

PRATA DA CASA 5

escritas do cotidiano
de uma equipe que cuida

Grupo MAIS – Modelo de Atenção Integral à Saúde

PRATA DA CASA 5

escritas do cotidiano de uma equipe que cuida

**1ª edição
São Paulo
OBORÉ
2012**

2012. OBORÉ Projetos Especiais em Comunicações e Artes Ltda.

Coordenação editorial

Sergio Gomes
Ana Luisa Zaniboni Gomes

Orientação metodológica

Marina Ruiz de Matos

Supervisão técnica

Henrique Afonseca Parsons
Márcio Sampaio Mendes
Samir Salman

Organização e edição

Ana Luisa Zaniboni Gomes

Assistente de produção

Viviane Cristina Rozelli

Capa, diagramação, artefinal e produção gráfica

Guto Veloso

Tiragem desta edição: 1.000 exemplares

São Paulo, setembro de 2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

<p>Prata da casa 5 : escritas do cotidiano de uma equipe que cuida / São Paulo Internações Domiciliares Grupo MAIS ; [organização Ana Luisa Zaniboni Gomes]. -- 1. ed. -- São Paulo : Oboré, 2012.</p> <p>Vários autores.</p> <p>ISBN 978-85-61497-11-8</p> <p>1. Cuidados de enfermagem a domicílio 2. Cuidados médicos 3. Cuidados paliativos 4. Idosos - Cuidados domiciliares 5. Pacientes - Cuidados domiciliares 6. Serviços de saúde I. São Paulo Internações Domiciliares Grupo MAIS. II. Gomes, Ana Luisa Zaniboni.</p> <p>12-09799</p> <p>CDD-610.7 NLM-WY 195</p>
--

Índices para catálogo sistemático:

1. Atendimento domiciliar e cuidados de saúde : Práticas cotidianas : Medicina 610.7

Reprodução permitida, desde que citada a fonte.

Os textos desta edição são de responsabilidade de seus autores, cujas reflexões e abordagens expressam suas respectivas opiniões e valores, não representando, necessariamente, opinião institucional do Grupo MAIS.

Solicitação de exemplares: Grupo MAIS / Comunicação 55 11 5041.2665 / 5090 5000 / email: comunicacao@grupomaisaude.com.br

*Pedras no caminho?
Guardo todas. Um dia vou construir um castelo!*

Fernando Pessoa



Fachada principal do Hospital Premier, na Vila Cordeiro, zona Sul de São Paulo.
Foto: Marcos Zaniboni /Oficina do Olhar.

ÍNDICE

07 APRESENTAÇÃO

ARTIGOS

- 09 **1. PROGRAMA PROATIVA MONITORAMENTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE UM PROGRAMA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE PARA IDOSOS**
Marília Bense Othero, Paula Adriana Nobile, Dayane Maria da Silva, Arielen Silva Mungo, Fabiana Sousa Petito, Lais Folha Peccia, Jacqueline de Oliveira Araújo, Mariane Pereira e Henrique Afonseca Parsons.
- 17 **2. ESTUDO RETROSPECTIVO DAS ATIVIDADES DE MEDICINA PREVENTIVA EM EMPRESA PRESTADORA DE SERVIÇOS DE PROMOÇÃO À SAÚDE**
Willian Silveira Silva
- 24 **3. IDOSOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA VISÃO COM ÊNFASE NA TERAPIA OCUPACIONAL**
Tatiana dos Santos Arini
- 31 **4. IMPACTO DO TRABALHO NA SAÚDE DOS PROFISSIONAIS QUE CUIDAM EM DOMICÍLIO E A IMPORTÂNCIA DOS GRUPOS DE DISCUSSÃO COMO UMA VIA DE ATUAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR: EXPERIÊNCIA COM A EQUIPE DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES**
Debora Nozzella e Marília Bense Othero
- 40 **5. O CÍRCULO QUE FAZ FALAR A EMOÇÃO**
Daniela Laskani
- 46 **6. CONTRIBUIÇÃO DA TOXINA BOTULÍNICA PARA TRATAMENTO DE SIALORRÉIA EM PACIENTES COM ESCLEROSE LATERAL AMINIOTRÓFICA (ELA): ESTUDO PRELIMINAR**
Monira Samaan Kallás, Joice Gomes e Eduardo Felipe de Souza Pinheiro
- 51 **7. HIGIENE ORAL EM PACIENTE SEQUELADA DE AVC PARCIALMENTE DEPENDENTE: RELATO DE CASO**
Eduardo Felipe de Souza Pinheiro e Monira Samaan Kallás
- 54 **8. CUIDADOS PALIATIVOS: INTERVENÇÕES NA DISPNEIA**
Rosane Lima dos Santos Kümpel
- 58 **9. PRINCIPAIS QUEIXAS DE DORES MUSCULOESQUELÉTICAS DE COLABORADORES DO HOSPITAL PREMIER**
Rosane Lima dos Santos Kümpel
- 64 **10. FISIOTERAPIA EM TERMINALIDADE: UM DESAFIO**
Maria Lucidalva da Silva
- 67 **11. A FRUSTRAÇÃO DE UMA EQUIPE QUE CUIDA**
Andrea Francisco Brito e Edvaldo Souza dos Santos

- 71 **12. TERAPIA NUTRICIONAL NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA ÚLCERA POR PRESSÃO**
Giuliana Salatino
- 76 **13. O PAPEL DO NUTRICIONISTA NA REDUÇÃO DE CUSTOS PARA AS OPERADORAS DE SAÚDE**
Suellen Meireles Damasco
- 81 **14. POLIFARMÁCIA E TERCEIRA IDADE**
Adyr Akira Tsukamoto
- 83 **15. REFLEXÕES SOBRE HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM HOME CARE**
Deborah Keiko Shimabukuro, Vanilda Martins Costa e Viviane Cristina Rozelli
- 86 **16. A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DOMICILAR**
Patrícia Cerqueira
- 89 **17. A COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL EM ATENDIMENTO DOMICILIAR**
Deborah Keiko Shimabukuro
- 92 **18. PRINCIPAIS PROBLEMAS PARA FECHAMENTO DAS ESCALAS DE PACIENTES EM HOME CARE**
Viviane Cristina Rozelli
- 96 **19. ENCANTANDO O CLIENTE DE SAÚDE**
Gleice Maria Maciel Caputo
- 100 **20. CULTURA E SAÚDE: INTERAÇÃO EM BENEFÍCIO DA DIGNIDADE HUMANA**
Cristiane Hyppolito
- 104 **21. SESSÃO AVERROES: A ARTE DO CINEMA COMO RECURSO DE ENSINO E DE REFLEXÃO**
Branca Maria Braga
- 110 **22. VILA CORDEIRO: A EXPERIÊNCIA DE UM BAIRRO AMIGO DA PESSOA IDOSA**
Lavinia Clara Del Roio
- 116 **SOBRE OS AUTORES**
- 120 **AGRADECIMENTOS**

APRESENTAÇÃO

É com grande orgulho que apresentamos a quinta edição da revista Prata da Casa, uma publicação especialmente concebida para socializar reflexões e práticas cotidianas voltadas a pacientes em cuidados paliativos e desenvolvidas na esfera de atuação do Grupo MAIS – Modelo de Atenção Integral à Saúde.

Desde sua criação, em 2008, a revista pautou-se pela experimentação e pelo risco. Experimentação porque se propôs a sistematizar e a relatar casos vividos por profissionais da saúde no exercício do cuidar, sejam de pacientes ou de seus familiares, sem se preocupar com as regras da escrita científica tradicional. Emprestando a célebre expressão de Carlos Drummond de Andrade, os recursos desta escrita foram nada mais que as mãos e o sentimento do mundo.

E risco porque a escolha deste caminho informal para a criação de um texto abordando assuntos de saúde implicou em assumir, desde o princípio, que a falta de hábitos acadêmicos não diminui a importância e relevância das práticas cotidianas na formulação e construção das teorias. Afinal, conhecimentos adquiridos da prática e com a prática – tecidos, digamos, no laboratório da vida – são diamantes a lapidar – futura matéria prima da teoria e alimento diário da ciência.

