire o direito de tutelar as instituições subsidiadas e assume uma intervenção reguladora, introduzindo princípios e procedimentos normalizados na gestão e funcionamento dos hospitais. São exemplo disso: normas de contabilidade, tabelas de preços nacionais, princípios de orçamentação, qualificação técnica do pessoal existente, et.

Em 27 de Abril de 1965, com a Lei 46 301, foi definido um novo processo de financiamento hospitalar que determina que os próprios assistidos, as suas famílias e os concelhos passam a ser responsáveis pelo financiamento dos hospitais. O pagamento poderia ser imputado não aos assistidos, mas a seguradoras, organismos de previdência e instituições de auxílio mútuo. Assim, a nova legislação atribuía responsabilidades ao Estado pelos encargos com a assistência aos seus trabalhadores através da ADSE²⁷⁶, estendendo a mesma responsabilidade às instituições de previdência social e outras de auxílio mútuo, ou obras sociais em relação aos seus beneficiários e associados²⁷⁷.

²⁷⁵ *Idem*, p. 264.

²⁷⁶ Assistência na Doença aos Servidores do Estado.

²⁷⁷ REIS, Vasco Pinto dos, *“O Sistema de Saúde Português”*, org. de: BARROS, Pedro Pita; SIMÕES, Jorge, Associação Portuguesa de Economia e Saúde, 1999, p. 265.

Foi também na década de 60 que surgiram outras instituições de previdência social, futuramente designadas por subsistemas de saúde.

Novo marco importante para o actual sistema de saúde português foi a publicação em 1968 do Estatuto Hospitalar, através do Decreto-Lei 48 357, de 27 de Abril, e do Regulamento Geral dos Hospitais, com o Decreto nº 48 358 também de 27 de Abril²⁷⁸. Estes, na sua grande parte, ainda estão em vigor sobre uma multiplicidade de assuntos, nomeadamente sobre a rede hospitalar, a sua organização interna, sua gestão e principais carreiras específicas.

Assim avança-se para a criação de uma rede hospitalar.

Existe um outro grupo de diplomas designado de "legislação Gonçalves Ferreira²⁷⁹" que introduzem grandes modificações em termos conceptuais e organizacionais. Criam-se os centros de saúde e revaloriza-se a área de intervenção dos cuidados primários²⁸⁰. É também com esta legislação que o Estado reconhece o direito à saúde. Ainda segundo o mesmo autor, neste período, podem verificar-se certos aspectos negativos: concentração dos serviços e dos profissionais em zonas urbanas, fraco nível de saúde das populações, a população não estava toda coberta pelo sistema de previdência social, não havia coordenação entre as instituições prestadoras de cuidados de saúde, existiam múltiplas fontes de rendimento que provocavam pontualmente duplicações de pagamento, devido à escassez de recursos humanos qualificados o sistema admitia situações de pluriemprego.

A partir da revolução de 1974, o sistema de saúde conheceu uma viragem radical e modificações extensas. Estas foram definidas na CRP em 1976 e regulamentadas na Lei da Saúde em 1979. Em 1977 o "*despacho Arnald*" abre o acesso dos postos de Previdência Social a todos os cidadãos, independentemente de estes serem contribuintes ou não²⁸¹. Esta é a legislação

²⁷⁸ *Idem*, p. 266.

²⁷⁹ Decreto - Lei 413 de 1971, e Decreto 414 de 1971.

²⁸⁰ REIS, Vasco Pinto dos, "*O Sistema de Saúde Português*", org. de: BARROS, Pedro Pita; SIMÕES, Jorge, Associação Portuguesa de Economia e Saúde, 1999, p. 267-268.

²⁸¹ *Idem*, p. 271.

que faz a distinção entre o sector da saúde e o que posteriormente foi rebaptizado como de segurança social.

O direito à saúde passa a ser definido constitucionalmente e garantido pelo Estado.

O sistema português de protecção social à saúde surge após o segundo quartel do século XX²⁸². Em 1976 a Constituição cria o Serviço Nacional de Saúde. Em 1979 este é previsto em legislação ordinária²⁸³

Este sistema previsto na lei é dificilmente sustentado, por questões financeiras, por isso é publicada uma reforma em 1990²⁸⁴.

Nesta lei, a *Lei de Bases da Saúde*, formaliza-se o conceito de "sistema de saúde português", que se define como passando a ser constituído pelo SNS e por todas as entidades públicas que desenvolvem a promoção, prevenção e o tratamento na área da saúde, bem como todas as entidades privadas e profissões liberais que acordaram com o SNS uma ou várias daquelas actividades²⁸⁵.

Nas Regiões Autónomas de Açores e da Madeira, a política de saúde, mesmo que submetida aos mesmos princípios gerais, poderia ser executada com alguma adaptabilidade regional pelos respectivos Governos²⁸⁶.

O sistema de saúde vigente em Portugal não corresponde, em regras essenciais, ao definido após a Constituição de 1976²⁸⁷. Os princípios de gratuidade e de universalidade foram aplicados, apenas com a Lei do SNS²⁸⁸, em 1979. Esta Lei define de forma explícita quais são as prestações que são alvo deste direito. Em 1990, a lei do SNS e a sua regulamentação²⁸⁹ em 1993, definem a responsabilidade estadual na protecção da saúde, a gratuidade na

²⁸² *Idem*, p. 117.

²⁸³ Lei do Sistema Nacional de Saúde, Lei nº 56/79 de 15 de Setembro.

²⁸⁴ Lei de Bases da Saúde, Lei nº 48/90 de 24 de Agosto.

²⁸⁵ REIS, Vasco Pinto dos, "*O Sistema de Saúde Português*", org. de: BARROS, Pedro Pita; SIMÕES, Jorge, Associação Portuguesa de Economia e Saúde, 1999, p. 276.

²⁸⁶ *Ibidem*.

²⁸⁷ CARREIRA, Medina, *As Políticas Sociais em Portugal*, Lisboa, 1996, p. 117.

²⁸⁸ *Idem*, p. 124.

²⁸⁹ Decreto-Lei nº 11/93 de 15 de Janeiro (Estatuto do Serviço Nacional de Saúde).

forma do respectivo financiamento, a natureza da entidade, serviço ou instituição prestadora de serviços de saúde.

A gratuidade definida na Lei de 1979 é quebrada com a instituição das taxas moderadoras. Em 1993, o financiamento passa a ser também de outras entidades para além do Estado, cabendo aos beneficiários fazê-lo. Estes pagamentos são de acordo com a capacidade económica de quem recorre aos Serviços de Saúde, e são instituídos Seguros de Saúde. São também definidos os preços a pagar pelos serviços prestados²⁹⁰.

O acesso aos Serviços de Saúde está também definido na Lei do SNS, através de serviços e estabelecimentos da sua rede oficial. É admitido transitoriamente o acesso quando não for possível garantir a totalidade das prestações pela rede oficial, através de entidades não integradas no SNS, em regime contratual, ou com reembolso directo aos utentes²⁹¹.

O Estado Português, enquanto democracia, defende a dignidade da pessoa humana, a inviolabilidade do direito à vida, e o princípio de que todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei.

Na Constituição portuguesa está expresso que: "*todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender*"²⁹².

A Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 10 de Dezembro de 1948, reconhece a todas as pessoas, enquanto parte de uma sociedade, o "direito à Segurança Social"²⁹³. Este é o núcleo fundamental de qualquer Política Social.

O serviço de saúde português é universal e geral, e, tendo em conta as condições económicas dos cidadãos é tendencialmente gratuito.

O serviço de saúde do nosso país tem como meio de proteger a saúde dos cidadãos, a criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que dêem garantias de proteger a infância, a juventude e a velhice melhorando as condições de vida e de trabalho, impulsionando e incentivando a prática

²⁹⁰ CARREIRA, Medina, *As Políticas Sociais em Portugal*, Lisboa, 1996, p. 127.

²⁹¹ Lei do Sistema Nacional de Saúde, Lei nº 56/79 de 15 de Setembro.

²⁹² Art. 64º, *Constituição da República Portuguesa*, Coimbra, 2003.

²⁹³ Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 10 de Dezembro de 1948.

desportiva e física, popular e escolar, e desenvolvendo a prática de vida saudável e educação sanitária das populações. O Estado vai assim garantir em igualdade de oportunidades o acesso dos cidadãos, independentemente da sua capacidade económica, a todos os cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação. Vai também garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em termos de recursos humanos e unidades de saúde. Neste sentido, o Estado vai assim desenvolver políticas sociais *“em vista à realização de prestações materiais e individuais a que os cidadãos tenham direito. Os direitos sociais traduzem a concretização das políticas sociais.”*²⁹⁴

Assim, para Medina Carreira, todas as políticas desenvolvidas pelo Estado são políticas sociais, engloba-se a neste conjunto a política social do trabalho, a da protecção social, a do emprego e formação profissional, a da educação, etc. Os gastos com a execução destas políticas são despesa social pública.

Em 2000, a OMS publicou um relatório sobre a Saúde Mundial, onde se comparam os sistemas de saúde de 191 países membros da Organização. Este relatório examinou todos os países segundo grandes áreas, como o nível de saúde global da população, distribuição da saúde entre habitantes, capacidade de resposta do sistema de saúde, repartição dessa resposta segundo nível económico das pessoas e distribuição do custo de saúde entre os cidadãos, etc. É um estudo que colocou Portugal no 10º lugar do ranking global do desempenho dos sistemas de saúde, à frente de países como a Grã-Bretanha, Alemanha, Canadá, e Estados Unidos da América²⁹⁵.

Esta comparação dos sistemas de saúde não é feita em termos absolutos, razão pela qual Portugal, apesar de não estar num patamar de desenvolvimento socio-económico equivalente ao destes países, se destaca nos serviços de saúde que presta.

Neste último período, os objectivos principais da actividade de política de saúde são os seguintes:

²⁹⁴ CARREIRA, Medina, *As Políticas Sociais em Portugal*, Lisboa, 1996, p.37.

²⁹⁵ *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*, DGS, Portugal, 2001, aprovado por despacho ministerial de 26 de Março, p. 35-36.

- Melhoria do acesso às prestações e a humanização do atendimento, através da personalização dos contactos com os cidadãos, sensibilização do sistema para os direitos, mas também para as necessidades e expectativas dos cidadãos.

- Descentralização da gestão, dando maior autonomia às organizações prestadoras de cuidados, desenvolvimento de políticas de recursos humanos através da motivação dos profissionais, melhoria da eficiência distributiva na aplicação de recursos financeiros, através da separação funcional entre o financiador/pagador e o prestador de cuidados de saúde.

- Melhoria no financiamento através da eliminação ou redução da duplicação de cobertura que gera desperdício a nível macro-económico e diminui a equidade no acesso e na utilização dos cuidados de saúde. E também pela melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população²⁹⁶.

Na promoção do estatuto do utente merecem destaque as medidas implementadas através da *Carta dos Direitos e Deveres do Doente*, bem como o aperfeiçoamento do sistema de reclamações e sugestões por este aconselhado.

A *Carta dos Equipamentos de Saúde* bem como a reestruturação dos serviços de saúde pública foram importantes para a reorganização do sistema de saúde e aperfeiçoamento da sua regulação.

As reformas levadas a cabo no sistema de saúde português não abarcaram a totalidade dos problemas existentes. Alguns permanecem, afirmando a ideia de que uma reforma tem que ser um processo continuado.

No que diz respeito aos problemas de saúde no país, foram registadas inúmeras melhorias na saúde das populações, no entanto é evidente a existência de vários problemas agravados por assimetrias regionais. No que diz respeito ao sistema propriamente dito, este tem uma rede de equipamentos mais ou menos razoável, que irá melhorar em virtude de reabilitação de estruturas existentes e de construção de outras.

²⁹⁶ REIS, Vasco Pinto dos, *“O Sistema de Saúde Português”*, org. de: BARROS, Pedro Pita; SIMÕES, Jorge, Associação Portuguesa de Economia e Saúde, 1999, p. 286.

A generalidade da população dispõe de um centro de saúde ou de uma extensão.

A acessibilidade aos hospitais é razoável. Considera-se que o país tem um número razoável de camas, desde que seja melhorado o seu rendimento. Apesar disto, a OCDE faz notar que a eficiência económica do sistema é duvidosa, devido também à existência de barreiras geográficas, culturais e de outro tipo, como as limitações na oferta. Existem assimetrias na distribuição de recursos humanos e tempos de espera inaceitáveis²⁹⁷.

Ainda segundo Daniel Serrão²⁹⁸, um novo desafio se coloca ao sistema de saúde: o debate ético em relação aos custos dos cuidados de saúde. Este não deve ser feito em relação aos cuidados de saúde primários, mas sim aos cuidados diferenciados. Os cuidados de saúde primários devem ser de acesso fácil, quer em termos de horários, dias da semana ou distância geográfica. Os meios como a telemedicina e outros recursos informáticos devem ser postos à disposição dos potenciais utilizadores. O atendimento pelo clínico geral é apenas uma parte do que se chama cuidados primários de saúde. A partir daqui, intervêm outros profissionais da saúde. Ainda na opinião do mesmo autor, *“é a este nível que intervém o terceiro valor e o correspondente princípio: a ponderação entre o custo do cuidado e o seu resultado é eticamente aceitável quando os recursos são escassos e a sua origem é de natureza solidária ou é uma responsabilidade pessoal, (...) o Serviço Nacional de Saúde tem um orçamento que é coberto pelos impostos e constitui o esforço financeiro máximo consentido pela riqueza produzida pelo trabalho dos cidadãos, segundo a política fiscal”*²⁹⁹. Deste modo, poder-se-à ponderar a intervenção em cuidados diferenciados sempre que a mesma não significar para o doente uma melhoria significativa na sua qualidade de vida e bem-estar.

Segundo Medina Carreira, é urgente que se repense e debata a forma como o Sistema de Saúde em Portugal está organizado, sob pena de as

²⁹⁷ REIS, Vasco Pinto dos, *“O Sistema de Saúde Português”*, org. de: BARROS, Pedro Pita; SIMÕES, Jorge, Associação Portuguesa de Economia e Saúde, 1999, p. 293-295.

²⁹⁸ SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui *Ética em Cuidados de Saúde*, Porto, 1998, p. 160-163.

²⁹⁹ *Ibidem*.

restrições financeiras e de meios levarem a uma perda de qualidade do serviço prestado no futuro.

3.6-O Sistema de Saúde e a intervenção na Luta contra a dor

A compreensão da dor como um fenómeno complexo e subjectivo leva a que o seu tratamento seja também entendido como tendo necessidade de uma abordagem multidisciplinar. A dor, independentemente da síndrome clínica que a causa, *“pode e deve ser tratada, com perspectivas de êxito proporcionais ao entendimento que dela temos e fazemos, à adequação e preparação científica dos serviços e profissionais de saúde envolvidos e ao manejo judicioso de todos os recursos, técnicos e humanos disponíveis”*³⁰⁰.

Estudos epidemiológicos sobre a dor³⁰¹ revelam que pelo menos uma vez na vida uma elevada percentagem de pessoas já sentiu dor.

Foi realizado um estudo epidemiológico sobre a dor pelo Observatório Nacional de Saúde (ONSA) do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge em 2002³⁰² com o objectivo de melhorar o conhecimento sobre a frequência, a distribuição e algumas consequências das formas principais de dor na população portuguesa³⁰³. Foram inquiridos por telefone indivíduos com mais de 18 anos, preferencialmente chefes de família. *“Foram obtidas respostas válidas de 1414 indivíduos, o que corresponde a 84,6% dos indivíduos contactados. (...) os resultados mostraram que, nos últimos 7 dias anteriores à entrevista, 73,7% dos inquiridos manifestaram ocorrência de dor e que 49,6% dos indivíduos manifestaram ter sentido mais que um tipo de dor nesses sete dias”*³⁰⁴. Pelos números expostos, podemos verificar que a dor é um factor comum à grande maioria da população.

³⁰⁰ *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*, DGS, Portugal, 2001, aprovado por despacho ministerial de 26 de Março, p. 6.

³⁰¹ *Idem*, p. 7.

³⁰² RABIAIS, Sara, NOGUEIRA, Paulo Jorge, FALCÃO, José Marinho, *“A dor na população portuguesa. Alguns aspectos epidemiológicos (2002)”*, in *Dor*, Vol. 12, Nº 2, Lisboa, 2004, p. 6.

³⁰³ *Ibidem*.

³⁰⁴ *Ibidem*.

Considerando ainda a globalidade dos respondentes, nos 7 dias anteriores à entrevista o número médio de dias com dores foi diferente para os homens e para as mulheres. Para elas foi de 4,7 dias e para eles foi de 2,8 dias³⁰⁵.

Ainda no que diz respeito à alteração de rotinas diárias e de hábitos de trabalho, foi apurado no mesmo estudo que o número médio de dias que os respondentes deixaram de fazer o que tinham de fazer pelo facto de sentirem dor foi de 0,8 dias, enquanto que os dias com dor que motivaram a falta ao trabalho foi de 0,2 dias³⁰⁶.

Estudos deste teor levam a que se encare a dor como factor de morbilidade, o que só recentemente foi reconhecido.

Ainda segundo Lina Oliveira Andrade a dor crónica é uma doença, uma vez *“que o sofrimento causado pela dor física é um dos elementos que contribui para a ruptura da harmonia integral da pessoa. A dor é um sintoma, um alerta e uma manifestação, por vezes, demasiado pesada para que se viva dignamente³⁰⁷”*, razão pela qual é necessário controlá-la ou erradicá-la.

A dor é uma preocupação para todos nós, no entanto, segundo Dória³⁰⁸, a ciência chegou atrasada para a problemática da percepção da dor. O controlo da dor foi uma área negligenciada da medicina durante muitos anos.

Nos últimos 20 anos a abordagem da dor esteve sujeita a uma grande evolução quer pela formação nesta área de médicos e de enfermeiros, quer pela desmistificação do uso de opiáceos, ou pela criação de unidades de dor. Também a mudança de mentalidades a este nível pode ser detectada em medidas práticas, como as diversas alterações introduzidas pelo Plano Nacional de Luta contra a dor ou pela Circular normativa N^o 09/Direcção Geral da Saúde, de 14 de Junho de 2003. Ainda segundo Dória, *“o alívio da dor é uma obrigação constitucional, é um direito que assiste ao doente e um dever do*

³⁰⁵ *Ibidem.*

³⁰⁶ *Ibidem.*

³⁰⁷ ANDRADE, Lina Oliveira, *“Implicações Éticas no Tratamento da Dor”*, in *Dor*, Vol. 12, N^o 3, Lisboa 2004, p. 14.

³⁰⁸ DÓRIA, Roberto, *“Tratar a dor na ultra-periferia”*, in *Revista CAR Clube de Anestesiologia Regional*, N^o 23, 2003, p. 52.

*próprio médico*³⁰⁹". Ainda segundo este autor, controlar a dor não é mais que humanizar a medicina, dar conforto e qualidade de vida ao doente.

Como se pode verificar, a dor é uma doença com fortes implicações humanas e sociais e é por isso um problema de saúde pública que justifica uma actuação planeada organizada, e validada cientificamente pela Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. Deste modo, o *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*, define o modelo organizacional e orientações técnicas que se deverão desenvolver nos serviços de saúde de forma a promover boas práticas na abordagem da Dor.

Em Julho de 1978, o Instituto Português de Oncologia Dr. Francisco Gentil criou, na sequência de actividades clínicas e terapêuticas desenvolvidas pelo Serviço de Anestesiologia e consulta de Neurologia, a consulta de dor³¹⁰. Esta consulta foi pioneira no nosso país e teve como modo de funcionamento a multidisciplinaridade sendo seu objectivo o tratamento de síndromes dolorosas causados por doença neoplásica, explicáveis ou não pela doença, bem como a investigação, o ensino e apoio psicoterapêutico, fazendo incidir a sua actuação em três áreas fundamentais, assistência, ensino e investigação³¹¹.

A dor é uma preocupação recente e levou à "redescoberta" dos objectivos prioritários dos cuidados de saúde³¹². Agora é uma missão para os profissionais de saúde garantir melhor qualidade de vida ao doente, para além das desejáveis cura e prolongamento de vida.

Segundo Lobo Antunes, citado por Gabriela Valadas³¹³ e outros, o médico "comum" não sabe tratar a dor devido a, entre outras razões, ignorar o uso eficaz de analgésicos e temer a sobredosagem e o risco de habituação.

³⁰⁹ *Ibidem*.

³¹⁰ Clínica de Dor do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, Centro Regional de Oncologia de Lisboa (IPFG-CROL), SA, in Revista CAR-Clube de Anestesiologia Regional, 2004, vº 38, "Boletim Dor", nº 18 separata da revista, p. 1.

³¹¹ *Ibidem*.

³¹² SIMÕES, Inês; PINTO, Fabiano; RODRIGUES, Carla, "Avaliar a dor... porquê?", in *Revista do Centro Hospitalar de Coimbra*, 2004, Vol. 7, nº 31, p. 45.

³¹³ VALADAS, Gabriela; BORGES, Lurdes; MARQUES, A Lourenço, "Terapêutica da dor, uma sensibilização necessária, experiência da unidade do Fundão", in *Revista Saúde Amato Lusitano*, 1998, nº 8, p. 7.

De uma forma global é dada pouca importância ao problema da dor. Isto tem por base uma deficiente formação sobre o problema bem como adequada sensibilização.

Em 1992 foi criada a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. A valorização política da dor como problema de saúde nacional foi formalizada em 1999 e nesta data foi instituído o Dia Nacional de Luta contra a Dor. A instituição deste dia teve por objectivo criar uma mudança de atitudes no que diz respeito a novas atitudes perante o tratamento da dor. Em 2001 foi aprovado o Plano Nacional de Luta Contra a dor e em 2003 a Direcção-Geral da Saúde preconiza a dor como o quinto sinal vital com a publicação da circular normativa *A Dor como 5º sinal vital, Registo sistemático da intensidade da Dor*³¹⁴.

É no *Plano Nacional de Luta Contra a Dor* que são definidos os critérios de classificação das tipologias de Unidades de Dor no nosso país. E este define vários tipos:

Unidade de Dor – Nível Básico.

Unidade Terapêutica de Dor – Nível I.

Unidade Multidisciplinar de Dor – Nível II.

Centro Multidisciplinar de Dor – Nível III.

Em Portugal, segundo o Relatório³¹⁵ elaborado em 1999 pela Direcção-Geral da Saúde, através do seu *Grupo de Trabalho para o Estudo da Dor*, mediante a aplicação de questionário a todos os hospitais da rede pública oficial do território continental português³¹⁶, apurou que existem:

³¹⁴ CIRCULAR NORMATIVA Nº 09/Direcção Geral da Saúde, de 14 de Junho de 2003,

³¹⁵ *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*, DGS, Portugal, 2001, aprovado por despacho ministerial de 26 de Março, p. 9-13.

³¹⁶ Não foram incluídas as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira neste estudo.

Unidade de Dor – Nível Básico.	39,1% Hospitais desenvolvem actividade em dor crónica.
Unidade Terapêutica de Dor – Nível I.	16,3% Hospitais desenvolvem actividade em Unidades de Dor nível I.
Unidade Multidisciplinar de Dor – Nível II.	9,8% Hospitais têm condições para poderem ser classificados em unidades de nível II.
Centro Multidisciplinar de Dor – Nível III.	Não há em Portugal nenhuma unidade de nível III.

De salientar que este questionário não foi aplicado nos Açores, pelo que os valores que se apresentam dizem apenas respeito ao território continental.

Para o desenvolvimento de uma Unidade de Dor, não existem modelos rígidos, apenas o projecto de cada unidade a desenvolver conforme a necessária adaptação à realidade do hospital onde se integra, considerando os recursos humanos e materiais que estão disponíveis.

Cada vez mais, na luta contra a dor, *“as barreiras profissionais, institucionais e sociais para o eficaz controlo da dor têm sido identificadas; o doente tem agora maior percepção do direito ao controlo da dor. Há no entanto que transformar esta abordagem individualizada em formas de abordagem colectivas inseridas no âmbito institucional-nacional de prestação de cuidados de saúde de qualidade³¹⁷”*, garantindo que o tratamento na luta contra a dor seja acessível a cada cidadão, onde quer que este resida.

Segundo Virgílio Ormonde³¹⁸, o fenómeno da dor tem uma grande complexidade e exige uma abordagem multidisciplinar. Entender as queixas do doente impõe uma correlação interdisciplinar, assumindo este quadro uma faceta transdisciplinar porque trespassa o tecido social, questiona a ciência e desafia a clínica. Em simultâneo, assume características inerentes ao desenvolvimento de uma metodologia própria, a da medicina da dor.

³¹⁷ FRAGOSO, Maria, *“Dor: tema actual, mas esquecido”*, in *Medicina Interna*, Vol. 9, Nº 4, 2002, p. 259.

³¹⁸ ORMONDE, Virgílio, *“Unidade Multidisciplinar de Terapêutica da dor do Hospital de S. Sebastião, Santa Maria da Feira”*, in *Revista CAR-Clube de Anestesiologia Regional*, 2003, nº 32, p. 1.

Este autor, citando James Campbell³¹⁹, refere que a metodologia de intervenção na dor poderá incluir as seguintes fases de actuação:

- Cognitiva, psiquiátrica e comportamental,
- Reabilitação,
- Farmacológica paliativa e de terapêutica intervencional,
- Cirúrgica.

O acesso à consulta de Dor deve estar protocolado e a informação relativa ao acesso a esta consulta deve ser divulgada não apenas no Hospital, mas em toda a área geográfica em que este hospital intervém. Por isso, *“a dor é (...), um fenómeno complexo, constantemente especulativo nas suas vertentes biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais, que importa ser entendida. É o **dói** e o **por que dói**, condição indispensável para a idealização de uma correcta caracterização clínica e de uma adequada estratégia terapêutica”*³²⁰, cada vez mais encarada na sua vertente emocional para que possa ser melhor entendida, tratada e erradicada.

As Unidades de Dor devem apoiar a sua actuação em equipas de saúde, que partilhem o objectivo de reabilitar a pessoa doente, na sua vertente física, psicológica, social e laboral, *“(...) que compatibilize o tradicional modelo biopsicossocial, centrado na doença, com um modelo baseado na compreensão do doente e na humanidade, respeitando a individualidade da pessoa”*³²¹.

As novas teorias sobre a dor que se desenvolveram nos últimos vinte anos, vieram permitir que se abordasse a dor numa perspectiva holística, de modo que *“a dor pode ser tratada não somente tentando manipular o influxo sensitivo, mas também influenciando os factores sensitivos e emocionais”*³²².

A dor implica por isso vários desafios tanto para o doente que muitas vezes tem que aprender a conviver com esta situação, como para o médico que

³¹⁹ *Ibidem*.

³²⁰ Plano Nacional de Luta Contra a Dor, Direcção Geral da Saúde, Portugal 2001, aprovado por despacho ministerial de 26 de Março, pp. 5-6.

³²¹ *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*, DGS, Portugal, 2001, aprovado por despacho ministerial de 26 de Março, p. 37.

³²² Melzack, Ronald; WALL, Patrick, *“O Desafio da Dor”*, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa 1987, p. 323.

deve procurar exaustivamente os necessários meios para a minimizar ou erradicar, para os cientistas que tentam compreender os mecanismos fisiológicos que a originam e os medicamentos que a possam controlar, e para toda a sociedade, que deve apontar os meios médicos, científicos e financeiros, para definir e controlar da melhor forma possível a dor e o sofrimento.

4-O Hospital do Divino Espírito Santo

O nosso sistema de saúde integra, entre outros, os centros de saúde e os hospitais. Aos Centros de Saúde cabe a prestação cuidados de saúde primários. Aos hospitais cabe a prestação de cuidados de saúde diferenciados, daí a importância que assumem na integração de recursos humanos e materiais, bem como pela absorção de recursos financeiros.

Nos Açores, o sistema hospitalar é composto por três hospitais: Angra do Heroísmo, Horta e Ponta Delgada. Estes complementam-se uns aos outros, e colaboram entre si. Estão na alçada da Direcção Regional da Saúde, que por sua vez está hierarquicamente integrada na Secretaria Regional dos Assuntos Sociais. O Hospital de Ponta Delgada, designado de Hospital do Divino Espírito Santo (HDES), é o maior e o mais moderno Hospital da Região Autónoma dos Açores.

4.1-Breve resumo histórico de criação do Hospital do Divino Espírito Santo (HDES)

A fundação do HDES remonta à época de implementação das misericórdias portuguesas. As instituições de cuidados de saúde têm a sua génese na actividade das misericórdias. Estas são Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS's) sendo que as mais antigas têm mais de 500 anos, como a Misericórdia de Lisboa³²³.

No reinado de D. Manuel I, este, através de uma carta régia informou o juiz, vereadores, procurador, fidalgos, cavaleiros e homens bons da cidade do Porto, da criação em Lisboa de uma confraria em louvor de Nossa Senhora da Misericórdia. Neste documento régio, o monarca manifestava veementemente a vontade de *"as obras de misericórdia haverem de cumprir-se especialmente*

³²³ Foi fundada em 15 de Agosto de 1498.

*acerca dos presos, pobres e desamparados*³²⁴”. Ficou ainda registada a intenção régia de que esta obra não se restringisse à cidade de Lisboa, sendo seu desejo que este “*sopro de caridade (...) fizesse cobrir todas as povoações do Reino*”³²⁵.

Era sua intenção que nos lugares mais proeminentes do Reino se formassem estas Confrarias. Lisboa deu o exemplo que foi de imediato seguido em outras áreas do reino, das menos populosas às mais importantes. Referenciando ainda o ano de 1498, está registada a implementação de algumas misericórdias, em vários distritos e províncias do país. Neste ano é de salientar a Misericórdia de Angra e Vila da Praia, nos Açores, na Ilha Terceira. Em 1499 forma-se a misericórdia de Ponta Delgada.

Nesta altura, quando as misericórdias se formam, depois da criação da de Lisboa, os valores por que se pautava a assistência no arquipélago estavam definidos por moldes tardo-medievais³²⁶. Como tal, a Santa Casa da Misericórdia de Ponta Delgada dedicava-se ao tratamento de enfermos e à prática da caridade. O Provedor e Conselheiros da Misericórdia de Ponta Delgada autorizaram a fazer-se a Irmandade do Espírito Santo, na Santa Casa³²⁷.

O modo como as misericórdias açorianas se ocupam dos impérios de Espírito Santo leva à criação de sub-irmandades que tinham por objectivo o financiamento destas festas e o respectivo pagamento de foliões e distribuição de comida pelos pobres.

No ano de 1834 o hospital começa a funcionar no Convento de São Boaventura, que este é adquirido pela Misericórdia e passa para a sua tutela em 1839. Aqui podiam ser internados 300 doentes. Tinha uma sucursal nas

³²⁴ SERRÃO, Joaquim Veríssimo, “Nos 5 Séculos da Misericórdia de Lisboa: um percurso na História” in *Oceanos, Misericórdias Cinco Séculos*, Lisboa, Comissão Nacional para as Comemorações dos Descobrimentos Portugueses, nº35, Julho/Setembro, 1998, p.12.

³²⁵ *Ibidem*.

³²⁶ Esta situação pode verificar-se na atitude dos notáveis das localidades que tinham por hábito instituir capelas com missas anuais e criar mercearias para pobres envergonhados pertencentes à sua parentela.

³²⁷ É desta irmandade que deriva a designação de *Hospital do Divino Espírito Santo*.

termas do Vale das Furnas, uma farmácia e internato com capacidade para doze crianças órfãs.

O objectivo principal do hospital era tratar e recolher os doentes sem recursos, não diferenciando religião, sexo, idade ou naturalidade. Tinha também por objectivo estabelecer um asilo para doentes incuráveis assim que a sua capacidade económica o permitisse.

Foi nestas instalações do Convento de São Boaventura que o hospital funcionou até 1999, data em que as instalações se mudam para a Grotinha.

Podemos definir o HDES como uma: "*unidade prestadora de cuidados de saúde diferenciados, tendo como objectivo o diagnóstico, tratamento e reabilitação de indivíduos doentes que deles careçam*³²⁸", assim se definiam as actividades do hospital.

³²⁸ Decreto Regulamentar Regional n.º 12/90/A.

4.2-Estrutura Organizativa, Actividade e Recursos Humanos do Hospital do Divino Espírito Santo (HDES)

Da observação da estrutura organizativa do VIII Governo Regional dos Açores, constata-se a existência de cinco secretarias regionais. O HDES depende directamente da Secretaria Regional da Educação e Assuntos Sociais, nomeadamente da Direcção Regional da Saúde.

A actividade do HDES integra prestações de serviços de saúde e prestações de serviços de acção social.

As prestações de serviços de saúde são destinadas ao diagnóstico, tratamento e reabilitação de pessoas com doença. As prestações serviços de acção social são centradas no estabelecimento de relações entre as necessidades pessoais ou familiares e os casos de doença. Compete ainda às instituições hospitalares cooperar em actividades de ensino, formação profissional e investigação³²⁹.

Relativamente à gestão e estrutura organizativa do HDES, este hospital integra vários órgãos³³⁰. No que diz respeito às funções de cada um destes órgãos³³¹, de forma geral aos órgãos de *administração* diz respeito planear, dirigir, coordenar e controlar o funcionamento do HDES, assim como promover a criação e/ou actualizar (d)as estruturas orgânicas adequadas ao bom funcionamento do HDES. Os órgãos de *apoio técnico* têm por função apoiar a administração e a direcção técnica, pronunciando-se pela sua iniciativa ou a pedido dos primeiros, sobre matéria da sua competência. Os órgãos de *direcção técnica* têm como função orientar os serviços ou grupos de serviços do hospital com o objectivo de garantir uma actuação técnica e deontologicamente correcta assim como obter dos meios disponíveis o máximo de resultados tanto em qualidade como em quantidade. O *conselho geral* tem por funções

³²⁹ Art. nº 4 do DRR n.º 12/90/A.

³³⁰ Para consulta de organograma do HDES e de organograma do Serviço Social, consultar anexos, p. 192.

³³¹ Consultar Anexos, p. 194.

acompanhar a actividade do HDES formulando as recomendações necessárias para a sua melhoria.

Em termos de pessoal, este hospital é o maior³³² da Região Autónoma dos Açores, com um corpo de profissionais distribuídos por vários sectores³³³. Da análise do quadro indicado em anexo, pode-se verificar que existe uma predominância de funcionários do sexo feminino em todas as carreiras, com excepção da carreira médica e da operária. Da totalidade dos trabalhadores do HDES, 47% do conjunto são pessoal com formação média e superior.

Quanto à distribuição etária da população trabalhadora do HDES, verifica-se que é relativamente baixa³³⁴ com cerca de 70% dos elementos com idade inferior a 45 anos.

Neste momento o HDES é o maior hospital da Região, e o mais dotado ao nível de novas tecnologias nas mais diversas especialidades médicas.

O HDES integra várias especialidades médicas, cirúrgicas e diversos serviços³³⁵.

No ano de 2006, o HDES, apresentou uma lotação de 345³³⁶ camas³³⁷. A capacidade de internamento aumentou com a criação do internamento de Pneumologia em 2005.

4.3-Natureza Jurídica do Hospital do Divino Espírito Santo (HDES)

O HDES é uma instituição de direito público que está sujeita a medidas tutelares e é dotado de crescente autonomia administrativa e financeira. A capacidade jurídica do HDES abrange todos os direitos e obrigações necessárias ao prosseguimento dos seus fins definidos na lei³³⁸.

³³² Integrando em 2001 cerca de 1239 funcionários, segundo números do *Relatório de Gestão de 2001*, HDES, Junho de 2002. p. 73.

³³³ Consultar Anexos, p. 195.

³³⁴ Consultar Anexos, p. 196.

³³⁵ Consultar Anexos, p. 197-198.

³³⁶ Consultar Anexos, p. 199.

³³⁷ *Estatísticas da Saúde 2004*, Serviço Regional de Estatística dos Açores, Angra, 2004. p. 24.

³³⁸ Art. Nº.10 do DRR n.º 12/90/A.

O HDES e restantes hospitais da Região, em Angra do Heroísmo e Horta, fazem parte do Serviço Regional de Saúde³³⁹. Este pode caracterizar-se por ser um *“conjunto articulado e coordenado de entidades prestadoras de cuidados de saúde, organizado sob a forma de sistema público de saúde³⁴⁰”*. Como tal, estes três hospitais são complementares entre si.

Assim sendo, o HDES deve ser entendido como *“uma unidade prestadora de cuidados diferenciados, tendo por objectivo o diagnóstico, tratamento e reabilitação dos indivíduos doentes que deles careçam³⁴¹”*.

Aos hospitais compete prestar cuidados de saúde diferenciados aos doentes que a estes recorram directamente ou que sejam sinalizados por outras entidades prestadoras de cuidados de saúde. Os hospitais da Região coordenam as suas actividades com os hospitais da Administração Central. Deste modo asseguram o envio de doentes credenciados para aqueles serviços de forma a assegurar os cuidados necessários. Para além disso vão também assegurar outros aspectos que conduzem à concretização do tratamento do doente.

Os Centros de Saúde da área geográfica, definida segundo despacho do Secretário Regional da Saúde e Segurança Social, vão também articular os seus serviços com os do HDES. Os Centros de Saúde, sendo as unidades básicas do Sistema Nacional de Saúde, para prestação de cuidados de saúde às populações, vão constituir a porta de entrada no SNS.

Ao longo do seu período de existência, o HDES tem vindo a sofrer remodelações e modificações respondendo eficazmente à actualização tecnológica, solicitações e necessidades de bem-estar do doente. No ano de 1974 dá-se a mudança política de ditadura para democracia e ocorrem as nacionalizações o que leva a que o hospital saia da alçada da Misericórdia de Ponta Delgada para ficar na tutela do Estado. Com o estabelecimento do

³³⁹ Decreto Regulamentar Regional nº 12/90/A. E Decreto Legislativo Regional nº 28/99/A de 31 de Julho

³⁴⁰ Art. nº 1º do DLR n.º 28/99/A.