Outro aspecto muito importante que a revista Prata da Casa mobilizou no terreno da formação profissional na área da saúde foi o do estímulo à escrita. Perceber, olhar e ver, anotar, relatar, descrever, analisar, concluir e depois contar aos outros essa experiência que, de única, passa a ser de todos.

De fato, antecede a cada edição um período preparatório em que os autores definem seus temas e organizam os caminhos de seus textos. Tais momentos de dedicação integram a carga horária funcional de cada um dos colaboradores, o que significa o reconhecimento de que a integralidade do modelo de atenção à saúde depende também da busca de uma formação integral do ser humano que nele atua.

Tais reflexões e posturas de resgate do humano no homem é, no mundo de hoje, cada vez mais vital. A técnica e o aparato tecnológico se renovam a cada dia, ao passo que pessoas se forjam não do dia para a noite mas com constância, persistência, valores e... poesia!

Téchne e poyeses, técnica e arte - eis a chave que abre as portas de uma nova maneira de ver e entender a vida e sua finitude, ver e entender as pessoas e suas biografias, ver e entender o vasto mundo dos homens que a nós se revela inteiro, no aqui e agora.

Pois bem: nas páginas desta revista estão alguns dos compromissos pessoais e profissionais de uma equipe que cuida. É grande a nossa alegria em também partilhar com os leitores a parte que nos coube na arte de cuidar.

A todos, boa leitura.

Os editores

1

PROGRAMA PROATIVA MONITORAMENTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE UM PROGRAMA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE PARA IDOSOS

*Marilia Bense Othero
Paula Adriana Nobile
Dayane Maria da Silva
Arielen Silva Mungo
Fabiana Sousa Petito
Lais Folha Peccia
Jacqueline de Oliveira Araújo
Mariane Pereira
Henrique Afonseca Parsons*

INTRODUÇÃO

O conceito de Promoção de Saúde surgiu na década de 1970, com o Relatório Lalonde, do primeiro ministro do Canadá. Este relatório questionava o custo excessivo dos serviços de saúde e seu pouco efeito na melhoria da saúde da população, concluindo que o modelo de saúde era hospitalocêntrico e relacionado aos determinantes biológicos da saúde, sendo isso insuficiente. O relatório propôs ainda que era preciso atentar-se para os outros aspectos que influenciam a saúde da população: o ambiente e o estilo de vida¹.

Outros marcos importantes na história da Promoção da Saúde foram^{1,2}:

- A declaração de Alma-Ata, em 1978, desenvolvida na primeira conferência de Atenção Primária em Saúde;
- Em 1986, é realizada a primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa, na qual é desenvolvida a primeira definição de Promoção da Saúde: “Capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”;
- As outras conferências de promoção da saúde: 1988 – Adelaide; 1991 – Sundsvall; 1997 – Jacarta; 2000 – México; 2005 – Bangkok; 2009 – Nairobi. A partir da Carta de Ottawa, são descritos também os pilares e os campos de ação da Promoção da Saúde³:
- Pilares: capacitação, mediação e defesa de causa

- Campos de ação:
 - Reforço da ação comunitária
 - Desenvolvimento de habilidades pessoais
 - Criação de ambientes favoráveis à saúde
 - Reorientação dos serviços de saúde
 - Políticas públicas saudáveis

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde foi desenvolvida em 2002, incluindo discussão teórica sobre o tema, relato de experiências bem sucedidas no país e avaliação da própria política⁴. Em 2005, é montado o Comitê Nacional de Promoção da Saúde e, em 2006, é promulgada nova Política de Promoção da Saúde⁴.

A Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006 propõe⁴:

Objetivo geral:

- Promover qualidade de vida, diminuir vulnerabilidades e riscos à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes;

Objetivos específicos:

- Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde
- Desenvolvimento de alternativas inovadoras
- Desenvolvimento de práticas inclusivas e contributivas
- Criação de espaços públicos e ambientes mais seguros e saudáveis
- Cooperação do setor saúde com outras áreas
- Estratégias: qualificação dos profissionais de saúde, criação de rede nacional de experiências exitosas, intercâmbio técnico e científico, descentralização (com foco nos municípios);

Diretrizes Gerais:

- Alimentação saudável
- Prática de atividade física / práticas corporais
- Prevenção e controle do tabagismo
- Redução da morbi-mortalidade por álcool e drogas
- Redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito
- Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz
- Educação em DST/AIDS
- Desenvolvimento sustentável
- Participação social e empoderamento, entre outros.

Um último marco da Promoção da Saúde no Brasil, importante de ser registrado, é o “Glossário de Promoção da Saúde”, de 2012, desenvolvido pela Coordenadoria Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não-Transmissíveis. O objetivo do glossário – que conta com 96 verbetes – é o alinhamento da produção literária, documental e normativa sobre Promoção da Saúde no Brasil⁵.

É possível, portanto, perceber que a Promoção da Saúde envolve ações interdisciplinares e intersetoriais, tendo seu campo de ação bastante amplo.

No Programa ProAtiva, o campo de ação trabalhado é o desenvolvimento de habilidades pessoais, objetivando que os idosos possam reconstruir seus hábitos de vida em busca de qualidade e saúde no cotidiano.

PROGRAMA PROATIVA – ASPECTOS GERAIS

O Programa ProAtiva é destinado a indivíduos com mais de 60 anos e tem como objetivo a promoção da saúde, prevenção de agravos futuros e monitoramento das condições clínicas atuais, com orientações específicas. Suas atividades assistenciais vêm sendo desenvolvidas desde março de 2011, em parceria com a Associação Auxiliadora Classes Laboriosas (AACL). Todas as atividades atentam para as necessidades e particularidades dos idosos; é preconizado o atendimento humanizado e integral aos usuários, inclusive com acolhimento às demandas emocionais e sociais apresentadas. Para isso, programa é composto por uma equipe multiprofissional capacitada no atendimento a idosos, e é voltado à promoção de saúde, contando com enfermeiras, nutricionista, terapeutas ocupacionais, psicóloga e médico. Há também parceria com a Geriatrix, empresa de prestação de serviços médicos geriátricos, para qual são encaminhados os pacientes com necessidade de acompanhamento clínico específico. É imprescindível ressaltar que, semanalmente, são realizadas reuniões de equipe para supervisão do trabalho, capacitação dos profissionais e discussão de estratégias para melhoria da qualidade do atendimento. Vale mencionar ainda que o programa está cadastrado e aprovado na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Ao ingressar no programa, o idoso é avaliado pela equipe, que lhe indica qual atividade mais se adequa ao seu perfil de necessidades:

Avaliação Multiprofissional

A avaliação multiprofissional é presencial e realizada por um enfermeiro e um profissional da equipe de saúde mental (Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional), tornando possível uma avaliação global da saúde do idoso. A avaliação inclui aspectos físicos, psíquicos e sociais, sendo baseada no uso dos seguintes instrumentos: Questionário de avaliação geral de enfermagem; Mini Avaliação Nutricional (MNA); Escala Geriátrica de Depressão (GDS); Escala de Avaliação de Desconforto Corporal; Mini Exame do Estado Mental; Escala de Atividade de Vida Diária de Katz. A avaliação associada à demanda do paciente possibilita o encaminhamento às diferentes ações propostas no Programa ProAtiva (médico geriatra, grupos, atendimento de enfermagem, atendimento nutricional, monitoramento telefônico).

Consulta com geriatra

Tal encaminhamento para o médico geriatra é realizado a partir dos seguintes critérios:

- Associado que apresenta necessidades mais específicas de saúde tais como

doenças instáveis do ponto de vista clínico: doença crônica não controlada (Ex. diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica); doenças respiratórias graves (Ex. pneumonia, asma); queixas urinárias (sinais de disúria – ardência/dor miccional); Queixas de dor (quando nota maior que 6); suspeita de desidratação (relato de eventuais episódios de diarreia e vômito por mais de um dia).

- Associado após internação recente com sinais de infecção pós alta (febre, sinais flogísticos, desorientação); queixas neurológicas pós alta (eventuais episódios de: vômitos, vertigem, desorientação).
- Demanda espontânea.