³⁴¹ Art. nº 1 do DRR n.º 12/90/A.

sistema autonómico da RAA, o hospital passa a depender da Secretaria Regional da Educação e Assuntos Sociais.

4.4- Estrutura Física do Hospital do Divino Espírito Santo (HDES)

Inicialmente este funcionava no Convento de São Boaventura, como já foi citado, no entanto, no princípio dos anos 80 foi elaborado por arquitectos suecos o projecto do que viria a ser o actual hospital, na Rua da Grotinha. Este projecto inicial teve uma adaptação à realidade açoriana, e iniciou-se posteriormente, a sua construção. Do início da construção deste hospital ao começo da mudança, passou-se um período de cerca de dez a treze anos, sendo a mudança definitiva em Outubro de 1999. O novo edifício onde funciona o HDES tem uma estrutura arquitectónica denominada *Spine and Pavillion*, que tem como linhas mestras a horizontalidade e a funcionalidade. É um edifício de cinco pisos sendo estes divididos em vários blocos com áreas e alturas variáveis. Isto permite um menor custo de transportes internos, maior facilidade de controlo e segurança. Permite também o estabelecimento de uma relação agradável entre o doente e a paisagem pois todos os internamentos estão virados a sul permitindo economia de recursos energéticos em aquecimento e maior satisfação para o doente internado, por lhe ser possível admirar o mar e a cidade. Os serviços administrativos são virados a norte. Existe ainda uma eficiente separação física das diversas especialidades.

4.5-Objectivos do Hospital do Divino Espírito Santo (HDES)

O primeiro objectivo de HDES é, como não poderia deixar de ser, a promoção, recuperação e reabilitação da saúde da pessoa, como pleno cidadão portador de direitos, que acede ao sistema de saúde. Cabe então ao hospital a prestação de cuidados de saúde diferenciados aos doentes, quer estes

recorram por sua iniciativa ou por referência a outras entidades ou serviços que os encaminhem³⁴².

O movimento³⁴³ do HDES no ano de 2004 para os seguintes serviços/especialidades³⁴⁴ foi o indicado no quadro.

4.5.1-O Processo de Acreditação do Hospital do Divino Espírito Santo (HDES)

O Hospital do Divino Espírito Santo, em 13 de Julho de 2004 assinou, no âmbito do *Programa Nacional de Acreditação de Hospitais*, o contrato para a sua acreditação, com o *Instituto da Qualidade em Saúde* e o *Health Quality Service*. Considera-se este momento como o início do projecto da sua acreditação que se deverá realizar durante dois anos.

A acreditação é concedida pelo *Accreditation Committee* do *Health Quality Service*³⁴⁵, no âmbito do *Programa Nacional de Acreditação de Hospitais (PNAH)/King's Fund*³⁴⁶. O *Programa Nacional de Acreditação de Hospitais* baseia-se na aplicação das normas elaboradas pela *International Organization for Standardization*³⁴⁷. Esta é uma organização não governamental que está presente em 120 países. Esta organização foi fundada em 1947 em Genebra e a sua função é promover a normalização de produtos e serviços, utilizando determinadas normas, para que a qualidade dos mesmos seja melhorada³⁴⁸.

³⁴² n.º1 do art. 8º do DLR n.º 28/99/A de 31 de Julho

³⁴³ Consultar Anexos, p. 201.

³⁴⁴ *Estatísticas da Saúde 2004*, Serviço Regional de Estatística dos Açores, Angra, 2004, pp 32-43.

³⁴⁵ Serviço criado no âmbito do *King's Fund* surge em Janeiro de 1988, tem como missão a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, em especial os que são prestados nos Hospitais, in <http://www.iqs.pt/pdf/p20-23.pdf>

³⁴⁶ O *King's Fund* é uma organização Inglesa criada em 1897, e na altura denominada *Prince of Wales Hospital Fund for London*, em 1902 muda de nome e passa a denominar-se de *King Edward's Hospital Fund*. Foi criado com o objectivo inicial de angariar dinheiro para ajudar os hospitais de Londres. Neste momento é uma "agência de desenvolvimento" que zela pelo desenvolvimento e melhoria das condições de saúde no Reino Unido, in <http://www.iqs.pt/pdf/p20-23.pdf>

³⁴⁷ *International Organization for Standardization*, (Organização Internacional de Normalização).

³⁴⁸ in http://pt.wikipedia.org/wiki/P%C3%A1gina_principal

O programa de acreditação de hospitais implica a aplicação da norma ISO 9001³⁴⁹ (TS 9001), esta norma, de todas as já elaboradas é a mais completa, garante a qualidade do produto desde o projecto inicial, passando por todas as fases até à chegada ao consumidor final para os serviços de saúde. A especificação técnica desta norma é um guia harmonizado e normativo que descreve os requisitos gerais de um sistema de gestão de qualidade, que por sua vez estão contidos na ISO 9001:2000 quando aplicados ao serviço de saúde.

O objectivo último de todo o trabalho que o *King's Fund* desenvolve é o de proporcionar aos utentes um serviço de saúde caracterizado por padrões de qualidade equivalentes em qualquer um dos organismos que já tenha adoptado este procedimento, independentemente do país em que se encontre sediado o serviço de saúde que a ele aderiu. Por exemplo, um doente inglês que se dirija a um serviço de saúde acreditado na Itália, em Portugal ou na França, sabe que disporá de serviço de tradutores para facilitar a sua comunicação dentro da instituição de saúde.

Para isso procura-se integrar as lacunas detectadas através de um processo de avaliação efectuado por uma equipa externa ao hospital. Na avaliação são compilados todos os procedimentos que integram o trabalho de administrativos, médicos, enfermeiros, auxiliares e outros colaboradores da organização.

Na análise destes procedimentos detectam-se erros e falhas, e resultam daqui indicações correctivas destinadas a melhorar os desempenhos, que por sua vez se vão reflectir na qualidade dos serviços prestados. O *King's Fund* possui ferramentas de trabalho que lhes permitem atingir estes e outros objectivos. Numa fase final este organismo procura saber se os serviços prestados satisfazem as expectativas de clientes internos e externos pela avaliação da satisfação dos profissionais e dos utentes, bem como o impacto que o serviço teve na comunidade.

³⁴⁹ in http://pt.wikipedia.org/wiki/P%C3%A1gina_principal

Este procedimento pode ser aplicável a qualquer serviço de saúde independentemente do seu tamanho, tipo de actividades ou localização geográfica na Europa. Este processo de trabalho tem como objectivo servir de ferramenta prática para a interpretação e entendimento da ISO 9001:2000 e facilitar a implementação da mesma.

Em Portugal, na data em que o Hospital do Divino Espírito Santo assinou o contrato de acreditação, houve três unidades hospitalares a obter a sua acreditação no âmbito do mesmo programa. Este facto demonstra vontade e empenho por parte dos hospitais envolvidos em melhorar e normalizar pelos padrões europeus as suas práticas e o serviço que prestam a quem a estes serviços recorre.

4.5.2-A Unidade de Dor do Hospital do Divino Espírito Santo (HDES)

O Hospital do Divino Espírito Santo encontra-se dotado de uma Unidade de Dor de Nível II³⁵⁰, com equipa multidisciplinar³⁵¹, segundo os critérios definidos no *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. É o único Hospital da Região Autónoma dos Açores que está dotado de uma Unidade de Dor desta categoria.

No Plano Nacional de Luta Contra a dor, a Unidade de nível II é definida pelo facto de estar *“capacitada para o tratamento de doentes com dor, sejam em ambulatórios, internados ou em situação de urgência. Funciona em espaço próprio, possui actividade diária organizada, registo de doentes e coordenador.*

Pode dar resposta a situações de dor crónica, oncológica ou não, dor aguda não cirúrgica e agudizações de dor crónica. Está dotada de equipa

³⁵⁰ CASEIRO, José Manuel, *Prontuário das Unidades de Dor Portuguesas*, 2ª Edição, Novembro de 2005, Ed. Dr. José Manuel Caseiro, Grunenthal, p. 74.

³⁵¹ Com equipa multidisciplinar constituída, por treze membros; (Coordenação; Anestesiologia; Neurocirurgia; Cirurgia Geral; Psicologia; Serviço de Farmácia; Serviço Social; Medicina Interna; Nutrição; Enfermagem; Serviço de Capelania; Secretariado; Auxiliar de Acção Médica. Para além desta equipa básica, tem ainda colaboradores em: Cirurgia Maxilo-Facial; Cirurgia Vascular; Ortopedia; Medicina Física e Reabilitação, in CASEIRO, José Manuel, *Prontuário das Unidades de Dor Portuguesas*, 2ª Edição, Novembro de 2005, Ed. Dr. José Manuel Caseiro, Grunenthal, p. 74.

multidisciplinar, de forma a poder abordar, na globalidade biopsicossocial, o doente com dor. A equipa é constituída por, pelo menos, três médicos treinados em tratamento de dor, sendo um deles especializado em Psiquiatria ou, em alternativa, psicólogo, enfermeiros, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e técnico de serviço social.

Funciona por protocolos de actuação terapêutica sujeitos a avaliação regular. Está capacitada para a execução de investigação clínica e para a formação pós-graduada de profissionais de saúde³⁵²". Deste modo, a intervenção nas Unidades de Dor numa perspectiva multidisciplinar é essencial para que se possa entender a pessoa doente na sua globalidade, nas suas diversas vertentes. Para melhor entender a sua dor e mais eficientemente tratá-la ou erradicá-la.

A Unidade de Dor do Hospital do Divino Espírito Santo esforça-se para desenvolver a sua actividade neste sentido e dirige a sua actuação de forma a procurar abarcar os pressupostos definidos pelo Plano Nacional de Luta contra a Dor.

³⁵² *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*, DGS, Portugal, 2001, aprovado por despacho ministerial de 26 de Março, p. 15.

5-Metodologia

Na elaboração desta tese foi indispensável a construção de um corpo teórico que envolvesse tanto a compreensão da dor como fenómeno fisiológico, quanto como fenómeno psicológico e emocional, gerador de tensão e factor de sofrimento na vida do doente.

Pareceu-nos relevante incluir aqui a abordagem histórica da dor, pois através dos tempos podemos observar uma preocupação crescente com a dor, um entendimento pormenorizado da mesma, e mais recentemente a compreensão de que as situações de dor podem ter causas incuráveis, sendo neste caso classificadas de *dor crónica*. A dor nesta perspectiva é, ela própria, entendida como “doença”, sendo o principal objectivo controlá-la, uma vez que nem sempre é possível erradicá-la. A *dor crónica*, tal como é classificada pela *International Association for the Study of Pain (IASP)*, é o tipo de dor sobre o qual se centra o presente estudo, bem como a avaliação do sofrimento que provoca no doente e as alterações que implica no seu dia-a-dia e no da sua família.

Foram várias as abordagens que se dedicaram, ao longo da história da humanidade, ao estudo da dor. Estas estiveram ligadas à filosofia vigente na época, aos avanços da medicina, à influência e poder dos médicos da corte, sacerdotes ou curandeiros e até, muitas vezes, ao poder da religião. Com o decorrer dos tempos, algumas perspectivas e abordagens da dor foram sendo postas de lado, em detrimento de novas descobertas que iam surgindo.

A actual definição de dor é institucional, determinada pela IASP, que na sua função normalizadora de procedimentos, nos países associados, baseia-se num conceito que envolve as várias vertentes que a dor pode ter e não apenas as suas manifestações fisiológicas³⁵³. Entender o sofrimento que a dor gera na pessoa doente é fundamental para o entendimento das suas nuances afectivas e comportamentais para assim conseguir ajudar o doente, alterando todos os

³⁵³ Consultar *Definição e tipos de dor*, p. 31 e seguintes.

factores que forem passíveis de ser alterados para se minimizar ou eliminar a situação de dor.

Com o evoluir da medicina, a compreensão da dor, e não apenas o seu tratamento ou cura, passa a ser também uma preocupação para quem trata o doente. Cada vez mais, os profissionais de saúde preocupam-se com o modo como tratam os seus doentes e com o modo como estes sentem a sua dor. Esta preocupação progride para o entendimento de que é um direito do doente ser tratado sem dor, ou com um mínimo de dor.

No séc. XX, as teorias da dor de Ronald Melzack e Patrick Wall são fundamentais para este tipo de abordagem. Estes dois estudiosos desenvolveram a *Teoria do Portão*. É sobre as premissas que a mesma define que assentam os princípios da anestesiologia moderna. Os grandes contributos desta teoria foram um maior conhecimento do funcionamento do sistema nervoso central, e por isso mesmo passa a saber-se como se pode intervir na dor, bem como a compreensão das nuances afectivas e psicológicas e a sua influência na forma como a pessoa sente a dor. Por sua vez, John Joseph Bonica deu também um contributo essencial na criação das *Clínicas de Dor* e na abordagem multidisciplinar no estudo da mesma. Foi com a sua influência que foi criada a IASP, da qual Portugal também faz parte. Os princípios defendidos por estas duas teorias são aqueles sobre os quais assentam a moderna abordagem da dor. É nesta nova abordagem à dor, criada com os contributos destas duas correntes, e ao entendimento de que a mesma deve ser tratada através da actuação de equipas multidisciplinares, que o serviço social intervém e tem um papel fundamental na luta contra a dor, pois com o seu desempenho proporciona ao doente um regresso a casa adequado às suas necessidades e uma melhor integração no meio. Tem como principal preocupação uma melhor integração do doente no seio da sua família/comunidade com o mínimo de sofrimento possível. O serviço social vai actuar na dor na sua componente psicológica, afectiva e relacional, assim como nas nuances que não estão ligadas aos factores fisiológicos, mas que os influenciam, minimizam ou acentuam a forma como a pessoa sente a sua dor.

Estes factores podem ser o conforto da sua casa, a companhia de que usufrui, o desafogo económico de que dispõe, etc.

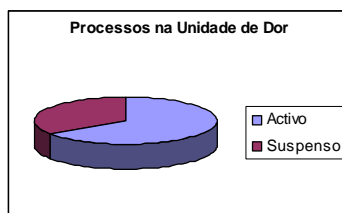
Para avaliar a forma como o doente encara a dor, esta investigação orientou-se em duas vertentes, uma generalista que procura medir aquilo que é subjectivo na vida da pessoa doente: as emoções que a doença e a dor geram; e outra particularizada e referenciada pelos doentes com factos das suas vidas. A primeira, de carácter geral, diz respeito à forma como o sofrente sente a dor e como esta influencia a sua qualidade de vida, conhecer de que maneira a dor interfere na vida do doente e no modo como organiza as suas actividades, afectos, vivências, rotinas e períodos de lazer. Pretende-se saber se a dor diminuiu ou não a qualidade de vida destas pessoas.

Na segunda vertente, levanta-se a hipótese de que situações de doença grave possam ser acentuadas, aceleradas no seu processo, ou originadas por situações de perdas pessoais e/ou relacionais, desgosto, perda de emprego, ou outros motivos que relacionam a pessoa com o seu meio ambiente e a sua família e que dão origem a uma alteração de vida que cria contextos de insegurança e vulnerabilidade, com manifestações a nível emocional na vida da pessoa, tornando-a num *ser sofrente* e abrindo uma brecha para que, no seu percurso, a doença, o desânimo e o sofrimento se instalem. Neste contexto foi levantada a hipótese de serem os próprios doentes a relacionar, ao longo da sua vivência, a ocorrência de factores geradores de sofrimento com o aparecimento ou o agravamento da doença. Estes factores teriam intensificado a sua fragilidade física e psicológica e, por conseguinte, a sua situação de enfermidade. Verificar se os doentes estabelecem coincidências no aparecimento destas alterações e no surgimento da doença, foi a segunda hipótese de trabalho que esta investigação se propôs clarificar.

Para averiguação destas duas hipóteses, foi aplicado um questionário de avaliação de qualidade de vida aos doentes da Unidade de Dor do HDES com processo social aberto. Este questionário foi efectuado por administração indirecta, sendo dada abertura a estes doentes para exporem as suas experiências de vida e as suas emoções.

Na Unidade de Dor do HDES encontram-se inscritos um total de 690 doentes. Como se pode observar pelo gráfico 1, estão com processo activo 451 doentes. O processo activo é aquele em que o doente se encontra em tratamento ou consulta à data da investigação efectuada para este estudo. Estão suspensos 239 processos, ou seja, aqueles em que o doente teve alta³⁵⁴, mas o processo não é arquivado. Fica em suspenso, pois pode ser reaberto se o doente tiver necessidade de ser reavaliado e readmitido na consulta. Esta readmissão resulta de um agravamento da sua doença. De salientar que a Unidade de Dor possui arquivo próprio, dentro das instalações de consulta, para poder rapidamente responder a estas situações.

Gráfico 1 – Processos na Unidade de Dor do HDES



A definição do universo em estudo dependeu da aplicação de critérios de funcionamento inerentes à instituição. Estes critérios foram aplicados sobre a globalidade dos 451 doentes com processo activo na Unidade de Dor. Já foi referido que o serviço social intervém na Unidade de Dor em regime de chamada, cumprindo os critérios que foram pré-acordados entre a Coordenação do Serviço Social e a Unidade de Dor. Os critérios em uso para esta Unidade, que motivam a chamada da assistente social, são: doentes oncológicos, doentes com carência económica, doentes vítimas de maus-tratos, doentes vítimas de violência doméstica, doentes dependentes, doentes sós e indisponibilidade familiar³⁵⁵. Quando a equipa multidisciplinar desta Unidade detecta um destes critérios pré-definidos, procede à chamada da Assistente Social.

Com o universo seleccionado foi efectuada a pesquisa que aqui se apresenta no período de Outubro de 2004 a Junho de 2006.

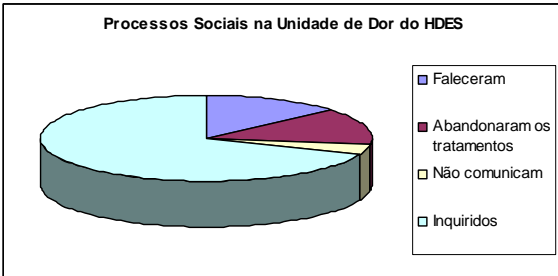
³⁵⁴ Consultar Anexos, *Definição de Conceitos*, p. 270 e seguintes.

³⁵⁵ Consultar Critérios de Triagem do HDES para o serviço social, p. 202 e seguintes.

Quadro 1-Processos Sociais na Unidade de Dor

Total de doentes	Faleceram	Abandonaram os tratamentos	Não comunicam	Inquiridos
51 (100%)	7 (13,72%)	7 (13,72%)	2 (0,92%)	35 (68,62%)

Processos Sociais na Unidade de Dor do HDES



- Faleceram
- Abandonaram os tratamentos
- Não comunicam
- Inquiridos

O universo em estudo foi seleccionado a partir dos 451 doentes com processo activo na Unidade de Dor, em virtude dos critérios de trabalho definidos pela instituição. Este universo de trabalho é composto por 51 doentes, que se descreve no quadro 2. Deste total, faleceram 7 doentes, o que é indicativo da gravidade da patologia que sofriam, 2 não comunicam em consequência de serem doentes acamados, totalmente dependentes dos cuidados de terceiras pessoas, 7 abandonaram tratamento durante o período de pesquisa, por razões que desconhecemos.

Quando colocados em prática os critérios para o serviço social intervir nesta Unidade, procedemos ao acolhimento do doente, ou deste e do seu acompanhante, e efectuámos entrevista para abertura de Processo Social³⁵⁶, quer este esteja em ambulatório na Unidade de Dor, ou esteja internado em qualquer um dos serviços do HDES. A abertura de Processo Social implica o preenchimento de formulário próprio³⁵⁷, que constará dos arquivos do serviço social, em pasta identificada com o nome do doente, sendo aqui registada toda

³⁵⁶ Consultar Anexos, definição de conceitos, p. 270 e seguintes.

³⁵⁷ Consultar Anexos, *Documentos de Abertura de Processo Social*, p. 278 e seguintes.

a informação obtida com a entrevista efectuada ao mesmo, bem como os pedidos efectuados ao exterior e respostas recebidas. Sempre que forem tentadas intervenções na situação deste doente, procede-se a um registo onde é apontada a razão da recorrência ao serviço social do HDES, e a estratégia seguida pelo assistente social. De cada vez que o mesmo recorre aos serviços, é levantado o processo no arquivo de serviço social, e são registadas todas as informações do quadro actual do doente.

No processo social efectua-se o registo de identificação completo do doente, endereço e contacto, números de documentos de segurança social e de identificação, composição familiar, escolaridade, situação no mercado de trabalho, acompanhante do doente ao hospital, via de admissão no hospital, centro de saúde a que pertence, médico de família que o acompanha neste centro de saúde, doença actual e anteriores internamentos, tratamentos ou intervenções já realizadas, relações familiares, titularidade da habitação e características da mesma, proveniência de rendimentos e benefícios sociais, grau de dependência, cuidados que necessitará no pós-alta e diagnóstico social³⁵⁸ efectuado. Este diagnóstico social tem a ver com uma análise da situação do doente/família tendo em vista a intervenção, registo de serviços que na comunidade o doente já recorreu para solucionar o seu problema, serviços a que foi enviado na comunidade, registo de estratégia a seguir e arquivo de todas as documentações expedidas e recebidas, relativas a esse doente/família, que permitirão dar uma panorâmica geral sobre a situação em causa. Pode também ser efectuada uma análise económica do doente/família para avaliar que tipos de recursos dispõem.

Todos os registos efectuados são datados e assinados e é colocado no processo clínico do doente um documento onde se relata resumidamente a situação social deste, para que a equipa clínica tenha conhecimento da mesma e intervenção efectuada. Este documento é a ficha social para pedido de Protelamento de Alta³⁵⁹, por motivos sociais. No caso de o doente estar

³⁵⁸ Consultar Anexos, *Definição de Conceitos*, p. 270 e seguintes.

³⁵⁹ Consultar Anexos, *Documento de Protelamento de Alta*, p. 278 e seguintes.

internado e um dos motivos de intervenção do assistente social for o adiamento do seu regresso a casa por, por exemplo, inexistência de cuidador capacitado, poderá ser pedido protelamento de alta por motivos sociais até que se encontre uma solução alternativa. Para o efeito preenche-se a ficha citada, onde se expõem as razões de tal pedido e se indica a data de saída prevista pelo serviço social. Nos casos em que o doente não se encontra internado, é procedimento de serviço o preenchimento do mesmo documento, para que seja dado conhecimento ao médico, e restante equipa clínica, das actuações do serviço social respeitante àquele doente.

Deste modo, pode averiguar-se qual o problema social que o doente/família padecem, e assim, intervir-se nele, aumentando o conforto do/a mesmo/a e permitindo que a situação de dor e doença sejam melhor suportadas. Foram os critérios acima descritos e o modo de funcionamento da instituição, que permitiram a selecção do universo em estudo.

A um total de 35 doentes, foi efectuado questionário, entrevista de avaliação para abertura de processo social e foi efectuado diagnóstico social da situação-problema. Foi também delineada uma estratégia a implementar, onde o doente, a sua família ou as estruturas da comunidade onde este doente se insere, participam de forma individual, ou conjuntamente, para actuar na situação social que originou o problema, solucionando-o. Pretende-se assim, criar ao doente um ambiente propício ao atenuar da dor, actuando nos factores não fisiológicos da mesma.

No questionário efectuado, aplicado a estes doentes, o WHOQOL BRIEF³⁶⁰, foi recolhida informação no que diz respeito a 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O WHOQOL BRIEF foi desenvolvido devido ao facto de se ter necessidade de recolher informação fidedigna, mas com um investimento mínimo de tempo. Foi então criado este instrumento a partir do WHOQOL-100, sendo que neste cada uma das 24 facetas avaliadas é medida por um conjunto de 4 questões³⁶¹.

³⁶⁰ Consultar Anexos, p. 222 e seguintes.

³⁶¹ <http://www.who.com>

O WHOQOL BRIEF é constituído por um total de 26 questões, sendo duas gerais e as 24 remanescentes representam cada uma das 24 facetas que o questionário original, WHOQOL 100, pretende avaliar. Foi também recolhida informação para se elaborar uma descrição sociográfica do doente, bem como a caracterização a nível de: avaliação da dor³⁶² no momento da entrevista, com recurso a escala de faces; diagnóstico clínico; diagnóstico social e encaminhamento social efectuado. Assim sendo, foi criado um questionário complementar³⁶³. Este questionário, conjuntamente com o WHOQOL BRIEF, compreendeu uma totalidade de 67 perguntas efectuadas. No tratamento de dados, estas perguntas não foram utilizadas na sua globalidade, apesar das directivas da OMS no tratamento dos mesmos, já que a pesquisa realizada não foi subordinada àquela organização.

Foi efectuada estatística de todas as variáveis de caracterização e foram estabelecidas duas relações, uma entre o factor idade, em que a globalidade dos doentes em estudo foi agrupada em duas categorias: *com mais de 65 anos* e *com menos de 65 anos*; e a outra com o *sentimento de solidão*. Ambas foram relacionadas com as perguntas do questionário WHOQOL BRIEF, de forma a avaliar de que modo o factor idade e o factor solidão influenciam a maneira como a pessoa vive a situação de dor.

Foi com a administração deste questionário WHOQOL BRIEF que se tentou averiguar a já referida primeira hipótese desta investigação. Para apurar a existência ou não da segunda hipótese foi introduzida uma pergunta aberta de recolha de informação sobre o acontecimento, ou os acontecimentos de ordem emocional, afectiva ou relacional que na vida do sofredor poderão ter conduzido a um despoletar ou a um acentuar da situação de doença. Esta pergunta, colocada apenas no fim do questionário elaborado e após já ter sido estabelecido um ambiente de confiança, decorrido um período de entrevista de mais de uma hora com o doente, permitiu abrir uma frente de diálogo que possibilitou que este falasse abertamente sobre a sua história de vida,

³⁶² Consultar Anexos, p. 229.

³⁶³ Consultar Anexos, p. 220-221.

enunciando as associações entre factos e doença, ou negando a existência dos mesmos.

Ainda que não fosse a principal preocupação desta investigação, foi efectuada, como complemento de caracterização do universo em estudo, uma descrição médico-clínica, que nos permite conhecer qual a predominância de especialidades a que o doente tem necessidade de recorrer nesta Unidade de Dor, bem como o tipo de intervenção multidisciplinar junto destes doentes, e quais as formas que poderemos sugerir para se melhorar o serviço prestado, minimizando situações de sofrimento no contexto da doença de que o sofredor padece.

6-Uma medida concreta na avaliação da dor e sofrimento nos doentes da Unidade de Dor do HDES

6.1- Relação de doentes inscritos na Unidade de Dor

A Unidade de Dor do HDES recebe doentes de toda a RAA, uma vez que é uma Unidade sedeadada em hospital central. Esta Unidade tem um total de 690 doentes inscritos, com 451 processos no activo, ou seja, é o número de doentes que está de momento a receber tratamentos ou a ser atendido em consulta³⁶⁴. Como podemos constatar através do quadro 1, os processos suspensos são num total de 239. De salientar que estes processos são dos doentes que se encontram com alta clínica. Nesta Unidade, a alta clínica implica que o processo seja arquivado em "suspensó", pois em grande número de ocasiões o doente, mesmo com alta, recorre ao serviço para reavaliações frequentes.

Quadro 2-Total de processos na unidade de dor

<i>Total de processos na unidade de dor</i>	<i>Processos no Activo</i>		<i>Processos Suspensos</i>
690 (100%)	400 (88,69 %)	51 (11,30 %)	239 (34,63%)
	Σ451 (63,36%)		

Pela observação do quadro 2, verificamos que a totalidade de doentes que estão a ser seguidos na Unidade de Dor do HDES e que têm processo activo, somam 451. Destes foram sujeitos a chamada do serviço social 51 processos e

³⁶⁴ Consultar anexos, *Definição de Conceitos*, p. 270 e seguintes.

os restantes não foram seleccionados por não estarem dentro dos critérios pré-definidos pelo Serviço Social e pela Unidade de Dor.

O universo total que foi sujeito a estudo e a entrevista para abertura de processo social foram 51 doentes, mediante o cumprimento dos critérios de funcionamento para este serviço que já foram citados.

6.2- Variáveis Sociográficas

Do universo de doentes seleccionado para este estudo, é notório que o número de mulheres com patologia é superior ao de homens, sendo que os pacientes de sexo masculino correspondem a 21, enquanto que os de sexo feminino correspondem a 30³⁶⁵. Esta prevalência do número de mulheres sobre o número de homens poderá dever-se ao facto de as primeiras terem uma esperança média de vida muito mais alargada, o que contribui para que neste universo se verifique tal tendência.

Quanto à idade e sexo destes pacientes, podemos verificar que na classe de idades de 35-45 o número de homens é superior ao de mulheres, e na classe dos 68-78 é idêntico. Nas restantes classes de idades, o número de mulheres é superior. Na classe de idades de 79 e mais anos esta diferença é muito mais acentuada, apresentando o sexo feminino um número de 5, enquanto que o número de homens é de apenas 1. Esta distância está relacionada, como já foi referido, com o facto de a esperança média de vida das mulheres ser mais avançada que a dos homens.

Pela análise do quadro 3, a idade mínima dos doentes inquiridos é de 35 anos e a idade máxima é de 91 anos. Estes valores indicam uma média de idades de 64 anos e um desvio padrão de 13 anos.

³⁶⁵ Consultar anexos, p. 239.

Quadro 3- Idades mínima e máxima, média de idades e desvio padrão

Total doentes	Idade mínima	Idade máxima	Média das idades	Desvio padrão
51	35 Anos	91 Anos	63,73 Anos	13,29 Anos

Em relação à distribuição dos doentes pelo sexo e estado civil³⁶⁶, podemos verificar que apenas 3 doentes são solteiros e a grande maioria dos inquiridos são casados ou vivem em união de facto, com um número total de 21. Na categoria de viúvo podemos encontrar mais mulheres que homens e aqui se verifica, novamente, a longevidade mais acentuada no sexo feminino que conduz a situações de maior solidão no final da vida.

Relativamente à zona de residência destes doentes, o Concelho de Ponta Delgada é o que regista o maior número de doentes, com um total de 23, seguindo-se o da Ribeira Grande com 4, Lagoa com 3 e Nordeste com apenas 1. De salientar que esta predominância de doentes do Concelho de Ponta Delgada incide sobre a zona urbana propriamente dita, nomeadamente as freguesias citadinas, e em segundo plano as freguesias envolventes à urbe³⁶⁷.

O HDES, apesar de ser um hospital central, não apresentou, pelo menos nesta amostragem, doentes de outras ilhas ou uma distribuição equitativa das diversas zonas de São Miguel. Isto leva-nos a concluir que o maior número de doentes desta Unidade é encaminhado internamente pelo próprio Hospital e não tanto pelas Unidades de Saúde a que os mesmos doentes pertencem. Existe, portanto, uma lógica de funcionamento interno que prevalece e que se sobrepõe à abrangência geográfica que o HDES abarca na sua área de intervenção.

³⁶⁶ Consultar anexos, p. 239.

³⁶⁷ Consultar anexos, p. 239.

6.3- Caracterização habitacional e económica

A quase totalidade dos doentes inquiridos possui a sua habitação. Pela descrição dos dados³⁶⁸, podemos verificar que a grande maioria dos doentes é titular da sua própria casa, sendo estes em número de 18. O número de doentes a viver em casa arrendada ou de herdeiros é de 5. A situação classificada em "outra situação" refere-se a habitação social, em que os beneficiários pagam uma renda simbólica, correspondendo a 5.

Quanto à tipologia da habitação³⁶⁹, 31 vivem em casa independente, 1 vive em casa degradada, 1 em apartamento e 2 não respondem. Exceptuando o caso de habitação degradada, todas as habitações apresentam condições de conforto e habitabilidade³⁷⁰ e são adaptadas à situação de mobilidade do doente. Este é um facto pertinente, uma vez que proporciona segurança e conforto ao doente.

Como se pode verificar, mediante consulta do quadro em anexo, na descrição da proveniência de rendimentos³⁷¹, estes doentes, sendo beneficiários de reformas de baixos valores, não poderiam ter custos acrescidos em aluguer de habitação ou prestações bancárias.

Quanto à origem dos rendimentos destes doentes, a grande maioria auferem rendimentos provenientes de pensões ou reformas, totalizando 23. A tipologia *pensões* engloba todo o tipo de situações, quer sejam de reformas, invalidez, pensão social ou de sobrevivência.

Os casos que referem usufruir de rendimentos auferidos por outros membros são 5 e respeitam a mulheres domésticas que não exercem profissão e são casadas, beneficiando dos rendimentos dos seus maridos. Existe um doente de baixa por doença e outro que auferem rendas. Um dos doentes tem total ausência de rendimentos. Dois doentes vivem com o apoio de subsídios de

³⁶⁸ Consultar anexos, p. 240.

³⁶⁹ Consultar anexos, p. 240.

³⁷⁰ Todas com cozinha, casa de banho completa, saneamento básico, sala e um ou dois quartos.

³⁷¹ Consultar anexos, p. 240.

acção social ou com o Rendimento Social de Inserção. De salientar que não existem rendimentos provenientes de ordenados, pois a totalidade dos doentes inquiridos está incapacitada para o trabalho, quer por idade avançada, quer por doença incapacitante que os inibe no exercício de funções. Assim se verifica que a doença prolongada é geradora de fragilidade a nível financeiro, pois incapacita a pessoa no desempenho das suas funções, impedindo-a de auferir ordenado e fazendo com que tenha de recorrer, por vezes, a apoios da segurança social.

No que concerne aos montantes recebidos³⁷², podemos verificar que estes valores mensais são baixos: a categoria que maior quantidade de doentes engloba é a de 201,00€ a 300,00€, com uma frequência de 15 doentes; seguindo-se a de 101,00€ a 200,00€, com uma frequência de 9 doentes.

São 5 os doentes que auferem mensalmente um valor de 301,00€ a 400,00€. Com rendimento de valor entre os 401,00€ e 500,00€ existe 1 doente. Com rendimentos da ordem de mais de 501,00€ mensais existem 2 doentes. Daqui facilmente se conclui que um dos mais usados critérios de triagem do serviço social nesta unidade de dor é sem dúvida a carência económica manifestada pelo doente durante a consulta multidisciplinar³⁷³.

De salientar que estes doentes, na grande maioria dos casos, apresentam patologias associadas, consomem uma quantidade de medicação relevante, pelo que a despesa com a mesma tem um peso significativo no seu orçamento mensal.

Os montantes gastos em medicação³⁷⁴ são, na sua larga maioria, até 50,00€, abrangendo um total de 14 doentes. Com montante gasto na medicação de 51,00€ até 100,00€ encontram-se 13 doentes. E por último, mas apresentando um montante bastante significativo, estão 6 doentes, com valores mensais gastos na compra de medicação entre os 101,00€ e 200,00€. Dois doentes não respondem. Uma vez que, como já verificamos, as receitas são, na sua larga maioria, provenientes de pensões de baixos montantes, esta

³⁷² Consultar anexos, p. 240.

³⁷³ Consultar anexos, *Definição de Conceitos*, p. 270 e seguintes.

³⁷⁴ Valor mensal.

despesa irá, em muitos casos, originar uma situação de carência económica e fazer com que seja necessário uma intervenção da segurança social para o pagamento da medicação. Pode ser constatada esta situação pelo facto de 14 dos doentes afirmarem que não têm a sua situação financeira nada satisfeita, 24 afirmam que aquilo que ganham é muito pouco e os restantes 4 consideram-se medianamente satisfeitos. De salientar que nenhum dos inquiridos considerou a sua situação satisfatória ou muito satisfatória³⁷⁵.

6.4- Caracterização médico – clínica do universo em estudo

A Unidade de Dor é um serviço com Consulta Multidisciplinar³⁷⁶ e que funciona em parceria com diversas especialidades, uma vez que os doentes atendidos, por terem problemas específicos, têm de ter encaminhamento para especialidades clínicas do foro da sua patologia.

A Unidade de Dor tem uma equipa básica e equipa de colaboradores. A equipa básica da Unidade de Dor engloba os seguintes elementos: Anestesiologista, Internista, Cirurgião Geral, Neurocirurgião, Fisiatra, Psicóloga, Técnica de Serviço Social, Nutricionista, Farmacêutica e Enfermeira. A Equipa de Colaboradores engloba os seguintes elementos: Ortopedista, Cirurgião Maxilo-Facial e Cirurgião Vascular. No funcionamento ordinário da Unidade de Dor, está em presença um médico de anestesiologia e um profissional de enfermagem. Os restantes profissionais são chamados consoante a necessidade do doente, mediante marcação prévia ou chamada no próprio dia da consulta.

Estes são solicitados conforme o encaminhamento dado pelo corpo clínico responsável pela consulta. Assim, segundo a distribuição que se apresenta no quadro 4, a especialidade com maior frequência é a Reumatologia com um total de 28 doentes, Endocrinologia com 14 doentes, Cardiologia com 10 e Psicologia com 5. Apresentando 4 doentes cada temos a Ortopedia, Cirurgia Vascular e

³⁷⁵ Consultar anexos, p. 246.

³⁷⁶ Consultar anexos, *Definição de Conceitos*, p. 270 e seguintes.

Neurologia. As doenças de foro renal e a Gastreterologia apresentam um total de 3 doentes cada. Quanto à Pneumologia, Dermatologia e Oncologia têm 2 doentes cada. A Neurocirurgia possui 1 doente. Com relatórios Inexpecíficos temos um total de 5 doentes. De salientar que o total de especialidades apresentado é superior ao número de doentes inquiridos, precisamente porque a maioria destes sofre de patologias múltiplas. Deste modo, temos uma média de 2,48% de doenças por doente³⁷⁷.