Conforme já mencionado, esse atendimento é realizado por uma equipe parceira que mantém contato direto com a equipe da ProAtiva, possibilitando o monitoramento constante do idoso, mesmo quando este não vai à consulta. O monitoramento constante auxilia na promoção da saúde do idoso e, principalmente, na sua fidelização ao Programa Proativa, que também é favorecida através do envio de informativos e cartas de cartas e aniversário. Além do monitoramento do idoso, realizado através de contato telefônico, é importante ressaltar que estes pacientes, a qualquer momento, podem ser encaminhados e incluídos nas demais ações propostas no Programa ProAtiva.

Atendimento de enfermagem

São atendimentos individualizados voltados para doentes crônicos, com foco no cuidado com as patologias apresentadas. O objetivo é educar o associado sobre como conviver com as restrições exigidas pelas doenças e oferecer meios para administrar tais situações. Durante os atendimentos, o associado aprende sobre o que é, como se desenvolve tal doença, fatores de risco, tratamento e prevenção de agravos. Para fixar as informações e acompanhar a evolução do acompanhamento o associado recebe um diário de bordo, com o passo a passo do que foi trabalhado durante os atendimentos. As principais Patologias atendidas são: Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial Sistêmica e Infecção do Trato Urinário (ITU de repetição).

Atendimento de nutrição

O paciente é encaminhado ao atendimento nutricional quando apresenta risco de desnutrição de acordo com a mini avaliação nutricional (mini assessment nutricional), encaminhamento médico, necessidade de controlar alimentação devido a patologia ou expresse desejo de melhorar sua alimentação. No atendimento nutricional, que ocorre por meio de encontro presencial individual com o associado mensalmente, são realizadas abordagens sobre a melhora da qualidade da dieta, importância da alimentação saudável e controle do peso.

Para o seguimento das orientações é necessário que estas estejam associadas aos hábitos de preferências e cultura alimentar de cada um (por exemplo, um paciente judeu tem hábitos diferenciados em sua alimentação) por isso para cada associado é criado um cardápio individualizado e adequado segundo

os princípios da alimentação saudável, ou seja' que respeitem a quantidade, qualidade' harmonia e adequação.

Para facilitar a compreensão pelo associado das quantidades a serem praticadas, durante o atendimento as porções são demonstradas com instrumentos de medidas caseira, comumente usados no consumo de alimentos. Também se realizam as medidas antropométricas para classificar a composição corporal, sendo possível estabelecer metas como, por exemplo, ganho ou perda de peso e ganho de massa muscular, e realizar o controle para verificar se as metas estão sendo atingidas.

Grupo de Promoção de Saúde

São desenvolvidas atividades pontuais, sobre temas relacionados à promoção de hábitos saudáveis, sempre abordados de maneira didática através de palestras, filmes e oficinas.

Grupo de Qualidade de Vida

O grupo é realizado por uma equipe de saúde mental (Psicólogo e Terapeuta Ocupacional), podendo haver a participação esporádica de outros profissionais de acordo com a demanda e desejo dos participantes do grupo e/ou necessidades identificadas pelas terapeutas (por exemplo: Oficina Culinária proposta pela Nutricionista). Quando isso ocorre a equipe de saúde mental permanece no grupo. O grupo, que é direcionado à população idosa, tem como objetivo a socialização e produção de recursos de enfrentamento do envelhecimento, além de orientações de saúde. A cada encontro é proposta uma atividade diferente com o objetivo de trabalhar pontos levantados dentro do próprio grupo. Os encontros são realizados no Hospital Premier e ocorrem uma vez ao mês.

Grupo de Memória

O grupo é realizado pela equipe de saúde mental (Psicólogo e Terapeuta Ocupacional) tendo como objetivo estimular e preservar minimamente a cognição de pacientes que apresentam algum tipo de prejuízo cognitivo, independente da causa. A proposta do grupo envolve atividades com objetivo clínico de estimular, resgatar a identidade e fazer uma nova história com o paciente. Além das atividades são realizadas testagens periódicas a fim de avaliar a qualidade da cognição no momento e efetividade das propostas. A depender da complexidade do caso, o atendimento pode ser realizado individualmente. Os encontros também são realizados no Hospital Premier e ocorrem uma vez ao mês.

Monitoramento telefônico

O monitoramento telefônico é realizado pela equipe mensalmente. Através de contato telefônico, os associados recebem orientações específicas de saúde, baseadas em necessidades individuais. Podem ainda receber informativos e cardápios personalizados. Além do contato ativo, a equipe coloca-se a disposição para atender as demandas espontâneas dos mesmos. Os associados que estão em monitoramento telefônico podem ser encaminhados para participar das outras ações do Programa Proativa.

O associado que não está incluído nestas atividades específicas recebe mensalmente contato telefônico e/ou informativos sobre sua saúde, potencializando-se o vínculo com a equipe e a fidelização junto ao programa – esta etapa do programa é chamada Acompanhamento. Os informativos já desenvolvidos pela equipe e enviados aos associados foram: Prevenção de Doenças Respiratórias; Prevenindo a Desidratação; Alimentação Saudável; Prevenção de Quedas; Importância da Promoção da Saúde; Dengue.

Periodicamente são desenvolvidas ainda atividades gratuitas de orientação ao usuário do programa, como palestras, plantões para aferição de pressão arterial e oficinas culinárias. Além disso, eventos sociais completam nossa atuação como promotores de saúde.

Um exemplo de tal ação presencial é a aferição de pressão arterial, realizada quinzenalmente por um enfermeira da equipe na sede da AACL, que fica no centro de São Paulo. Tal atividade tem como objetivo realizar ação educativa através de aferição da Pressão Arterial nos associados presentes na central AACL; são feitos questionamentos para o paciente e, a partir de suas respostas, são realizadas orientações individualizadas.

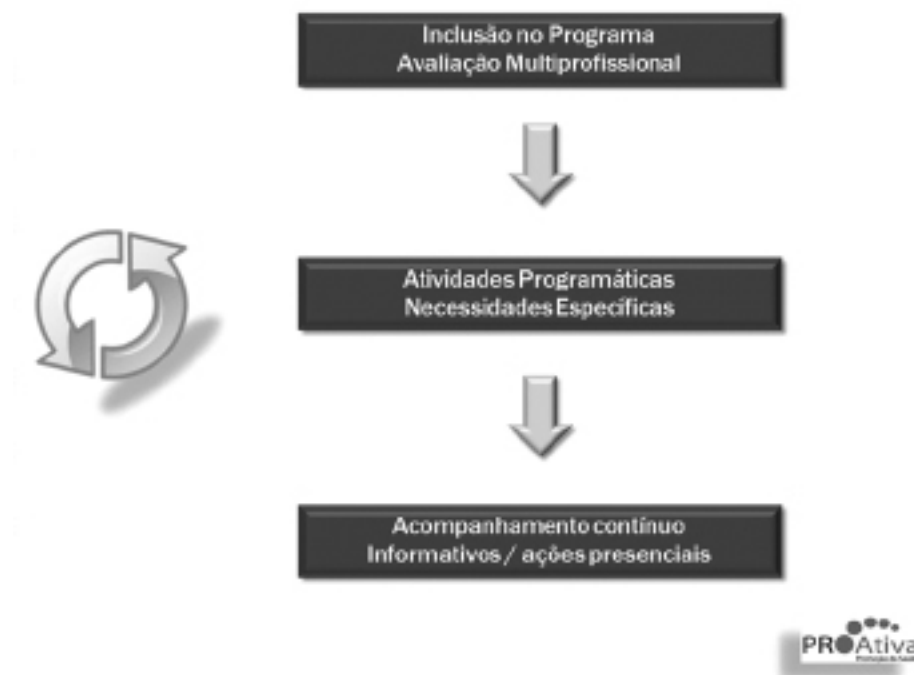
São feitos, então, os seguintes questionamentos: se o paciente sofre de Hipertensão Arterial; se costuma verificar a P.A com frequência; qual foi valor da pressão arterial da última vez que foi verificada; se o associado se o mesmo fez uso da medicação (neste mesmo dia) caso tenha esquecido a dose; se o associado percebeu alguma mudança ou sintoma recente no quadro.