Quadro 4- Especialidade Clínica da Patologia Observada

Especialidade Clínica da Patologia Observada	Frequência
Reumatologia	28 (32,18%)
Endocrinologia	14 (16,09%)
Cardiologia	10 (11,49%)
Psicologia	5 (5,74%)
Ortopedia	4 (4,59%)
Cirurgia Vascular	4 (4,59%)
Neurologia	4 (4,59%)
Nefrologia/Urologia	3 (3,44%)
Gastreterologia	3 (3,44%)
Pneumologia	2 (2,29%)
Dermatologia	2 (2,29%)
Oncologia	2 (2,29%)
Neurocirurgia	1 (1,14%)
Diagnósticos Inexpecíficos	5 (5,74%)
Total	87 (100%)

No que diz respeito à duração do período de doença³⁷⁸, verifica-se que este espaço temporal é variável. Assim, temos 10 doentes com um período de doença de *1 a 4 anos*, sendo esta a duração verificada com maior frequência. Segue-se a dos *5 a 9 anos*, e a dos *20 a 29 anos*, ambas com um total de 6 doentes. Com uma duração de 10 a 19 anos, temos 4 doentes. Com uma

³⁷⁷ O total de doentes para esta avaliação é o de 35, número de inquiridos.

³⁷⁸ Consultar anexos, p. 241.

situação de *30 e mais anos* de doença existem 7 doentes. Os períodos de doença para estes pacientes são muito extensos, assumindo a patologia uma importância fundamental na vida destas pessoas. Para estas pessoas, a doença tem uma presença constante nas suas vidas.

Da análise do quadro 5, podemos verificar que o tempo mínimo de doença para as mulheres é de 1 ano e o tempo máximo de 45 anos, o que perfaz uma média de tempo de doença de 18 anos e um desvio padrão de 13 anos. Mais uma vez, se constata o longo período de enfermidade a que estas mulheres estão sujeitas.

Quadro 5 - Duração da situação de doença para as mulheres

Sexo feminino	Tempo mínimo de doença	Tempo máximo de doença	Média	Desvio padrão
21	1	45	17,71	12,98

Da observação do quadro 6, verificamos que para os homens, o tempo mínimo de doença é também de 1 ano, mas o tempo máximo vai até aos 60 anos. A média de anos com doença é de 13 anos, tempo este inferior ao das mulheres. O desvio padrão é de 19 anos, superior ao das mulheres.

Quadro 6 - Duração da situação de doença para os homens

Sexo masculino	Tempo mínimo de doença	Tempo máximo de doença	Média	Desvio padrão
12	1	60	12,92	18,66

Tanto pela análise de um dos quadros, como pela análise do outro, podemos verificar que o tempo de doença é muito prolongado e faz parte integrante da vivência da pessoa doente. Na situação dos doentes de sexo masculino a amplitude do período desta doença é maior do que no sexo feminino, apresentando, como se pode verificar, um desvio padrão de 19 anos.

Da totalidade dos doentes inquiridos na Unidade de Dor do HDES, em situação de consulta ou tratamento, 32 estavam em consulta externa/ambulatório³⁷⁹ e apenas 3 em internamento³⁸⁰.

Quadro 7 - Tipologia do tratamento efectuado

Tratamento efectuado	Frequência
Medicação Transdérmica e Medicação Oral	3 (8,57%)
Medicação Oral	11 (31,42%)
Infiltrações e Medicação Oral	5 (14,28%)
Medicação Oral e Injectáveis	11 (31,42%)
Injectáveis	1 (2,85%)
Todos os descritos	1 (2,85%)
Não responde	3 (8,57%)
Total	35 (100%)

Os doentes atendidos na Unidade de Dor são sujeitos a tratamento³⁸¹ e a controlo ou erradicação da sua situação de dor e, por conseguinte, são sujeitos a terapêuticas que continuam a efectuar nos seus domicílios, ou então dirigem-se àquela Unidade para as realizar. Da observação do quadro 7, verificamos que os tratamentos efectuados³⁸² pelos doentes inquiridos distribuem-se por várias tipologias, sendo a mais comum a *medicação oral*, com 11 doentes. Com a mesma frequência encontra-se a *medicação oral* acompanhada de *injectáveis*. Com o uso de *medicação oral e infiltrações* estão 5 doentes. Um doente utiliza *injectáveis* e o outro toda a tipologia descrita.

6.5- Antecedentes clínicos no percurso do doente

Pela análise do quadro 8 verificamos que a grande maioria dos doentes inquiridos já sofria anteriormente de uma situação de doença,

³⁷⁹ Consultar anexos, *Definição de Conceitos*, p. 270 e seguintes.

³⁸⁰ A Unidade de Dor não tem regime de internamento, estes doentes são internados no serviço a cuja especialidade está associada a sua patologia.

³⁸¹ Consultar anexos, *Definição de Conceitos*, p. 270 e seguintes.

³⁸² Consultar anexos, *Definição de Conceitos*, p. 270 e seguintes.

independentemente da patologia que o trouxe à Unidade de Dor. Responderam afirmativamente a esta questão 24 doentes. Para 8 dos inquiridos a actual situação de doença era a primeira. Três não respondem. A interpretação destes dados leva a aferir que a situação de doença destes doentes foi prolongada no tempo, influenciando a sua vida em todas as suas vertentes, atingindo uma agudização que os conduziu à Unidade de Dor.

Quadro 8 - Problemas de saúde antes da actual doença

Existência de problemas de saúde antes da actual situação de doença	Sim	Não	Não responde	Total
Total	24 (68,57%)	8 (22,85%)	3 (8,57%)	35 (100%)

Além do actual estado de dor, a ocorrência de anteriores cirurgias foi um dos indicadores usados para medir o envolvimento da pessoa sofredora numa situação de doença/dor/sofrimento.

Quadro 9 - Existência de cirurgias antes da actual situação de doença

Intervenções cirúrgicas	Sim	Não	Não responde	Total
Total	23 (65,71%)	10 (28,57%)	2 (5,71%)	35 (100%)

A ocorrência de intervenções cirúrgicas a que foram sujeitos estes doentes ao longo das suas vidas foi um indicador da presença da doença. Esta pode ser observada no estudo do quadro 9. A enfermidade na vida destes indivíduos é um facto muito presente.

7- A abordagem do Serviço Social

7.1-A medida do sofrimento na vida do doente

Uma das hipóteses de investigação colocada neste estudo foi a de o doente sentir a existência ou não de alterações provocadas pela situação de doença na sua vida. E se estas alterações estão ligadas a um despoletar ou acentuar do sofrimento sentido e em que medida esta dor/sofrimento se torna num peso insuportável e gerador de transtorno na vida do doente.

Quando questionados sobre se a doença tinha originado mudanças ou alterações de algum tipo nas suas vidas, todos os inquiridos respondentes afirmaram que sim, sendo estes um total de 33. Estas alterações foram manifestadas a todos os níveis, na vida da pessoa doente, quer no exercício da sua profissão, nas suas tarefas e cuidados pessoais ou rotinas diárias, nas suas rotinas do lar e tarefas domésticas e nas suas actividades de lazer e convívio com terceiros.

Todas as vertentes da vida do sofredor foram atingidas pela doença, remetendo-o para um lugar de sofrimento, limitação e isolamento. A situação de perda provocada pela doença manifesta-se tanto no seio da família do sofredor, bem como na comunidade onde o mesmo se insere.

Quadro 10 – Ocorrência de alterações na vida do sofredor com a situação de doença

Doença Provocou alterações	Não responde	Total
33 (94,28%)	2 (5,71%)	35 (100%)

Ocorrência de alterações na vida do Sofredor:

■ Provocou alterações
■ Não responde

Como se pode verificar pela informação descrita³⁸³, a totalidade dos doentes inquiridos revelam-se incomodados com a dor e doença, sendo esta responsável por grandes alterações nas suas vidas, em especial em todas as tarefas que implicam força física para o trabalho, mobilidade e autonomia de funções corporais.

A dor e a doença assumem um papel preponderante na vida destas pessoas, sendo um factor incapacitante e limitador. Estes 33 doentes afirmam que a doença e a dor provocaram alterações ao nível do desempenho da sua profissão, tarefas, cuidados pessoais e rotinas diárias, tarefas domésticas e rotinas no lar, bem como nas actividades de lazer e de convívio.

Para medir o grau de dor, foi usada a escala de expressões faciais, uma vez que o universo em estudo é composto por pessoas de idade avançada e, na grande maioria dos casos, com baixa escolaridade, o que dificultaria a interpretação de outra escala que não esta. Foi pedido que indicassem o grau de dor no momento e as respostas obtidas indicam que estes doentes sofrem realmente de um padecimento físico que lhes é penoso e limitador. No que diz respeito ao grau de dor³⁸⁴ sentido pelo doente, pode verificar-se que o mesmo é bastante elevado, na generalidade dos doentes. De salientar que a escala de dor, seja qual for a aplicada, é sempre uma tentativa de objectivar aquilo que é subjectivo, é uma tentativa de mensurar o qualitativo na pessoa. Como já foi referido, não existem escalas para medir a dor absolutamente fidedignas, todas têm as suas limitações inerentes à subjectividade do qualitativo que estão a medir.

Os doentes que responderam a este questionário e que se encontravam internados e foram 3, apresentaram um grau de dor mais baixo em relação aos que estavam em regime de consulta/tratamento como doentes externos, uma vez que estavam sujeitos a uma maior vigilância e controlo da sua situação de

³⁸³ Consultar quadros nos anexos, pp. 244 *satisfação com saúde*, 245 *satisfação com capacidade de desempenhar tarefas e capacidade para o trabalho*.

³⁸⁴ Consultar anexos, questionário e escala de dor. Foi usada a escala de expressões faciais, tendo em conta a escolaridade dos respondentes ser baixa e alguns terem dificuldade na comunicação, pp. 229 e 248.

dor. Nenhum dos respondentes manifestou que não sentia dor. O doente que afirmou ter um grau de dor em nível 1 foi o relator do "Relato de entrevista B³⁸⁵", em relação ao qual se pode constatar que os factores suporte familiar e social, afecto e distração são importantes dissuasores da situação de dor e de sofrimento, minimizando inclusive as manifestações físicas dos mesmos. Dos outros inquiridos, a grande maioria apresenta um grau de dor em nível 5, abrangendo 14 doentes. Os níveis de dor que se lhe seguem e que apresentam uma frequência significativa são os de nível 3 e 4, com 6 doentes cada.

A dor assume um papel fulcral na vida do sofredor e, por conseguinte, é sentida como um factor de impedimento e limitação. A dor é encarada como um impedimento para realizar as mais diversas tarefas. A maioria dos doentes inquiridos revela que sente a dor como um impedimento para a concretização de tarefas, escolhendo o grau máximo para expressar esta limitação³⁸⁶. Em consequência, estes doentes percebem a dor como geradora de sofrimento nas suas vidas. A dor tem para eles uma presença constante, como se pode verificar pela análise do quadro 11.

Quadro 11 - Percepção da dor como geradora de sofrimento

Dor não gera nenhum sofrimento	0 (00,00%)	<p>Percepção da dor como geradora de sofrimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Pouco ■ Regularmente ■ Muito
Dor gera pouco sofrimento	2 (5,71%)	
Sofre regularmente com a dor	3 (8,57%)	
Dor gera muito sofrimento	27 (77,14%)	
Total	35 (100%)	

O sentimento de sofrimento originado pela doença é muito presente na vida destas pessoas.

³⁸⁵ Consultar anexos, p. 234 e seguintes.

³⁸⁶ Consultar anexos, p. 246, dor como impedimento de tarefas diversas.

De salientar que nenhum doente afirmou que nunca sentiu sofrimento na sua vida.

A dor na vida destes doentes tem uma forte dimensão afectiva, pois não foram raras as vezes em que as respostas obtidas na escala de avaliação da dor eram uma associação de tristeza, depressão e dor física. Quando se estabelece um cruzamento de dados entre o grau de dor e o sentimento de solidão³⁸⁷, observamos que os doentes que manifestam este sentimento são também aqueles que apresentam uma maior incidência de dor física. Se relacionarmos o grau de dor e a idade dos pacientes³⁸⁸, verificamos que a dor é tão presente nos que têm mais de 65 anos, como nos com menos de 65 anos. Uma vez que a presença do sofrimento é constante e está associada a sentimentos negativos, coloca-se a hipótese de a pessoa sofrente estar envolta numa ocorrência de sentimentos negativos que condicionam o seu estado de espírito todos os dias. Por isso, mediu-se a frequência de sentimentos negativos associados à doença e sentidos pelo doente³⁸⁹. Os sentimentos que se detectaram foram mau humor, ansiedade e depressão. De salientar que a quase totalidade dos respondentes, 34, indicaram que estes sentimentos estavam presentes nas suas vidas, variando apenas a frequência com que ocorriam. Com uma ocorrência de *algumas vezes* estão 4 dos inquiridos, 7 manifestam sentimentos negativos *frequentemente*, 8 *muito frequentemente*, 11 dos doentes indicam que sentem *sempre* estes sentimentos. Um dos doentes inquiridos manifesta que nunca sente este tipo de situação. Se associarmos o grau de dor e a frequência de sentimentos negativos³⁹⁰, existe também uma coincidência entre a escolha dos graus de dor mais elevados da escala de avaliação e a frequência de sentimentos negativos mais assídua nestes doentes. O mesmo se passa se relacionarmos o sentimento de solidão e a frequência de sentimentos negativos³⁹¹: é notório que os doentes que

³⁸⁷ Consultar Anexos, p. 250, *Grau de Dor/Sentimento de Solidão*.

³⁸⁸ Consultar Anexos, p. 251, *Idade/Grau de Dor*.

³⁸⁹ Consultar Anexos, p. 247, *Frequência de sentimentos negativos associados à doença*.

³⁹⁰ Consultar Anexos, p. 251, *Grau de Dor/Frequência de Sentimentos Negativos*.

³⁹¹ Consultar Anexos, p. 269, *Sentimento de Solidão/Frequência de Sentimentos Negativos*.

referem sentir-se sós apresentam um grau de dor mais acentuado. Deste modo, podemos concluir que os graus de dor mais elevados, além da sintomatologia fisiológica que os provocam, são acentuados por situações depressivas e por solidão.

Em virtude do grau de dor já identificado nos doentes inquiridos e do sofrimento gerado por esta dor, que acaba por ser também geradora de sentimentos negativos e depressivos, leva a supor que os doentes, para minimizar o seu estado de dor e sofrimento, procurem ajuda para controlar ou erradicar o seu problema. Deste modo, avaliou-se a necessidade que os mesmos indivíduos têm de serem medicamente tratados e assistidos, para assim poderem, mais facilmente, suportar as suas vidas com um atenuar da sensação física de dor³⁹². Neste sentido, foram 20 os que afirmaram que necessitam *bastante* de serem tratados, 7 os que referiram esta necessidade com a categoria de *extremamente* e 5 manifestaram estar numa posição intermédia.

Apenas 1 doente referiu não necessitar de tratamento médico para cumprir as suas funções diárias. Verifica-se, então, que a maioria dos doentes, 32, não fazem o seu dia a dia sem recorrer a um tratamento médico. Quando se analisa esta necessidade e as idades³⁹³, podemos concluir que, tanto o doente com mais de 65 anos, como o com menos de 65 anos, não concebem a vivência do seu dia a dia sem a realização de um tratamento médico. Em relação ao sentimento de solidão e a necessidade de tratamento médico³⁹⁴, verificamos que um grande número de doentes se sente só, totalizando, como já foi referido 24, e que destes 19 referem que necessitam muito de efectuar tratamento. Os doentes que afirmam não se sentirem sós são num total de 9 e também, na sua grande maioria, sentem a necessidade deste tratamento, perfazendo 8 os que indicam a escala máxima desta necessidade.

Como já foi referenciado em relação aos diagnósticos, a grande maioria dos doentes sofre de doença de foro ósseo ou articular, o que inibe a sua

³⁹² Consultar Anexos, p. 246, *O quanto necessita de tratamento médico para fazer o dia a dia*.

³⁹³ Consultar Anexos, p. 261, *Idade/Necessidade de Tratamento Médico*.

³⁹⁴ Consultar Anexos, p. 261, *Sentimento de Solidão/Necessidade de Tratamento Médico*.

mobilidade³⁹⁵. Em resultado disso, a doença afecta-os muito nas suas funções diárias, pois todas elas dependem da pessoa ter ou não autonomia para as realizar. Foram muitos os doentes que referiram que precisavam de ajuda para todas as suas tarefas, outros referiram que tinham que usufruir de pequenos períodos de descanso ao longo do dia para poderem realizar tarefas como a confecção de uma refeição. Uma doente relata que *"tenho tantas dores nas articulações que, de manhã, tomo os medicamentos ainda deitada e fico um pouco na cama para que façam efeito e levanto-me só depois para poder conseguir fazer a minha vida"*. Como se pode verificar, pela descrição destas situações e por este relato, as doenças de foro reumatológico que causam impedimentos na mobilidade e autonomia dos doentes são as predominantes. Apesar deste tipo de limitações relatadas, nos doentes inquiridos, nenhum está acamado. São autónomos 24 doentes e semi-dependentes 11 doentes.

De salientar que todos os doentes autónomos aqui referenciados sofrem de limitações decorrentes do seu estado de saúde. Esta situação irá comprometer a sua mobilidade³⁹⁶, por isso, 11 doentes classificam a sua mobilidade como *muito má*, classificam a sua mobilidade como *má* 9 doentes e num patamar intermédio classificam-se 3 doentes. Consideram a sua mobilidade boa apenas 3 doentes. Um doente classifica a sua mobilidade como *muito boa*. A capacidade de movimentação é também tanto mais reduzida quanto mais só se sente a pessoa doente³⁹⁷. Como se pode verificar, a solidão vai também influenciar a mobilidade da pessoa sofredora. Os doentes que não se sentem sós vão sentir a sua mobilidade menos reduzida e limitada que os primeiros. Se relacionarmos a capacidade de movimentação dos doentes³⁹⁸ e a sua idade, pode estabelecer-se uma ligação clara, em que se verifica que os que têm mais de 65 anos são também os que manifestam uma maior inibição na sua locomoção.

³⁹⁵ Consultar Anexos, p. 241, *Mobilidade*.

³⁹⁶ Consultar Anexos, p. 247, *Capacidade de Movimentação*.

³⁹⁷ Consultar Anexos, p. 265, *Sentimento de Solidão/Capacidade de movimentação*.

³⁹⁸ Consultar Anexos, p. 256, *Idade/Capacidade de se movimentar*.

A mobilidade com limitações e incapacidades leva os doentes a ter que recorrer a ajudas técnicas no auxílio da sua locomoção³⁹⁹. É ao serviço social que estes recorrem para aceder a estas ajudas. Dos doentes inquiridos, 23 são autónomos e não utilizam meios técnicos. Recorrem ao uso de bengala 6 doentes, ao de cadeira de rodas 2 doentes, usa andarilho e canadiana 1 doente. Com uso de cadeira de rodas e de canadianas estão 3 doentes.

A situação de sofrimento, causada pela doença e pela dor, quer seja psicológica ou física, necessita de ter um tratamento, um acompanhamento e uma intervenção por quem a pode minorar ou erradicar. Os doentes inquiridos procuraram ajuda⁴⁰⁰ para diminuir este sofrimento em 74,28% dos casos. Apenas 20% não o fizeram. O tipo de ajuda procurada foi em 25 dos casos um médico de família ou de especialidade dentro do próprio HDES ou a equipa clínica da Unidade de Dor, em 1 caso a Psicóloga. O médico é, sem dúvida, o profissional de saúde a quem o doente, na grande maioria dos casos, solicita ajuda. Com este pedido o doente pretende minimizar o seu sofrimento e intervir na sua situação de dor/doença, obtendo um alívio ou a cura da mesma.

7.2- O círculo relacional do doente

Nos atendimentos efectuados pelo serviço social nesta Unidade, um dos problemas sociais que maior número de chamadas motivou foi, sem dúvida, a existência de doentes sós, o que nos leva a crer que as situações de solidão são em grande número, podendo acentuar a situação de dor e de sofrimento de que o doente padece. Assim, quando investigada a composição da família com quem o doente vive⁴⁰¹, verificamos que da totalidade de doentes inquiridos 10 são pessoas isoladas. A viver com o seu conjugue temos 7 doentes e integrados em família nuclear com conjugue e filhos, temos um total de 11 doentes. Na dependência dos filhos, por não serem autónomos nas suas funções, temos 4 doentes. Na dependência de uma cuidadora temos 1 doente.

³⁹⁹ Consultar Anexos, p. 242 *Uso de Ajudas Técnicas*.

⁴⁰⁰ Consultar Anexos, p. 248, *Procura de Ajuda para diminuir o sofrimento*.

⁴⁰¹ Consultar Anexos, p. 242, *Com quem vive o doente*.

Os círculos relacionais⁴⁰² dos doentes em estudo são em regra reduzidos, uma vez que estes têm a sua vivência limitada por uma situação de doença que, muitas vezes, os confina à área envolvente à sua moradia ou, em alguns casos, restringe-os à própria moradia, impedindo-os de exercer a sua profissão, conviver ou efectuar tarefas tão simples como as suas compras, preparar uma refeição, ir à farmácia, conviver na praça com os amigos da mesma geração, etc. Com um círculo relacional que integra até 10 pessoas temos a quase globalidade dos doentes, num total de 27, limitando-se quase exclusivamente à sua família directa. Com um círculo mais alargado de 11 a 20 pessoas temos 4 doentes e com os círculos maiores, até 20 pessoas e de mais de 30, temos um doente em cada.

A situação de doença é, ela própria, limitadora destes relacionamentos, fazendo, por vezes, com que as relações do doente se restrinjam meramente ao seio familiar. Quando se averigua a frequência com que estes doentes convivem com a sua família⁴⁰³, podemos constatar que 12 dos doentes inquiridos afirmam que convivem *muito*. Com uma frequência intermédia estão 7 doentes, 9 convivem *pouco* e 5 não convivem com a sua família. O mesmo se passa com o círculo de vizinhos/amigos do doente⁴⁰⁴. A doença restringe e diminui as vivências de socialização.

A doença provoca um fechamento da pessoa na área da sua moradia e isso reduz-lhe substancialmente o leque de contactos, inclusive com a sua família mais alargada não residente nas proximidades.

No que concerne às relações de vizinhança, observamos uma tendência para o isolamento dos doentes: 7 afirmam que nunca convivem com os seus vizinhos, 1 convive *pouco*, 9 *regularmente* e 5 *muito*. Esta situação reflecte uma insatisfação generalizada das relações⁴⁰⁵ que os doentes estabelecem com as pessoas que os rodeiam. Quando se mede esta satisfação, a mesma é feita em relação a parentes, amigos, conhecidos e colegas. Nas entrevistas

⁴⁰² Consultar Anexos, p. 242, *Dimensão do Círculo Relacional*.

⁴⁰³ Consultar Anexos, p. 243, *Frequência de convívio com a família*.

⁴⁰⁴ Consultar Anexos, p. 243, *Frequência de convívio com vizinhos*.

⁴⁰⁵ Consultar Anexos, p. 244, *Satisfação com relações pessoais e com apoio de amigos*.

efectuadas, não raras vezes foi mencionado que “*a doença afasta os outros, tudo fica diferente...*”⁴⁰⁶

Se analisarmos a satisfação do doente perante o apoio que recebe dos amigos e o sentimento de solidão⁴⁰⁷, verificamos que os que se sentem sós são num total de 22 doentes e são 8 os que se apresentam como *nada satisfeitos* com as suas relações. Dez destes doentes apresentam-se como muito satisfeitos, 4 escolhem um estágio intermédio. Nos doentes que afirmam não se sentirem sós, o número dos que escolhem uma satisfação plena é proporcionalmente mais elevado, com um total de 6. Os que se afirmam medianamente satisfeitos são 2 e 1 dos doentes indica não estar nada satisfeito com estas relações.

Quando analisada a idade dos doentes e a satisfação sentida nas suas relações pessoais⁴⁰⁸, verificamos que, apesar dos círculos relacionais serem muito reduzidos, os doentes de mais de 65 anos sentem um grau de satisfação maior nas suas relações do que os doentes com menos de 65 anos. Sete dos doentes com menos de 65 anos sentem que as relações que estabelecem são muito satisfatórias e os restantes nove distribuem-se por uma satisfação intermédia com 6. Consideram ter relações pouco satisfatórias 3 doentes.

Quando inquiridos sobre a satisfação que obtêm das relações que estabelecem com os amigos⁴⁰⁹, tanto os doentes com mais de 65 anos como os com menos de 65 anos afirmam graus de satisfação baixos com os amigos. Para uma totalidade de 17 doentes com menos de 65 anos, apenas 9 sentem-se muito satisfeitos, enquanto que os restantes 8 se distribuem equitativamente por uma satisfação mediana e por uma ausência de satisfação. Os doentes com mais de 65 anos totalizam 14, sendo que 7 estão muito satisfeitos com as suas relações, enquanto 2 se colocam numa posição intermédia e 5 estão insatisfeitos.

⁴⁰⁶ Consultar Anexos, pp. 230 e seguintes, *Apresentação de relatos de entrevistas*.

⁴⁰⁷ Consultar Anexos, p. 268, *Sentimento de Solidão /Satisfação com o apoio que recebe dos seus amigos*.

⁴⁰⁸ Consultar Anexos, p. 259, *Idade/Satisfação com Relações Pessoais*.

⁴⁰⁹ Consultar Anexos, p. 259, *Idade/Satisfação e apoio dos amigos*.

Este afastamento estende-se também a situações dissuasoras da dor, como a distração e o lazer. As oportunidades de lazer⁴¹⁰ e de divertimento não estão ao alcance destes doentes, quer seja por limitações impostas pela sua condição de diminuição motora para se dirigirem a centros de convívio, a clubes desportivos ou associações recreativas com finalidades de entretenimento, quer seja por limitações financeiras que não lhes permite o exercício destas actividades. Assim sendo, 11 doentes afirmam não terem nunca oportunidades de lazer, 12 referem ter *muito poucas* oportunidades, 5 estão numa situação intermédia e apenas 2 se integraram numa categoria máxima, com plenas oportunidades de lazer. Quando analisada a idade do doente e a oportunidade de lazer⁴¹¹ de que usufrui, verificamos que tanto os doentes com menos de 65 anos, como os com mais de 65 anos sentem que não têm oportunidades de lazer. Quando associada a oportunidade de lazer e o sentimento de solidão⁴¹², verifica-se que aqueles que se sentem sós são também os que referem não ter nenhuma oportunidade de lazer. Os que afirmam não se sentirem sós manifestam também a mesma tendência, apesar de neste grupo dois doentes afirmarem terem plenas oportunidades de lazer.

Conclui-se, então, que a grande maioria destes doentes não usufrui de métodos de alívio de dor por via não farmacológica, como por exemplo o desvio de atenção pela distração e divertimento, o que lhes vai tornar as situações de dor mais penosas de suportar.

O sentimento de solidão e isolamento é, assim, mais acentuado nestes doentes. A dor confinou-os nas suas funções, no seu círculo relacional e nas suas actividades de lazer.

A limitação física leva muitas vezes a uma percepção diferente da imagem corporal e satisfação que o doente tem com o seu corpo. Por esta razão, quando se averigua a satisfação que o doente sente consigo mesmo e com a sua aparência física⁴¹³, podemos concluir que, tanto uma como a outra

⁴¹⁰ Consultar Anexos, p. 246, *Oportunidades de lazer*.

⁴¹¹ Consultar Anexos, p. 256, *Idade/Oportunidade de lazer*.

⁴¹² Consultar Anexos, p. 264, *Sentimento Solidão/Oportunidade de lazer*.

⁴¹³ Consultar Anexos, p. 244, *Satisfação consigo mesmo e com a sua aparência física*.

apresentam graus baixos, em que a maioria dos doentes refere estar *muito insatisfeito* ou *insatisfeito*. A doença e o sofrimento que causa criam limitações, alterando a forma como o doente percepção a imagem que tem de si próprio. Esta, se for negativa, condiciona a maneira como o doente se relaciona com aqueles que o rodeiam, porque, como já referido⁴¹⁴, o corpo também contribui para a forma como a pessoa se insere na sua família e junto daqueles que a rodeiam.

Quando se analisa a aceitação da aparência física e a idade do doente⁴¹⁵, verificamos que esta tem uma relação inversa com a idade, ou seja, os doentes com idades mais avançadas têm maior facilidade em aceitar a sua aparência, enquanto que os doentes mais jovens tendencialmente aceitam a sua imagem com maior dificuldade.

Em relação ao sentimento de solidão e à aceitação da aparência física⁴¹⁶, aqueles que se sentem sós têm maior tendência a não aceitar o seu aspecto, enquanto que os que não se sentem sós apresentam uma distribuição equitativa. O facto de estar limitado nas suas funções, quer por via da dor crónica ou por doença incapacitante, leva a que a pessoa se sinta diminuída na sua satisfação consigo própria. A doença altera a forma como o doente se percepção a si mesmo⁴¹⁷.

Nenhum dos doentes refere que está completamente satisfeito consigo próprio ou com a sua aparência física. Mais uma vez se verifica o impacto que a doença tem na pessoa como factor limitador da sua auto-imagem e da sua auto-estima.

No que diz respeito à satisfação consigo próprio e à idade do doente⁴¹⁸, verificamos que tanto nos doentes com mais de 65 anos, como nos com menos de 65 anos, a insatisfação é um factor constante na vida destas pessoas. Ao relacionarmos o sentimento de solidão com a satisfação consigo próprio⁴¹⁹,

⁴¹⁴ Consultar corpo teórico, p. 60 e seguintes.

⁴¹⁵ Consultar Anexos, p. 255, *Idade/Aceitação da aparência física*.

⁴¹⁶ Consultar Anexos, p. 263, *Sentimento de Solidão/Aceitação de aparência física*.

⁴¹⁷ Consultar anexos, p. 230 e seguintes, *Apresentação de relatos de entrevistas*.

⁴¹⁸ Consultar Anexos, p. 258, *Idade/Satisfação Consigo próprio*.

⁴¹⁹ Consultar Anexos, p. 267, *Sentimento de solidão/Satisfação consigo*.

aferimos que tanto os doentes que se sentem sós como os que não se sentem sós, manifestam insatisfação consigo.

Devido a esta situação, a vivência íntima afectiva/sexual⁴²⁰ do doente poderá ser também afectada pela doença. Quando se averiguou a satisfação do doente com a sua vida sexual, obtivemos o maior índice de *não respondentes*, com 17 doentes (de salientar que todos os viúvos e viúvas optaram por não responder, o que perfaz um total de 11 doentes). Encontram-se *muito insatisfeitos* 4 doentes, *insatisfeitos* 6 doentes e numa situação intermédia 4 doentes. Igualmente com a mesma quantidade de doentes, 4, está a categoria *satisfeito*. Nenhum doente está *muito satisfeito*.

Se associarmos o sentimento de solidão à satisfação com a vida sexual⁴²¹, mais uma vez aferimos que a insatisfação se acentua nos doentes que se sentem sós.

Podemos concluir que a situação de dor e de sofrimento é também ela extensiva à vida sexual de cada um. Isto deve-se tanto à tipologia da patologia observada, que é na sua maioria de foro reumatológico ou ósseo, como também a uma diminuição nos conceitos de auto-imagem e de auto-estima que são impostos pela doença.⁴²²

Todos estes condicionalismos levam 24 dos doentes a responder que se sentem sós⁴²³, representando 68,57% do universo em estudo. A dor e a doença e, por conseguinte, o sofrimento que geram, são causadoras de episódios de limitação na vida do doente e remetem-no a um lugar de perda, que antes da doença acontecer, não era o seu.

⁴²⁰ Consultar Anexos, p. 244, *Satisfação com a vida sexual*.

⁴²¹ Consultar Anexos, p. 268, *Sentimento de Solidão/Satisfação com a vida sexual*.

⁴²² Consultar Anexos, p. 230 e seguintes, *Apresentação de relatos de entrevista*.

⁴²³ Consultar Anexos, p. 248, *Solidão percebida pelo doente*.

7.3- Ocorrências na vida do sofredor relacionadas com a doença

Uma das hipóteses de trabalho equacionadas⁴²⁴ foi a averiguação da possibilidade de estes doentes sentirem que as suas histórias de vida poderiam estar ligadas à ocorrência da doença, acompanhada de acontecimentos⁴²⁵ agravantes da sua situação de doença. Estes acontecimentos ocorreriam nas suas vidas, coincidindo no tempo com o surgimento ou agravamento da doença.

Esta hipótese de trabalho foi despoletada em virtude de, nos atendimentos efectuados, os sofredores relataram, na maioria dos casos, histórias de vida com situações emocionais muito penosas, difíceis de suportar, que os fragilizaram e que na sua ocorrência coincidiram com o aparecimento ou o acentuar da doença.

Deste modo, como já foi referido na metodologia, foi acrescentada uma pergunta aberta⁴²⁶ ao questionário que iniciou uma frente de diálogo, permitindo aos relatores associar ou não estes acontecimentos à sua doença.

Quadro 12 - Existência de um acontecimento que na vida do doente coincidiu com o surgir da situação de doença

Total	Reconhece acontecimento gerador da doença	Não Reconhece acontecimento gerador da doença	Não responde	Ocorrência de acontecimento gerador de doença:
35 (100%)	23 (65,71%)	9 (25,71%)	3 (8,57%)	

Da análise do quadro 12, podemos concluir que há, de facto, uma relação estabelecida por quem sofre no sentido de que existe uma associação entre o

⁴²⁴ Consultar, *Metodologia*.

⁴²⁵ Consultar Anexos, p. 249.

⁴²⁶ Consultar Anexos, p. 229, *pergunta 66*.

início da doença e um acontecimento gerador de sofrimento que despoleta uma situação de fragilidade física e psíquica, permitindo que a doença se instale⁴²⁷. A assunção deste acontecimento é, só por si, uma consciencialização da fragilidade do doente. Foram apenas 9 as pessoas que afirmaram que a doença surgiu sem que houvesse tido lugar a uma ocorrência nas suas vidas.

Foram vários os acontecimentos que os doentes inquiridos apontaram como tendo sido iniciadores da situação de doença. É indicado um total de 45 acontecimentos geradores de doença para 23 doentes, uma vez que alguns deles referem mais do que um acontecimento significativo e coincidente com a doença, o que indica uma média de 1,95 ocorrências na vida de cada doente.

Os acidentes de trabalho são os mais frequentes com um total de 11 doentes, a perda de emprego em resultado da doença deu-se em 1 caso. Esta é também uma das razões, a par da idade avançada da maioria dos inquiridos e a incapacidade para o trabalho, para a inexistência de doentes a auferir ordenados.

A separação por morte de entes queridos é a razão com maior prevalência apontada. Esta morte foi indicada como tendo sido de conjugue em 6 casos, de filhos em 2 casos e em 1 caso morte de toda a família num espaço temporal de dois anos.

Tendo a doença do inquirido sido originada pela doença do seu próprio conjugue, foi a razão apontada por 3 doentes de sexo feminino.

Também com uma prevalência de 3 doentes encontram-se as más condições de trabalho ao longo de toda uma vida, em que 3 doentes do sexo feminino apontaram tarefas efectuadas no exterior, sujeitas a intempéries, largos períodos de pé e grandes caminhadas para chegar ao local de trabalho, associado a períodos longos com as roupas molhadas, o que está na origem de doença osteoarticular. A separação da família por emigração foi factor indicado por 2 doentes de sexo masculino, afectados pela diabetes. Indicados com uma prevalência de 1 caso cada, temos outras razões como as dívidas/hipotecas

⁴²⁷ Consultar Anexos, p. 249, *Acontecimentos indicados pelos sofrentes que originaram ou agravaram o estado de doença.*

associadas, por sua vez, a acidentes de trabalho que incapacitaram a pessoa de fazer face às suas despesas e ao nível de vida que vinham a usufruir. Uma doente do sexo feminino refere que uma disfunção sexual de que padece desde há 25 anos foi causadora de depressão e de fibromialgia. O repatriamento dos EUA para os Açores foi, no caso de um doente do sexo masculino, referenciado como sendo causador de diabetes e insuficiência renal. A menopausa foi referenciada por uma doente como tendo sido causadora de fibromialgia e de doença osteoarticular. A infidelidade do conjugue masculino e maus-tratos físicos e verbais, ao longo de toda uma vida, são referenciados por uma doente do sexo feminino como sendo causadores de depressão e de doença do foro vascular. Os comportamentos aditivos de um doente do sexo masculino são referenciados como causadores de doença hepática, osteoarticular e depressão. Este doente indica que os comportamentos aditivos que teve na sua juventude foram a dependência de estupefacientes, do tabaco e do álcool.

Nesta recolha de informação, no que diz respeito a este item, 23 doentes indicaram que tinham realmente sofrido ao longo da sua vida acontecimentos que levaram ao despoletar ou ao início da sua doença. Identificaram acontecimentos que, apesar de não constituírem eles próprios doença, originaram fragilidade emocional, financeira, laboral ou relacional, possibilitando que a doença se instalasse e atingisse proporções com dimensão suficiente para criar uma incapacidade prolongada no tempo, ou mesmo permanente, limitadora da pessoa em todas as suas funções e desempenhos. Estas situações de sofrimento, aliadas ao aparecimento da doença, impediram os doentes de lutar de forma mais aguerrida pela alteração das suas condições de vida, fazendo com que a enfermidade tomasse uma dimensão abrangente e os relegasse a um lugar de perda e de sofrimento, que antes destas situações acontecerem, não era o seu. O que é relevante na recolha de informação efectuada é a demonstração da dimensão emocional e afectiva na existência da doença e da dor e o reconhecimento dos doentes que, na sua história de vida, ocorreu um factor de fragilização potenciador do início ou degradação da sua saúde.

Existem realmente situações que foram referenciadas por 65,71% do universo em estudo, que apontam para a existência de ocorrências que, ao longo da vida e tomando em conta o período em que sucederam, podem estar por trás de fragilidades que deram azo a que a doença se instalasse. É a dimensão afectiva da dor, além da sintomatologia física que a acompanha. As condicionantes afectivas da dor alteram a forma como se processam as respostas fisiológicas e o estado psíquico e emocional do sofredor. Podemos, então, validar a hipótese de investigação levantada, que se traduz nos relatos destes doentes, em que 65,71% assumem ter padecido de um acontecimento que os fragilizou e que fez com que a doença se instalasse ou se agravasse.