As principais orientações são as seguintes: causas, sintomas, fatores de risco da Hipertensão Arterial; formas prevenção e orientação nutricional; orientação sobre a importância da realização de exames cardiológicos periodicamente. São ainda oferecidos aos pacientes folhetos de orientações sobre Hipertensão Arterial e fichas com anotação do valor da Pressão arterial aferida; além de folhetos sobre o programa Proativa e inclusão do associado no Programa ProAtiva.

São também realizadas palestras mensais na sede da AACL e no Hospital Premier, convidando-se todos os associados incluídos no programa, bem como outros idosos da operadora de saúde. Seu objetivo é sensibilizar associados e cuidadores sobre o tema do envelhecimento saudável para idosos e familiares, através de palestras ou outras atividades organizadas, focando na mudança do estilo de vida. Durante o primeiro semestre de 2012, o ciclo de palestras contemplou os seguintes temas: A importância da Promoção da Saúde; Alimentação saudável, Prevenção de problemas respiratórios e Prevenção de quedas. Além das atividades programáticas, o usuário do programa ProAtiva tem à disposição Central de Relacionamento, na qual pode contatar a equipe para tirar dúvidas, receber orientações adicionais, reagendar atendimentos, e saber sobre as atividades desenvolvidas.

Quando, por ventura, o idoso é internado, também é realizado o monitoramento da alta hospitalar, para acompanhar sua nova condição de saúde e realizar as orientações mais adequadas ao quadro clínico atual. São exemplos de orientações específicas neste momento: realização de curativos em feridas pós-cirúrgicas, medidas não farmacológicas para controle de sintomas (como dor, dispneia, constipação, etc), prevenção de infecção do trato urinário, orientações ao cuidador.

A seguir, na Figura 01, apresentamos de maneira resumida o funcionamento do Programa ProAtiva.



Todas as atividades são tabuladas mensalmente, através dos seguintes dados: número de contatos telefônicos, número de pacientes incluídos no programa, número de pacientes atendidos (presencialmente e via monitoramento / acompanhamento), número de pacientes encaminhados ao geriatra, entre outros.

Estes dados compõem o banco de dados do trabalho da equipe, além de serem enviados também a operadora parceira (AACL). Ao total, desde março de 2011, há 354 idosos inclusos no Programa ProAtiva.

Em maio, foram realizados: 24 contatos de acompanhamento; 12 atendimentos presenciais; 71 contatos de monitoramento telefônico; 56 associados participaram das ações presenciais propostas pela equipe; e, os demais passaram em consulta com geriatra ou receberam algum tipo de informativo.

Como resultados do programa, é possível observar melhoria da qualidade de vida dos idosos participantes, maior adesão às propostas da equipe, melhoria da satisfação com as atividades oferecidas e com a própria operadora parceira, e diminuição dos índices de internação (estes em conjunto com outras ações da AACL). Estes resultados são enviados semestralmente para a ANS, que faz acompanhamento contínuo dos programas de promoção da saúde nela cadastrados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção da saúde não é uma tarefa fácil; mudança de hábitos de vida e conscientização da importância de ações preventivas é algo bastante complexo. Os principais norteadores teóricos para o programa são: a integralidade, a humanização e a interdisciplinaridade. As ações envolvem, como já mencionado, um dos planos de ação da Promoção da Saúde: o desenvolvimento de habilidades pessoais; porém, outras devem ser realizadas concomitantemente para a verdadeira mudança e melhoria da qualidade de vida dos idosos.

A equipe do Programa ProAtiva tem, ao longo deste tempo de trabalho, também trabalhado no desenvolvimento de fluxos e estratégias para melhoria da qualidade do trabalho; nas reuniões semanais, há discussões clínicas, pesquisas e leituras de textos, aulas, etc. Todo este esforço foi reconhecido pela própria ANS, que convidou o Programa ProAtiva para uma apresentação em um fórum específico no Rio de Janeiro, em 02 de maio de 2012; dos 543 programas que envolvem promoção da saúde, o Programa ProAtiva foi um dos 04 escolhidos para apresentar a experiência com idosos⁶. Porém, há a necessidade de continuar aperfeiçoando as atividades desenvolvidas, sempre a partir da prática reflexiva e do trabalho em equipe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AYRES, J.R.C.M.; PAIVA, V.; FRANÇA JR, I. From natural history of disease to vulnerability. Changing concepts and practices in contemporary public health. In: PARKER, R.; SOMMER, M. (org.) Routledge Handbook in Global Public Health. New York, USA: Routledge, 2011. p.98-107.
2. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. PROJETO PROMOÇÃO DA SAÚDE. As Cartas da Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde).
3. GERMANI, A.C. Promoção da Saúde. Aula ministrada na disciplina MPR 5757- Prevenção de agravos, Promoção da Saúde e Redução de Vulnerabilidade: evolução histórica dos conceitos e oportunidades de práticas interprofissionais. Programa de Pós-graduação em Medicina Preventiva- 2012
4. BUSS, P.M.; CARVALHO, A.I. Desenvolvimento da promoção de saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(6): 2305-2316, 2009.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático : promoção da saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 48 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
6. Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS. <www.ans.org.br> Acesso em 02 de junho de 2012.

2

ESTUDO RETROSPECTIVO DAS ATIVIDADES DE MEDICINA PREVENTIVA EM EMPRESA PRESTADORA DE SERVIÇOS DE PROMOÇÃO À SAÚDE

Willian Silveira Silva

INTRODUÇÃO

A relevância contemporânea científica e social das temáticas que tem por objetivo Promoção à Saúde é fruto da percepção da eficiência e eficácia dessa abordagem na administração do processo saúde-doença. Sendo processo inacabado, é passível de modificações tendo como meta a adequação ao perfil do público-alvo. Diversas técnicas são utilizadas a fim de sensibilizar grupos para importância e validade da prevenção primária evitando, assim, o adoecimento das coletividades por intermédio do controle das causas.

As ações das entidades públicas possuem como um dos pilares o Pacto pela Saúde, responsável por sistematizar e nortear as ações governamentais sendo esse pacto um compromisso de gestão em resposta a dificuldade e complexidade gerencial do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS¹.

O Pacto pela Saúde representa a resposta ao clamor social no cenário brasileiro em um momento importante da Saúde Pública brasileira. É um instrumento de validação e resgate dos princípios do SUS, em especial o da equidade. O Pacto pela Saúde é composto por três componentes: o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto de Gestão e o Pacto pela Vida².

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações articuladas pelas três instâncias no sentido de afirmar o SUS como política de Estado e de defender os princípios basilares dessa política pública. O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades

entre as esferas, definindo e distribuindo papéis e fortalecendo o princípio da descentralização do SUS, valorizando consideravelmente a singularidade das regiões desse país com dimensões continentais¹.

O Pacto pela Vida representa o conjunto de compromissos sanitários, representando a leitura das necessidades principais e prioritárias da população por parte dos representantes governamentais. Segundo o Ministério da Saúde¹ são prioridades do Pacto pela Vida:

- Atenção à saúde do idoso;
- Controle do câncer de colo de útero e de mama;
- Redução da mortalidade infantil e materna;
- Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, Aids;
- Promoção da saúde;
- Fortalecimento da atenção básica;
- Saúde do trabalhador;
- Saúde mental;
- Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;
- Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência;
- Saúde do homem.

Essas temáticas são asseguradas como prioridades em todos os níveis de atenção à saúde. Com isso, grande parte dos esforços de implementação das ações de prevenção primária estão alocados nesses segmentos, em especial a Promoção da Saúde, que oferece ênfase na adoção de hábitos saudáveis, busca internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física, alimentação saudável e combate ao tabagismo.

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, definiu a promoção à saúde: como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo³.

Partindo para a vertente operacional do sistema, tanto as prioridades do Pacto pela Vida quanto as particularidades de cada segmento são temas constantes nas ações de prevenção primárias do governo. É de responsabilidade da Gestão Pública propiciar cenário e ofertar ações que contribuam com a promoção à saúde da coletividade em sua jurisdição. Contudo, verificando os interesses econômicos envolvidos e responsabilidade social para com a sociedade, a iniciativa privada também explora com sapiência esse ramo de atividades.

Assim, a população é duplamente assistida por dois sistemas independentes atuando, muitas vezes, de forma complementar em situações especiais das assistências, e principalmente no aprendizado das vivências comuns. Cada gestão, seja ela pública ou privada, realiza suas atividades norteadas pela leitura própria da dinâmica da sociedade. Considerando a abrangência da proposta pública de promoção à saúde, será que as ações da iniciativa privada reforçam as diretrizes das políticas do Sistema Único de Saúde?

Esse trabalho tem como objetivo geral conhecer as temáticas mais requisitadas por empresas solicitantes de serviços de Promoção à Saúde. Pretendemos verificar, com a análise dos temas de palestras de maior incidência em uma prestadora de serviço de Promoção à Saúde; a conformidade entre as temáticas de maior incidência em uma prestadora de serviço de Promoção à Saúde e a as diretrizes dos programas de Saúde Pública no Brasil.

MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

Metodologicamente podemos classificar a presente pesquisa como descritiva⁴. Quanto à natureza, como pesquisa quali-quantitativa⁵. Quanto aos procedimentos técnicos trata-se de uma pesquisa documental⁴. Os dados foram coletados no banco de dados de uma empresa de médio porte da iniciativa privada prestadora de serviços de Prevenção à Saúde da cidade de São Paulo (SP), extraído e tabulados do programa Microsoft Excel® 2010.

Essa pesquisa é um resultado da consolidação de dados oriundo do período compreendido entre o mês de fevereiro 2009 ao mês de maio 2012. Os dados foram colhidos e tabulados no mês de maio de 2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela abaixo apresenta os temas de palestras mais solicitados em uma empresa de médio porte da iniciativa privada prestadora de serviços de Prevenção à Saúde da cidade de São Paulo.

	Tema Solicitado	Nº	n%
1	DST-AIDS	54	9,56
2	Drogas	49	8,67
3	Estresses	48	8,50
4	Qualidade de Vida	48	8,50
5	Alimentação Saudável	36	6,37
6	Saúde da Mulher	25	4,42
7	Câncer de mama / Câncer de próstata	23	4,07
8	Prevenção de acidentes e primeiros socorros	23	4,07
9	Tabagismo	23	4,07
10	Ergonomia	19	3,36
11	Doenças Crônicas (diabetes e hipertensão)	18	3,19
12	Motivação e auto-estima	13	2,30
13	Alcoolismo	12	2,12
14	Cuidado com o coração	12	2,12
15	Influenza H1N1	12	2,12
16	Criança Segura	8	1,42
17	Ortopedia	8	1,42
18	Otorrino	8	1,42
19	Relacionamento Pais e Filhos	8	1,42
20	Auto estima e Depressão	7	1,24
21	LER DORT	7	1,24
22	Atividade Física	6	1,06
23	Dependência Química	6	1,06
24	Saúde do homem	6	1,06
25	Nutrição	5	0,88
26	Planejamento Familiar	4	0,71
27	Outros temas	77	13,63
	Total	565	100

Tabela 1 – Temas solicitados por empresas da Iniciativa privada para Prestadora de Serviços de Prevenção à Saúde da cidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

Verificamos que, ocupando a primeira posição encontra-se o tema DST-AIDS

(9,56%). Esta é uma das frentes estratégicas do governo, possuindo recursos próprios e importantes frentes de trabalhos específicos. Atualmente, busca despertar na comunidade em geral uma nova percepção do entendimento da “vulnerabilidade social” em detrimento aos conceitos preconceituosa dos “grupos de risco”.

O que é vulnerabilidade? É o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social, cultural, econômica e política cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de um grupo populacional, diante de uma determinada doença, condição ou dano⁶.

Outro fator que explica o clamor atual quanto ao debate deste tema é a disseminação das doenças e mudança no perfil epidemiológico do adoecimento, tratando em específico da AIDS, antes caracterizada pela transmissão homo/bissexual masculino e de escolaridade elevada (1980 a 1986), passando pelos usuários de drogas injetáveis (UDI) e processo de pauperização e interiorização da epidemia (1987 a 1991), culminando, no prisma atual, na heterossexualização e feminização da epidemia⁶.

O segundo tema entre os mais solicitados é Drogas (8.67%), o que retoma a polêmicas que vai desde a liberação de produtos ilícitos a problemas pessoais e sociais no uso das drogas, culminando nas estratégias de enfrentamento. Alguns estudos apontam responsabilidade governamental quando a elevação dos números de usuário de drogas (seja ela ilícita ou não) quando permite e explora esse comércio pensando nos ganhos tributários. Hoje, são temas em evidência nas políticas públicas após as reflexões relativas aos prejuízos sociais e custos operacionais com saúde e segurança⁷.

Os temas Estresse (8,5%) e Qualidade de Vida (8,5%) apresentam-se como resposta ao clima tenso do ambiente de trabalho na atualidade, as cobranças quanto à densidade de produção e competitividade no trabalho e na carreira social. Como estratégia de gerenciamento do estresse e promoção da qualidade de vida, o governo apresenta a Política Nacional de Promoção da Saúde, debatendo hábitos saudáveis por parte da população brasileira e responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo. Observa-se que, assim como as políticas públicas diagnosticaram a necessidade do combate ao tabagismo e a promoção de hábitos saudáveis, as empresas privadas também solicitam uma demanda considerável dessas reflexões (Tabagismo, 4.7% e Alimentação saudável 6,37%).

Temas envolvendo as dimensões da saúde sexual e reprodutiva também estão representados entre os mais solicitados, como por exemplo, o grande tema Saúde da Mulher (4,42%), câncer de mama (4,07%) e planejamento familiar (0,71%). Essas solicitações muitas vezes são acompanhadas de observações sobre a necessidade de prevenção ao adoecimento e, principalmente, pela redução das taxas de absenteísmo no trabalho para acompanhamento de agravos à saúde

quando instalados. Observa-se também muito temor quanto às restrições do período gestacional e, principalmente, o temor do afastamento no período da licença maternidade.

Esses temas, muitas vezes, são discutidos nas escolas, no ambiente de trabalho e também nos serviços de saúde, principalmente na Atenção Básica por serem temas prioritários na Estratégia de Saúde da Família.

A atenção em saúde sexual e em saúde reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritárias da Atenção Básica à saúde. Deve ser ofertada observando-se como princípio o respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos⁸.

Com apenas 1,06% das solicitações, o tema Saúde do Homem ainda se apresenta de forma discreta, assim como nas políticas públicas e na sua difusão. Tratado com descaso, o tema é vítima dos preconceitos, mitos e tabus. Deixado de lado, quem perde com isso é a população.

CONCLUSÃO

Após a análise dos fatos, verificou-se a importância do contínuo debate dos temas do cotidiano social, das situações de vulnerabilidade social. Ficou claro também a importância das reflexões sobre os agravos à saúde oriundos dos hábitos contemporâneos negativos de preocupação com produtividade intelectual e material em detrimento do cuidado para com a saúde. Uma atenção especial deve ser dada à questão de sexualidade e gênero, temas importantes nas Políticas Públicas.

A assistência à saúde é livre a iniciativa privada⁹ e representa um grande parceiro do SUS. Vale a pena esclarecer que os serviços, quando utilizados em caráter complementar para suprir demandas específicas, deverão seguir os princípios e diretrizes do SUS⁹. Contudo, foi verificado também, no setor privado, que em suas ações pontuais estão contempladas as diretrizes do SUS. Não por obrigatoriedade ou determinação, mas pela percepção da importância dessas temáticas, todas oriundas do aprendizado da Saúde Pública.

É importante ter ciência do caráter complementar das ações públicas e privadas: esse setores podem e devem estabelecer importantes parcerias de mútuo interesse, já que o grande beneficiário será a população. Um exemplo disso é a oferta de material educativo para grandes campanhas - impressos e preservativos. Outra opção é firmar parcerias com os setores, principalmente de Atenção Secundária e Terciária, para referenciar casos específicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria no 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, 22 fev 2006.
2. FADEL, Cristina Berger et al . Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, Apr. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122009000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 de maio de 2012.
3. SILVA, J. L. L. O processo saúde-doença e importância para a promoção da saúde. Informe-se em promoção da saúde, n.2.p.03-05. 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>>. Acesso em 27 de maio de 2012.
4. GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
5. POLIT, Deise; BECK, Cheryl; HUNGLER Bernadette. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
7. LARANJEIRA, Ronaldo. Legalização de Drogas ea Saúde Pública. Ciênc.. saúde coletiva[online]. 2010, vol.15, n.3, pp 621-631. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300002>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
9. BRASIL, Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 set. 1990.