7.4- Qualidade de vida e satisfação relatadas pelo doente

A medida da qualidade de vida e satisfação relatadas pelo doente foi aferida através dos indicadores de percepção de qualidade de vida⁴²⁸, satisfação com a saúde⁴²⁹, segurança sentida na vida diária⁴³⁰, aproveitamento da vida⁴³¹, sentido da vida⁴³², energia para o dia a dia⁴³³, capacidade para desempenhar actividades do quotidiano⁴³⁴, existência ou não de dinheiro para as despesas mensais⁴³⁵, capacidade para o trabalho⁴³⁶ e satisfação com o sono⁴³⁷.

A maioria dos doentes classifica a sua qualidade de vida em grau intermédio, definindo-a como *nem boa nem má*, sendo que nesta categoria encontram-se 17 doentes. Consideram que têm uma vida com *má* qualidade 10 doentes. E com *muito má* qualidade 5 doentes⁴³⁸.

⁴²⁸ Pergunta nº 35 do Questionário, Consultar Anexos, p. 222.

⁴²⁹ Pergunta nº 36 do Questionário, Consultar Anexos, p. 222.

⁴³⁰ Pergunta nº 42 do Questionário, Consultar Anexos, p. 223.

⁴³¹ Pergunta nº 39 do Questionário, Consultar Anexos, p. 223.

⁴³² Pergunta nº 40 do Questionário, Consultar Anexos, p. 223.

⁴³³ Pergunta nº 44 do Questionário, Consultar Anexos, p. 224.

⁴³⁴ Pergunta nº 51 do Questionário, Consultar Anexos, p. 225.

⁴³⁵ Pergunta nº 46 do Questionário, Consultar Anexos, p. 224.

⁴³⁶ Pergunta nº 52 do Questionário, Consultar Anexos, p. 226.

⁴³⁷ Pergunta nº 50 do Questionário, Consultar Anexos, p. 225.

⁴³⁸ Consultar Anexos, p. 247.

No que respeita à satisfação com a saúde⁴³⁹, 15 doentes consideram-se *insatisfeitos*, 8 *muito insatisfeitos* e 9 numa posição intermédia. Apenas um doente se encontra *muito satisfeito* com a sua situação de saúde e 2 não respondem.

Quando aferida a satisfação com a saúde e a idade dos doentes inquiridos⁴⁴⁰, podemos verificar que, tanto naqueles com menos de 65 anos, como nos com mais de 65 anos, a insatisfação é muito acentuada. Se averiguarmos o sentimento de solidão e a satisfação com a saúde⁴⁴¹, os valores são também muito aproximados, quer para os doentes que se sentem sós, quer para aqueles que não se sentem sós.

No que diz respeito à segurança sentida pelos doentes na sua vida diária⁴⁴², verificamos que a doença é muito limitadora do desempenho dos mesmos, pois 13 consideram que se sentem *muito pouco* seguros na sua vida. Revelam que não estão *nada* seguros 6 doentes. E 8 consideram que estão numa posição intermédia. Apenas 2 doentes se acham bastante seguros.

Se relacionarmos a segurança na vida diária e o sentimento de solidão⁴⁴³, tanto os doentes que se sentem sós como os que não se sentem sós manifestam uma insegurança pronunciada na sua vida diária.

A situação de dor e de doença é causadora de limitações diversas que provocam, na grande maioria dos casos, que o doente sinta que não usufrui em pleno da sua vida. Quando questionados sobre se sentem que aproveitam a sua vida⁴⁴⁴, 8 doentes afirmam que não usufruem *nada* da sua vida, os que afirmam usufruir *muito pouco* são 10 doentes. Numa posição intermédia estão 8 doentes e afirmando que usufruem *bastante* da sua vida existem 5 doentes. Com uma escolha de satisfação máxima da vida existem apenas 2 doentes. Na abordagem desta questão, temos que ter em conta que a doença e dor levam a uma fragilidade, enfraquecimento físico e a uma perda de energia geral em

⁴³⁹ Consultar Anexos, p. 244.

⁴⁴⁰ Consultar Anexos, p. 252, *Idade/Satisfação com a Saúde*.

⁴⁴¹ Consultar Anexos, p.260, *Sentimento de Solidão/Satisfação com a Saúde*.

⁴⁴² Consultar Anexos, p.246.

⁴⁴³ Consultar Anexos, p.262, *Sentimento de Solidão/Segurança na vida diária*.

⁴⁴⁴ Consultar Anexos, p. 246.

termos fisiológicos. Se associarmos a isto o facto do doente se sentir emocionalmente mais deprimido e, por isso, sujeito a um contexto emocional marcado por sentimentos negativos, o mesmo doente estará muito mais inibido da vivência de emoções geradoras de bem-estar e boa disposição, uma vez que a situação em que se encontra é, ela própria, geradora de mal-estar. Esta é a razão invocada pela grande maioria dos doentes, ao dizer que não usufrui da sua vida.

Ao relacionar a idade com o aproveitamento da vida⁴⁴⁵, podemos aferir que aqueles que sentem que usufruem menos da sua vida são os doentes com mais de 65 anos. Quanto ao sentimento de solidão e o aproveitamento da vida⁴⁴⁶, aferimos que os que se sentem sós manifestam uma maior tendência para não aproveitar a vida.

No que diz respeito ao sentido⁴⁴⁷ que os doentes conferem às suas vidas, a situação de doença leva, em muitos casos, a uma falta de esperança na vida e isso comprova-se nas respostas obtidas, em relação às quais 11 doentes sentem que a sua vida não tem sentido nenhum. Um número ainda elevado, de 8, sente que a vida tem *muito pouco* sentido. Com uma escolha intermédia, encontram-se 8 doentes. Quatro doentes sentem que a sua vida tem *bastante* sentido e 1 encontra-se na categoria máxima, conferindo um sentido pleno à sua vida.

Se aferirmos o sentido da vida e a idade dos doentes⁴⁴⁸, verificamos que os doentes com mais de 65 anos dão menos sentido às suas vidas do que os de idade inferior a 65 anos. Em relação ao sentimento de solidão e o sentido da vida⁴⁴⁹, tanto aqueles que se sentem sós, como os que não se sentem sós, têm dificuldade em encontrar sentido para as suas vidas.

Quando questionados sobre a energia que sentem ter para a realização das suas tarefas no dia a dia⁴⁵⁰, a larga maioria reconhece que tem muito pouca

⁴⁴⁵ Consultar Anexos, p. 253, *Idade/Aproveitamento da Vida*.

⁴⁴⁶ Consultar Anexos, p. 261, *Sentimento de Solidão/Aproveitamento da Vida*.

⁴⁴⁷ Consultar Anexos, p. 246.

⁴⁴⁸ Consultar Anexos, p. 254, *Idade/Sentido da Vida*.

⁴⁴⁹ Consultar Anexos, p. 262, *Sentimento de Solidão/Sentido da Vida*.

⁴⁵⁰ Consultar Anexos, p. 246.

energia, com 18 doentes nesta opção. Os que se encontram numa posição intermédia são 10 doentes. Três reconhecem não ter energia nenhuma e nenhum dos doentes se afirma como tendo plena energia para o seu dia a dia. Relativamente à idade e à energia para o dia a dia⁴⁵¹, tanto os doentes com menos de 65 anos como os com mais de 65 anos, consideram, na sua grande maioria, não ter energia para o seu dia a dia.

Se relacionado o sentimento de solidão e a energia para o dia a dia⁴⁵², os doentes que se sentem sós apresentam uma maior incidência de falta de energia do que aqueles que não se sentem sós. Realizar as tarefas que o doente necessita para se sentir confortável é fundamental para a sua segurança e bem-estar. Averiguada a capacidade para desempenhar actividades no dia a dia⁴⁵³, a maioria dos doentes afirma-se como não tendo nenhuma capacidade para este desempenho, com 13 doentes nesta escolha. Nos doentes com mais de 65 anos⁴⁵⁴ a incapacidade para realizar as tarefas do dia a dia é mais vincada do que nos com menos de 65 anos. Relativamente ao sentimento de solidão e à capacidade de desempenhar actividades⁴⁵⁵, os que se sentem sós apresentam níveis mais baixos de satisfação com o seu desempenho.

A satisfação com os montantes auferidos pelo doente é também um indicador da qualidade de vida que este sente ter, em termos de aquisição de bens materiais para o usufruto de conforto. Quando relacionado o sentimento de solidão com a satisfação pelo dinheiro auferido mensalmente⁴⁵⁶, verificamos que, quer os doentes que se sentem sós, como os que não se sentem sós, manifestam não auferir dinheiro em quantidade suficiente para suprir as suas necessidades mensais. Se for aferida a idade e a satisfação com o dinheiro disponível para as despesas⁴⁵⁷, tanto nos doentes com menos de 65 anos,

⁴⁵¹ Consultar *Anexos*, p. 254, *Idade/Energia para o dia a dia*.

⁴⁵² Consultar *Anexos*, p. 263, *Sentimento de Solidão/Energia para o dia a dia*.

⁴⁵³ Consultar *Anexos*, p. 245.

⁴⁵⁴ Consultar *Anexos*, p. 257, *Idade/Actividades no dia a dia*.

⁴⁵⁵ Consultar *Anexos*, p. 266, *Sentimento de Solidão/Desempenho de actividades*.

⁴⁵⁶ Consultar *Anexos*, p. 264, *Sentimento de Solidão/Dinheiro para as despesas mensais*.

⁴⁵⁷ Consultar *Anexos*, p. 255 *Idade/Dinheiro Suficiente para as despesas*.

como nos com mais de 65 anos é manifesta aquela realidade de forma acentuada. De salientar que um dos critérios de chamada que mais se verificou nesta Unidade de Dor foi o de carência económica, que se pode constatar nos resultados aqui expostos. Este é um facto sentido pelos doentes como um problema grave, limitador do seu conforto e até da sua saúde, pois estas situações de carência levam muitas vezes a que o doente não faça a aquisição de todos os medicamentos de que necessita.

A capacidade para o trabalho⁴⁵⁸ foi avaliada e 15 dos doentes respondem que não se sentem com nenhuma capacidade para o trabalho. Com muito pouca capacidade estão 3 doentes e numa posição intermédia 11 doentes. Quando associada esta capacidade de trabalhar à idade⁴⁵⁹, os doentes com menos de 65 anos apresentam uma maior incapacidade para o trabalho do que os de mais de 65 anos. Relativamente ao sentimento de solidão e à capacidade para o trabalho⁴⁶⁰, tanto os doentes que se sentem sós como os que não se sentem sós apresentam limitações muito grandes no exercício de uma profissão. De salientar que a totalidade dos doentes inquiridos não exerce profissão decorrente da sua situação de doença⁴⁶¹.

O período de descanso do doente é fundamental para o mesmo, pois permite-lhe melhorar o seu desempenho no dia seguinte e melhor suportar a dor e doença. A quase totalidade dos inquiridos afirma-se *muito insatisfeita* com o seu sono⁴⁶², com um total de 13 doentes. Os que se encontram *insatisfeitos* são 5. Numa categoria intermédia estão 3 doentes. Encontram-se *satisfeitos* 8 doentes e *muito satisfeitos* 2. Se associarmos a satisfação com o sono e a idade dos doentes⁴⁶³, os com mais de 65 anos atingem uma insatisfação mais pronunciada, enquanto que os doentes com menos de 65 anos, apesar de sentirem esta insatisfação, apresentam um maior índice de satisfação plena. Se aferido o sentimento de solidão e a satisfação com o

⁴⁵⁸ Consultar Anexos, p. 245.

⁴⁵⁹ Consultar Anexos, p. 258, *Idade/Capacidade para o trabalho*.

⁴⁶⁰ Consultar Anexos, p. 266, *Sentimento de Solidão/Capacidade para o trabalho*.

⁴⁶¹ Consultar Anexos, p. 240, *Natureza de Rendimentos*.

⁴⁶² Consultar Anexos, p. 244.

⁴⁶³ Consultar Anexos, p. 257, *Idade/Satisfação com o sono*.

sono⁴⁶⁴, este apresenta também uma pior qualidade nos doentes que se sentem sós. De salientar que os doentes inquiridos indicaram, na sua quase totalidade, um acentuar da dor com o anoitecer e com o agravar do estado de solidão a que alguns estão votados⁴⁶⁵.

Estes factores levam, em virtude do sofrimento psíquico e físico que provocam, a um acentuar das sensações físicas e, por conseguinte, a um aumento da dor nocturna que poderá conduzir à insónia e a uma má qualidade de sono. Tal facto pode ser constatado no "Relato de Dor C"⁴⁶⁶.

De salientar que o sofrimento de que padecem os doentes foi nesta questão, muitas vezes, justificado como sendo suportável por via da religião. Foi também o sentido católico implícito no discurso destes doentes que os levou a encarar as dificuldades da vida com paciência e resignação e a compreender o facto de estarem vivos, ainda que com o sofrimento de que padecem, como um *milagre*.

7.5- Acessibilidade aos serviços de saúde

Relativamente à acessibilidade aos serviços de saúde⁴⁶⁷, os doentes atendidos mostram-se na sua maioria *satisfeitos* com o acesso que têm aos serviços de saúde, totalizando 13 os doentes que têm esta opinião. Os que se encontram *muito satisfeitos* são 7. Os doentes que acham que a sua acessibilidade aos serviços não é boa totalizam 5. Três escolhem a categoria de *muito insatisfeito* e 2 a categoria de *insatisfeito*.

De forma geral, como se pode verificar, a larga maioria dos doentes sente-se satisfeita com o acesso que usufrui às consultas, exames, tratamentos médicos e instituições de saúde em geral e afirmam no seu discurso que o tempo de espera para ter acesso à consulta da Unidade de Dor é muito reduzido.

⁴⁶⁴ Consultar Anexos, p. 265, *Sentimento de Solidão/Satisfação com o sono*.

⁴⁶⁵ Consultar anexos, p. 230 e seguintes, *Apresentação de Relatos de Entrevistas*.

⁴⁶⁶ Consultar Anexos, p. 237 e seguintes.

⁴⁶⁷ Consultar Anexos, p. 244 *Acessibilidade aos Serviços de Saúde*.

7.6- Diagnóstico social e estratégia seguida

O Diagnóstico Social⁴⁶⁸ foi elaborado mediante a avaliação efectuada ao doente atendido na Unidade de Dor. Como já foi referido, a elaboração do Diagnóstico Social implica uma entrevista ou, na maioria dos casos, vários contactos com o doente, a sua família e, por vezes, com a comunidade onde se insere. Estes contactos são registados no Processo Social do doente.

O Diagnóstico Social implica uma avaliação da pessoa doente e da sua situação e propõe uma actuação que, mesmo não solucionando o problema por completo, irá contribuir para a sua minimização a um grau suportável para quem dele padece.

Nos atendimentos efectuados a estes doentes foram detectados vários problemas. Com maior incidência temos a *carência económica* com um total de 26 doentes. Esta carência económica deve-se, na sua larga maioria, à insuficiência de rendimentos para suportar as despesas mensais, em especial as despesas decorrentes com a compra de medicação. Como se verificou da análise de *Natureza dos Rendimentos*⁴⁶⁹, um elevado número de doentes (23) auferem rendimentos provenientes de pensões, implicando, na sua generalidade, montantes muito baixos. De acordo com o mesmo quadro⁴⁷⁰, 2 doentes têm ausência de rendimentos, 5 dependem dos rendimentos que são auferidos por outro membro da família, 2 recebem RSI ou subsídios de Acção Social e 1 está de baixa por doença. Estes factores justificam a elevada incidência de carência económica detectada e manifestada claramente pelos doentes, em especial na compra de medicação e, em alguns casos mesmo, na alimentação.

Segue-se o *doente só*. Este foi o problema com maior incidência e de especial importância, pois é gerador de situação de solidão e de desamparo por parte de quem está só, com limitações físicas decorrentes da doença e, por isso mesmo, com necessidade de um suporte social, emocional e funcional mais

⁴⁶⁸ Consultar Anexos, *Definição de Conceitos*, p. 270 e seguintes.

⁴⁶⁹ Consultar Anexos, p. 240.

⁴⁷⁰ Consultar Anexos, p. 240.

eficaz. Como já foi anteriormente referido, é um factor cuja presença implica o aumento do grau de dor.

A *carência habitacional* foi o problema detectado em 4 doentes. Aqui foi identificado um caso em que a família necessitava de obras de manutenção de grande envergadura em toda a habitação e nos outros 3 casos eram necessárias pequenas obras de manutenção e reparação de telhado, para prevenir e corrigir infiltrações de água.

A *carência de estruturas de apoio na comunidade* foi assinalada em 2 casos, em que os doentes residiam em locais sem estruturas de apoio em centro de dia e necessitavam, para diminuir a sua solidão, serem inseridos naquele tipo de estrutura para aumentar o seu bem-estar e segurança ao longo do dia. Sem problemas sociais detectados existe uma minoria de 4 doentes.

Como se pode verificar, o número de problemas sociais detectados no diagnóstico efectuado é superior ao número de doentes inquiridos, o que dá uma média de 1,2 por doente.

Para solucionar estas situações, o serviço social definiu estratégias para que os problemas das pessoas pudessem ser minimizados ou erradicados. Deste modo, as estratégias seguidas foram em, primeira instância, o atendimento para *Sensibilização, Informação, Orientação e Acompanhamento*, pois é fundamental o apoio a estes doentes quando se dirigem à consulta. Se não apresentarem uma necessidade expressa de serem encaminhados para o serviço social, efectua-se o atendimento na mesma, em grande parte dos casos para acolhimento apenas.

É fundamental o apoio às pessoas por uma questão de suporte emocional, tendo em conta que a sua situação de vida é geradora de grande sofrimento e a recorrência aos serviços de saúde deve ser o mais suavizada possível e geradora de bem-estar, com total disponibilidade por parte dos profissionais de saúde, mesmo que não exista intervenção a fazer.

Foram encaminhados para a *Segurança Social* 25 doentes com problemas de carência económica para apoio na compra de medicação. Esta situação faz

do *Instituto de Acção Social* o principal parceiro no encaminhamento dos casos de carência económica.

A colocação institucional diz respeito ao facto de haver situações em que o doente já não consegue estar na sua casa entregue a si próprio e a família, por ser inexistente ou os seus membros exercerem a sua profissão, não consegue assegurar os necessários cuidados ao doente. Se não é possível uma solução intra-familiar, então há que encaminhar o doente para uma colocação em lar ou outra instituição em que seja objecto de cuidados. Há que encaminhar o doente para um organismo na comunidade que preste o apoio necessário. Dos 6 casos indicados, 1 diz respeito a uma idosa isolada que foi inscrita em lar de idosos para internamento permanente e aguarda vaga, enquanto os restantes 5 para centro de dia, de modo a garantir que estes idosos sejam acompanhados e usufruam de refeições ao longo do dia, por já não se encontrarem habilitados a prepará-las.

Um dos doentes foi encaminhado para o apoio alimentar providenciado pela Liga Portuguesa Contra o Cancro e outros 2 para o Banco Alimentar, ambos em virtude de situações de carência económica para compra de bens alimentares.

Os 4 casos de habitação degradada foram sujeitos a visitas domiciliárias para avaliação da situação, sendo que em 2 dos casos com acompanhamento dos técnicos superiores da Câmara Municipal da zona de residência do doente. Um dos casos foi encaminhado para a Secretaria Regional de Habitação e Equipamentos, por necessitar de obras de elevado custo. Os outros 3 casos foram encaminhados para as Câmaras Municipais da zona, por serem obras de pequenas reparações.

Relativamente aos serviços pedidos nas instituições da comunidade, foi solicitado apoio ao domicílio para uma doente em todos os serviços: higiene pessoal, higiene da habitação, lavagem de roupas e fornecimento de refeição. Foi dado encaminhamento a 2 casos de doentes que se deslocaram para outros estabelecimentos de saúde no continente.

Do universo em estudo, composto por 35 doentes, foram sugeridas intervenções pelo serviço social, no sentido de agir nas situações que poderiam atenuar a forma como o doente sente a dor e proporcionar condições de maior conforto, numa média de 2,17% de estratégias por cada doente.

O serviço social pretendeu, assim, suavizar as condições existentes no ambiente destes doentes, quer fosse no seio das suas famílias, vizinhança ou comunidade onde o mesmo se integra. O objectivo é tornar mais suportáveis as situações de dor que o doente padece, pondo em prática os princípios defendidos pelas modernas abordagens à dor, partindo do pressuposto de que se pode atenuar situações de dor crónica através do melhoramento dos condicionalismos que causam desconforto e sofrimento no doente. Deste modo, o serviço social pretende minimizar e melhorar a vida das pessoas nas vertentes que forem possíveis de ser mudadas, pois, como já foi dito anteriormente, existem muitas situações de dor e de doença que não são passíveis de ser erradicadas, mas apenas controladas. Actuar no ambiente do doente, melhorando-o, conduz a um alívio da dor e do sofrimento. O serviço social procura actuar nos factores que possam minimizar este sofrimento, para que a doença possa ser mais facilmente suportada por quem sofre.

8- Conclusões

A dor acompanhou sempre a humanidade. A sua erradicação, ou na impossibilidade desta, o seu controlo foram uma preocupação constante. Nos primórdios, a dor conotava-se com a espiritualidade e a religião, pois os homens não a conseguiam explicar racionalmente. Em virtude disso, a intervenção na dor assumia carácter religioso. A forma como a pessoa sente a dor é influenciada pela maneira como a sociedade, onde a pessoa se insere, a socializou na vivência da dor. Existem mesmo algumas sociedades que infligem dor como forma de ritual de passagem à idade adulta ou como ritual religioso. Os valores culturais a que a pessoa é sujeita durante a sua socialização fazem com que a manifestação da dor seja influenciada em tudo: nas palavras que pronuncia, no vocabulário com que a descreve, no comportamento que manifesta, etc. À medida que o homem adquiriu conhecimento sobre o funcionamento do corpo, através do desenvolvimento da fisiologia e da medicina, e à medida que a religião deixa de ter o domínio sobre a ciência, surgem abordagens fundamentadas cientificamente para explicar o fenómeno da dor. A par desta evolução, surgem estudos sobre medicamentos que muito contribuem para o controlo ou erradicação da dor.

Na cultura ocidental, a interpretação da dor e a importância que se lhe dá está muito relacionada com a religião católica e com o suportar e sofrer a dor como forma de redenção. Por este facto, segundo a opinião de Tubiana⁴⁷¹, tem havido ao longo dos tempos uma deficiente formação dos profissionais de saúde que lidam com o doente com dor, porque a sociedade e a prática da medicina se basearam naquela premissa. Assim sendo, a intervenção na dor tardou tanto, constituindo esta uma medicina especializada.

Foram as contribuições dadas por todos estes avanços que permitiram, no séc. XX, o surgimento da Teoria do Portão e a criação das Clínicas de Dor por Bonica. Estas contribuições originam uma nova abordagem na medicina da dor, sendo então formada a International Association for the Study of Pain (IASP),

⁴⁷¹ TUBIANA, Maurice, *Historia da Medicina e do Pensamento Médico*, Lisboa, 2000, p. 52.

que define e normaliza a intervenção na dor nos países associados. Passa a existir uma abordagem multidisciplinar da dor, entendida como comum a todas as especialidades clínicas, dependendo o seu tratamento ou erradicação da intervenção de uma equipa multidisciplinar.

Para intervir na dor é necessário conhecer a forma como a pessoa sente a sua dor. Para atingir este objectivo, a intervenção na medicina da dor é cada vez mais um campo do saber especializado que obedece a normalizações e procedimentos ditados pela IASP e por regulamentações nacionais.

No Hospital do Divino Espírito Santo (HDES), a Unidade de Dor tenta colocar em prática os parâmetros de actuação estipulados pelo *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*⁴⁷², pois é neste que são determinadas as linhas mestras de actuação, definidas a nível nacional, e que buscam uma uniformidade de procedimentos e o estabelecimento de regras gerais que regulamentam a actuação dos profissionais de saúde que intervêm nesta área. A interpretação e a actuação na dor implicam uma abordagem global, na sua dimensão biológica, social, psicológica e cultural. Tal como é referido neste *Plano*, é importante o "dói e o porque dói"⁴⁷³, por isso, para intervir na dor, foram criados instrumentos de medida e escalas. Estas, apesar de tentarem medir, de forma quantitativa, aquilo que é subjectivo em quem sente a dor, pretendem aferir qual a sua intensidade e o impacto que têm na vida da pessoa que dela sofre, para que a mesma possa mais facilmente ser controlada ou erradicada. Quando se averigua o *porque dói*, a intervenção do serviço social é fundamental, pois é através desta que se toma conhecimento da forma como a pessoa sente a dor e quais as implicações afectivas que esta assume na sua vida. Este facto é tanto mais acentuado quanto maior for o envelhecimento da população, visto que a velhice é um período em que as pessoas padecem de doenças de forma acrescida, aumentando os índices de morbilidade da população. Por isso, torna-se cada vez mais necessário intervir eficazmente na luta contra a dor. Estas

⁴⁷² *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*, DGS, Portugal, 2001, aprovado por despacho ministerial de 26 de Março.

⁴⁷³ *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*, DGS, Portugal, 2001, aprovado por despacho ministerial de 26 de Março.

razões, aliadas aos estudos efectuados sobre a incidência de dor nas populações⁴⁷⁴, levam a crer que a dor, por si só, quando não tratada, se possa tornar num factor de morbilidade. De uma forma ou de outra, todas as pessoas já sentiram dor ao longo das suas vidas.

A dor, na sua forma crónica, é geradora de grandes alterações na vida do sofredor e está inculcada de um factor psicológico extremo, causador de distúrbio e prejuízo na vida do doente e de quem o rodeia. A dor afecta a forma como a pessoa encara a sua vida, a imagem que tem de si, a esperança no futuro, a sua vivência familiar, a vivência com os amigos, a sexualidade e, muitas vezes, a relação com o divino. A dor, nestas situações, é uma dor-doença que, em alguns casos, não se consegue erradicar, mas apenas controlar. Afecta a pessoa em todas as áreas da sua vida, tornando-se uma presença constante com a qual é necessário conviver e, por isso, impõe-se encontrar um meio-termo de razoabilidade que não provoque mal-estar e sofrimento, mantendo, assim, os níveis de dor num grau de intensidade que não colidam com os hábitos e rotinas do doente. É por estas razões que os aspectos subjectivos da dor são valorizados, como as emoções, a anterior experiência da dor, o seu comportamento, os factores de stress a que está sujeita, etc. A dor passa a ser encarada de forma subjectiva, constituindo esta a forma mais abrangente de a encarar. Compreender o sofrimento que a envolve é fundamental para o seu alívio ou cura. Este foi um dos objectivos desta investigação: saber de que modo a dor afecta a qualidade de vida da pessoa sofredora.

É nesta óptica multidisciplinar que o Serviço Social intervém na consulta da Unidade de Dor. Esta intervenção no HDES faz-se em regime de chamada⁴⁷⁵, pelas razões já expostas, e não em regime de triagem sistemática⁴⁷⁶ em

⁴⁷⁴ RABIAIS, Sara; NOGUEIRA, Paulo Jorge; FALCÃO, José Marinho, "A dor na população portuguesa. Alguns aspectos epidemiológicos (2002)", in *Dor*, Vol. 12, Nº 2, Lisboa, 2004, p. 6-30.

⁴⁷⁵ Regime de chamada é, como já foi anteriormente definido, estipulado pelo cumprimento de critérios definidos entre o Serviço Social e o serviço que procede à chamada do técnico de serviço social.

⁴⁷⁶ Consultar Anexos, definição de conceitos, p. 270 e seguintes.

presença⁴⁷⁷. Por isso, o número de doentes com processo social aberto é relativamente reduzido face a um universo total de 451 doentes com processo activo nesta unidade. Seguramente que a intervenção sistemática presencial do serviço social iria proceder ao levantamento de um mais elevado número de doentes.

No presente estudo, considerando o universo de doentes, a área de residência predominante daqueles que são atendidos nesta Unidade é a zona urbana da cidade de Ponta Delgada. Este facto leva a supor que os encaminhamentos efectuados, para o doente chegar à Unidade de Dor, são através dos circuitos internos do próprio hospital e, em muito menor número, através dos cuidados primários de saúde ou através dos dois outros hospitais que constituem, em conjunto com o HDES, o sistema hospitalar da Região Autónoma dos Açores (RAA). Um facto que reforça esta ideia é o de o número de doentes de outras ilhas, a beneficiar dos serviços desta Unidade, ser muito reduzido e nesta amostragem não existir nenhum doente com outra zona de residência que não seja a Ilha de São Miguel, apesar de este ser um hospital central na RAA, com cobertura de todo o arquipélago. Leva-nos a crer, então, que a Unidade de Dor do HDES poderia implementar uma maior articulação com as Unidades de Saúde da RAA, na divulgação da sua actuação. Existe, portanto, uma lógica de funcionamento interno que se restringe ao encaminhamento dentro do próprio hospital e se sobrepõe ao âmbito da abrangência geográfica desta Unidade de Dor.

Relativamente ao universo seleccionado, há um maior número de mulheres do que de homens, o que poderá ser devido ao facto de estas terem maior esperança média de vida do que os homens.

Tendo em conta a caracterização médico-clínica deste universo, a predominância de doenças é de foro reumatológico. No entanto, na composição da Equipa Básica e da Equipa de Colaboradores não existe especialista de Reumatologia. A necessidade de uma maior articulação entre a Equipa da Unidade de Dor e a Equipa de Oncologia, traria benefícios aos doentes de

⁴⁷⁷ Consultar anexos, definição de conceitos, p. 270 e seguintes.

ambos os serviços, pois, em regra, a grande maioria dos doentes de foro oncológico sofrem situações de dor extrema, quer a nível fisiológico, quer ao nível emocional e poderiam, assim, usufruir de apoio psicológico na Unidade de Dor.

Uma vez que esta Unidade de Dor tem no seu corpo clínico uma Psicóloga para apoio emocional/psicológico a estes doentes e o Hospital de Dia de Oncologia não integra, na sua composição, este profissional, seria de considerar o repensar de uma melhor articulação entre as duas equipas destes dois serviços, pois aquele profissional é fundamental para promover o atenuar da dor e de todos os factores emocionais e psicológicos com ela relacionados. A psicoterapia é vital para o alívio da dor e do sofrimento no doente, seja esta dor de que tipo for, pois permite-lhe uma explicação, através do diálogo, das situações que o inquietam, que o preocupam e que lhe causam situação de stress agravante do seu grau de dor.

Falar sobre a mesma, expor os sentimentos minimiza a forma como a pessoa sente a sua dor, aquilo que a preocupa, sendo fundamental para o doente em situação de dor crónica ter acesso a psicoterapia, no sentido de tratar as nuances afectivas e emocionais da dor.

Dotar esta Unidade de Assistente Social em regime de presença e não em regime de chamada, como se verifica na actualidade, permitiria o levantamento de situações sociais de modo exaustivo, possibilitando uma melhor actuação nos já citados factores emocionais, relacionais e afectivos da dor, minimizando as suas manifestações somáticas. O número de doentes abrangidos pela intervenção do serviço social seria, então, mais alargado, permitindo que se actuasse num maior número de situações, beneficiando mais doentes.

Considerando o tempo de doença que estes doentes apresentam, podemos avaliar que o aparecimento da enfermidade na vida dos sofredores é uma situação prolongada, em que as situações de patologia implicaram períodos de anos de doença e a ocorrência de cirurgias. Os doentes, na sua maioria, reconhecem que necessitam de um tratamento médico para efectuar o seu dia

a dia e solicitam ajuda para terem acesso ao mesmo. De todos os profissionais de saúde, é ao médico que recorrem com maior incidência.

Relativamente à hipótese de trabalho equacionada: de que modo é que a dor influenciava a qualidade de vida dos sofredores, aferimos que 33 reconhecem que a dor provoca alterações graves na sua vida, sendo limitadora de todas as suas funções e desempenhos, bem como da forma como se relacionam com familiares, amigos e vizinhos. A dor é entendida como factor de diminuição de desempenhos: os doentes afirmam-se diminuídos nas suas tarefas domésticas, no exercício de uma profissão e na sua mobilidade. A dor é também indissociável da sua carga afectiva emocional e é, ela própria, geradora de sentimentos negativos que na vida do sofredor ocupam e condicionam o seu estado de espírito. Os factores idade e solidão vão acentuar a forma como a dor condiciona o quotidiano destas pessoas. A intensidade com que sentem que a dor lhes retira qualidade de vida é tanto maior, quanto mais sós se sentem e quanto mais idosos são.

A dor interfere também na forma como a pessoa vive a sua intimidade. Uma vida plena inclui também a forma como se vive a afectividade e a sexualidade. A capacidade de dar e de receber amor, em todas as suas expressões, não deve ser limitada pela existência de dor: *“responder fisicamente ao/à nossa/o parceiro/a, não deve parar nem declinar por causa da dor. O toque suave e o diálogo podem com o/a companheiro/a ser muito bom para os dois, mesmo que não exista acto sexual⁴⁷⁸”*. Quando o doente não consegue ter à vontade neste tipo de assuntos deve procurar ajuda na equipa técnica ou em alguém da sua confiança, pois a sexualidade faz parte integrante da pessoa humana e a forma como o doente percebe a sua imagem vai interferir na forma como vive a sua afectividade e, por consequência, a sua sexualidade. Situações de doença incapacitante ou causadora de limitação

⁴⁷⁸ *A Dor Crónica de Origem não maligna, Autocuidado na Saúde e na Doença, Guia para as pessoas idosas*, Recomendado aos prestadores de cuidados informais, Direcção-Geral da Saúde, Lisboa 2001, pp. 16-17.

física, ainda que temporária, podem interferir de forma negativa na vivência de uma sexualidade saudável.

A presença do sentimento de solidão nas vidas das pessoas vai acentuar e agravar a forma como sentem a sua dor, fazendo-a atingir graus mais intensos. A dor interfere na mobilidade, no desempenho e no exercício de uma profissão. A doença é um factor de isolamento e fechamento do doente. Quando existe círculo relacional, este é reduzido pela doença, quer este círculo seja familiar, de vizinhos ou de amigos. A pessoa doente sente que tem menor e pior qualidade nos seus relacionamentos. As oportunidades de lazer e de distração são também diminuídas pela presença da dor.

A segunda hipótese de trabalho equacionada foi sobre a presença ou não de um acontecimento fragilizante na vida das pessoas que proporcionou que a doença se agravasse ou se instalasse. Relativamente a esta hipótese, a quase totalidade de doentes do universo em questão veio reconhecer a presença deste factor nas suas vidas. O reconhecimento desta ocorrência é, ela própria, indiciadora de fragilidade na vida destas pessoas. No testemunho dos doentes houve oportunidade a que ocorresse uma fragilização emocional, psicológica ou relacional que levou a que a doença se instalasse ou agravasse.

De uma forma geral, os doentes inquiridos manifestam que a sua qualidade de vida é baixa e que é condicionada em todas as suas vertentes pela situação de dor, revelando-se insatisfeitos com a sua saúde, o que, por seu turno, provoca falta de esperança na vida. Reconhecem também que as suas vivências e histórias de vida conduziram a uma fragilização que permitiu que a doença tivesse neles um impacto decisivo para a sua actual situação de sofrimento. Por isso, o apoio e acompanhamento da dor e da doença por parte da equipa multidisciplinar é fundamental, pois o âmbito de intervenção junto do doente é mais alargado, abrangendo, por isso, mais facetas da sua vida que, sendo trabalhadas, poderão minimizar a situação de sofrimento de que padece. A simples partilha de emoções e o diálogo, só por si, são desmistificadores e proporcionam alívio a quem a eles recorre. Muitas preocupações de âmbito emocional podem ser resolvidas ou colmatadas com a partilha entre o doente e

um dos membros da equipa multidisciplinar. Ter a consciência de que as situações de dor e de sofrimento não podem, em grande percentagem dos casos, ser erradicadas, mas apenas controladas, deverá ser factor de compreensão para todos os profissionais de saúde que actuam na área da dor. A atenção e a disponibilidade para o diálogo que se demonstra a este tipo de doentes é fundamental, pois permite-lhes estabelecer relações de confiança que se tornam mais estáveis com o passar do tempo. Uma consulta onde a pessoa sofredora sente que tem tempo de ser ouvida e de expor as suas preocupações é fundamental. Agendar consultas onde o factor principal de preocupação seja a disponibilidade para ouvir o doente, é essencial. Para isso, é imprescindível a diminuição do número diário de consultas e, conseqüentemente, o aumento significativo da duração das mesmas.

É no contexto de actuação da equipa multidisciplinar que o serviço social é integrado na intervenção hospitalar, actuando em muitos factores que não têm a ver com a doença e a dor propriamente ditas, mas que podem proporcionar ao doente uma outra forma de encarar a doença e a dor, e por isso mesmo, proporcionar-lhe um alívio significativo na dor que sente. O papel do assistente social hospitalar está ligado ao acompanhamento da pessoa em situação de doença. Encara-se o doente como uma pessoa que desempenha um papel no seu seio familiar, no seu emprego, na sua vizinhança e na sua comunidade. Aborda-se o doente numa perspectiva psicossocial⁴⁷⁹.

É devido à participação do assistente social na equipa hospitalar que se consegue detectar situações que podem comprometer o bem-estar do doente no exterior quando este regressar à sua família/comunidade. O objectivo será intervir e proporcionar-lhe maior conforto. Para isso o serviço social mobiliza os recursos necessários, quer estes estejam na família do doente, na sua vizinhança ou nos serviços na comunidade onde este irá regressar. A pessoa integra-se no seu contexto social e é assim que é entendida. O serviço social hospitalar pode ser compreendido como um domínio do serviço social. Este

⁴⁷⁹ CARVALHO, Maria Irene Lopes B., "Reflexões sobre a profissão do Serviço Social em contexto hospitalar", in *Intervenção Social*, 28, 2003, Lisboa, p. 30.

recorre aos conhecimentos das ciências sociais e humanas, tendo por objectivo a promoção da saúde e dos direitos do doente no seu processo de cura e reabilitação⁴⁸⁰. O assistente social tem um papel essencial de mediação entre a instituição de saúde, o doente/família, o contexto social e equipa de saúde. O serviço social interage no seio da equipa hospitalar e actua nas vertentes pessoais, relacionais, comunitárias e familiares do doente, tentando criar as condições necessárias para que o mesmo possa encontrar as soluções mais convenientes ao alívio da sua situação, proporcionando-lhe um bem-estar que lhe permita controlar ou erradicar a dor que sente. A actuação do serviço social passa por melhor integrar este doente no seio da sua família ou da sua comunidade, criando as condições necessárias ao seu regresso a casa, com as características de que o mesmo precisa para melhorar o seu conforto e bem-estar e, por consequência, aliviar a dor, actuando nos factores emocionais ou psicológicos que a podem aumentar ou diminuir. Por isso, a pessoa doente deve ser entendida pela equipa hospitalar como sendo o cerne de todas as actuações.