3

IDOSOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA VISÃO COM ÊNFASE NA TERAPIA OCUPACIONAL

Tatiana dos Santos Arini

INTRODUÇÃO

A velhice é uma etapa muito peculiar na vida do ser humano, e só pode ser compreendida considerando-se suas dimensões cronológicas, biológicas, psicológicas e sociais, bem como a relação entre elas. 1 Nos últimos anos, a população vem envelhecendo e, em todo o mundo, o número de pessoas acima de 60 anos vem aumentando gradativamente. Hoje, a população idosa cresce mais do que qualquer outra faixa etária: cerca de 7,3 milhões de 1980 a 2000. Até 2025, o Brasil será o sexto país em número de idosos. ^{1,6,7}

O processo de envelhecimento demográfico repercute nas diferentes esferas - política, social e econômica. O aumento do número de anos está ligado à redução das taxas de fertilidade e o acréscimo da longevidade nas últimas décadas. Nos dias atuais, o envelhecimento aparece ligado a doenças e perdas; na grande maioria das vezes, associados apenas a problemas médicos. ^{1,6}

As concepções de velhice nada mais são do que resultado de uma construção social e temporal feita no seio de uma sociedade com valores e princípios próprios, que são atravessados por questões multifacetadas, multidirecionadas e contraditórias.⁶ Outro fator importante a que a velhice remete é a proximidade da morte. Nascer e morrer são duas etapas na vida nas quais todos irão passar.^{1,5} Pensando em idosos com doença ativa, progressiva e ameaçadora da continuidade da vida, e em idosos no curso da evolução natural de um processo de adoecer - que pode se arrastar por anos - os cuidados paliativos tornam-se imperiosos. ⁵

Os cuidados paliativos foram definidos e recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990. Em 2002, o conceito foi revisto e ampliado: conjunto de medidas destinadas ao cuidado de pacientes e familiares quando se encontram diante de uma doença ativa, progressiva e ameaçadora à continuidade da vida. O objetivo é proporcionar a prevenção e o alívio do sofrimento por meio de uma identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros sintomas desconfortantes, de natureza física, psicossocial ou espiritual. ⁵

Frente às limitações decorrentes do processo de envelhecimento atrelado ao adoecimento, os princípios de cuidados paliativos recomendam prover um sistema

de apoio e ajuda para que o paciente consiga viver tão ativamente quanto possível até a sua morte. Nisso, a terapia ocupacional tem um papel fundamental para com este idoso. Ainda que o cotidiano esteja muito limitado, sem possibilidade de escolhas, a vida não pode perder o sentido. Assim, o objetivo do estudo é identificar e pontuar a atuação do terapeuta ocupacional junto a esta população.

3

OBJETIVO

Identificar na literatura científica a atuação da terapia ocupacional junto a idosos em cuidados paliativos.

METODOLOGIA

1. Tipos de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, qualitativa e retrospectiva realizada por meio de revisão narrativa de literatura.

2. Materiais

Foi realizada uma revisão na literatura de 2005 a 2010 por meio de pesquisa na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e GOOGLE Acadêmico. A pesquisa foi realizada sem restringir o tipo de estudo, idioma, campo de busca, espécie e gênero estudados. Durante a busca foram utilizados os seguintes descritores: idosos, cuidados paliativos e terapia ocupacional. Foram usadas combinações múltiplas desses descritores, gerando artigos. Os materiais utilizados neste estudo foram classificados em documentos que incluem resultados de pesquisa e resultados secundários, que abrangem revisões bibliográficas.

3. Instrumento para coleta de dados

Foi elaborado um roteiro estruturado pela autora identificando: dados dos artigos selecionados para a pesquisa, tipo de publicação, ano da publicação, resultados e conclusões.

4. Operacionalização da coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril e junho de 2012. Posteriormente à identificação dos artigos e documentos, foram analisados os resumos e capítulos dos materiais. Em seguida, foram lidos e analisados na íntegra para verificar se atendem ao objetivo do estudo. Após a leitura minuciosa e decisão por inclusão no estudo, foi preenchido o roteiro com os dados da pesquisa.

RESULTADOS

Após análise do material, foram identificadas categorias temáticas. A partir destas categorias, os conteúdos dos artigos foram agrupados e descritos na apresentação dos resultados.

Resultados da localização dos artigos

Tabela 1 – Artigos localizados na base de dados.

Base de Dado	Artigos Localizados
Lilacs	07
Google Acadêmico	28

Resultados da seleção de artigos

Foram selecionados para esta revisão artigos científicos que se adequaram aos critérios de inclusão pré-estabelecidos no estudo. Para aprofundamento, foram utilizados o capítulo de um livro e artigos encontrados nas bases de dados selecionadas para a pesquisa. Desta forma, a tabela abaixo apresenta o número de artigos excluídos pós-análise e o número de artigos selecionados para o estudo.

Tabela 2 – Distribuição de artigos localizados, excluídos pós-análise e selecionados por base de dados.

	Base de Dados
	LILACS
Artigos localizados	07
Artigos excluídos pós-análise	05
Artigos selecionados	02
	GOOGLE ACADÊMICO
Artigos localizados	28
Artigos excluídos pós-análise	20
Artigos selecionados	08

Dos artigos incluídos, todos eram de língua portuguesa, sendo um estudo quantitativo descritivo, duas revisões bibliográficas, três estudos qualitativos, um estudo qualitativo transversal, um estudo qualitativo introdutório, um estudo de abordagem introdutória à ética no paliativismo e um estudo de abordagem terapêutica. O ano de publicação desses estudos variou de 2005 a 2010.

Resultados da caracterização dos artigos selecionados

Tabela 4 – Caracterização dos artigos selecionados

Ano	Título	Autor	Tipo de estudo	Objetivo
2010	O uso da música nos cuidados paliativos: humanizando o cuidado e facilitando o adeus.	SEKI, N.H; GALHEIGO, S.M	Revisão Bibliográfica	Mostrar que o uso da música nos processos saúde-doença-cuidado pode promover conforto e qualidade de vida para a pessoa adoecida.
2009	Papel do Terapeuta ocupacional em uma equipe de Cuidados Paliativos.	OTHERO, M.B	Estudo qualitativo	Mostrar e identificar o papel do terapeuta ocupacional em uma equipe de cuidados paliativos.
2009	Terapia ocupacional modulando a dor em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos.	TAKEDA, N	Estudo quantitativo descritivo	O objetivo deste estudo trata-se de avaliar os resultados de um programa de terapia ocupacional aplicado a pacientes oncológicos sob cuidados paliativos, no que se refere à modulação da dor, qualidade de vida e sintomas emocionais.
2008	Ética e Cuidados Paliativos na abordagem de Doenças Terminais.	MACIEL, M.G.S	Abordagem introdutória a ética no paliativismo	Aborda a necessidade de educar profissionais para prover Cuidados Paliativos com qualidade, e também educação para a população em geral sobre os princípios e benefícios dos Cuidados Paliativos .
2008	O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais.	SCHNEIDER, R.H; IRIGARAY, T.Q	Revisão Bibliográfica	Indica aspectos que configuram o processo de envelhecimento na sociedade atual, especificamente as diferentes conceituações utilizadas para definir este processo em relação aos aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais.
2007	As diferenças de gênero na velhice.	FIGUEIREDO, M.L.F; TYRREL, M.A.R; CARVALHO, C.M.R.G; LUZ, M.H.B.A; AMORIM, F.C.M; LOIOLA, N.L.A	Estudo qualitativo	Investiga as questões de gênero presentes e determinantes da saúde e da qualidade de vida das pessoas que envelhecem.
2007	Propostas desenvolvidas em cuidados paliativos em um hospital amparador - Terapia Ocupacional e Psicologia.	OTHERO, M.B; COSTA, D.G	Abordagem terapêutica	O artigo apresenta um hospital amparador com ênfase na atuação da terapia ocupacional e psicologia voltado para os cuidados paliativos.