Ter em conta o modo como o doente descreve a sua dor e a qualidade de vida que pretende para si é fundamental para o seu tratamento. O contacto do doente com os seus familiares e amigos é também elementar como factor atenuante da dor. Finalmente, o contacto com os profissionais de saúde e elementos da equipa que tratam o doente é indispensável na definição e no estabelecimento de metas a atingir no percurso necessário para atenuar ou erradicar a dor.

Para o Serviço Social é fundamental perceber quais os factores que na vida do doente causam, ou aumentam, a situação de dor. Esta averiguação só se pode levar a cabo mediante a criação de uma relação de confiança que se estabelece. Assim, o Serviço Social poderá orientar para se actuar num sem número de situações que podem contribuir para um significativo atenuar da dor no sofrimento. Para isso, são estabelecidas parcerias com os organismos da

⁴⁸⁰ CARVALHO, Maria Irene Lopes B., "Reflexões sobre a profissão do Serviço Social em contexto hospitalar", in *Intervenção Social*, 28, 2003, Lisboa, p. 33.

comunidade de forma a poder alterar certas condições que proporcionem ao doente maior bem-estar, como por exemplo, a instalação de corrimões, a reorganização de mobiliário para melhor colmatar *deficits* de motricidade, a substituição de camas, de colchões ou de cadeiras, a fixação de tapetes e o uso de carrinhos de compras para evitar o transporte de pesos. Tudo isto representa ajudas mínimas que podem ter um peso significativo no alívio da dor do sofredor.

São também diligenciados pelo serviço social os meios materiais e humanos necessários para que o doente tenha acesso a ajudas técnicas, como o uso de cadeiras de rodas, a adaptação de calçado, o uso de auxiliares de marcha (canadianas ou andarilhos), a instalação de barras de apoio em banheiras, etc. Estas pequenas mudanças podem representar um alívio significativo, proporcionando qualidade de vida à pessoa doente.

Relativamente à intervenção na comunidade, muitas vezes é necessário que o serviço social solicite aos organismos com jurisdição na área do doente, quer sejam Câmaras Municipais, Juntas de Freguesia ou Associações, Secretarias Regionais ou outros, a instalação de pavimentos anti-derrapantes, passadeiras, rampas e elevadores, equipamentos desportivos acessíveis, transportes adequados etc., para que o doente possa aceder a bens e serviços no meio social onde se integra.

O serviço social estabelece também parcerias com outros organismos para que se consiga efectuar uma intervenção na comunidade numa perspectiva de melhoria em termos relacionais e emocionais, substituindo a família em caso de inexistência ou indisponibilidade. Esta intervenção passa pela criação de centros de dia, centros de convívio, serviços de apoio ao domicílio (sejam estes de enfermagem ou higiene e apoio ao idoso), lares e outras infra-estruturas que colmatem as necessidades de afecto e cuidado da pessoa, bem como as lacunas deixadas por aqueles que, estando isolados, perderam o contacto com os seus, por morte, por separação ou pela integração destes no mercado de trabalho.

Sensibilizar as autoridades e alertar para estes factores é também uma das funções do serviço social, que tenta intervir na comunidade criando infra-estruturas acessíveis para todos aqueles que delas necessitem. O estabelecimento de uma rede de apoio emocional ao idoso ou ao doente dependente, que possa substituir os afectos da família que não tem disponibilidade ou que não existe é fundamental, pois, como já foi referido, aqueles que não estão sós ou que não se sentem sós têm uma menor propensão para sentir dor⁴⁸¹.

O estabelecimento destas redes alternativas à família é conseguido através de recursos comunitários: IPSS⁴⁸², famílias cuidadoras e, mais recentemente, pela criação de empresas privadas que prestam este tipo de serviços. Muitas vezes tal também é conseguido através do estreitar dos laços de vizinhança de pessoas que rodeiam o doente/idoso ou pela colocação de um cuidador particular, quando a situação económica assim o permita. Para a equipa multidisciplinar hospitalar, uma análise aos estilos de vida do doente pode ser fundamental para se perceber onde se pode actuar nos factores que minimizam a dor. Reorganizar o estilo de vida e adaptá-lo à situação problema causada pela doença é essencial para que se possa redefinir a forma como a pessoa sente a sua limitação provocada pela doença e sofrimento. Assim, as situações de doença crónica "*passaram a constituir patologias dominantes, nas nossas sociedades, sendo o objectivo a adaptação à doença mais do que a sua cura*"⁴⁸³, pois, como já foi anteriormente referido, nem sempre se consegue erradicar a doença. Então, é essencial que a pessoa consiga estabelecer, com a presença desta doença, a uma alteração nas suas rotinas e hábitos que seja geradora de maior conforto e minimize o seu sofrimento. É neste sentido que o serviço social é um recurso de excepção no meio hospitalar que permite atingir uma maior qualidade de vida para o doente.

⁴⁸¹ Consultar p. 137 e seguintes.

⁴⁸² Instituições Particulares de Solidariedade Social.

⁴⁸³ DIAS, Maria do Rosário, *A esmeralda perdida: a informação ao Doente com cancro da mama*, Lisboa, ISPA, 1997, in: CARVALHO, Maria Irene Lopes B., "*Reflexões sobre a profissão do Serviço Social em contexto hospitalar*", in *Intervenção Social*, 28, 2003, Lisboa, p. 47.

O projecto de intervenção com o doente visa desenvolver as suas potencialidades para a gestão do quotidiano (pessoal, familiar, amigos, meio profissional e meio de origem) e insere o factor doença de forma racional, como algo com o qual o doente terá de continuar a viver⁴⁸⁴. Ajudar o doente a enfrentar a sua situação de doença, de modo a que este consiga compreender e definir o papel que a enfermidade tem para si, confrontar a realidade, responder às exigências da situação, garantir que familiares e amigos que possam ajudar e apoiar esta crise, preservar no doente uma auto-imagem satisfatória, gerir as preocupações decorrentes desta nova situação, passam também pelas competências do serviço social. Estas têm de ser desenvolvidas, respeitando as crenças e valores fundamentais, as vivências e atribuições de causas que o doente confere à sua doença. O objectivo é que o mesmo saia reforçado desta situação, pois torna-se capaz de visualizar o seu problema e actuar nele, mobilizando também os recursos de que dispõe, tomando decisões, empenhando-se no seu tratamento e, sobretudo, tornando-se sujeito das suas decisões. É importante para a reabilitação do doente que este disponha de uma rede de afectos que o suportem, por isso a família, quando existente, é um recurso fundamental para a mudança. O serviço social hospitalar diligencia para que o doente/família possa desenvolver as suas potencialidades, tendo em conta as redes sociais e o contexto social em que se insere.

Seguramente que, no futuro, com vista a atingir mais e maior sucesso na intervenção com o doente, as Unidades de Dor irão incluir nas suas equipas multidisciplinares técnicos especializados em terapias alternativas no combate à dor. Estas terapias foram desenvolvidas com base nas contribuições dadas pelos processos ligados à motivação e cognição do fenómeno doloroso⁴⁸⁵. Sendo citadas por Ronald Melzack exigem muito tempo e esforço por quem as aplica e por quem delas usufrui. O objectivo de quem trata a dor é, muitas

⁴⁸⁴ CARVALHO, Maria Irene Lopes B., "Reflexões sobre a profissão do Serviço Social em contexto hospitalar", in *Intervenção Social*, 28, 2003, Lisboa, p. 48.

⁴⁸⁵ Melzack, Ronald; WALL, Patrick, *O Desafio da Dor*, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa 1987, p. 323-344.

vezes, reduzi-la a níveis suportáveis e não eliminá-la completamente, pois, em alguns casos, tal não é possível.

Melzack, na sua obra *Desafio da Dor*⁴⁸⁶, refere formas de redução da dor que não dependem de analgesia, mas sim de sugestão psicológica, como, por exemplo, o relaxamento e a hipnose. Refere então o relaxamento como forma de alívio da dor, pois proporciona uma modificação fisiológica notável como a diminuição da pressão arterial, do metabolismo e da frequência respiratória. A distração da atenção também é por ele referida como factor de diminuição da dor (estes factores foram observados no relato de entrevista apresentado, em que o único doente que apresentou o mais baixo nível de dor, usufruía da condição distração). Ainda segundo Melzack, a hipnose iria actuar sobre os processos de controlo da forma de transmissão da informação dolorosa ao cérebro. Neste contexto, existem várias terapias psicológicas para diminuir a dor⁴⁸⁷. No entanto, estas terapias não são eficazes em todas as patologias e actuam diferentemente nas pessoas, não se podendo definir um padrão rígido de actuação neste tipo de intervenções.

Corroborando as opiniões de Melzack, as directivas explicitadas no *Guia para as Pessoas Idosas*⁴⁸⁸ referem que, nas dores crónicas de origem não maligna, podem ser usados métodos não farmacológicos no seu alívio, que são muito importantes, pois proporcionam uma eficácia comprovada. Os métodos referidos são a aplicação de calor, de frio, a massagem, estimulação eléctrica nervosa transcutânea⁴⁸⁹, a acupunctura e a hidroterapia. Estas técnicas de controlo de dor poderão não ter uma eficácia plena e, seguramente, demorará até serem integradas no sistema nacional de saúde. No entanto, podem levar o doente a algum alívio e conforto. Seria, por isso, de ponderar um encaminhamento para algumas destas técnicas (já disponíveis no nosso

⁴⁸⁶ *Idem*, pp. 334-335.

⁴⁸⁷ *Idem*, pp. 343.

⁴⁸⁸ *A Dor Crónica de Origem não maligna, Autocuidado na Saúde e na Doença, Guia para as pessoas idosas*, Recomendado aos prestadores de cuidados informais, Direcção-Geral da Saúde, Lisboa 2001, p. 20-24.

⁴⁸⁹ Estimulação efectuada com o uso de um aparelho alimentado por pilhas, com dois eléctrodos, que permite a aplicação de corrente na pele, muitas vezes sobre os pontos de acupunctura.

mercado) dos doentes cujas patologias e situação financeira assim o permitam, como forma de não saturação dos mesmos em tratamentos muito mais invasivos unicamente à base de fármacos. Além disso, todas as técnicas que implicam a massagem e o toque na pessoa doente são, só por si, geradoras de bem-estar e conforto, pois permitem uma interacção próxima com o terapeuta e induzem ao relaxamento muscular que, na grande maioria das vezes, leva ao alívio da dor.

Para além dos aspectos já referidos, é uma preocupação da equipa da dor, para que esta possa ser aliviada ou curada, a minimização de factores causadores de *stress* (desequilíbrio entre exigências e as capacidades de lhes dar resposta). O relaxamento, o repouso e um sono de boa qualidade são cruciais para o controlo da dor. O desenvolvimento de uma vida activa, de ocupações, exercício físico e actividades lúdicas são também importantes para que a pessoa doente interfira na sua dor através da distracção e relaxamento. A partilha de experiências é também muito importante para quem trabalha com este tipo de doentes. Como já foi referido, muitas vezes não é possível encontrar a cura na unidade de dor, mas deverá ser possível, seguramente, encontrar um atendimento cada vez mais virado para a pessoa, tendo em vista uma abordagem global e um entendimento da dor nas suas mais diversas vertentes, em que o apoio, a compreensão e respeito sejam o entendimento dominante.

ANEXOS

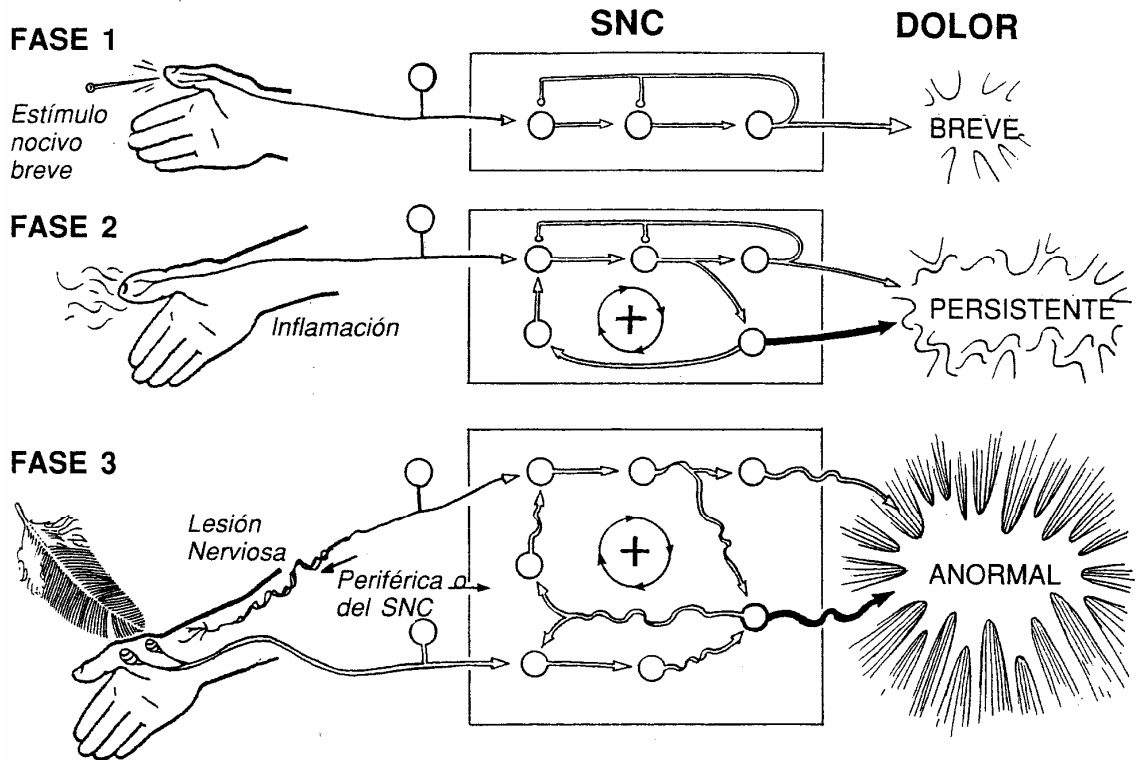
Anexos

1- Desenho de René Descartes⁴⁹⁰



⁴⁹⁰ No seu livro, *O Homem*, onde descreve pela primeira vez a presença da transmissão da dor da periferia até ao sistema nervoso central, in: BASTOS, Zeferino, *Multidisciplinaridade e Organização das Unidades de Dor Crónica*, Biblioteca da Dor, Coor., Dr. José Manuel Caseiro, Permanyer Portugal, Lisboa 2005, p. 11.

2- Fisiopatología da Dor⁴⁹¹



3- McGill Pain Questionnaire⁴⁹²

⁴⁹¹ SANCHEZ, José Luis Aguilar, FONT Luis Aliaga, et al, *Tratamiento del Dolor teoría e práctica*, Publicaciones Permanyer, Barcelona 2002, p. 13.

⁴⁹² WALL, Patrick D., MELZACK, Ronald, *Textbook of Pain*, London, 1994, p. 341.

McGill Pain Questionnaire

PAIN QUALITY		N	P	PP
(1-10) (1-10) (1-10) (1-10)		N	P	PP
1 FLICKERING QUIVERING PULSING THROBBING BEATING POUNDING	11 TINGING EXHAUSTING			
2 JUMPING FLASHING SHOOTING	12 SICKENING SUFFOCATING			
3 PRICKING BORBING DRILLING STABBING LANCINATING	13 FEARFUL FRIGHTFUL TERRIFYING			
4 SHARP CUTTING LACERATING	14 PUNISHING GROELLING CRUEL VICIOUS KILLING			
5 PINCHING PRESSING CHAWING CRAMPING CRUSHING	15 WRETCHED BLINDING			
6 TUGGING PULLING WRENCHING	16 ANNOYING TROUBLESOME WHELEABLE INTENSE UNDEARABLE			
7 HOT BURNING SCALDING SEARING	17 SPREADING RADIATING PENETRATING PIERCING			
8 TINGLING ITCHY SMARTING STINGING	18 TIGHT NUMB DRAINING SQUEEZING TEARING			
9 DULL SORE HURTING ACHING HEAVY	19 COOL COLD FREEZING			
10 TENDER TIGHT RASPING SPLITTING	20 NICKING NERVEATING AGONIZING DREADFUL TORTURING			
	PP			
	0 NO PAIN 1 MILD 2 DISCOMFORTING 3 DISTRESSING 4 HORRIBLE 5 EXCRUCIATING			

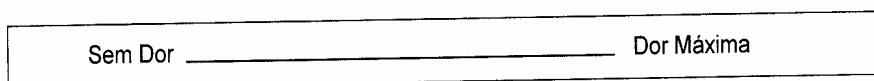
BRIEF	RHYTHMIC	CONTINUOUS
MOMENTARY	PERIODIC	STEADY
TRANSIENT	INTERMITTENT	CONSTANT

E = EXTERNAL
I = INTERNAL

COMMENTS:

4-Escalas de avaliação de dor⁴⁹³

Escala Visual Analógica



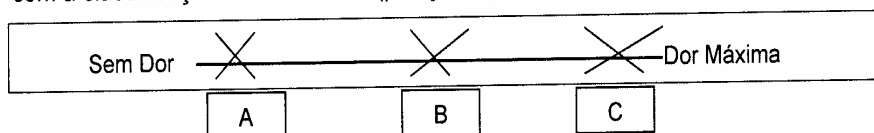
A Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação "Sem Dor" e, na outra, a classificação "Dor Máxima".

O doente terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua Dor. Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da Dor e a posição assinalada na linha recta.

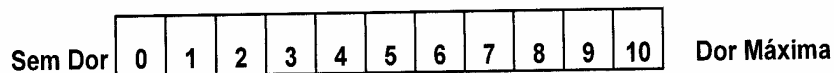
Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será assinalada na folha de registo.

Exemplo:

Um doente com Dor Ligeira assinalará uma cruz próximo da extremidade com a classificação "Sem Dor" (posição A). Se sofrer de uma Dor Média assinalará uma cruz na zona central da linha (posição B). Se sofrer de uma Dor Intensa assinalará uma cruz próximo da extremidade com a classificação "Dor Máxima" (posição C).



Escala Numérica



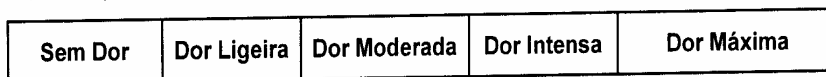
A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10.

Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical.

Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação "Sem Dor" e a 10 a classificação "Dor Máxima" (Dor de intensidade máxima imaginável).

A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo.

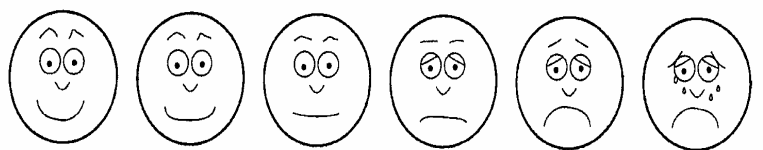
Escala Qualitativa



Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjectivos: "Sem Dor", "Dor Ligeira", "Dor Moderada", "Dor Intensa" ou "Dor Máxima". Estes adjectivos devem ser registados na folha de registo.

⁴⁹³ CIRCULAR NORMATIVA Nº 09/DGCG, de 14.06.2003, A Dor como 5º sinal vital, Registo sistemático da intensidade da Dor.

Escala de Faces



0
(Sem Dor)

1

2

3

4

5
(Dor Máxima)

Na Escala de Faces é solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação "Sem Dor" e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação "Dor Máxima".

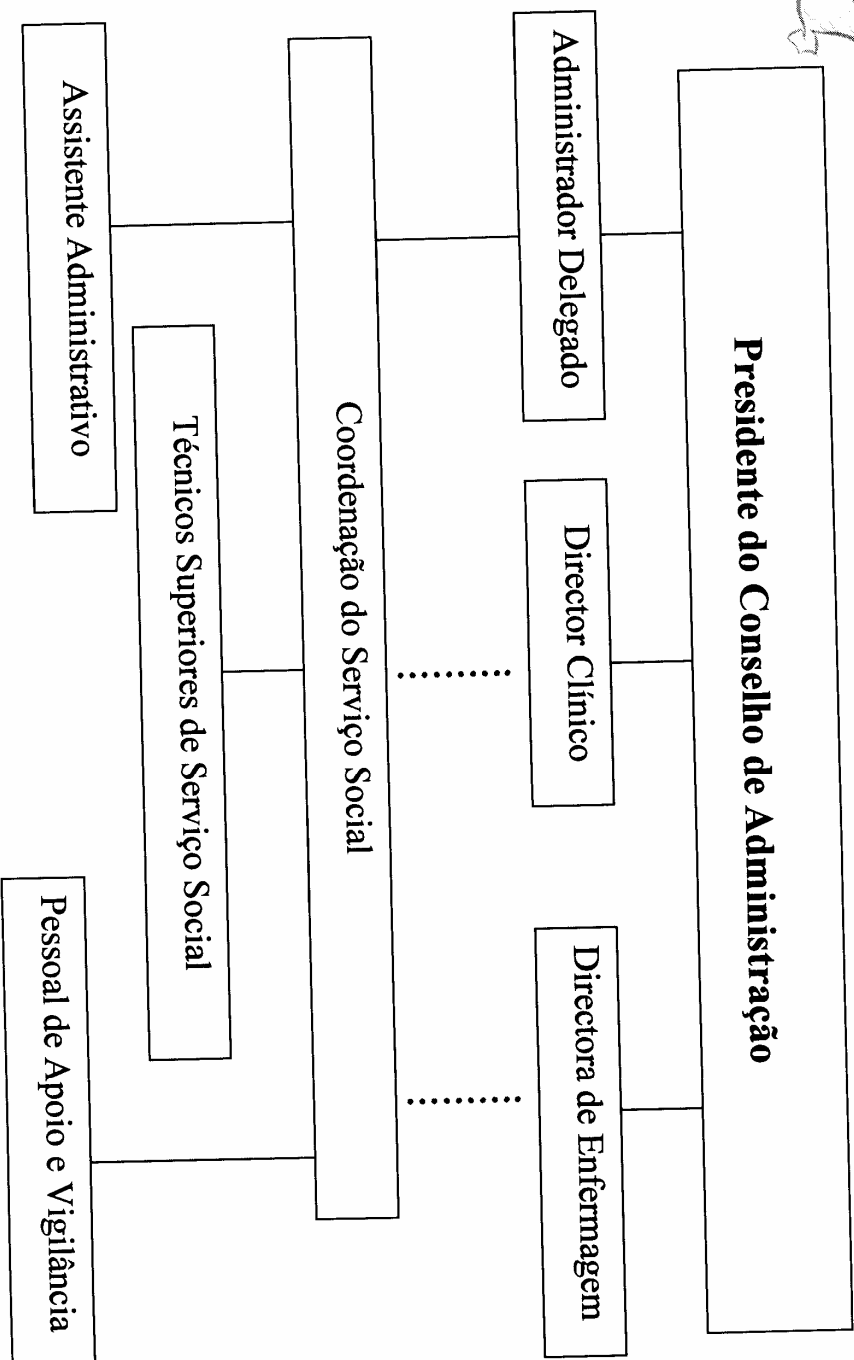
Regista-se o número equivalente à face seleccionada pelo doente.

5- Organograma do HDES⁴⁹⁴

⁴⁹⁴ Gentilmente cedido pelo Gabinete da Qualidade do HDES, Março de 2006.



ORGANIGRAMA DO SERVIÇO SOCIAL



6-Organograma do Serviço Social do HDES⁴⁹⁵

⁴⁹⁵ Gentilmente cedido pelo Gabinete da Qualidade do HDES, Março de 2006.

7-Órgãos Constitutivos do Hospital do Divino Espírito Santo

Administração:

Conselho de Administração;

Presidente do Conselho de Administração ou Director;

Administrador-Delegado;

Direcção Técnica:

Director Clínico;

Enfermeiro Director de Serviço de Enfermagem;

Apoio Técnico:

Conselho Técnico;

O Administrador-Delegado;

O Director Clínico do Hospital;

O Enfermeiro Director do Serviço de Enfermagem;

Directores de Departamentos e ou de Serviços de Acção Médica, no máximo de quatro;

Enfermeiros Supervisores, no máximo de dois;

O Director ou responsável pelos Serviços de Farmácia;

O Director ou responsável pelos Serviços de Instalação e Equipamento;

O Coordenador ou responsável pelo Serviço Social.

Comissão Médica;

Comissão de Enfermagem;

Comissão de Farmácia e Terapêutica;

Participação e Consulta:

Conselho Geral.

Comissão de Ética.

8- Distribuição dos funcionários do HDES por Grupo Profissional e por Sexo, no ano de 2001⁴⁹⁶

	Homens	Mulheres	Total
Dirigente	0	3	3
Médico	103	64	167
Enfermeiros	44	283	327
Tec. Sup. Saúde	2	12	14
Téc. Superiores	5	10	15
Téc. Diag. Terapêutica	14	36	50
Informática	2	4	6
Técnico	2	0	2
Administrativos	15	102	117
Téc. Profissional	1	23	24
Serviços Gerais	123	353	476
Auxiliares	4	6	10
Operária	21	0	21
Investigação	0	1	1
Outro pessoal	2	4	6
Total	338	901	1239

⁴⁹⁶ *Relatório de Gestão de 2001, HDES, Junho de 2002.*

9- Distribuição Etária dos funcionários do HDES⁴⁹⁷

	Homens	Mulheres	Total	%	% Acum.
Menor de 18	0	0	0	0	0,0
18 a 24	7	10	17	1,37	1,4
25 a 29	30	115	145	11,7	13,1
30 a 34	60	139	199	16,1	29,1
35 a 39	52	260	312	25,2	54,3
40 a 44	52	136	188	15,2	69,5
45 a 49	51	120	171	13,8	83,3
50 a 54	62	86	148	11,9	95,2
55 a 59	18	23	41	3,31	98,5
60 a 64	2	8	10	0,81	99,4
65 a 69	4	4	8	0,65	100,0
70 e +	0	0	0	0	100,0
Total	338	901	1239	100	100,0

⁴⁹⁷ Integrando em 2001 cerca de 1239 funcionários segundo números do *Relatório de Gestão de 2001*, HDES, Junho de 2002. p. 74.

10- Especialidades Médicas, Cirúrgicas e Serviços que integram o HDES

Especialidades Médicas	Medicina I (Medicina Interna)	Medicina II (Medicina Interna)	Medicina III (Dermatologia, Endocrinologia, Dermatologia, Gastrenterologia, Reumatologia)	Medicina IV (Nefrologia, Neurologia)	Pneumologia (Internamento e Hospital de Dia)
-------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	--	---	---

Especialidades Cirúrgicas	Cirurgia I (Oftalmologia e Otorrinolaringologia)	Cirurgia II (Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular e Maxilo-Facial)	Cirurgia III (Cirurgia Geral)	Cirurgia IV (Cirurgia Geral e Urologia)
----------------------------------	---	---	----------------------------------	--

Hospitais de Dia	Hospital de Dia de Hemodiálise	Hospital de Dia de Oncologia	Hospital de Dia de Pneumologia	Serviço de Medicina Física e Reabilitação (Hospital de Dia)	Hospital de Dia de Psiquiatria	Hospital de Dia de Pediatria
-------------------------	--------------------------------	------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------	------------------------------

Outras Especialidades: Unidades/Serviços	Neurocirurgia; Obstetrícia; Bloco de Partos; Neonatologia; Pediatria; Consulta Externa; Anestesiologia; Cardiologia; Unidade de Dor; Serviço Doenças Infecciosas; Unidade Cuidados Intensivos; Serviço de Urgência; Ortopedia
---	---

Outros Serviços e Sectores	1º Piso: Gabinete de Serviços Gerais	2º Piso: Farmácia; Lavandaria; Esterilização; Aprovisionamento; Morgue; Gabinete de Medicina Legal; Cozinha; Refeitório; Costuraria.	3º Piso: Capela; Bar; Consulta Externa; Secretaria.	4º Piso: Laboratórios de Imunologia, Anatomia Patológica e Análises Clínicas; Serviço Social; Administração; Biblioteca; Voluntariado; Núcleo de Formação Profissional.	5º Piso: Gabinete da Qualidade; Saúde Ocupacional; Sala de Formação; Arquivo.
---	--	--	--	--	--

11- Lotação geral do HDES segundo a valência/especialidade no ano de 2006⁴⁹⁸

Especialidades Médicas	Lotação
Ginecologia e Obstetrícia	45
Bloco de Partos (11 camas)	
Obstetrícia	36
Ginecologia	9
Cardiologia	21
Cardiologia Geral	
UTIC (5 camas)	21
Cirurgia Geral	38
Cirurgia Maxilo Facial	3
Cirurgia Plástica/Queimados	5
Cirurgia Vascular	12
Dermatologia	2
Doenças Infecciosas	15
Endocrinologia	4
Gastrenterologia	12
Hematologia	2
Medicina Interna	55
Geriatria	3
Medicina Interna	52
Oncologia Médica	7
Nefrologia	4
Neurocirurgia	13
Neurologia	17
Oftalmologia	10
Ortopedia	26
Otorrinolaringologia	16
Pediatria	43

⁴⁹⁸ Fonte: Serviço de Gestão de Doentes, Tratamento de Dados, Serviço de Estatística do HDES, lotação praticada para o 1º semestre de 2006.

Pediatria Geral	25
Neonatologia	18
Pneumologia	19
Reumatologia	1
U.C.I.P.	6
Urologia	14
Total	390

12-Movimento do HDES para o ano 2004 para os seguintes serviços/especialidades⁴⁹⁹

Designação	Nº. Total
Urgências	73 762
Operações (programadas e de urgência)	6 023
Anestésias	5 630
Consultas efectuadas (todas as especialidades)	100 709
Parto (naturais e por cesariana)	1 850
Doentes saídos do hospital	5 562
Movimento de internados no hospital	13 439

⁴⁹⁹ *Estatísticas da Saúde 2004*, Serviço Regional de Estatística dos Açores, Angra, 2004.

13- Critérios de Triagem do Serviço Social do HDES⁵⁰⁰

Critérios elaborados mediante o estipulado pela Equipa Técnica do Serviço Social, no âmbito da estruturação e criação do processo social:

Serviço de Internamento

SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA
CRITÉRIOS DE TRIAGEM: Sempre em regime de triagem sistemática.
Maus-tratos; mães adolescentes (até 17 anos); mães solteiras; vitimas de abuso sexual ou violação; violência doméstica; carência habitacional; carência económica; prostituição/alcoolismo; antecedentes de negligência maternal; mulheres portadoras de atraso mental/doença mental; utentes que não colaboram com a equipa clínica; abandono do internamento sem alta clínica ou hospitalar; utente sem visitas; rejeição do filho; inexistência de apoio familiar; multiparidade (+ de 4 filhos); transferência hospitalar; desajustamentos conjugais; beneficiários de RSI; parturientes c/ antecedentes de filhos para adopção ou institucionalização.

SERVIÇO DE NEONATOLOGIA
CRITÉRIOS DE TRIAGEM: Sempre em regime de triagem sistemática.
Recém-nascido com visitas esporádicas; recém-nascido que apresenta negligência física; recém-nascido filho de mães solteiras; recém-nascido não desejado; recém-nascido deslocado de outra ilha; carência habitacional; carência económica; prostituição de um ou ambos os progenitores; recém-nascido cujos progenitores apresentam consumo aditivo de álcool, drogas ou fármacos; recém-nascidos filhos de progenitores portadores de atraso mental/doença mental; recém-nascido cujos progenitores apresentaram negligência com outro filho; recém-nascido com necessidades especiais no pós-alta; recém-nascido com deficiência; transferência Hospitalar.

⁵⁰⁰ Retirado do Procedimento de criação e elaboração do Processo Social do Serviço Social do HDES. Gentilmente cedido pela Senhora Coordenadora do Serviço Social, Dra. Helena Soares.

SERVIÇO DE PEDIATRIA

CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de triagem sistemática.

Maus-tratos (físicos, psicológicos, síndrome de Münchausen por procuração, negligência alimentar, de higiene pessoal, cuidados de saúde, vestuário); abuso sexual; carência econômica; carência habitacional; doentes crônicos; abandono; crianças com necessidades especiais inseridas em meio familiar problemático; sinais de rejeição familiar; mãe adolescente; desconhecimento de direitos; administração precoce de leite de vaca; mendicidade; prostituição; transferência hospitalar; alterações sociais e comportamentais do menor e/ou família (alcoolismo, consumo de drogas); criança internada por terceiros; crianças com necessidades especiais em material de apoio técnico; violência doméstica; crianças institucionalizadas; crianças a cargo de outros familiares; crianças deslocadas de outras ilhas ou outro país.

SERVIÇO DE GINECOLOGIA

CRITÉRIOS DE TRIAGEM: em regime de chamada.

Doentes deslocadas de outras ilhas; doentes oncológicas; carência econômica; doentes idosas; doente vítima de maus-tratos; doente vítima de violência doméstica; vítima de abuso sexual ou violação; transferência hospitalar.

SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de triagem sistemática.

Doente deslocado de outra ilha; doente dependente; doente sem familiares próximos; doente com alterações do comportamento; doente com necessidade de ajudas técnicas; doente vítima de maus-tratos; doente vítima de violência doméstica; transferência hospitalar; doentes com carências econômicas.

SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de triagem sistemática.

Doente deslocado de outra ilha; doente dependente; doente sem familiares próximos; doente com alterações do comportamento; doente que necessite de obras de adaptação na habitação; doente com necessidade de ajudas técnicas; doente vítima de maus-tratos; doente vítima de violência doméstica; transferência hospitalar; doente com carência económica

SERVIÇO DE ORTOTRAUMATOLOGIA

CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de triagem sistemática.

Doente com mais de 65 anos; doente deslocado de outra ilha; doente dependente; menores em situação de negligência; doente com problemas de alcoolismo e/ou toxicod dependência; doente sem familiares próximos; doente com alterações do comportamento; doente que necessite de reconversão laboral no pós-alta; doente que necessite de obras de adaptação na habitação; doente com necessidade de ajudas técnicas; doente vítima de maus-tratos; doente vítima de violência doméstica

SERVIÇO DE DOENÇAS INFECCIOSAS

CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de chamada.

Doente dependente; doente sem visitas; doente internado por mau estado geral; doente com diagnóstico de toxicod dependência ou etilismo; doente em situação de precariedade económica, doente estigmatizado pela doença infecciosa de que é portador; doente repatriado; doente vítima de maus-tratos; doente vítima de violência doméstica; transferência hospitalar.

SERVIÇO DE MEDICINA I (Medicina Interna)

CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de triagem sistemática.

Doente com mais de 70 anos; doente com hábitos etílicos; doente dependente; doentes sem visitas; doente em situação de precariedade económica; rejeição familiar; doente com sequelas de AVC; doente internado por mau estado geral; doente vítima de maus-tratos; doente vítima de violência doméstica; doente com diagnóstico clínico de Doença de Alzheimer.

SERVIÇO DE MEDICINA II (Medicina Interna)

CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de triagem sistemática.

Doente com mais de 65 anos; doente com hábitos etílicos; doente dependente; doente sem visitas; doente em situação de precariedade económica; rejeição familiar; doente vítimas de maus-tratos; doente vítima de violência doméstica; transferência hospitalar.

SERVIÇO DE MEDICINA III (Dermatologia, Reumatologia, Oncologia, Endocrinologia, Gastreenterologia)

CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de triagem sistemática.

Doente com mais de 65 anos; doente dependentes; doente sem visitas; indisponibilidade familiar; rejeição familiar; doente com carência económica/habitacional; doente sem abrigo; doente vítima de maus-tratos; doente vítima de violência doméstica; doente alcoólico e/ou toxicómano; doente com alterações comportamentais; transferência hospitalar.

SERVIÇO DE MEDICINA IV (Neurologia)
--

CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de triagem sistemática
--

Doente com mais de 65 anos; doente com hábitos etílicos; doente dependente; doente sem visitas; doente em situação de precariedade económica; rejeição familiar; doente com diagnóstico clínico de doença neurológica incapacitante (AVC, Doença Machado Joseph, Esclerose Múltipla, etc.); doente com sequelas de AVC; doente internado por mau estado geral; doente vítima de maus-tratos; doente vítima de violência doméstica; doente com diagnóstico clínico de Doença de Alzheimer; transferência hospitalar.

SERVIÇO DE MEDICINA IV (Nefrologia)
--

CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de chamada.

Doente com Insuficiência Renal Aguda que inicia programa de hemodiálise; doente com problemas nefrológicos que verbalize a existência de precariedade económica; doente que necessite ajudas técnicas; doente que necessite de orientações para obtenção de benefícios sociais; transferência hospitalar; doente vítima de maus tratos; doente vítima de violência doméstica
--

SERVIÇO DE MEDICINA IV (Hematologia)

CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de chamada.

Doente com mais de 65 anos; doente em situação de dependência; doente em situação de carência económica; transferência hospitalar; doente vítima de maus tratos; doente vítima de violência doméstica

PNEUMOLOGIA

CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de triagem sistemática.

Doente com mais de 65 anos; doente dependente; cônjuge/companheiro(a) idoso(a); doente só; doente sem visitas; doente sem suporte familiar; rejeição familiar; indisponibilidade familiar; doente com carência económica/habitacional; doente sem abrigo; doente internado com mau estado geral; doente alcoólico e/ou toxicómano; doente com alterações comportamentais; doente deslocado; transferência hospitalar; doente vítima de maus tratos; doente vítima de violência doméstica

SERVIÇO DE CIRURGIA I (Oftalmologia e Otorrinolaringologia)

CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de triagem sistemática.