2006	Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais.	SILVEIRA, T.M; CALDAS, C.P; CARNEIRO, T.F	Estudo qualitativo transversal	O estudo tem como objetivo geral contribuir com subsídios teóricos e práticos para uma melhor compreensão de quem é o cuidador principal, como surge e como é construída sua subjetividade.
2005	Peculiaridades da comunicação ao fim da vida de pacientes idosos.	BURLÁ, C; PY, L	Estudo qualitativo	Mostra as peculiaridades da comunicação entre profissionais, pacientes, idosos ao final de vida e seus familiares, abordando acolhimento e a orientação como integrantes da dinâmica comunicacional nesse cenário específico.
2005	Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade.	PESSINI, L; BERTACHINI, L	Estudo qualitativo introdutório	Objetivo realçar a importância e a necessidade de compreendermos melhor as dimensões da vida humana, destacando a dimensão no cuidado da dor e do sofrimento humanos.

DISCUSSÃO

Atualmente, são muitas e variadas as iniciativas ligadas ao desenvolvimento dos cuidados paliativos. A administração dos sintomas e controle impecável da dor exige do profissional considerar a história de vida do paciente levando em conta, além do exame físico, sua história pessoal e a possibilidade de uma vida plena e produtiva até o último dia. O cuidado biológico é de extrema importância, mas em cuidados paliativos não é reduzido e sim integrado aos aspectos psicológicos e espirituais, “oferecendo um sistema de apoio para ajudar o paciente a viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte”.^{10,11}

A medicina paliativa em geriatria compõe-se dos cuidados ativos prestados a pacientes idosos, com doenças progressiva e irreversível, quando não há mais resposta aos tratamentos específicos de qualquer natureza. O enfoque terapêutico é o alívio do sofrimento do paciente, integrando ações médicas no conjunto das intervenções de enfermagem, psicologia, nutricionais, reabilitação, espirituais, social, nas quais se inclui a assistência aos familiares.⁸

O trabalho do terapeuta ocupacional inicia-se com uma avaliação ampla, com o objetivo de construir um panorama da história de vida do paciente, de sua família e cuidadores, da capacidade funcional e desempenho ocupacional como habilidades, interesses e repertório de atividades. A partir desta avaliação é traçado um plano terapêutico, que buscará o resgate das potencialidades e atividades do idoso em atendimento. Estes atendimentos podem ser realizados individualmente ou através de grupos.^{3,8}

Para idosos que apresentam um maior grau de comprometimento funcional, motor e cognitivo, a música é uma das principais atividades utilizadas, proporcionando um ambiente mais acolhedor, estimulando a memória afetiva além de

proporcionar conforto emocional e espiritual. Em idosos com dificuldades na comunicação, a música alivia a ansiedade e diminui a agitação.^{2,8} Já para idosos com capacidade funcional mais preservada, o campo de ação é mais vasto, onde diversas atividades podem ser utilizadas como: artesanatos, a própria música ou atividades que promovam a sociabilização. Isso resgata atividades que ao longo da vida ou pela doença o idoso deixou de fazer, criando novas possibilidades e descobertas. Confecções de adaptações para o auxílio destas atividades e para realização das atividades de vida diária fazem parte do plano terapêutico.^{4,8,9}

O terapeuta ocupacional deve, também, escolher atividades que dêem ao paciente prazer e sentido de capacidade, e que jamais venham aumentar sua frustração. É essencial, ainda, o desenvolvimento de hábitos ocupacionais diários para quebrar o círculo vicioso dor-ociosidade-dor.⁸ Na fase final de vida, o terapeuta ocupacional acompanha o paciente, realiza mudanças no foco do atendimento, diminuindo os estímulos oferecidos, tendo em vista o conforto e a tranquilidade do idoso nesta etapa. Em alguns casos, é possível manter a música como a principal atividade significativa, trazendo acolhimento e conforto.³

CONCLUSÃO

A partir dos dados levantados, nota-se que nas condições presentes em que se encontra inserido, o idoso, através de práticas paliativistas, a atuação do terapeuta ocupacional nestes cuidados potencializam a vida, a criação e singularidade em um cotidiano muitas vezes empobrecido, limitado e até mesmo esquecido pela doença. Não deixando, assim, que a vida perca seu sentido e significado até o último momento, resgatando e até mesmo descobrindo, dentro dos limites de cada idoso, aquilo que é significativo para o mesmo, fazendo com que este redescubra, reinvente, valores até então esquecidos ou distanciados pelo estado ao qual se encontra.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OTHERO, M.B. Terapia Ocupacional Práticas em Oncologia. São Paulo: Roca; 2010, 409p.
SEKI, N.H; GALHEIGO, S.M. O uso da música nos cuidados paliativos: humanizando o cuidado e facilitando o adeus. Interface COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO: V.14, N.33, 2010. 273-84p.
2. OTHERO, M.B. Papel do Terapeuta Ocupacional em Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos : V.1, N.1, 2009. 320-237p.
3. TAKEDA, N. Terapia ocupacional modulando a dor em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu: 2009. 87p.
4. MACIEL, M.G.S. Ética e Cuidados Paliativos na abordagem de Doenças Terminais. Revista SESC: V.8, N.12, 2008. 1-10p.
5. SCHNEIDER, R.H; IRIGARAY, T.Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Estudos de Psicologia , V. 25, N. 4, 2008. 585-594p.
6. FIGUEIREDO, M.L.F; TYRREL, M.A.R; CARVALHO, C.M.R.G; LUZ, M.H.B.A; AMORIM, F.C.M; LOIOLA, N.L.A. As diferenças de gênero na velhice. Rev Bras Enfermagem: V. 4, N. 60, 2007. 422-7p.
7. OTHERO, M.B; COSTA, D.G. Propostas desenvolvidas em cuidados paliativos em um hospital amparador - Terapia Ocupacional e Psicologia. Práticas Hospitalar: V. 9, N. 52, 2007. 157p.
8. SILVEIRA, T.M; CALDAS, C.P; CARNEIRO, T.F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade:

um estudo sobre cuidadores familiares principais. Cad. Saúde Pública: V. 22 , N.8, 2006. 1629-1638p.

9. BURLÁ,C; PY,L. Peculiaridades da comunicação ao fim da vida de pacientes idosos. Bioética : V. 13, N. 2, 2005. 97-106p.

10. PESSINI,L; BERTACHINI,L. Novas perspectivas em cuidados paliativos:ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. O MUNDO DA SAÚDE: V. 29, N. 4 , 2005. 491-509p.

4

IMPACTO DO TRABALHO NA SAÚDE DOS PROFISSIONAIS QUE CUIDAM EM DOMICÍLIO E A IMPORTÂNCIA DOS GRUPOS DE DISCUSSÃO COMO UMA VIA DE ATUAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR: EXPERIÊNCIA COM A EQUIPE DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES

*Debora Nozzella
Marilia Bense Othero*

INTRODUÇÃO

Atualmente, o âmbito de cuidados se modificou muito. De lugar de isolamento passou a espaço de cuidados comprometidos com o ser humano. Não deve ser considerado um morredouro, mas um lugar onde promove-se e recupera-se a saúde.

Inicialmente, o hospital nasce como local de isolamento. Ele já existia na Grécia de Esculápio e na Roma Antiga, onde vários templos criados para homenagear esse sábio Deus serviam de abrigo aos pobres, velhos e enfermos. Na China, no Ceilão, no Egito, antes de Cristo, há registros de hospedarias, hospitais e hospícios, palavras com a mesma raiz latina, onde almas pias patrocinavam e cuidavam de peregrinos, crianças, velhos, vagabundos e doentes (Ribeiro, 1993).

Em relação aos cuidados - hoje papel de uma equipe interdisciplinar - muito já se avançou neste conceito. Anos atrás, cuidar tratava-se de um olhar apenas sobre a doença, vendo apenas parte de um corpo e não o todo do paciente. Hoje, conceitos como a saúde global e cuidado humanizado vão ganhando espaço como forma de cuidados nas instituições de saúde.

O conceito de saúde global vem de encontro ao modelo biopsicossocial de saúde, onde estar saudável envolve o bem-estar físico, mental e social do indivíduo. Fica evidente como um olhar puramente para a doença não basta para a execução de um cuidado satisfatório, o que ressalta a importância do cuidado ser realizado por uma equipe interdisciplinar.