Doentes com mais de 55 anos que, após intervenção cirúrgica necessitarão de reconversão de actividade profissional; doente com mais de 55 anos que, após intervenção cirúrgica necessitarão do obras de adaptação na habitação; doente com carência económica; Doente vítima de maus-tratos; doente vítima de violência doméstica; transferência hospitalar

SERVIÇO DE CIRURGIA II (Cirurgia Vascular, Maxilo-facial, Cirurgia Plástica)

CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de chamada.

Doente com mais de 65 anos que viva só; doente deslocado de outra ilha; doente dependente; doente amputado; doente com problemas de alcoolismo e/ou toxicodependência; doente sem familiares próximos; doente com alterações do comportamento; doente queimado; doente que necessite de reconversão laboral no pós alta; doente que necessite de obras de adaptação na habitação no pós alta; doente com necessidade de ajudas técnicas; doente vítima de maus-tratos; doente vítima de violência doméstica; transferência hospitalar

SERVIÇO DE CIRURGIA III (Cirurgia Geral)

CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de triagem sistemática.

Doente com mais de 65 anos; doente alcoólico e/ou toxicodependente; doente que manifeste carência econômica; doente que apresente alterações do comportamento; doente mastectomizada; doente osteomizado; doente deslocado de outra ilha; transferência hospitalar rejeição familiar; doente vítima de maus-tratos; doente vítima de violência doméstica; doente sem suporte familiar

SERVIÇO DE CIRURGIA IV (Cirurgia Geral e Urologia)

CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de chamada.

Doente com mais de 65 anos; doente em situação de dependência; doente em situação de carência econômica; transferência hospitalar; doente deslocado de outra ilha; rejeição familiar; doente vítima de maus-tratos; doente vítima de violência doméstica.

Consultas Externas:

CONSULTA DE ALTO RISCO

CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de chamada.

Maus-tratos; grávidas adolescentes até 17 anos; mães solteiras, vitimas de abuso sexual ou violação; violência doméstica; carência habitacional; carência econômica; prostituição; alcoolismo; gravidez não aceite; mulheres portadoras de atraso mental/doença mental; incesto; inexistência de apoio familiar; ausência de assiduidade às consultas

CONSULTA DE NEONATOLOGIA

CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de chamada.

Famílias com carência econômica; famílias com alterações comportamentais/problemáticas; recém-nascidos cuja situação clínica/social necessite de encaminhamento para recursos na comunidade.
--

CONSULTA DE PEDIATRIA SOCIAL I

CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de triagem sistemática.

Menores com processo nas CPCJ e/ou Tribunal de Família e Menores de PD por maus-tratos (físicos, psicológicos, síndrome de Münchhausen por procuração, negligência alimentar, de higiene pessoal, cuidados de saúde, vestuário); abuso sexual; carência econômica; carência habitacional; doentes crônicos; crianças com necessidades especiais inseridas em meio familiar problemático; sinais de rejeição familiar; mãe adolescente; desconhecimento de direitos; administração precoce de leite de vaca; mendicidade, prostituição; transferência hospitalar; alterações sociais comportamentais do menor e/ou família (alcoolicismo, consumo de drogas); QI abaixo da média; crianças internadas por terceiros; crianças com necessidades especiais (material de apoio técnico); violência doméstica; crianças institucionalizadas; crianças a cargo de outros familiares

CONSULTA DE DESENVOLVIMENTO I

CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de chamada.

Crianças portadoras de deficiência - atraso cognitivo e outras perturbações; problemas escolares; intervenção precoce; maus-tratos - negligência; abuso sexual; carência econômica; carência habitacional; doentes crônicos; crianças com necessidades especiais inseridas em meio familiar problemático; sinais de não cumprimento de cuidados; mãe adolescente; desajustamento conjugal; desconhecimento de direitos; administração precoce de leite de vaca; mendicidade; prostituição; transferência hospitalar; alterações sociais e comportamentais do menor e/ou família - alcoolismo, consumo de drogas; QI abaixo da média; criança acompanhada à consulta por terceiros; crianças com necessidades especiais - material de apoio técnico; violência doméstica; crianças institucionalizadas; crianças a cargo de outros familiares.

CONSULTA DE FIBROSE QUÍSTICA

CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de triagem sistemática.

Doentes portadores de fibrose quística; abuso sexual, carência econômica; carência habitacional; crianças com necessidades especiais inseridas em meio familiar problemático; sinais de não cumprimento de cuidados; mãe adolescente; desconhecimento de direitos; administração precoce de leite de vaca; mendicidade; prostituição; alterações sociais e comportamentais do menor e/ou família: alcoolismo, consumo de drogas; QI abaixo da média; criança internada por terceiros; crianças com necessidades especiais - material de apoio técnico; violência doméstica; crianças institucionalizadas; crianças a cargo de outros familiares.

CONSULTA DE NEFROLOGIA PEDIÁTRICA
--

CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de chamada.

Crianças portadoras de problemas do foro nefrológico inseridas em meio familiar problemático; menores com Processo nas CPCJ e/ou Tribunal de Família e Menores de PD por maus tratos (físicos, psicológicos, síndrome de Münchausen, negligência alimentar, de higiene pessoal, cuidados de saúde, vestuário); abuso sexual; carência económica; carência habitacional; doentes crónicos; crianças com necessidades especiais inseridas em meio familiar problemático; sinais de rejeição familiar; mãe adolescente; desconhecimento de direitos; administração precoce de leite de vaca; mendicidade; prostituição; alterações sociais e comportamentais do menor e/ou família: alcoolismo, consumo de drogas; QI abaixo da média; crianças internadas por terceiros; crianças com necessidades especiais - material de apoio técnico; violência doméstica; crianças institucionalizadas; crianças a cargo de outros familiares
--

UNIDADE DE DOR

CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de chamada.

Doentes oncológicos; carência económica; doente vítima de maus-tratos, doentes vítima de violência doméstica; doentes dependentes, doentes sós; indisponibilidade familiar.

Hospitais de Dia

HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA
CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de triagem sistemática.
Doente em situação de carência económica; doente estigmatizado devido à doença; doente proveniente de família disfuncional/problemática; doente com dificuldades de (re)inserção laboral no pós alta; doente vítima de maus-tratos; doente vítima de violência doméstica

HOSPITAL DE DIA DE PNEUMOLOGIA
CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de chamada.
Doente sem suporte familiar; Doente com carências económicas/habitacionais; suspeita de maus-tratos; suspeita de violência doméstica; doente com mau estado geral; doente alcoólico e/ou toxicómano; doente com alterações comportamentais.

HOSPITAL DE DIA DE PEDIATRIA
CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de chamada.
Doente crónico; doente oncológico; situação de carência económica; situação de carência habitacional; maus-tratos e negligência; faltas aos tratamentos; violência doméstica; alterações sociais e comportamentais dos progenitores ou de quem detenha a guarda do menor; menor cujos progenitores apresentem Q. I. abaixo da média ou outros problemas do foro psiquiátrico; comportamentos desadequados do menor (alcooolismo drogas) incluindo-se todos os considerados desviantes; desconhecimento de benefícios sociais (incluem-se abonos, apoio em transportes e outros); problemas escolares (absentismo, abandono, insucesso, intervenção precoce); administração precoce de leite de vaca; menor inserido em família com antecedentes de negligência ou maus-tratos.

HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA

CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de chamada.

Doente que verbalize a existência de carência económica; doente que necessite de ajudas técnicas; doente que necessite de orientações para obtenção de benefícios sociais; transferências hospitalar; deslocação para o continente; doente que necessite de apoio para reconversão de actividade profissional; doente vítima de maus-tratos; doente vítima de violência doméstica; doente só; doente com apoio familiar precário; doente com necessidade de apoio psicossocial; doente proveniente de famílias disfuncionais ou problemáticas; doente que verbalize carência habitacional; doente deslocado de outra ilha para realização de tratamentos oncológicos.

UNIDADE DE DIÁLISE

CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de chamada.

Doente com insuficiência renal crónica que inicia programa de hemodiálise; doente em consulta de pré-diálise ou em programa de hemodiálise que verbalize a existência de precariedade económica; doente que necessite de ajudas técnicas; doente que necessite de orientações para obtenção de benefícios sociais; transferência hospitalar; doente que necessite de apoio para reconversão de actividade profissional; doente vítima de maus-tratos; doente vítima de violência doméstica

Outros Serviços Clínicos

SERVIÇO DE URGÊNCIA
(Serviço de Urgência, Bloco de Partos, Bloco Operatório, Unidade de Cuidados Intensivos)
CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de chamada.
Maus-tratos; indisponibilidade familiar; doente só e sem apoio; abuso sexual/violação; carência económica; carência habitacional; doente dependente de cuidados de terceiros; abandono; criança com necessidades especiais inseridas em meio familiar problemático; rejeição familiar; sem abrigo; desconhecimento de direitos; administração precoce de leite de vaca; mendicidade; transferência hospitalar; alterações sociais e comportamentais; desajustamento conjugal; doente deslocado; criança trazida ao SU por terceiros; violência doméstica

SERVIÇO DE CINESIOTERAPIA
CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de chamada.
Doente sem suporte familiar; doente com carência económica/habitacional; suspeita de maus-tratos; suspeita de violência doméstica; doente com mau estado geral; doente alcoólico/toxicómano; doente com alterações comportamentais.

SERVIÇO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO
CRITÉRIOS DE TRIAGEM: sempre em regime de chamada.
Doente só; doente com carência económica/habitacional; indisponibilidade familiar; rejeição familiar; suspeita de maus-tratos; estado de higiene do doente; doente alcoólico/toxicómano, doente com alterações comportamentais; doente que necessitará de reconversão de actividade profissional; doente que necessitará do obras de adaptação na habitação.

14- Breve Descrição da intervenção do Assistente Social no contexto Hospitalar

No que diz respeito à intervenção do Assistente Social no contexto hospitalar, esta pode-se esquematizar em várias fases, a saber:

Primeira: Triagem dos casos que necessitem de intervenção.

A triagem pode ser *sistemática*⁵⁰¹ cumprindo vários critérios, ou *sinalizada* pela equipa de enfermagem ou pela equipa clínica quando o respectivo serviço está a ser apoiado num regime de chamada⁵⁰². A triagem sistemática é efectuada mediante a identificação de indicadores de risco⁵⁰³: doentes com mais de 65 anos; doentes sem visitas; doentes sem abrigo; doentes com diagnóstico de dependência de bebidas alcoólicas; doentes toxicodependentes; doentes repatriados; doentes que necessitem de apoio de terceiros para garantir os seus cuidados pessoais, alimentação e higiene; casos de violência doméstica e/ou agressão física/sexual; doentes deslocados de outras ilhas; doentes com patologia incapacitante que tenham de alguma forma de ser apoiados por cuidador familiar ou dos serviços da comunidade. Esta triagem pode ainda ser efectuada mediante a solicitação do próprio doente ou da sua família.

Segunda: Recolha de informação.

⁵⁰¹ Triagem Sistemática é a metodologia utilizada pelo AS em serviços de apoio sistemático que consiste num primeiro levantamento da situação.

⁵⁰² Regime em que o profissional de serviço social não está a dar apoio em permanência, mas apenas quando a equipa de enfermagem/clínica detecta no doente algum (s) dos indicadores pré-definidos pelo serviço social e pela equipa.

⁵⁰³ Constituem sinais e sintomas de alarme meramente indicativos da possibilidade da existência de situações de risco social. Correspondem às consequências a curto e médio prazo. Estes sinais de alarme ou indicadores podem surgir isolados ou em conjunto e aparecem subitamente ou de forma evolutiva ou até não existem.

A recolha de informação é efectuada numa primeira abordagem com entrevista ao doente dado que o internamento hospitalar é causador de vulnerabilidades físicas e psicológicas. É importante "*tratar o doente pelo seu nome, apresentarmo-nos e disponibilizarmo-nos para o ouvir e apoiar, são aspectos que privilegiamos por serem fundamentais não só numa relação que se pretende de mútua confiança, como também por reforçar os recursos pessoais do doente*⁵⁰⁴". Nesta fase são também fundamentais as informações que se obtém do processo do doente, do contacto com a equipe clínica e de enfermagem, da família do doente, e dos organismos, serviços ou instituições que na comunidade apoiam este doente. Identificam-se assim os factores e indicadores de risco que possam obstar à cura e reintegração deste doente no seu meio natural. É feita mediante uma recolha criteriosa e séria que preserve o direito à privacidade e confidencialidade do doente. Estes pressupostos devem ser sempre assegurados, pois iremos compreender melhor toda a situação problema que envolve o doente e melhor programar o tratamento da mesma.

Terceira: Construção do Diagnóstico Social

O diagnóstico social é feito através da recolha de informação. Este é a ponte entre o estudo da situação e a programação que tem como objectivo a reintegração deste doente no seu meio natural.

Quarta: Plano de Actuação

Este plano vai mobilizar os meios e os recursos pessoais, familiares e/ou institucionais tendo em conta factores que possam influenciar o processo de reabilitação e de reinserção do doente. Este deve estar em consonância com a equipe terapêutica. Deve ter em conta o potencial de reabilitação do doente, as

⁵⁰⁴ ALEIXO, Susana, "*A intervenção do serviço social hospitalar face ao idoso*", in *Servir*, Vol. nº 50 nº 4, 8 de Março de 2002, p. 162.

suas limitações, incapacidades e grau de deficiência que são decorrentes da sua situação clínica, assim como da necessidade ou não da continuidade de cuidados. Esta concordância só é possível com uma estreita ligação à equipe de enfermagem.

Quinta: Execução do plano

O plano deverá ser executado tanto quanto possível em rede e parceria utilizando os recursos já inventariados e que se vão mobilizar nesta fase para implementar na prática tudo o que for necessário para promover o cuidado e reinserção do doente em meio natural, sempre que possível.

Sexta: Avaliação com equipa de seguimento.

Sétima: Reapreciação dos casos.

A intervenção do serviço social visa detectar possíveis situações de risco de forma a permitir uma *“intervenção em tempo útil e evitando o protelamento da alta hospitalar por razões sociais⁵⁰⁵”*. Assim sendo, as situações mais comuns e que exigem uma eficaz intervenção por parte da assistente social são, sobretudo, casos de violência doméstica, maus tratos, alcoolismo e sem abrigo, distúrbios psiquiátricos, rejeição familiar, carências económicas, abuso sexual, indisponibilidade familiar para os idosos e casos de transferência hospitalar.

Uma vez mais o papel da equipa de enfermagem é de extrema importância na triagem dos casos sociais quando a assistente social não está presente, uma vez que é sempre a equipa de enfermagem que sinaliza os casos sociais, visto que não se verifica a cobertura permanente do Serviço Social.

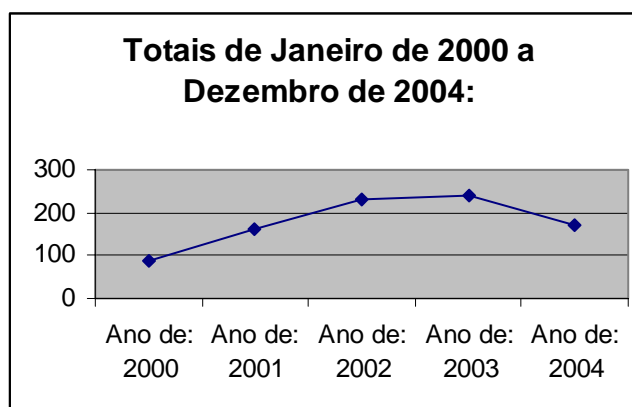
⁵⁰⁵ *Ibidem.*

15- Estatísticas de Serviço Social do HDES, de apoios ao domicílio solicitadas às IPSS de São Miguel, de Janeiro de 2000 a Dezembro de 2004

Segundo as estatísticas de apoios ao domicílio, do Serviço Social do HDES, solicitados às IPSS da Ilha de São Miguel no período de Janeiro de 2000 a Dezembro de 2004⁵⁰⁶, foram efectuados os seguintes pedidos para proporcionar um regresso seguro dos doentes ao seu domicílio:

Totais de Janeiro de 2000 a Dezembro de 2004:

Anos	Totais
2000	90
2001	160
2002	233
2003	242
2004	171



⁵⁰⁶ DIAS, Maria Ana, *Pedidos de Apoio Domiciliário ao abrigo do PAII em 2000 pelo Hospital do Divino Espírito Santo*, Estatísticas do Serviço Social do HDES de 2000 a 2004.

16- Questionário Caracterização⁵⁰⁷

1. Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____
2. Sexo: Masculino / Feminino
3. Estado Civil: solteiro, casado, união de facto, divorciado, separado de facto, viúvo.
4. Residência: Freguesia _____ Concelho: _____
5. Doente está em que situação em relação ao hospital? (ambulatório; internamento; consulta externa).
6. Há quanto tempo está doente? _____
7. Antes desta situação de doença sofria de algum problema de saúde? Sim/Não.
8. Qual a doença de que padece?

9. Efectuou algum tratamento significativo antes desta situação de doença?

10. Já efectuou alguma intervenção cirúrgica? Sim/Não.
11. Se sim, a quê? _____
12. Qual a sua situação? Acamado; Autónomo; Semi-dependente.
13. Usa ajudas de meios técnicos? _____ (andarilho; cama articulada; canadianas; cadeira de rodas).
14. Qual(is) o(s) tipo(s) de tratamento(s) que está a efectuar? (pensos transdérmicos; medicação oral; infiltrações; quimioterapia; injectáveis; outra:

15. Há quanto tempo está a efectuar estes tratamentos?
_____semanas/ _____meses/ _____anos.
16. Sofre de alguma doença incapacitante para além da que o traz à Unidade de Dor? Sim /Não.
17. Sente que a sua situação de doença veio mudar a sua vida? Sim/Não.

⁵⁰⁷ Foi elaborado para o efeito, tendo em conta a informação que se pretendia recolher.

18. Deixou de fazer algumas das actividades das que fazia antes em consequência desta doença:

18 a) Em termos do seu trabalho/Profissão? Sim/Não.

18 b) Em termos das suas tarefas e cuidados pessoais ou rotinas diárias? Sim/Não.

18 c) Em termos de tarefas domésticas ou rotinas no lar? Sim/Não.

18 d) Em termos das suas actividades habituais de lazer e de convívio? Sim/Não.

19. Habitualmente convive com os seus familiares?

Nada/Pouco/Regularmente/Muito.

20. Aproximadamente com quantas pessoas costuma conviver no seu meio familiar e social? _____

21. Habitualmente convive com os seus vizinhos?

Nada/Pouco/Regularmente/Muito.

22. Sente-se só? Sim/Não.

23. Sente que sofre com a sua situação de doença?

Nada/Pouco/Regularmente/Muito.

24. Procurou ajuda no sentido de diminuir o seu sofrimento? Sim/Não.

25. Se sim, o quê? _____

26. Qual a sua fonte de rendimentos? (Pensão Social; Pensão de Invalidez; Reforma; Pensão Sobrevivência; Rendas; Ordenado; RSI; subsídio de Acção Social; Rendimento auferido por outro membro do agregado). Outra, qual?

27. Montante deste rendimento: (0,00€-100,00€/ 101,00€-200,00€/ 201,00€-300,00/ 301,00€-400,00€/401,00€-500,00€/mais de 501,00€).

28. Quanto gasta por mês em medicamentos?

29. De quem é a sua habitação? (própria, arrendada; herdeiros; cedida; emprestada; outra).

30. De que tipo é a sua habitação? Vivenda; apartamento; barraca; garagem; anexo; casa degradada; outra.

31. Quais as condições da sua habitação? Água; luz; WC completa; WC incompleta; WC inexistente; cozinha; inexistência de cozinha.

32. Nº de quartos de cama: _____.

33. Esta habitação é adaptada às suas condições de doença? Sim/Não.

34. Vive com: sozinho; conjugue; conjugue e filhos; filhos; pais; mãe; pai; irmãos; amigos; lar; outros familiares; outros. Quais? _____

17- Whoqol Brief⁵⁰⁸

35	Como avalia a sua qualidade de vida?	Muito má	Má	Nem má nem boa	Boa	Muito boa
		1	2	3	4	5

36	Quão satisfeito está com a sua saúde?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
		1	2	3	4	5

37	Em que medida acha que a sua dor física o impede de fazer o que precisa?	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
		1	2	3	4	5

38	O quanto precisa de um tratamento médico para fazer a sua vida diária?	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
		1	2	3	4	5

⁵⁰⁸ In <http://www.who.com>.

39	O quanto aproveita a sua vida?	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
		1	2	3	4	5

40	Em que medida acha que a sua vida tem sentido?	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
		1	2	3	4	5

41	O quanto consegue-se concentrar?	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
		1	2	3	4	5

42	Quão seguro se sente na sua vida diária?	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
		1	2	3	4	5

43	Quão saudável é o seu ambiente físico? (clima, barulho, poluição)	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
		1	2	3	4	5

44	Tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
		1	2	3	4	5

45	É capaz de aceitar a sua aparência física?	Nada	Muito pouco	Médo	Muito	Completamente
		1	2	3	4	5

46	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
		1	2	3	4	5

47	Quão disponíveis para si estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
		1	2	3	4	5

48	Em que medida tem oportunidades de actividade de lazer?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
		1	2	3	4	5

49	Quão boa é a sua capacidade de se movimentar?	Muito má	Má	Nem má nem boa	Boa	Muito boa
		1	2	3	4	5

50	Quão satisfeito você está com o seu sono?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
		1	2	3	4	5

51	Quão satisfeito você está com a sua capacidade de desempenhar as actividades do seu dia a dia?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
		1	2	3	4	5

52	Quão satisfeito está com a sua capacidade para o trabalho?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
		1	2	3	4	5

53	Quão satisfeito está consigo mesmo?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
		1	2	3	4	5

54	Quão satisfeito está com as suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
		1	2	3	4	5

55	Quão satisfeito você está com a sua vida sexual?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
		1	2	3	4	5

56	Quão satisfeito está com o apoio que recebe dos seus amigos?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
		1	2	3	4	5

57	Quão satisfeito está com as condições do local onde mora?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
		1	2	3	4	5

58	Quão satisfeito está com o seu acesso aos serviços de saúde?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
		1	2	3	4	5

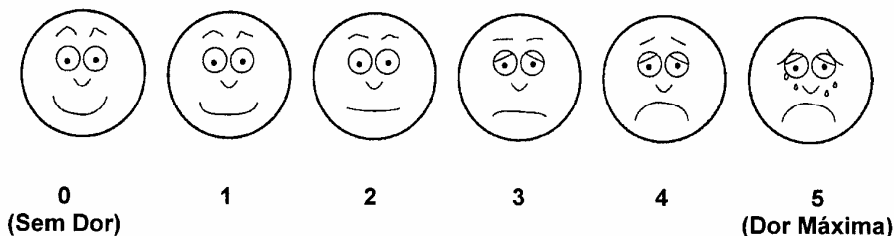
59	Quão satisfeito está com o seu meio de transporte?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
		1	2	3	4	5

60	Com que frequência tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
		1	2	3	4	5

18- Avaliação da dor e recolha de informação a nível clínico e de serviço social:

61-Sinalize na escala o grau de dor que sente neste momento:

Escala de Faces



A preencher pela Médica:

62.Diagnóstico Clínico: _____

63.Quais os técnicos da Unidade de Dor que apoiam este doente?
Enfermagem; médica; assistente social; nutricionista; fisioterapeuta;
psicóloga, outro: _____

A preencher pela Assistente Social:

64.Problema Social detectado: (doente só; doente deslocado; indisponibilidade familiar; rejeição familiar; maus tratos; desajustamento conjugal; carência económica; carência habitacional; estruturas apoio na comunidade; alterações comportamentais; rejeição hospitalar; hospitalismo; factores culturais).

65.Encaminhamento dado ao caso pelo Serviço Social: (sensibilização; informação; orientação; parecer técnico; segurança social, liga portuguesa contra o cancro; Colocação Institucional: internamento; centro de dia, colocação em família; apoio no domicílio: para higiene pessoal, higiene da casa, roupas, alimentação; ajuda económica: medicação, próteses, deslocação de doente, material e equipamento; apoio psico-emocional).

66. Acha que ao longo da sua vida houve algum acontecimento significativo que desse origem ou acentuasse a sua doença?

19- Apresentação de relatos de entrevistas:

Em todos os relatos foram omitidos os nomes das freguesias de residência, generalizando-se estas zonas aos Concelhos a que pertencem.

Os nomes próprios indicados nestes casos são fictícios de forma a garantir a privacidade aos doentes e às suas famílias. Nos relatos apresentados é notória a alteração provocada pela situação de dor e de sofrimento que transforma a vida do sofrente e da sua família, alterando-a por completo.

Relato "A"

Agregado familiar composto de 4 membros, pai, mãe e dois filhos menores.

Residentes no Concelho de Ribeira Grande.

Pai: Senhor Bernardo, de 41 anos, desempregado por motivo de doença, aguarda baixa médica.

Diagnóstico de Diabetes Melitus tipo 2.

Mãe: Senhora D. Mariana, de 39 anos, empregada doméstica em casa particular.

Filho 1: Menino André, de 19 anos, estudante em curso técnico-profissional de electricista.

Filho 2: Menino Tobias, de 5 anos, frequenta pré-primária.

Habitação: pertença da família, casa independente composta por cozinha, casa de banho completa, sala e dois quartos. Com graves

problemas de infiltrações pelo telhado e paredes que confinam com via pública.

Rendimentos: ordenado da Senhora D. Mariana como empregada doméstica; o Senhor Bernardo aguarda baixa médica; abono familiar do menino Tobias e subsídio de refeição do menino André.

Breve síntese de história de vida e situação actual de doença:

A Senhora D. Mariana nasceu no Concelho de Ribeira Grande e morou numa das suas freguesias no seio de família alargada composta por pai, mãe, avós e um irmão. A mãe era empregada doméstica ao dia e o pai era operário. Estudou até ao 6º ano. Após concluir os estudos trabalhou como aprendiz de costureira e trabalhou também numa fábrica de lacticínios. Agora é empregada doméstica em casa particular.

O Senhor Bernardo nasceu numa freguesia do Concelho da Lagoa e vivia com os seus pais. Filho de pai operário de mãe doméstica, foi criado numa fratria de oito irmãos. Estudaram todos até ao 5º ano, um deles até à 4ª classe. O Senhor Bernardo pretendia tirar formação em mecânica, pois trabalhou gratuitamente durante seis meses como aprendiz numa oficina. Afirmava que gostava muito dessa profissão. A mãe não o permitiu pois a família precisava de recursos financeiros em casa e a formação que teria de fazer era em exercício e não era remunerada. O Senhor Bernardo deixa esta actividade. Então muda de ramo e torna-se electricista. Afirmava que hoje gosta da sua profissão e que tem orgulho do seu trabalho. Trabalhou por conta própria durante 24 anos, até a situação de doença se instalar.

A Senhora D. Mariana conheceu o marido no percurso que fazia a pé entre a sua residência e o emprego na fábrica de lacticínios. Ele trabalhava como electricista numa obra de construção civil perto da casa de Mariana. Ela afirma que: "*todos os dias quando passava olhava para a obra para o*

ver!”. Um dia o pai de Mariana pede ao dono da obra um serviço de electricidade para a sua própria casa, e vem o Senhor Bernardo. Na hora de almoço daquele dia, a Senhora D. Mariana lembra que: *“quando o vi nem consegui abrir a porta...!”*

O casal conheceu-se nesse dia e namoraram durante dois anos, casaram na freguesia de residência da Senhora D. Mariana, e fixaram-se lá. Estão casados há 20 anos. Tiveram dois filhos. Viveram inicialmente com os pais de Mariana e depois compraram a sua casa. Estão a pagar a sua casa a uma instituição bancária. Foi na altura que adquiriram este imóvel, há oito anos atrás, que o Senhor Bernardo foi para os EUA, emigrado, para trabalhar na pavimentação de estradas para poderem pagar este empréstimo mais facilmente. Ele refere que: *“o trabalho era duro e foi este trabalho, debaixo de altas temperaturas todo o dia, a separação da minha mulher e do meu filho que me causaram a doença. Vim de lá doente. Tive que desistir. Desde essa data que a nossa vida se modificou para pior”*. Ainda quanto à sua situação de doença, relata: *“Iniciei falta de apetite, reacção ao calor e aos vapores do alcatrão. Comecei por consumir mais açúcar, e quando regresssei aos Açores perdi 30 kg em dois meses. Tinha 90 kg, agora tenho 60 kg. Era um homem forte. Agora não gosto do meu aspecto...”* Quando chegou, começou a fazer insulina injectável e iniciou tratamentos. A partir desta data ambos os membros do casal referem que se iniciaram problemas económicos no sustento da família, uma vez que o Senhor Bernardo deixou de exercer a sua profissão, e grande parte dos recursos existentes são para compra de medicação e suplementos. A Senhora D. Mariana refere esta situação no seu discurso: *“Depois de o meu marido regressar dos EUA tivemos muitos problemas: foi a dificuldade de pagar a prestação à CGD; a creche do Tobias, pois eu tenho que trabalhar e não posso cuidar dele em tempo inteiro; o sustento da família; a alimentação e os medicamentos para ele. A minha patroa tem sido muito boa para mim pois muitas vezes cozinhou o jantar dela e trago para mim o que ela me oferece... Todas as nossas*

rotinas se alteraram, antes, quando tudo estava bem fazíamos piqueniques, íamos à praia, acampávamos, fazíamos uma vida saudável. Para mim acampar eram férias, pois não cozinhava, era o meu marido que fazia tudo. E convivíamos muito com amigos. Depois de ele ficar doente, todos se afastaram e também o nosso modo de vida mudou. A educação que dei ao meu filho mais velho foi muito diferente daquela que estou a dar ao mais novo... Andávamos sempre os três juntos, agora as circunstâncias são outras.

Nós só discutíamos por causa da família, nunca por causa de nós.

Gostava de ter o meu marido como era antes, um homem bonito, e forte, que estava bem disposto e que me fazia muitas surpresas, nós fomos um casal feliz como nos filmes, antes desta doença..."

Relato "B"

Agregado familiar composto de 3 membros, pai, filha e genro.
Residentes no Concelho de Ponta Delgada.

Pai: Senhor Francisco de 66 anos, viúvo.

Diagnóstico: biamputado na coxa com dor no membro fantasma, doença cardíaca com colocação cateterismo.

Filha: Senhora D. Roberta, 39 anos, empregada administrativa.

Genro: Senhor Miguel, 40 anos, carpinteiro.

Habitação: pertença da família, casa independente, composta por cozinha, casa de banho completa, sala e três quartos.

Rendimentos: Pensão do Senhor Francisco, ordenados de ambos os membros do casal.

Breve síntese de história de vida e situação actual de doença:

O Senhor Francisco nasceu numa freguesia do Concelho de Ponta Delgada.

Passou a sua infância nesta freguesia e, até hoje, a sua residência é neste local. Nasceu numa família de sete elementos, pais e cinco irmãos. O pai era camponês e a mãe era doméstica. Frequentou a escola dos 11 aos 14 anos. O seu sonho profissional era ser motorista de pesados, no entanto, devido a ter que começar a trabalhar cedo por motivos económicos, não pode fazer esta profissionalização. Começou a trabalhar aos 14 anos, e deixa a casa dos seus pais aos 23 anos quando se casa. O casal tem três filhos, todos eles estudaram e estão independentes, a viver

em casa sua. A filha mais jovem vive com o marido em casa do pai, e é ela quem lhe presta os cuidados necessários. Segundo o relato do próprio: *“a minha doença começou aos meus 40 anos. Até esta idade eu não sabia o que eram dores. Depois agravou em 1995, data que coincidiu com a morte da minha esposa. Desde essa data e até 2000 fiz cinco operações, a última para amputação das duas pernas. Em Outubro de 2004 comprei a cadeira de rodas eléctrica que me tem ajudado muito a combater a depressão, pois vou para sítios onde não ia antes de estar doente. Antes só trabalhava e ia à missa, agora também vou à missa, mas passeio de três a cinco horas por dia. Os trabalhos como camponês, para mim, já estão todos feitos. Vou para as freguesias vizinhas, faço viagens até 20km de distância, levo um telemóvel, caso a bateria acabe para chamar pelo meu genro. Foi ele que me ensinou a conduzir a cadeira. Tenho-a toda sinalizada com reflectores para os carros me poderem ver. Há pouco tempo consegui acertar a quantidade da minha medicação e já não tenho dores, mas esta cadeira foi muito importante para mim: deu-me muita liberdade. Levanto-me de manhã pelas 8/9 horas, ou só às 14 horas da tarde, conforme me apetece. Faço a minha higiene sozinho, tenho um suporte para o banho na banheira, tenho caixilho e inventei uns instrumentos para me poder mexer na cama e mudar de posição. São umas bases de madeira planas que mandei fazer para me ajudar com o peso do corpo nos braços, para não enterrar as mãos no colchão. Tenho também uma corda que me ajuda a levantar da cama, a equilibrar o peso do corpo. Foram os auxiliares do hospital que adaptaram esta ideia para poder levantar-me em casa, pois faço tudo sozinho, eles estão a trabalhar. A minha filha deixa-me a medicação separada para cada dia em caixas, pois não vejo o suficiente e assim já não confundo os comprimidos. Fico até às cinco e meia sozinho, estendo algumas roupas, estou com o cão, vejo televisão e trato do pássaro. Quando eles chegam, janto, e depois de o sol estar mais fraco, vou dar a minha volta até às nove ou nove meia da noite. Os dias de chuva são*

difíceis de passar, pois não posso sair. Eu até fui com a minha cadeira na procissão.

Por vezes as pessoas conhecidas vêm ver-me e não sabem que estou amputado e ficam muito tristes, e tenho que ser eu a animá-las. Só fico triste quando as pessoas passam por mim e não me cumprimentam. Fico a pensar se será por estar amputado, e então fico triste. Mas, sem ser esta situação não posso dizer que tenha dores ou que esteja deprimido. Ter esta cadeira foi muito importante para me distrair, conheci sítios que quando tinha pernas nunca lá tinha ido.”

Relato "C"

Idosa isolada de 82 anos, viúva, pensionista. Com diagnóstico de Patologia Osteoarticular Degenerativa.

Residente no Concelho de Ponta Delgada.

Habitação: composta de cozinha, casa de banho completa, sala e quatro quartos. Habitação propriedade de outro titular.

Rendimentos: Pensão da idosa.

Breve síntese de história de vida e situação actual de doença:

Esta Senhora foi operária na indústria e empregada doméstica em casa particular. Durante o tempo que trabalhou para esta família, a Senhora conheceu o seu falecido marido. Afirma que: *"casei tarde por conselho da minha patroa, para não ficar só. Ele era empregado de tipografia, de muito boas famílias. Não amava o meu marido, o amor veio depois, com a convivência. Ele foi muito bom marido para mim..."*

Nunca tive muita saúde: Quando iniciei a menopausa agravaram-se os meus problemas. Mas quando o meu marido faleceu, há 24 anos, tudo se tornou pior e desde essa data que fiquei doente com gravidade. Nunca mais recuperei a saúde.

Quando fiquei só vendi a minha casa e comprei a casa onde moro actualmente. A minha doença foi-se agravando e tive que recorrer a uma cuidadora. Arranjei uma Senhora que cuidava de mim com carinho e que me fazia muita companhia. Dava-me muita atenção e sentia-me bem com ela. Ela foi ganhando a minha confiança e cuidava de tudo, das compras, da minha higiene, dava passeios comigo... enfim, era tudo para mim.

Começo a sentir-me muito perturbada ao nível de memória e de equilíbrio, e cheguei a cair. Esta cuidadora alterou-me a medicação, aproveitou a minha confiança e levou-me ao cartório e mudou a minha casa para o nome dela, num destes momentos de fraqueza originada pelos medicamentos. Só dei por isso um ano e tal depois, quando dei por falta da contribuição autárquica e fui às finanças. Vi então que o meu prédio estava no nome dela. Depois entendi o seu afastamento ao longo este último ano. Afinal ela já não precisava de mim...

Meti-a então no Tribunal. Ando com o processo a arrastar-se.... O meu desejo é poder morrer descansada com a minha casa, que foi ganha por mim e pelo meu marido, outra vez no meu nome. Isso é para mim uma preocupação constante. E o pior é que me sinto perdida nestes papéis, não sei ler nem escrever, sei apenas assinar o meu nome. Peço a ajuda de Deus para que tudo volte ao que estava. Já viu que, se preciso de meter uma nova cuidadora como é eu lhe vou pagar? O que eu ganho dá apenas para eu comer e comprar a medicação. E se preciso ir para um lar, como é que vou sem ter o que deixar a quem me cuide?

Não sei se viverei o suficiente até que o processo termine e volte a ter a casa no meu nome.

Isso preocupa-me muito, aumenta-me a tristeza e as dores, muitas noites sinto-me tão só que nem consigo ir ao 1º andar, a casa fica diferente com a noite. Sinto-me muito só..."

20- Tratamento estatístico de dados

Quadro 1- Distribuição de doentes por sexo e classes de idades:

Classes de idades	Sexo masculino	Sexo feminino	Total
35-45	4	2	6
46-56	3	6	9
57-67	5	9	14
68-78	8	8	16
79 e mais	1	5	6
Total	21	30	51

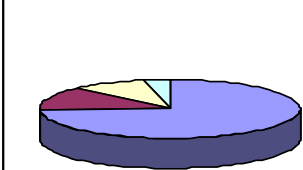
Quadro 2- Distribuição de doentes por sexo e estado civil

Estado Civil	Sexo masculino	Sexo feminino	Total
Solteiro	1 (7,69%)	2 (9,09%)	3 (8,57%)
Casado/união facto	9 (69,23%)	12 (54,54%)	21 (60%)
Viúvo	3 (23,07%)	8 (36,36%)	11 (31,42%)
Total	13 (37,14%)	22 (62,5%)	35 (100%)

Quadro 3- Distribuição de doentes por concelho de residência

Concelho	Frequência
Ponta Delgada	23 (65,71%)
Ribeira Grande	4 (11,42%)
Lagoa	3 (8,57%)
Nordeste	1 (2,85%)
Total	35 (100%)

Concelho de residência:



- Ponta Delgada
- Ribeira Grande
- Lagoa
- Nordeste

Quadro 4- Titularidade da Habitação

Titularidade da habitação	Frequência
Própria	18 (51,42%)
Arrendada	5 (14,28%)
De herdeiros	5 (14,28%)
Outra situação	5 (14,28%)
Não responde	2 (5,71%)
Total	35 (100%)

Quadro 5- Natureza de Rendimentos

Natureza de rendimentos:	Frequência
Pensões	23 (65,71%)
Rendas	1 (2,85%)
Ausência de rendimentos	2 (5,71%)
Baixa por doença	1 (2,85%)
RSI ou subsídios acção social	2 (5,71%)
Rendimento auferido por outro membro	5 (14,28%)
Não responde	1 (2,85%)
Total	35 (100%)

Quadro 6- Montantes auferidos mensalmente

Montante	Frequência
101,00€ a 200,00€	9 (25,71%)
201,00€ a 300,00€	15 (42,85%)
301,00€ a 400,00€	5 (14,28%)
401,00€ a 500,00€	1 (2,85%)
+ de 501,00€	2 (5,71%)
Não responde	3 (8,57%)
Total	35 (100,00%)

Quadro 7- Montante gasto em medicação mensalmente

Montante	Frequência
0,00€ a 50,00€	14 (40%)
51,00€ a 100,00€	13 (37,14%)
101,00€ a 200,00€	6 (17,14%)
Não responde	2 (5,71%)
Total	35 (100,00€)

Quadro 8-Período de tempo da situação de doença

Período de tempo da situação da doença	Frequência
1-4 anos	10 (28,60%)
5-9 anos	6 (17,10%)
10-19 anos	4 (11,40%)
20-29 anos	6 (17,10%)
30 e mais anos	7 (20,00%)
Não responde	2 (5,70%)
Total	35 (100%)

Quadro 9- Mobilidade

Autónomo	24 (68,57%)
Semi-dependente	11 (31,42%)
Total	35 (100%)

Quadro 10- Utilização de ajudas técnicas na mobilidade

Utilização de ajudas técnicas	Frequência
Bengala	6 (17,14%)
Canadianas e cadeira de rodas	3 (8,57%)
Cadeira de rodas	2 (5,71%)
Canadianas/ andarilho	1 (2,87%)
Mobilidade Autónoma	23 (65,71%)
Total	35 (100%)

Quadro 11- Com quem vive o doente

Com quem vive o doente	Frequência
Sozinho	10 (28,57%)
Conjuge	7 (20,00%)
Conjuge e Filhos	11 (31,42%)
Filhos	4 (11,42%)
Outros	1 (2,85%)
Não responde	2 (5,71%)
Total	35 (100,00%)

Quadro 12- Dimensão do círculo relacional

Dimensão	Frequência
0-10 Pessoas	27 (77,14%)
11-20 Pessoas	4 (11,42%)
21-30 Pessoas	1 (2,85%)
+ de 30 Pessoas	1 (2,85%)
Não responde	2 (5,71%)
Total	35 (100%)

Quadro 13- Frequência de convívio com a família

Convívio com familiares	Frequência
Nada	5 (14,28%)
Pouco	9 (25,71%)
Regularmente	7 (20,00%)
Muito	12 (34,28%)
Não responde	2 (5,71%)
Total	35 (100%)

Quadro 14- Frequência de convívio com vizinhos

Convívio com vizinhos	Frequência
Nada	7 (20%)
Pouco	12 (34,28%)
Regularmente	9 (25,71%)
Muito	5 (14,28%)
Não responde	2 (5,71%)
Total	35 (100%)

Quadro 15- Indicadores de satisfação

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem	Satisfeito	Muito satisfeito	Não responde	Total
Satisfação com relações pessoais	4 (11,42%)	2 (5,71%)	9 (25,71%)	8 (22,85%)	7 (20,00%)	5 (14,28%)	35 (100%)
Satisfação com apoio dos amigos	5 (14,28%)	4 (11,42%)	6 (17,14%)	11 (31,42%)	5 (14,28%)	4 (11,42%)	35 (100%)
Satisfação consigo mesmo	12 (34,28%)	4 (11,42%)	9 (25,71%)	5 (14,28%)	0 (0,00%)	5 (14,28%)	35 (100%)
Satisfação com aparência física	4 (11,42%)	11 (31,42%)	10 (28,57%)	5 (14,28%)	0 (0,00%)	5 (14,28%)	35 (100%)
Satisfação com vida sexual	4 (11,42%)	6 (17,14%)	4 (11,42%)	4 (11,42%)	0 (0,00%)	17 (48,57%)	35 (100%)
Satisfação com a sua saúde	8 (22,85%)	15 (42,85%)	9 (25,71%)	0 (00,00%)	1 (2,85%)	2 (5,71%)	35 (100%)
Satisfação com o sono	13 (37,14%)	5 (14,28%)	3 (8,57%)	8 (22,85%)	2 (5,71%)	4 (11,42%)	35 (100%)
Satisfação com acessibilidade aos serviços de saúde	3 (8,57%)	2 (5,71%)	6 (17,14%)	13 (37,14%)	7 (20,00%)	4 (11,42%)	35 (100%)

Capacidade para desempenhar tarefas dia a dia	13 (37,14%)	4 (11,42%)	9 (25,71%)	4 (11,42%)	1 (2,85%)	4 (11,42%)	35 (100%)
Capacidade para o trabalho	15 (42,85%)	3 (8,57%)	11 (31,42%)	2 (5,71%)	0 (0,00%)	4 (11,42%)	35 (100%)

Quadro 16- Indicadores de qualidade de vida

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	Não responde	Total
Quanto aproveita a sua vida	8 (22,85%)	10 (28,57%)	8 (22,85%)	5 (14,28%)	2 (5,71%)	2 (5,71%)	35 (100%)
Sentido da vida	11 (31,42%)	8 (22,85%)	8 (22,85%)	4 (11,42%)	1 (2,85%)	3 (8,57%)	35 (100%)
Energia para o seu dia a dia	3 (8,57%)	18 (51,42%)	10 (28,57%)	2 (5,71%)	0 (00,00%)	2 (5,71%)	35 (100%)
Segurança na sua vida diária	6 (17,14%)	13 (37,14%)	8 (22,85%)	2 (5,71%)	0 (00,00%)	6 (17,14%)	35 (100%)
Necessidade de tratamento médico para fazer o dia a dia	1 (2,87%)	0 (00,0%)	5 (14,28%)	20 (57,14%)	7 (20%)	2 (5,71%)	35 (100%)
Oportunidade de lazer	11 (31,42%)	12 (34,28%)	5 (14,28%)	0 (00,00%)	2 (5,71%)	5 (14,28%)	35 (100%)
Dor como impedimento de tarefas diversas	3 (8,57%)	2 (5,71%)	5 (14,28%)	16 (45,71%)	7 (20%)	2 (5,71%)	35 (100%)
Dinheiro suficiente para despesas	4 (11,42%)	24 (68,7%)	4 (11,42%)	0 (00,0%)	0 (00,0%)	3 (8,57%)	35 (100%)

Quadro 17- Indicadores de avaliação de qualidade de vida e movimentação

	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa	Não responde	Total
Avaliação da qualidade de vida	5 (14,28%)	10 (28,57%)	17 (48,57%)	1 (2,85%)	0 (00,00%)	2 (5,71%)	35 (100%)
Capacidade de movimentação	11 (31,42%)	9 (25,71%)	7 (20%)	3 (8,57%)	1 (2,87%)	4 (11,42%)	35 (100%)

Quadro 18- Frequência de sentimentos depressivos

	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre	Não responde	Total
Frequência de sentimentos negativos associados à doença	1 (2,87%)	4 (11,42%)	7 (20%)	8 (22,85%)	11 (31,42%)	4 (11,42%)	35 (100%)

Quadro 19-Grau de Dor percebido pelo doente

	Grau de dor 0	Grau de dor 1	Grau de dor 2	Grau de dor 3	Grau de dor 4	Grau de dor 5	Não responde	Total
Grau de dor percebido pelo doente	0 (0,00%)	1 (2,85%)	2 (5,71%)	6 (17,14%)	6 (17,14%)	14 (40,00%)	6 (17,14%)	35 (100%)

Quadro 20-Procura de Ajuda

	Sim	Não	Não responde	Total
Procura de ajuda para diminuir sofrimento	26 (74,28%)	7 (20%)	2 (5,71%)	35 (100%)

Quadro 21-Solidão percebida pelo doente

	Sim	Não	Não responde	Total
Sentimento de solidão	24 (68,57%)	9 (25,71%)	2 (5,71%)	35 (100%)

Quadro 22-Acontecimentos indicados pelos sofredores que originaram ou agravaram o estado de doença

<i>Acontecimento</i>	<i>Frequência</i>
Acidente de trabalho e perda de emprego	12 (26,66%)
Morte do conjugue, de filhos e outros familiares	9 (20,00%)
Doença prolongada do conjugue	3 (6,66%)
Más condições de trabalho ao longo da vida	3 (6,66%)
Separação da família por emigração	2 (4,44%)
Dívidas/hipoteca	1 (2,22%)
Disfunção sexual	1 (2,22%)
Repatriamento	1 (2,22%)
Menopausa	1 (2,22%)
Infidelidade do conjugue masculino e violência doméstica	1 (2,22%)
Comportamentos aditivos ao longo da vida ⁵⁰⁹	1 (2,22%)
Total de acontecimentos	45 (100%)

Quadro 23-Diagnóstico social

Doente Só	10 (21,73%)
Carência Económica	26 (56,52%)
Carência Habitacional	4 (8,69%)
Carência de Estruturas de Apoio na Comunidade	2 (4,34%)
Sem Problemas	4 (8,69%)
Total	46 (100%)

⁵⁰⁹ Alcoolismo, tabagismo e toxicodpendência.

Quadro 24- Encaminhamento dado à situação-social problema

Sensibilização, Informação, Orientação e Acompanhamento	35 (46,05%)
Segurança Social	25 (32,89%)
Colocação Institucional	6 (7,89%)
Liga Portuguesa Contra o Cancro	1 (1,31%)
Banco Alimentar	2 (2,63%)
Pedido Apoio à Habitação degradada	4 (5,26%)
Apoio ao Domicílio	1 (1,31%)
Deslocação de Doente	2 (2,63%)
Total	76 (100%)

Quadro 25- Grau de Dor/Sentimento de Solidão

	Sente-se só	Não se sente só	Não responde	Total
Grau 0	2 (8,33%)	1 (11,11%)	0 (0,00%)	3 (8,57%)
Grau 1	1 (4,16%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (2,85%)
Grau 2	1 (4,16%)	1 (11,11%)	0 (0,00%)	2 (5,71%)
Grau 3	4 (16,66%)	2 (22,22%)	0 (0,00%)	6 (17,14%)
Grau 4	7 (29,16%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	7 (20,00%)
Grau 5	9 (37,5%)	5 (55,55%)	0 (0,00%)	14 (40,00%)
Total	24 (100,00%)	9 (100,00%)	2 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 26- Grau de Dor/Frequência de Sentimentos Negativos

	Não tem sentimentos negativos	Mais ou menos	Tem muitos sentimentos negativos	Não responde	Total
Grau 0	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Grau 1	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (5,55%)	0 (0,00%)	1 (2,85%)
Grau 2	0 (0,00%)	1 (14,28%)	1 (5,55%)	0 (0,00%)	2 (5,71%)
Grau 3	1 (25,00%)	2 (28,57%)	3 (16,66%)	0 (0,00%)	6 (17,14%)
Grau 4	0 (0,00%)	1 (14,28%)	5 (27,77%)	0 (0,00%)	6 (17,14%)
Grau 5	3 (75,00%)	3 (42,85%)	8 (44,44%)	0 (0,00%)	14 (40,00%)
Total	4 (100,00%)	7 (100,00%)	18 (100,00%)	6 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 27- Idade/Grau de Dor

	Menos de 65 anos	Mais de 65 anos	Não responde	Total
Grau 0	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Grau 1	1 (5,88%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (2,85%)
Grau 2	1 (5,88%)	1 (8,33%)	0 (0,00%)	2 (5,71%)
Grau 3	5 (29,41%)	1 (8,33%)	0 (0,00%)	6 (17,14%)
Grau 4	3 (17,64%)	3 (25,00%)	0 (0,00%)	6 (17,14%)
Grau 5	7 (41,17%)	7 (58,33%)	0 (0,00%)	14 (40,00%)
Total	17 (100,00%)	12 (100,00%)	6 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 28- Idade/Satisfação com a Saúde

	Menos de 65 anos	Mais de 65 anos	Não responde	Total
Nada satisfeito com sua saúde	14 (82,35%)	9 (56,25%)	0 (0,00%)	23 (67,71%)
Mais ou menos	3 (17,64%)	6 (37,50%)	0 (0,00%)	9 (25,71%)
Muito satisfeito com sua saúde	0 (0,00%)	1 (6,25%)	0 (0,00%)	1 (2,85%)
Total	17 (100,00%)	16 (100,00%)	2 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 29- Idade/Impedimento no desempenho

	Menos de 65 anos	Mais de 65 anos	Não responde	Total
Não impede desempenho	3 (17,64%)	2 (12,50%)	0 (0,00%)	5 (14,28%)
Mais ou menos	3 (17,64%)	2 (12,50%)	0 (0,00%)	5 (14,28%)
Impede muito desempenho	11 (64,70%)	12 (75,00%)	0 (0,00%)	23 (65,71%)
Total	17 (100,00%)	16 (100,00%)	2 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 30- Idade/Necessidade de Tratamento Médico

	Menos de 65 anos	Mais de 65 anos	Não responde	Total
Não necessita nada de tratamento	0 (0,00%)	1 (6,25%)	0 (0,00%)	1 (2,85%)
Mais ou menos	3 (17,63%)	2 (12,50%)	0 (0,00%)	5 (14,28%)
Necessita muito tratamento	14 (82,35%)	13 (81,25%)	0 (0,00%)	27 (77,14%)
Total	17 (100,00%)	16 (100,00%)	2 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 31- Idade/Aproveitamento da Vida

	Menos de 65 anos	Mais de 65 anos	Não responde	Total
Não aproveitada nada	8 (47,05%)	10 (62,50%)	0 (0,00%)	18 (51,42%)
Mais ou menos	5 (29,41%)	3 (18,75%)	0 (0,00%)	8 (22,85%)
Aproveita muito	4 (23,52%)	3 (18,75%)	0 (0,00%)	7 (20,00%)
Total	17 (100,00%)	16 (100,00%)	2 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 32- Idade/Sentido da Vida

	Menos de 65 anos	Mais de 65 anos	Não responde	Total
Vida não tem sentido	9 (52,94%)	10 (62,50%)	0 (0,00%)	19 (54,28%)
Mais ou menos	5 (29,41%)	3 (18,75%)	0 (0,00%)	8 (22,85%)
Vida tem muito sentido	3 (17,64%)	2 (12,50%)	0 (0,00%)	5 (14,28%)
Total	17 (100,00%)	16 (100,00%)	3 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 33- Idade/Energia para o Dia a Dia

	Menos de 65 anos	Mais de 65 anos	Não responde	Total
Não tem energia	12 (70,58%)	9 (56,25%)	0 (0,00%)	21 (60,00%)
Mais ou menos	4 (23,52%)	6 (37,50%)	0 (0,00%)	10 (28,57%)
Tem muita energia	1 (5,88%)	1 (6,25%)	0 (0,00%)	2 (5,71%)
Total	17 (100,00%)	16 (100,00%)	2 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 34- Idade/Aceitação de Aparência Física

	Menos de 65 anos	Mais de 65 anos	Não responde	Total
Não aceita aparência	10 (62,50%)	5 (35,71%)	0 (0,00%)	15 (42,85%)
Mais ou menos	4 (25,00%)	6 (42,85%)	0 (0,00%)	10 (28,57%)
Aceita muito sua aparência	2 (12,50%)	3 (21,42%)	0 (0,00%)	5 (14,28%)
Total	16 (100,00%)	14 (100,00%)	5 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 35- Idade/Dinheiro suficiente para despesas

	Menos de 65 anos	Mais de 65 anos	Não responde	Total
Não tem dinheiro	16 (94,11%)	12 (80,00%)	0 (0,00%)	28 (80,00%)
Mais ou menos	1 (5,88%)	3 (20,00%)	0 (0,00%)	4 (20,00%)
Tem muito dinheiro	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Total	17 (100,00%)	15 (100,00%)	3 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 36- Idade/Oportunidades de Lazer

	Menos de 65 anos	Mais de 65 anos	Não responde	Total
Não tem oportunidades	13 (76,47%)	10 (76,92%)	0 (0,00%)	23 (65,71%)
Mais ou menos	3 (17,64%)	2 (15,38%)	0 (0,00%)	5 (14,28%)
Tem muitas oportunidades	1 (5,82%)	1 (7,69%)	0 (0,00%)	2 (5,71%)
Total	17 (100,00%)	13 (100,00%)	5 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 37-Idade/Capacidade de se Movimentar

	Menos de 65 anos	Mais de 65 anos	Não responde	Total
Não tem capacidade	9 (52,94%)	11 (78,57%)	0 (0,00%)	20 (57,14%)
Mais ou menos	4 (23,52%)	3 (21,42%)	0 (0,00%)	7 (20,00%)
Tem muita capacidade	1 (5,88%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (2,85%)
Total	17 (100,00%)	14 (100,00%)	4 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 38- Idade/Satisfação com o sono

	Menos de 65 anos	Mais de 65 anos	Não responde	Total
Não está satisfeito	9 (52,94%)	9 (64,28%)	0 (0,00%)	18 (51,42%)
Mais ou menos	2 (11,76%)	1 (7,14%)	0 (0,00%)	3 (8,57%)
Está muito satisfeito	6 (35,29%)	4 (28,57%)	0 (0,00%)	10 (28,57%)
Total	17 (100,00%)	14 (100,00%)	4 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 39- Idade/Actividades do Dia a Dia

	Menos de 65 anos	Mais de 65 anos	Não responde	Total
Não realiza actividades	8 (47,05%)	9 (64,28%)	0 (0,00%)	17 (48,57%)
Mais ou menos	6 (35,29%)	3 (21,42%)	0 (0,00%)	9 (25,72%)
Realiza em pleno	3 (17,64%)	2 (14,8%)	0 (0,00%)	5 (14,28%)
Total	17 (100,00%)	14 (100,00%)	4 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 40- Idade/Capacidade para o Trabalho

	Menos de 65 anos	Mais de 65 anos	Não responde	Total
Não tem capacidade	9 (52,94%)	9 (64,28%)	0 (0,00%)	18 (51,42%)
Mais ou menos	8 (47,05%)	3 (21,42%)	0 (0,00%)	11 (31,42%)
Tem plena capacidade	0 (0,00%)	2 (14,8%)	0 (0,00%)	2 (5,71%)
Total	17 (100,00%)	14 (100,00%)	4 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 41- Idade/Satisfação Consigo

	Menos de 65 anos	Mais de 65 anos	Não responde	Total
Nada satisfeito consigo	9 (56,25%)	7 (50,00%)	0 (0,00%)	16 (45,71%)
Mais ou menos	4 (25%)	5 (35,71%)	0 (0,00%)	9 (25,71%)
Muito satisfeito consigo	3 (18,75%)	2 (14,28%)	0 (0,00%)	5 (14,28%)
Total	16 (100,00%)	14 (100,00%)	5 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 42- Idade/Relações Pessoais

	Menos de 65 anos	Mais de 65 anos	Não responde	Total
Nada satisfeito com relações	3 (18,75%)	3 (21,42%)	0 (0,00%)	6 (17,14%)
Mais ou menos	6 (37,50%)	3 (21,42%)	0 (0,00%)	9 (25,71%)
Muito satisfeito com relações	7 (43,75%)	8 (57,14%)	0 (0,00%)	15 (42,85%)
Total	16 (100,00%)	14 (100,00%)	5 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 43- Idade/Satisfação e Apoio dos seus Amigos

	Menos de 65 anos	Mais de 65 anos	Não responde	Total
Nada satisfeito amigos	4 (23,52%)	5 (35,71%)	0 (0,00%)	9 (25,71%)
Mais ou menos	4 (23,52%)	2 (14,28%)	0 (0,00%)	6 (17,14%)
Muito satisfeito amigos	9 (52,94%)	7 (50,00%)	0 (0,00%)	16 (45,71%)
Total	17 (100,00%)	14 (100,00%)	4 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 44- Sentimento de Solidão/Satisfação com Saúde

	Sente-se só	Não se sente só	Não responde	Total
Nada satisfeito com saúde	17 (70,83%)	6 (66,66%)	0 (0,00%)	23 (65,71%)
Mais ou menos	7 (29,16%)	2 (22,22%)	0 (0,00%)	9 (25,71%)
Muito satisfeito com saúde	0 (0,00%)	1 (11,11%)	0 (0,00%)	1 (2,85%)
Total	24 (100,00%)	9 (100,00%)	2 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 45- Sentimento de Solidão/Dor como Impedimento de realizar tarefas

	Sente-se só	Não se sente só	Não responde	Total
Não impede nada	5 (20,83%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	5 (14,28%)
Mais ou menos	3 (12,50%)	2 (22,22%)	0 (0,00%)	5 (14,28%)
Impede Muito	16 (66,66%)	7 (77,77%)	0 (0,00%)	23 (65,71%)
Total	24 (100,00%)	9 (100,00%)	2 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 46- Sentimento de Solidão/Necessidade de Tratamento Médico

	Sente-se só	Não se sente só	Não responde	Total
Não necessita Nada	1 (4,16%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (28,57%)
Mais ou menos	4 (16,66%)	1 (11,11%)	0 (0,00%)	5 (14,28%)
Necessita Muito	19 (79,16%)	8 (88,88%)	0 (0,00%)	27 (77,14%)
Total	24 (100,00%)	9 (100,00%)	2 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 47- Sentimento de Solidão/Aproveitamento da Vida

	Sente-se só	Não se sente só	Não responde	Total
Não aproveita Nada	14 (58,33%)	4 (44,44%)	0 (0,00%)	18 (51,42%)
Mais ou menos	6 (25,00%)	2 (22,22%)	0 (0,00%)	8 (22,85%)
Aproveita Muito	4 (16,66%)	3 (33,33%)	0 (0,00%)	7 (20,00%)
Total	24 (100,00%)	9 (100,00%)	2 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 48- Sentimento de Solidão/Sentido da Vida

	Sente-se só	Não se sente só	Não responde	Total
Sem sentido nenhum	15 (62,50%)	4 (50,00%)	0 (0,00%)	19 (54,28%)
Mais ou menos	5 (20,83%)	3 (37,50%)	0 (0,00%)	8 (22,85%)
Com muito sentido	4 (16,66%)	1 (12,50%)	0 (0,00%)	5 (14,28%)
Total	24 (100,00%)	8 (100,00%)	3 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 49- Sentimento de Solidão/Segurança na Vida Diária

	Sente-se só	Não se sente só	Não responde	Total
Nenhuma segurança	16 (76,19%)	4 (44,44%)	0 (0,00%)	20 (57,14%)
Mais ou menos	4 (19,04%)	4 (44,44%)	0 (0,00%)	8 (22,85%)
Muita segurança	1 (4,76%)	1 (11,11%)	0 (0,00%)	2 (5,71%)
Total	21 (100,00%)	9 (100,00%)	5 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 50- Sentimento de Solidão/Energia Suficiente para o dia a dia

	Sente-se só	Não se sente só	Não responde	Total
Energia nenhuma	18 (75,00%)	3 (33,33%)	0 (0,00%)	21 (60,00%)
Mais ou menos	6 (25,00%)	4 (44,44%)	0 (0,00%)	10 (28,57%)
Muita energia	0 (0,00%)	2 (22,22%)	0 (0,00%)	2 (5,71%)
Total	24 (100,00%)	9 (100,00%)	2 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 51- Sentimento de Solidão/Aceitação da Aparência Física

	Sente-se só	Não se sente só	Não responde	Total
Não aceita nada	12 (57,14%)	3 (33,33%)	0 (0,00%)	15 (42,85%)
Mais ou menos	7 (33,33%)	3 (33,33%)	0 (0,00%)	10 (28,57%)
Aceita muito	2 (95,23%)	3 (33,33%)	0 (0,00%)	5 (14,28%)
Total	21 (100,00%)	9 (100,00%)	5 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 52- Sentimento de Solidão/Dinheiro para as Despesas Mensais

	Sente-se só	Não se sente só	Não responde	Total
Dinheiro nenhum	19 (82,60%)	9 (100,00%)	0 (0,00%)	28 (80,00%)
Mais ou menos	4 (17,39%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	4 (11,42%)
Muito dinheiro	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Total	23 (100,00%)	9 (100,00%)	3 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 53- Sentimento de Solidão/Oportunidade de Lazer

	Sente-se só	Não se sente só	Não responde	Total
Nenhuma oportunidade	18 (85,71%)	5 (55,55%)	0 (0,00%)	23 (65,71%)
Mais ou menos	3 (14,28%)	2 (22,22%)	0 (0,00%)	5 (14,28%)
Muitas oportunidades	0 (0,00%)	2 (22,22%)	0 (0,00%)	2 (5,71%)
Total	21 (100,00%)	9 (100,00%)	5 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 54- Sentimento de Solidão/Capacidade de Movimentação

	Sente-se só	Não se sente só	Não responde	Total
Nenhuma Capacidade	15 (68,18%)	5 (55,55%)	0 (0,00%)	20 (57,14%)
Mais ou menos	5 (22,72%)	2 (22,22%)	0 (0,00%)	7 (20,00%)
Muita Capacidade	2 (9,09%)	2 (22,22%)	0 (0,00%)	4 (11,42%)
Total	22 (100,00%)	9 (100,00%)	4 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 55- Sentimento de Solidão/Satisfação com Sono

	Sente-se só	Não se sente só	Não responde	Total
Nada satisfeito	15 (68,18%)	5 (55,55%)	0 (0,00%)	20 (57,14%)
Mais ou menos	5 (22,72%)	2 (22,22%)	0 (0,00%)	7 (20,00%)
Muito satisfeito	2 (9,09%)	2 (22,22%)	0 (0,00%)	4 (11,42%)
Total	22 (100,00%)	9 (100,00%)	4 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 56- Sentimento de Solidão/Desempenho de Actividades

	Sente-se só	Não se sente só	Não responde	Total
Não desempenha Nada	12 (54,54%)	5 (55,55%)	0 (0,00%)	17 (48,57%)
Mais ou menos	8 (36,36%)	1 (11,11%)	0 (0,00%)	9 (25,71%)
Desempenha Muito	2 (9,09%)	3 (33,33%)	0 (0,00%)	5 (14,28%)
Total	22 (100,00%)	9 (100,00%)	4 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 57- Sentimento de Solidão/Capacidade para o Trabalho

	Sente-se só	Não se sente só	Não responde	Total
Nenhuma capacidade	13 (59,09%)	5 (55,55%)	0 (0,00%)	18 (51,42%)
Mais ou menos	8 (36,36%)	3 (33,33%)	0 (0,00%)	11 (31,42%)
Muita capacidade	1 (4,54%)	1 (11,11%)	0 (0,00%)	2 (5,71%)
Total	22 (100,00%)	9 (100,00%)	4 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 58- Sentimento de Solidão/Satisfação Consigo

	Sente-se só	Não se sente só	Não responde	Total
Nada satisfeito	12 (57,14%)	4 (44,44%)	0 (0,00%)	16 (45,71%)
Mais ou menos	7 (33,33%)	2 (22,22%)	0 (0,00%)	9 (25,71%)
Muito satisfeito	2 (9,52%)	3 (33,33%)	0 (0,00%)	5 (14,28%)
Total	21 (100,00%)	9 (100,00%)	5 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 59- Sentimento de Solidão/Satisfação com relações pessoais

	Sente-se só	Não se sente só	Não responde	Total
Nada satisfeito	5 (22,72%)	1 (1,25%)	0 (0,00%)	6 (17,14%)
Mais ou menos	7 (3,18%)	2 (2,50%)	0 (0,00%)	9 (25,71%)
Muito satisfeito	10 (45,45%)	5 (62,50%)	0 (0,00%)	15 (42,85%)
Total	22 (100,00%)	8 (100,00%)	5 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 60- Sentimento de Solidão/Satisfação com Vida Sexual

	Sente-se só	Não se sente só	Não responde	Total
Nada satisfeito	6 (50,00%)	4 (66,66%)	0 (0,00%)	10 (28,57%)
Mais ou menos	4 (33,33%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	4 (11,42%)
Muito satisfeito	2 (16,66%)	2 (33,33%)	0 (0,00%)	4 (11,42%)
Total	12 (100,00%)	6 (100,00%)	17 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 61- Sentimento de Solidão/Satisfação com o apoio de amigos

	Sente-se só	Não se sente só	Não responde	Total
Nada satisfeito	8 (36,36%)	1 (11,11%)	0 (0,00%)	9 (25,71%)
Mais ou menos	4 (18,18%)	2 (22,22%)	0 (0,00%)	6 (17,14%)
Muito satisfeito	10 (45,45%)	6 (66,66%)	0 (0,00%)	16 (45,71%)
Total	22 (100,00%)	9 (100,00%)	4 (100,00%)	35 (100,00%)

Quadro 62- Sentimento de Solidão/Frequência de Sentimentos Negativos

	Sente-se só	Não se sente só	Não responde	Total
Não sente nunca	4 (18,18%)	1 (11,11%)	0 (0,00%)	5 (14,28%)
Mais ou menos	3 (13,63%)	4 (44,44%)	0 (0,00%)	7 (20,00%)
Sente Muito	15 (68,18%)	4 (44,44%)	0 (0,00%)	19 (54,28%)
Total	22 (100,00%)	9 (100,00%)	4 (100,00%)	35 (100,00%)

21- Definição de Conceitos

Alta - Alta é o acto de ser liberado do tratamento por um médico, enfermeiro ou assistente social ou pela própria instituição, ou a pedido do próprio doente. A alta hospitalar implica a planificação ao nível médico, de enfermagem e social, por conseguinte a intervenção conjunta destes três profissionais⁵¹⁰.

Alta Social – programação e preparação da alta do doente, que consiste no conjunto de diligências efectuadas pelo Assistente Social, numa linha de actuação biopsicossocial (perspectiva centrada no utente-família-comunidade), que permitem reunir as condições necessárias para se proceder à transferência do doente para o domicílio ou instituição, após identificação de factores de risco e indicadores de risco susceptíveis de comprometer a alta clínica.

Nas situações de alta clínica do doentes considerados casos sociais nas quais não estão reunidas as condições que garantam o bem-estar ou a continuidade de cuidados a serem assegurados ao doente, o Assistente Social poderá proceder a *Protelamento de Alta* do doente.⁵¹¹

Ambulatório – paciente enfermo, mas capaz de andar.⁵¹²

Anamnese social – estudo psicossocial que envolve a identificação e descrição do histórico sócio económico familiar com o objectivo de compreender os sujeitos no seu contexto, permitindo a definição de estratégias e intervenção do serviço social. Deverá compreender:

⁵¹⁰ In *Dicionário Médico Enciclopédico Taber*, (Coor.) THOMAS, Clayton Ed. Manole Brasil 2000, Lusodidacta Loures 2000, p. 74.

⁵¹¹ *Procedimento de criação e elaboração do Processo Social do Serviço Social do HDES*, arquivo documental do Serviço Social do HDES, Referência do Documento: Serv. 9, Nº 13, Rev. 00, de 11.01.06, p.1-7.

⁵¹² *Ibidem*.

-identificação, composição do agregado familiar, idade, grau de parentesco, estado civil, situação profissional, rendimentos, escolaridade.

-análise e estrutura familiar.

-situação habitacional.

-identificação das variáveis psicossociais que contribuem para o problema⁵¹³.

Consulta – num paciente específico, o diagnóstico e tratamento proposto por dois ou mais profissionais de saúde simultaneamente.⁵¹⁴

Diagnóstico Social – Processo de elaboração e sistematização de informação que implica conhecer e compreender os problemas e necessidades dentro de um determinado contexto, causas e evolução ao longo do tempo, assim como, os factores condicionantes e de risco e as tendências previsíveis, permitindo uma discriminação destes segundo a sua importância, levando ao estabelecimento de prioridades e estratégias de intervenção de maneira a que se possa determinar a priori o seu grau de viabilidade, considerando tanto os meios disponíveis como as forças e actores socialmente envolvidos nos mesmos.

Nota: um bom diagnóstico social para ser verdadeiramente útil deve ser:

Completo, incluindo toda a informação verdadeiramente relevante e significativa.

Claro, excluindo detalhes desnecessários e excesso de informação, empregando uma linguagem objectiva de sentido compreensível, utilizando quadros e esquemas quando necessário.

⁵¹³ *Procedimento de criação e elaboração do Processo Social do Serviço Social do HDES*, arquivo documental do Serviço Social do HDES, Referência do Documento: Serv. 9, Nº 13, Rev. 00, de 11.01.06, p.1-8.

⁵¹⁴ In *Dicionário Médico Enciclopédico Taber*, (Coor.) THOMAS, Clayton Ed. Manole Brasil 2000, Lusodidacta Loures 2000, p. 393.

Preciso, que estabeleça e distinga cada uma das dimensões do problema, descrimine informação útil para orientar a acção de modo concreto e específico, incluindo todos os aspectos necessários e suficientes.

Oportuno, isto é realizar-se ou actualizar-se no momento em que possa ser utilizado, para tomar decisões que afectem a actuação presente e futura, pois de contrário os dados poderiam perder a actualidade⁵¹⁵.

Equipa multidisciplinar da Unidade de Dor do HDES – engloba os elementos da equipa básica (anestesiologista, Internista, Cirurgião Geral, Neurocirurgião, Fisiatra, Psicóloga, Técnica do Serviço Social, Nutricionista, Farmacêutica, Enfermeira) e os Colaboradores (Ortopedista, Cirurgião Maxilo-Facial, Cirurgião Vascular).⁵¹⁶

Exame – acto ou processo de inspecção do corpo e de seus sistemas, para determinar a presença ou a ausência de doença. Os termos empregados indicam o tipo de exame: físico, bimanual, digital, oral, retal, obstétrico, radiológico, citoscópico.

O exame físico local inclui partes e órgãos específicos. Os quatro procedimentos utilizados são: inspecção, palpação, percussão e auscultação. O exame laboratorial compõe-se de urinálise, provas sanguíneas, culturas e diversos meios especiais de visualização dos espaços e órgãos do corpo e suas funções⁵¹⁷.

Factores de risco – são marcadores, correlações e por vezes causas, que se dividem por características individuais, experiências de vida específicas ou

⁵¹⁵ *Procedimento de criação e elaboração do Processo Social do Serviço Social do HDES*, arquivo documental do Serviço Social do HDES, Referência do Documento: Serv. 9, Nº 13, Rev. 00, de 11.01.06, p.1-7.

⁵¹⁶ *Procedimento Funções específicas dos Médicos e Técnicos da Unidade de Dor*, arquivo documental da Unidade de Dor do HDES, Referência do Documento: Serv. 32, Nº 43, Rev. 00, de 8 de Fevereiro de 2006, p.1-5.

⁵¹⁷ In *Dicionário Médico Enciclopédico Taber*, (Coor.) THOMAS, Clayton Ed. Manole Brasil 2000, Lusodidacta Loures 2000, p. 686.

factores de ordem contextual que poderão aumentar a probabilidade de ocorrência ou manutenção da situação de risco social.

Nota: na sua avaliação o assistente social deve ter em conta todo o contexto da situação uma vez que qualquer factor isolado pode não constituir factor de risco. Exemplo: alcoolismo de um cuidador de pessoa idosa dependente⁵¹⁸.

Indicadores de Risco – constituem sinais e sintomas de alarme meramente indicativos da possibilidade de existência de situações de risco social. Correspondem às consequências a curto e médio prazo. Estes sinais de alarme ou indicadores podem surgir isolados ou em conjunto e aparecem subitamente ou de forma evolutiva ou até não existem. Ex: idosa de 83 anos deu entrada no Serviço de Urgência apresentando sinais de desidratação e equimoses nos membros superiores. Reside com uma filha de 45 anos, solteira, empregada de limpeza, com problemas de alcoolismo, permanecendo a doente sozinha durante o período laboral desta. Indicador de risco: desidratação e equimoses⁵¹⁹.

Infiltração – processo em que uma substância avança até o interior e se deposita dentro da substância de uma célula, de um tecido ou de um órgão.⁵²⁰

Informações para o exterior – consiste num instrumento de registo utilizado pelo assistente social que leva à criação de um documento escrito

⁵¹⁸ *Procedimento de criação e elaboração do Processo Social do Serviço Social do HDES*, arquivo documental do Serviço Social do HDES, Referência do Documento: Serv. 9, Nº 13, Rev. 00, de 11.01.06, p.1-8.

⁵¹⁹ *Procedimento de criação e elaboração do Processo Social do Serviço Social do HDES*, arquivo documental do Serviço Social do HDES, Referência do Documento: Serv. 9, Nº 13, Rev. 00, de 11.01.06, p.1-8.

⁵²⁰ In *Dicionário Médico Enciclopédico Taber*, (Coor.) THOMAS, Clayton Ed. Manole Brasil 2000, Lusodidacta Loures 2000, p. 944.

contendo um breve enquadramento do seu contexto em termos sócio-económicos-familiar e solicitação de um pedido. ⁵²¹

Injectar – introduzir líquido no corpo ou suas partes de forma artificial. ⁵²²

Medicação oral – administrada pela boca. ⁵²³

Planeamento de Alta – conjunto de actividades prosseguidas por uma equipa multidisciplinar ao longo do internamento que facilitam a transferência adequada e em tempo útil do doente de uma instituição para outra ou para o domicílio⁵²⁴.

Potencialidade – Análise das motivações, factores positivos do indivíduo /família /grupo no seu contexto que poderão facilitar o posicionamento e tomada de decisões respeitantes à intervenção/estratégia a seguir. ⁵²⁵

Processo Social – compilação de dados pessoais, sócio-económicos, familiares, habitacionais, diagnóstico social, plano de intervenção, contactos telefónicos e informações ou relatórios sociais enviados ou recebidos das instituições parceiras. O Processo Social implica um movimento constante e

⁵²¹ *Procedimento de criação e elaboração do Processo Social do Serviço Social do HDES*, arquivo documental do Serviço Social do HDES, Referência do Documento: Serv. 9, Nº 13, Rev. 00, de 11.01.06, p.1-7.

⁵²² In *Dicionário Médico Enciclopédico Taber*, (Coor.) THOMAS, Clayton Ed. Manole Brasil 2000, Lusodidacta Loures 2000, p. 944.

⁵²³ In *Dicionário Médico Enciclopédico Taber*, (Coor.) THOMAS, Clayton Ed. Manole Brasil 2000, Lusodidacta Loures 2000, p. 1245.

⁵²⁴ *Procedimento de criação e elaboração do Processo Social do Serviço Social do HDES*, arquivo documental do Serviço Social do HDES, Referência do Documento: Serv. 9, Nº 13, Rev. 00, de 11.01.06, p.1-8

⁵²⁵ *Procedimento de criação e elaboração do Processo Social do Serviço Social do HDES*, arquivo documental do Serviço Social do HDES, Referência do Documento: Serv. 9, Nº 13, Rev. 00, de 11.01.06, p.1-7.

reavaliações sistemáticas, presentes no mesmo através do registo escrito devidamente assinado e datado⁵²⁶.

Programação e preparação da alta social do doente - que consiste no conjunto de diligências efectuadas pelo Assistente Social, numa linha de actuação biopsicossocial (perspectiva centrada no utente – família – comunidade), que permitem reunir as condições necessárias para se proceder à transferência do doente para o domicílio ou instituição, após a identificação de Factores de Risco e Indicadores de Risco susceptíveis de comprometer a alta clínica⁵²⁷.

Relatório Social – consiste num instrumento de registo utilizado pelo Assistente Social que leva à criação de um documento escrito contendo dados aprofundados da anamnese social, com intenções compreensivas e explicativas, sendo usado para situações consideradas problemáticas, exigindo respostas multipolarizadas, sendo desta forma mais extenso do que a informação social.⁵²⁸

Transdérmico – método para a administração de um medicamento, que é colocado numa matriz especial, semelhante a um gel, que é aplicado, em seguida, à pele. O medicamento é absorvido através da pele numa velocidade fixa. Cada aplicação fornecerá o medicamento para um até vários dias.⁵²⁹

⁵²⁶ *Procedimento de criação e elaboração do Processo Social do Serviço Social do HDES*, arquivo documental do Serviço Social do HDES, Referência do Documento: Serv. 9, Nº 13, Rev. 00, de 11.01.06, p.1-7.

⁵²⁷ *Procedimento de criação e elaboração do Processo Social do Serviço Social do HDES*, arquivo documental do Serviço Social do HDES, Referência do Documento: Serv. 9, Nº 13, Rev. 00, de 11.01.06, p.1-7.

⁵²⁸ *Procedimento de criação e elaboração do Processo Social do Serviço Social do HDES*, arquivo documental do Serviço Social do HDES, Referência do Documento: Serv. 9, Nº 13, Rev. 00, de 11.01.06, p.1-7.

⁵²⁹ In *Dicionário Médico Enciclopédico Taber*, (Coor.) THOMAS, Clayton Ed. Manole Brasil 2000, Lusodidacta Loures 2000, p. 1737.

Tratamento – cuidado clínico, cirúrgico, dental ou psiquiátrico de um paciente.

Qualquer procedimento específico utilizado para a cura ou melhora de uma moléstia ou estado patológico.⁵³⁰

Triagem – realização de provas e testes, habitualmente empregando um procedimento diagnóstico (...) de grande número de pessoas, com o objectivo de determinar a presença de uma moléstia específica ou de certos factores de risco sabidamente associados à moléstia em causa (...). Sistema empregado na selecção ou rejeição de pessoal.⁵³¹

Triagem Sistemática – metodologia utilizada pelo Assistente Social em serviços de apoio sistemático que consiste num primeiro levantamento da situação.⁵³²

Unidade de Dor – dependente do serviço de anestesiologia para atendimento de doentes com Dor Crónica.⁵³³

Vulnerabilidades – Pontos de resistência, debilidades do indivíduo /família /grupo no seu contexto que poderão dificultar o posicionamento e tomada de decisões respeitantes à intervenção/ estratégia a seguir.

Nota: relativamente à análise das potencialidades e vulnerabilidades, damos como referência a Matriz de Dafo – Modelo de Harvard:

⁵³⁰ In *Dicionário Médico Enciclopédico Taber*, (Coor.) THOMAS, Clayton Ed. Manole Brasil 2000, Lusodidacta Loures 2000, p. 1745.

⁵³¹ In *Dicionário Médico Enciclopédico Taber*, (Coor.) THOMAS, Clayton Ed. Manole Brasil 2000, Lusodidacta Loures 2000, p. 1749.

⁵³² *Procedimento de criação e elaboração do Processo Social do Serviço Social do HDES*, arquivo documental do Serviço Social do HDES, Referência do Documento: Serv. 9, Nº 13, Rev. 00, de 11.01.06, p.1-7.

⁵³³ *Procedimento Funções específicas dos Médicos e Técnicos da Unidade de Dor*, arquivo documental da Unidade de Dor do HDES, Referência do Documento: Serv. 32, Nº 43, Rev. 00, de 8 de Fevereiro de 2006, p.1-5.

	Negativas (factores de risco)	Positivas (factores de êxito)
Circunstâncias internas (em acto)	Debilidades	Pontos fortes
Circunstâncias externas (em potência)	Ameaças	Oportunidades

Consiste em ordenar a informação extraída num quadrante que localiza a mesma em função das limitações e potencialidades respeitante à organização, grupo ou situação social estudada. Esta matriz pode facilitar o posicionamento e tomada de decisões respeitantes à estratégia a seguir⁵³⁴.

22- Documentos de abertura de Processo Social e de Protelamento de Alta

⁵³⁴ *Procedimento de criação e elaboração do Processo Social do Serviço Social do HDES*, arquivo documental do Serviço Social do HDES, Referência do Documento: Serv. 9, Nº 13, Rev. 00, de 11.01.06, p.1-8.

**HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO
SERVIÇO SOCIAL**

P.U. _____

DADOS PESSOAIS

NOME _____

Data Nasc. _____ Estado Civil _____ Naturali. _____

Morada _____ Telef. _____

B. I.nº _____ de _____ de _____

Seguro Social _____ Beneficiário Nº _____

FAMILIARES / AFINS

REF	IDADE	PARENT	ESTADO CIVIL	SITUAÇÃO PROFISSIONAL	HABILIT. LITERÁRIAS

Pessoas a contactar _____

Telef. _____

Quem acompanhou o doente ao Hospital _____

Admitido Via: Urgência Consulta Externa

Telef. _____

CUIDADOS SAÚDE PRIMÁRIOS

Centro de Saúde _____ Extensão _____ Proc. nº _____

Médico de Família _____ Vem Frequentemente ao Médico Sim Não

Gravidez Seguida _____ Quantas Consultas _____

Local do Nascimento _____

Observações _____

INTERNAMENTOS

CAMA	SERVIÇO	DIAGNÓSTICO CLÍNICO	ADMISSÃO	ALTA			ÓBITO
				Clinica	Social	Hospitalar	

**HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO
SERVIÇO SOCIAL**

P.U. _____

DADOS PSICOSSOCIAIS DO DOENTE

	vive só	Filhos	familiar	outro
RELAÇÕES INTER FAMILIARES	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HABITAÇÃO:	<input type="text"/>			
	Própria <input type="checkbox"/>	Vivenda <input type="checkbox"/>	Água <input type="checkbox"/>	
	Arrendada <input type="checkbox"/>	Andar <input type="checkbox"/>	Electri. <input type="checkbox"/>	
	Sublocada <input type="checkbox"/>	Barraca <input type="checkbox"/>	Esgotos <input type="checkbox"/>	
	Outro <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Cozinha <input type="checkbox"/>	
			Inst. Sanit. <input type="checkbox"/>	
			Nº Divisões <input type="checkbox"/>	
SITUAÇÃO LABORAL:	<input type="text"/>			

BENEFÍCIOS SOCIAIS

		Observações:
Pensões	<input type="text"/>	
Subsídio Familiar	<input type="text"/>	
Subsídio Vitalício	<input type="text"/>	
Subsídio Doença	<input type="text"/>	
Subsídio Desemp.	<input type="text"/>	
RSI	<input type="text"/>	

GRAU DE DEPENDÊNCIA

		Observações:
Autónomo	<input type="checkbox"/>	
Acamado	<input type="checkbox"/>	
Semi dependente	<input type="checkbox"/>	
Senil	<input type="checkbox"/>	
Deficiente	Físico <input type="checkbox"/>	
	Mental <input type="checkbox"/>	
Outra dependência	<input type="checkbox"/>	

CUIDADOS NECESSÁRIOS NO POST-ALTA


		Observações:
Vigilância Médica	<input type="checkbox"/>	
Cuidados de Enfermagem	<input type="checkbox"/>	
Vigilância de 3ª pessoa	<input type="checkbox"/>	
Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/>	
Meios complementares	<input type="checkbox"/>	
Outros	<input type="checkbox"/>	

2

INTERVENÇÃO SOCIAL
Data

--	--

A Assistente Social

NOME SERVIÇO CAMA DATA DE INTERNAMENTO	 HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO SERVIÇO SOCIAL
--	--

INFORMAÇÃO SOCIAL

Intervenção por iniciativa de: Doente Família Médico Assistente Social Enfermeiro Outro

Pessoas a contactar: Parentesco:
 Parentesco:
 Morada: Telef.: Telem.:
 Telef.: Telem.:

Suporte Familiar Sim Outros Quais:
 Não

DIAGNÓSTICO SOCIAL

Alta	{	Não Problemática <input type="checkbox"/> Problemática <input type="checkbox"/>	}	Protelamento de Alta	{	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	}	Alta clínica Alta Social
Se sim, qual a causa								
								Data de Saída

Solução

Adequada:

Alternativa:

A Assistente Social

.....

P.U.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

5

Bibliografia Citada e Consultada

- A Dor Crónica de Origem não maligna, Autocuidado na Saúde e na Doença, Guia para as pessoas idosas*, Recomendado aos prestadores de cuidados informais, Direcção-Geral da Saúde, Lisboa 2001.
- ANDER-EGG, Ezequiel, *Introducción al trabajo social*, Accion Social Assistencia Social, Siglo Veintiuno de Espana, Editores, S.A. 1992, Abril, pp. 61-73, 152-157.
- ANDRADE, Lina Oliveira, "Qualidade de Vida, no Morrer...", in *Dor*, Vol. 12, Nº 3, Lisboa, 2004, p. 16-18.
- ANDRADE, Lina Oliveira, "Implicações Éticas no Tratamento da Dor", in *Dor*, Vol. 12, Nº 3, Lisboa 2004, p. 14-15.
- ALEIXO, Susana, "A intervenção do serviço social hospitalar face ao idoso", in *Servir*, Vol. Nº 50 nº 4, 8 de Março de 2002, pp. 161-164.
- Apontamentos técnicos do Serviço Social do HDES, gabinete de coordenação do HDES.
- ARROJO, R. M. Quero; PARRA, Fernandez; MATEOS, R. Galvez, "Alteraciones psicológicas, problemas psicosociales y características del dolor en una muestra de pacientes con câncer avanzado y dolor crónico", *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 5, pp.8-16, 1998.
- ASTUDILO, W.; MENDINUETA, C. ; ASTUDILO, E.; GABILONDO, S., "Principios básicos para el control del dolor total", *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 6, pp. 29-40, 1998.
- BACALHAU, Maria do Rosário, "A dor, os afectos e os comportamentos Integração da Psicologia numa Unidade de Dor", in *Dor*, Vol. 11, Nº. 3, Lisboa 2003, pp.29-30.
- BASTOS, Zeferino, *Multidisciplinaridade e Organização das Unidades de Dor Crónica*, Biblioteca da Dor, Coor., Dr. José Manuel Caseiro, Lisboa 2005.
- BATALHA, Luís Manuel, "Os Enfermeiros e a Dor na Criança", in *DOR*, vol. 11, nº.1, 2003, pp. 6-37.

- BECH, P., "The PCASEE Model, an approach to subjective well-being", in *Quality of Life Assessment: International Perspectives*, Springer Verlag, New York, 1993.
- Boletim Informativo do HDES, Nº. 1, Outubro 2004, Ponta Delgada.
- BRANCO, Francisco, "A Pensão Social como primeiro pilar de uma rede universal de Assistência Social em Portugal", in *Intervenção Social*, 28, 2003, Lisboa, pp. 157-175.
- BRAVO, P. A.; DÚRAN, Gonzalez, "Valoración Clínica de los factores psicológicos que intervienen en el dolor lumbar crónico", *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 8, supl. II, pp.48-69, 2001.
- BROWNE, J. P; O'BOYLE, C.A.; MCGEE, H. M.; JOYCE, C. R.; McDONALD, N. J.; O'MAILEY, K.; HILTBRUNNER, B. , *Individual quality of life in the healthy elderly*, *Quality of Life Research*, 1994, vol. 3, pp. 235-244.
- BORREGO, Carlos, "Ser Trabalhador e ser Cidadão", in *A Dor e o Sofrimento Abordagens*, coord. Maria José Cantista, Actas do Colóquio Internacional realizado no âmbito do "Porto 2001-Capital Europeia da Cultura", Campo das Letras, Porto 2001, pp. 457-460.
- CAEIRO, Joaquim Croca, "Pobreza, desigualdade e desenvolvimento", in *Intervenção Social*, 28, 2003, Lisboa, 115-156.
- CARAPINHEIRO, Graça, *Saberes e Poderes no Hospital uma sociologia dos Serviços Hospitalares*, Centro de Estudos Sociais, Porto 1998, pp. 17-63, 97-127.
- CARDOSO, Maria Alice, *Manual de Tratamento da Dor Crónica*, Lisboa, Julho de 1999, pp. 1-15, 79-117.
- CARQUEJA, Eduardo; MARCOS, Ana; CABIDO, Hermínia; CARVALHO, Carlos Jorge, "Dor crónica, perspectiva tridimensional numa intervenção médica e psicológica", in *Revista CAR – Clube Anestesiologia Regional*, 2003, nº 34, p. 74-78.
- CARREIRA, Medina, *As Políticas Sociais em Portugal*, Lisboa, 1996.
- CARTA dos Direitos e Deveres do Doente.

- CARTA DE OTTAWA, Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, Novembro de 1986.
- CARVALHO, Maria Irene Lopes B., "*Reflexões sobre a profissão do Serviço Social em contexto hospitalar*", in *Intervenção Social*, 28, 2003, Lisboa, pp. 29-55.
- CASALS, M. ; SAMPER, D., "Epidemiologia, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico, Estúdio ITACA", *Revista Soc. Esp. Dolor*, 11:260-269, 2004.
- CASEIRO, José Manuel, "*A Ajuda ao Doente com dor*", in *Dor*, Vol. 11, Nº 4, Lisboa 2003, p.3.
- CASEIRO, José Manuel, *Prontuário das Unidades de Dor Portuguesas*, 2ª Edição, Novembro de 2005, Ed. Dr. José Manuel Caseiro, Grunenthal, p. 74.
- CASEIRO, José Manuel, "*Editorial Essa Dor*", in *Dor*, Vol. 12, Nº 2, Lisboa 2004, p. 3.
- CATANA, Cristina, "*Dor Crónica na Perspectiva da Psicologia Clínica*", in *Dor*, vol. 13, nº 3, Lisboa 2005, p. 15-18.
- CATANA, Cristina, "*Pensar a dor...*", in *Dor*, vol. 11, nº 4, Lisboa 2003, pp. 19-22.
- Classificação Internacional (CIF), Comunicado de Imprensa da OMS, 15 de Novembro de 2001, pp.1-3.
- CENSOS 2001*, Instituto Nacional de Estatística Portugal, Lisboa 2001.
- CENSOS 2001, XIV Recenseamento Geral da População, IV Recenseamento Geral da Habitação Principais Resultados Definitivos dos Censos 1991 e 2001*, SREA - Serviço Regional de Estatística dos Açores, Janeiro de 2003, pp. 17, 31-34,
- CIRCULAR INFORMATIVA Nº 29/DSCS de 07/07/06, Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

CIRCULAR NORMATIVA Nº 09/Direcção Geral da Saúde, de 14 de Junho de 2003, A Dor como 5º sinal vital, Registo sistemático da intensidade da Dor.

Clínica de Dor do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, Centro Regional de Oncologia de Lisboa (IPFG-CROL), SA, in Revista CAR-Clube de Anestesiologia Regional, 2004, vº 38, "Boletim Dor", nº 18 separata da revista, p. 1-4.

COBB, S., "Social Support as a moderator of life stress", in *Psychosom Med*, Nº 38, 1976, pp. 300-314.

Código Deontológico dos Assistentes Sociais.

Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Declaração de Alma-Ata, Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância, Setembro de 1978.

Constituição da República Portuguesa, Almedina, Coimbra, 2003.

Contributions des Sciences Sociales à la Formation pour le service Sociale, Rapport d'une reunion d'experts des Nations Unies et de L'Unesco, Paris, 1960.

CORDOVA, Corrado Prof., (Dir.) *Nova Enciclopédia Médica Publicit*, Lisboa, 1978, 3ºvol., pp. 566-567, (dor).

CORREIA, João Carlos, "Estado, Sociedade Civil e Serviço Social", in *Intervenção Social*, 28, 2003, Lisboa, pp. 99-113.

COUTINHO, Paula; CORDEIRO, Armando; GERALDES, Catarina, "Memórias e qualidade de vida após internamento num Unidade de cuidados Intensivos", in *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 2003, nº 12, vol. 1, pp. 21-24.

CRUZ, Catarina, AFONSO, Graziela, *King's Fund Facilita o Modelo de Empresarialização, Acreditação de Hospitais, Qualidade em Saúde, in http://www.iqs.pt/pdf/8-2003/iqs8_pg28.pdf*

Declaração de Alma-Ata, Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de Setembro de 1978.

Declaração da Conferência Ministerial Euro-mediterrânica de Barcelona de 27 e 28 de Novembro 1995, disponível em: <http://europa.eu/scadplus/leg/pt/lvb/r15001.htm>

Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 10 de Dezembro de 1948.

Decreto Regulamentar Regional n.º 12/90/A.

Decreto-Lei nº 11/93 de 15 de Janeiro (Estatuto do Serviço Nacional de Saúde).

Decreto Legislativo Regional nº 28/99/A de 31 de Julho.

DE LEO, D; DIEKSTRA, R.F.W.; CLEIREN, M.H.; SAMPAIO, J:G.; GRIGOLETO, F.; LONNQUIST, J.; TRABUCCHI, M.; ZUCCHETO, M., *Quality of life assessment – instrument to measure self-perceived functioning and wellbeing in the elderly, in Leipad Project, EUR/HFA Target 12, WHO, Copenhagen, 1994.*

DEODATO, Sandra Jones, *“Cuidar do doente com dor: uma breve reflexão”*, in *Dor*, Vol. 11, Nº. 4, Lisboa 2003, p. 29.

DIAS, Eugénia; LOPES, Elsa, *“Cuidar do doente com dor”*, in *Revista Saúde Amato Lusitano*, 2005, vol.9, Nº 2, p. 43-48.

DIAS, Maria Ana, *Estatísticas do Serviço Social do HDES de 2000 a 2004, Pedidos de Apoio Domiciliário ao abrigo do PAII em 2000 pelo Hospital do Divino Espírito Santo.*

Dicionário Médico Enciclopédico Taber, (Coor.) THOMAS, Clayton Ed. Manole Brasil 2000, Lusodidacta Loures 2000, pp. 74, 393, 529-530, 686, 944, 949, 1245, 1737, 1745, 1749.

DÓRIA, Roberto, *“Tratar a dor na ultra-periferia”*, in *Revista CAR Clube de Anestesiologia Regional*, Nº 23, 2003, p. 52-53.

DUARTE, Danilo Freire, "Opium and opioids: a brief history", rev. brasileira de anestesiologia, Jan./Fev. 2005, vol. 55, nº1, [cited 17 July 2006], p. 135-146. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&

DURKHEIM, Émile, *As Formas Elementares da Vida Religiosa o Sistema totémico na Austrália*, Oeiras 2002, pp. 197-248.

"Entrevista com o Prof. Daniel Serrão", in Revista *Geriatrics*, Rubrica "Entrevistas a figuras ilustres da medicina portuguesa", 2002, vol. 12, nº 140, p. 9-11.

Estatísticas do Serviço de Gestão de Doentes, Tratamento de Dados, Serviço de Estatística do HDES, lotação geral praticada para o 1º semestre de 2006.

Estatísticas da Saúde 2004, Serviço Regional de Estatística dos Açores, Angra, 2004, p.22.

Estatuto Político Administrativo da RAA, Lei 9/87 de 26 de Março, alterada pela Lei nº 61/98 de 27 de Agosto).

FARQUHAR, M., *Elderly People's Definitions of Quality of Life, Social Science and Medicine*, 1985, Vol. 41, nº 10, pp. 1439-1446.

FERRER, M.D., "Calidad de vida como herramienta de control en las unidades de dolor", in V Congreso de La Sociedad Española del dolor, Hospitales IMAS. Mar-Esperança, Barcelona, pp. 68-70.

FERNANDES, Ana Alexandre, *Velhice e Sociedade*, Lisboa 1996, pp. 5-161.

FERNANDES, Ana Alexandre, "Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social", *Sociologia – Problemas e Práticas*, nº 36, pp. 39-52.

FRAGOSO, Maria, "Dor: tema actual, mas esquecido", in *Medicina Interna*, Vol. 9, Nº 4, 2002, p. 259-262.

FRANCO, M. L.; LUCAS, Seoane de, "Características del dolor crónico en el anciano: tratamiento", *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 8, pp. 29-38, 2001.

- FREUD, Sigmund, *Fragmento da Análise de um caso de histeria, três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos*, Volume VII (1901-1905), Rio de Janeiro, 1969, pp.121-250.
- GUERRA, Marina Prista, "A Vivência Psicológica da Dor e do Sofrimento", in *Dor e Sofrimento Uma Perspectiva Interdisciplinar*, Campo das Letras, Porto 2001, pp. 183-195.
- HAINES, V; HULBERT, J.; "Network range and health", in *Journal of health and social behaviour*, nº 343, 1992, pp. 254-266.
- "Hospital do Divino Espírito Santo avança para a acreditação", in *Qualidade em Saúde*, nº 10 Abr./Jun. 2004, p. 41.
- HSI, Fu, *I Ching*, hexagrama 49.
- IAMAMOTO, Marilda, *Renovação e Conservadorismo no Serviço Social*, São Paulo, 1992.
- INE, *Evolução recente e tendência demográfica em Portugal*, Gabinete de Estudos, Área Demográfica e Social, Plano Nacional de Desenvolvimento Económico e Social, (PNDES), versão provisória, Lisboa, 1998.
- JONES, D., *Health maintenance for frail elderly people*, in *Oxford Textbook of Public Health*, vol. 3, Oxford Medical Publications, New York, 1997.
- JOHNSON, Brenda; CORTE-Real, Fátima "O Som do Silêncio, uma reflexão a partir do serviço social da saúde em Hospital", in *Intervenção Social Serviço Social e Saúde*, nº 21 Julho de 2000, ISSS-Departamento Editorial, pp.33-44.
- JORGE, Maria Manuel Araújo, "As Ciências, a Dor e o Sofrimento", in *Dor e Sofrimento Uma Perspectiva Interdisciplinar*, Campo das Letras, Porto 2001, pp. 197-209.
- JOYCE, C.R.B., "Requirements for the assessment of individual quality of life", in MCGEE, H.; BRADLEY, C. ed. Lit., *Quality of life following real failure: psychological challenges accompanying high technology medicine*. Bethesda, M.D.: Harwood Academic Publishers, 1994, pp. 43-54.

KRUSE, Herman, *Questiones Operativas del Serviço Social*, Ed. Humanitas, 1975.

LEAL, Elisabete Nave; RIBEIRO, José Luís Pais; OLIVEIRA, Mário Martins; ROQUETE, José, "Aspectos psico-sociais associados à percepção da dor pós-operatória em indivíduos submetidos a cirurgia coronária", in *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 2005, nº 24, vol. 10, p. 1221-1231.

Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei 48/90 de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro.

Lei nº 56/79 de 15 de Setembro (Lei do Sistema Nacional de Saúde).

Lei nº 48/90 de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde).

LIMA, Deolinda, "Neuroanatomia da Dor", in *Dor: Do Neurónio à Pessoa*, Departamento de Educação Médica, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa 1995, pp.21-51, 165-168, 253-260.

LIMA, Maria Teresa Flor de, "Editorial II, Abordagem ao Tratamento da Dor na Região Autónoma dos Açores", in *Dor*, Vol. 12, Nº 3, pp. 5-6.

LIMA, Maria Teresa Flor de, "Educação Médica Contínua", in *Dor*, Vol. 12, Nº 3, p. 7.

LIMA, Maria Teresa Flor de, "A Poesia com a dor", in *Dor*, Vol. 12, Nº 3, p.40.

LOESER, John D. MD, ed. 132 autores, *Bonica's Management of Pain*, Philadelphia, 2001, pp.3-255.

MARQUES, António Lourenço, "Porquê tratar a dor?", *Revista Saúde Amato Lusitano*, 2003, vol. 7, nº 11, p.6.

MARTINELLI, Maria Lúcia, "Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica", in *Intervenção Social*, 28, 2003, Lisboa, pp. 9-18.

MARTINEZ, F. Garcia; SILVA, Herrera, LUQUE, Aguilar; "Tratamiento del dolor crónico na atención primária", *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 7, pp. 453-459, 2000.

- MASFRET, Dolors Colom, *La Planificación del Alta Hospitalaria, la gestión de lo pequeño para mejorar lo grande*, Zaragoza, 2000.
- MATIAS, Maria Aurora, "*Jovens com Osteosarcoma e suas famílias: elementos para uma análise da intervenção do Serviço Social*", in *Intervenção Social*, nº 27, Lisboa, 2003, pp. 57-78.
- McCaffery, M. Beebe A., *Pain: Clinical Manual for nursing practice*, St. Louis 1989, pp. 1-15.
- MELO, Duarte, *Corpo, Pudor e Privacidade uma ligeira abordagem*, Ponta Delgada, 2005.
- MELO, Duarte, "*A Dimensão Espiritual em Cuidados Paliativos*", in *Dor*, Vol. 12, Nº 3, Lisboa 2004, p.13.
- Melzack, Ronald; WALL, Patrick, *O Desafio da Dor*, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa 1987, pp. 15-41, 55-61, 323-344, 383-388.
- MELZACK, Ronald; WALL, Patrick D., *Textbook of Pain*, London, 1994, pp. 1-7, 293-302, 315-356.
- MIGUEL, José Pereira, "*Comunicado da DGS sobre o 5º sinal vital*", 4ªs Jornadas de Dor o IPOFG SA, Lisboa, in *Dor*, Vol. 11, Nº 3, Lisboa 2003, pp. 6-8.
- MONTEIRO, Alcides A., *Associativismo e Novos Laços Sociais*, observatório dos poderes locais, Lisboa 2004, pp. 9-135.
- MONTENEGRO, Oswaldo, *Metade*, in álbum *Escondido no Tempo*.
- MORAIS, Bárbara, "*Abordagem do doente oncológico terminal: a perspectiva do clínico geral-médico de família*", in *Revista Saúde*, 1998, vol. 3, nº 1, pp. 20-29.
- MOREIRA, Maria Manuela, "*Intervenção do Serviço Social na Unidade de Dor*", in *Dor*, Vol. 13, Nº 3, Lisboa 2003, pp.11-13.
- MOITA, Paulo, "*A dor existe - Preconceitos sobre a dor*", in *Dor*, vol. 11, Nº. 4, Lisboa 2003, pp.13-18.

- NALDINI, Manuela; SARACENO, Chiara, *Sociologia da Família*, Lisboa, 2003, pp. 25-71, 335-376.
- NETO, Margarida Gonçalves, "A família hoje", in *Acção Médica*, 2004, nº 68, vol. 2, pp. 5-6.
- NUNES, Luís Ângelo Saboga, "O Sentido de coerência: operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida", Universidade Nova de Lisboa, ENSP, Lisboa Fevereiro de 1999, pp. 17-20.
- ORMONDE, Virgílio, "Unidade Multidisciplinar de Terapêutica da dor do Hospital de S. Sebastião, Santa Maria da Feira", in *Revista CAR-Clube de Anestesiologia Regional*, 2003, nº 32, p. 1-3.
- PALÁCIOS, Córdoba, A.; TELLERÍA, A. Martinez; "Diseño Práctico del trabajo de investigación en dolor", Serviço de Anestesiologia, Hospital Universitário Virgen de las Nieves, Granada, V Reunión Científica de la SED y Jornada de Actualización en Dolor, pp. 3-6.
- PAULO, José Manuel Rodrigues, "Ajudar o doente com dor: bem avaliar para melhor intervir", in *Dor*, Vol. 11, Nº. 4, Lisboa 2003, pp. 6-8.
- PATRICK, D. L.; WILD, D. J.; JOHNSON, E.S.; WAGNER, T. W.; MARTIN, M. A., "Cross-Cultural Validation of Quality of Life Measures", in *Quality of Life Assessment: International Perspectives*, Springer Verlag, New York, 1993.
- PESCH, Edgar, *Freud*, Biblioteca Básica de Filosofia, Lisboa 1985, pp. 13-134.
- PINTO, Cândida; RIBEIRO, José Luís Pais, "A qualidade de vida de jovens/adultos submetidos a transplante renal na infância", in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Universidade Nova de Lisboa, ENSP, vol, 18, nº 1, Janeiro/Junho de 2000, p. 11-19.
- PINTO, Henrique Manuel Correia, *Níveis de Bem-estar e Qualidade de Vida nos Idosos*, texto de dissertação, vol. 1, Uni. Nova de Lisboa, ENSP, Leiria, Dezembro de 1999, pp. 2-26.
- Plano Nacional de Luta Contra a Dor*, DGS, Portugal, 2001, aprovado por despacho ministerial de 26 de Março.

Plano Regional de Saúde 2005-2006, Região Autónoma dos Açores, Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, Direcção Regional da Saúde, Outubro 2004.

Procedimento de criação e elaboração do Processo Social do Serviço Social do HDES, arquivo documental do Serviço Social do HDES, Referência do Documento: Serv. 9, Nº 13, Rev. 00, de 11.01.06, p.1-7.

Procedimento Funções específicas do Auxiliar de Acção Médica da Unidade de Dor,, arquivo documental da Unidade de Dor do HDES, Referência do Documento: Serv. 32, Nº 55, Rev. 00, de 14 de Fevereiro de 2006, p.1-2.

Procedimento Funções específicas do Enfermeiro da Unidade de Dor,, arquivo documental da Unidade de Dor do HDES, Referência do Documento: Serv. 32, Nº 44, Rev. 00, de 8 de Fevereiro de 2006, p.1-3.

Procedimento Funções específicas dos Médicos e Técnicos da Unidade de Dor,, arquivo documental da Unidade de Dor do HDES, Referência do Documento: Serv. 32, Nº 43, Rev. 00, de 8 de Fevereiro de 2006, p.1-5.

"Programa Nacional de Acreditação de Hospitais", revista on-line do Instituto da Qualidade em Saúde, nº 13 Dez. 2005.

PROJECTOS IQS – ENTREVISTA, Peter Graffiths *As vantagens da acreditação pelo King's Fund*, in <http://www.iqs.pt/pdf/p20-23.pdf>.

RABIAIS, Sara; NOGUEIRA, Paulo Jorge; FALCÃO, José Marinho, *"A dor na população portuguesa. Alguns aspectos epidemiológicos (2002)"*, in *Dor*, Vol. 12, Nº 2, Lisboa, 2004, p. 6-30.

REIS, Vasco Pinto dos, *"O Sistema de Saúde Português"*, org. de: BARROS, Pedro Pita; SIMÕES, Jorge, Associação Portuguesa de Economia e Saúde, 1999, pp. 261-294.

Relatório de Gestão de 2001, HDES, Junho de 2002, p. 73.

RICHMOND, Mary, *Diagnóstico Social*, Prefácio de Fernando da Silva Correia, Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, Lisboa 1950, pp. XV-LXII, 26-38, 72-102, 124-141, 162, 163-178, 191-200, 202-225, 266-289, 310-311, 323-325.

- RODRIGUES, Fernanda, *Assistência Social e Políticas Sociais em Portugal*, ISSS Dep. Editorial, Centro Português de História e Investigação em Trabalho Social, Lisboa, 1999, pp. 25-37, 109-140, 190-299.
- ROSADO, Rui Miguel, "Ouvir a Dor", in *Dor*, Vol. 11, Nº. 4, Lisboa 2003, pp. 30-34.
- SANCHEZ, José Luis Aguilar; FONT, Luis Aliaga, et al, *Tratamiento del Dolor teoría e práctica*, Publicaciones Permanyer, Barcelona 2002, pp. 1-25.
- Séries Estatísticas 1992 a 2002*, SREA–Serviço Regional de Estatística dos Açores, Açores 2002, pp.49 – 50.
- SERRALVA, Mário, "Estudo da oferta e da procura na saúde", in *Boletim Hospital de São Marcos*, 2000, v. 16, nº 1, p. 25-29.
- SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui, *Ética em Cuidados de Saúde*, Porto, 1998, pp. 155-163.
- SERRÃO, Joaquim Veríssimo, "Nos 5 Séculos da Misericórdia de Lisboa: um percurso na História", in *Oceanos – Misericórdias Cinco Séculos*, Lisboa, Comissão Nacional para as Comemorações dos Descobrimentos Portugueses, Nº 35, Julho/Setembro, 1998.
- SILVA, António Martins da, "Sobre a Dor e o Sofrimento Entendidos por um Médico", in *A Dor e o Sofrimento Abordagens*, coor. Maria José Cantista, Actas do Colóquio Internacional realizado no âmbito do "Porto 2001-Capital Europeia da Cultura", Campo das Letras, Porto 2001, pp. 449-453.
- SIMÕES, Inês; PINTO, Fabiano; RODRIGUES, Carla, "Avaliar a dor... porquê?", in *Revista do Centro Hospitalar de Coimbra*, 2004, Vol. 7, nº 31, pp. 45-49.
- SOUSA, M. A. Da Silva, "A Sexualidade humana: uma reflexão antropológica e ética", in *Acção Médica*, Vol. 67, Nº 1, 2003, p. 24-32.
- SPEER, D. C., *Mental health outcome evaluation*, Academic Press, San Diego, 1998.

TEIXEIRA, Rui Manuel, *"O Médico de família e o tratamento da dor"*, in *Dor*, Vol. 11, Nº 4, Lisboa 2003, p. 9-13.

TOLLISON, C. David; SATTERTHWAITTE, R. John; TOLLISON, Joseph, W., *Practical Pain Mangement*, 3ª edição, Lippincott Williams & Wilkins, pp. 3-36.

TOMÁS, Licínio L. Vicente, *Novos Velhos, Idade e actividade na conjugação dos tempos de trabalho*, Dissertação de Doutoramento em Ciências Sociais, Especialidade de Sociologia, Universidade dos Açores, Departamento de História Filosofia e Ciências Sociais, Dezembro de 2003, pp. 1-21, 212-255, 589-608.

TOMÉ, Joaquim Martins, *"A dor na poesia"*, in *Dor*, Vol. 12, Nº 3, p.40.

TUBIANA, Maurice, *Historia da Medicina e do Pensamento Médico*, Lisboa, 2000.

Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF, World Health Organization, Geneva, 2002, pp.1-21.

VALENÇA, Ângela, *"Neurofisiologia da Dor e Comportamento"*, in *Dor: Do Neurónio à Pessoa*, Departamento de Educação Médica, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa 1995, pp.39-51.

VALADAS, Gabriela; BORGES, Lurdes; MARQUES, A Lourenço, *"Terapêutica da dor, uma sensibilização necessária, experiência da unidade do Fundão"*, in *Revista Saúde Amato Lusitano*, 1998, nº 8, p. 7-12.

VIEIRA, Fátima, *"O enfermeiro na Unidade de Terapêutica da Dor do Hospital Central do Funchal"*, in *Revista CAR – Clube de Anestesiologia Regional*, nº 41, pp. 54-56.

Páginas/Sítios consultados na Internet

<http://www.ine.pt>

<http://www.who.com>

<http://www.faculdadeconomia.pt>

<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol-100.html>

<http://www.gwu.edu/~cicd/toolkit/Quality.htm>

<http://www.iasp-pain.org/terms-p.html>

<http://www.iqs.pt>

<http://www.oswaldomontenegro.com.br/musicais.html>

<http://www.indexonlinerevistasmedicasportuguesas.pt>

<http://www.fcm.unl.pt/biblioteca/recursos/revistas.htm>

<http://www.indexrmp.com/revistas.asp>

<http://europa.eu/scadplus/leg/pt/lvb/r15001.htm>

<http://www.dgs.pt>

[http://www.icb.ufmg.br/ipf/revista/revista1/volume1_a_dor\(II\)cap4_3.htm](http://www.icb.ufmg.br/ipf/revista/revista1/volume1_a_dor(II)cap4_3.htm)

http://pt.wikipedia.org/wiki/P%C3%A1gina_principal

http://www.physiobase.com/protocols/assessmentforms/the_mcgill_major.pdf

<http://www.iqs.pt/pdf/p20-23.pdf>

<http://www.sdoc.uac.pt>

http://www.iqs.pt/pdf/8-2003/iqs8_pg28.pdf

<http://www.kingsfund.org.uk>

Ponta Delgada, 31 de Outubro de 2006.

Raquel Maria de Fraga Martins.