Na interdisciplinaridade, profissionais se abrem ao encontro de conhecimentos,

não se fecham em si próprios buscando defender seu território. Há um território em comum e nenhum profissional sozinho poderá, de fato, cuidar de um sujeito que hoje, sabemos, é um ser singular, com histórias e vivências que impactam em sua doença e também em seu tratamento. Nesta relação em que nos complementamos e somos interdependentes - e ao mesmo tempo temos autonomia com um saber próprio - encontra-se um equilíbrio entre cada especificidade e se flexibiliza a divisão de trabalho.

Desta forma, o cuidado humanizado vem à tona para percebermos que não lidamos com um corpo ou uma doença, mas com um ser singular que não deve aceitar seu papel passivo. É um sujeito com emoções, direitos e deveres em relação ao seu corpo e ao seu tratamento. É parte desta equipe de cuidados, já que tem a sua crença, sua história e deve fazer escolhas durante o seu tratamento - inclusive em que tipo de tratamento está disposto a receber e como deseja morrer.

Antes mesmo de um referencial para a assistência na área da saúde, o cuidado é aqui compreendido como um valor humano, uma construção coletiva – que para a área da saúde representará basicamente a centralidade na pessoa, usuário e trabalhador. A partir de Deslandes (2009), o cuidado deve ser compreendido como direito e ética definidora de práticas e de identidades em saúde, se afiliando a valores de defesa da vida, busca da felicidade e comunicação mais plena entre os sujeitos.

Ainda segundo Deslandes (2009), devemos ter o cuidado como uma postura, uma atitude, além dos conhecimentos teórico-práticos, bem como disposições organizacionais. O cuidado é um conceito que envolve complexidade e encontro pleno com o outro, apreendendo-se suas necessidades a partir de uma escuta dialógica.

“Nesta compreensão, toma-se o cuidado como proposta ética e não como ato isolado de assistência ou atenção à saúde, apenas. [...] E esta atitude é de ocupação, preocupação, responsabilização radical, sensibilidade para com a experiência humana e reconhecimento da realidade do outro como pessoa e como sujeito, com suas singularidades e diferenças. [...] Cuidar é uma ação integral, com significados e sentidos que compreendem a saúde como “direito de ser” (Zoboli, 2009, p.63).

Diante de tantas mudanças no paradigma do cuidado, conquistado através de centenas de anos e muita reflexão filosófica, chegamos a um ponto onde a prática dos cuidados está muito diferenciada, onde o paciente é - ou deveria ser - parte desta relação, assim como todo o meio que o circunda, o que torna a prática dos cuidados mais prazerosa, mais participativa e também muito mais complexa e difícil. Isso porque ela pode ser mobilizadora de sofrimento físico e emocional para o profissional que cuida.

O centauro Quíron, mestre dos médicos, foi ferido mortalmente pelas flechas de Hércules e por ser sua ferida incurável sofria grandes dores. Tornou-se o grande mestre dos médicos, porque tocado pela sua dor, era capaz de se sensibilizar com a dor dos outros. É o que acontece também com os profissionais de saúde em contato com suas próprias dores e perdas, tornando-se sensíveis ao sofrimento das pessoas sob seus cuidados. Os profissionais de saúde vivem esta situação, de estarem feridos pela sua prática profissional (KOVACS, 2010).

Se analisarmos criticamente, veremos que lidar apenas com um coração que está falhando gera menor sofrimento que lidar com um paciente que tem um coração falhando, que está em sofrimento, que teve sua vida interrompida, que não aceita sua condição, que tem problemas familiares que impactam no seu cuidado e na sua adesão ao tratamento, que está sozinho e por isso demanda demais da equipe, e tantas outras coisas. No entanto, o cuidado que considera só uma parte não é um cuidado real; é apenas uma parte muito pequena de um todo complexo.

Cuidar, hoje, refere-se a articular conhecimentos teóricos e técnicos aos afetivos e sociais. A equipe que falha nesta articulação, desconsiderando algum destes fatores, dificilmente afetará o paciente, o que, fatalmente, coloca a aceitação do tratamento e sua reabilitação em risco.

A complexidade do cuidar e/ou do ambiente faz com que os profissionais às vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está a sua frente, devido à rotina que exige um grande empenho físico e mental destes profissionais. (VILLA & ROSSI, 2002).

Uma comprovação de como o cuidado está vinculado a um sofrimento físico e emocional intenso está no aumento da quantidade de profissionais de saúde que sofrem de estresse, burnout, depressão e que até mesmo cometem suicídio, denunciando um intenso estado de sofrimento vivenciado hoje na conduta dos cuidados e que muitas vezes não é considerado pelas instituições como pode ser visto no estudo de MANETTI & MARZIALE (2007).

Quando nos remetemos ao contexto do cuidado domiciliar, o paradigma dos cuidados novamente é alterado. O profissional sai de sua área de conforto (a instituição hospitalar) para se inserir no território do outro, para ficar imerso no mundo do paciente e, sem se dar conta, lida com coisas muito íntimas, com o que há de melhor e pior em seu paciente.

No domicílio do paciente, muitas vezes os profissionais podem ser encarados

como espiões ao julgar sua forma de se relacionar com a família e cuidadores e de executar seus autocuidados sem ao menos perceber. Ou serem encarados como heróis, os super- profissionais que salvarão o paciente e sua família de um final que, na maioria das vezes, é inevitável.

Foi através da percepção de como o cuidado em domicílio pode ser uma atividade complexa - e muitas vezes não fomos preparados na faculdade para lidar com questões como a terminalidade e problemas familiares associados ao adoecimento físico - que surge na equipe de saúde mental da São Paulo Internações Domiciliares a ideia da formação de um grupo com parte dos profissionais visitantes desta equipe, em especial a de enfermagem, que visita e fica na base dando assistência através do telefone. Uma vez que se relacionam mais frequentemente com o paciente, podem colaborar na reflexão e discussão das dificuldades do cuidado em domicílio e da repercussão dessa atividade na saúde de quem cuida.

OBJETIVOS

Observando todas as dificuldades e sofrimentos que o cuidar - em especial o cuidar em domicílio e pela equipe da SPID - envolve, vemos que, muitas vezes, os profissionais estão lidando com o paciente de forma isolada e desejam dar conta de tudo. Ou que não desejam entrar em contato com aspectos do paciente que são tão evidentes que seria impossível não considerá-los. Esses profissionais vivem em sofrimento físico e emocional, e na maioria das vezes, nem percebem ou consideram o nível de sofrimento que a atividade de cuidar pode causar.

Aspectos como a alta demanda de trabalho, a presença constante da pressão das instituições para o cumprimento das metas, a vivência constante no trânsito, a sobrecarga de atividades, lidar com um paciente que não te recebe bem, que sofre, que apresenta altas demandas para a equipe, que se queixa e que tem altas expectativas, a presença da morte iminente e cotidiana, a alta responsabilidade assumida com paciente, família e cuidadores, todos estes aspectos e muitos outros despertam no profissional uma resposta de desgaste, de sofrimento físico e emocional. E também uma resposta empática: todos sofrem junto e vivenciam, com o paciente, todo o sofrimento como se fosse o seu.

Um exemplo dessa avalanche de sentimentos é quando lidamos com um paciente que falece de forma “inesperada”, depois de muito tempo de cuidados. Sentimentos como luto, culpa, fracasso, negação, impotência, desespero e dor são comuns na equipe que cuida. Alguns deles são positivos até certo ponto, como o luto, pois mostra que a equipe se vinculou ao paciente e fez o seu papel. Mas, quando sentimentos de culpa e impotência são de intensidade muito grande e tornam-se muito frequentes, é preciso prestar atenção em como esse cuidado está impactando a saúde da equipe.

O profissional de saúde, em contato com o sofrimento nas suas diversas dimensões, vive conflitos sobre como se posicionar frente à dor, que nem sempre

consegue aliviar. Precisa elaborar perdas de pacientes, o que é mais penoso quando morrem aqueles com quem estabeleceu vínculos mais intensos. Este convívio com dor, perda e morte traz ao profissional a vivência de seus processos internos, sua fragilidade, vulnerabilidade, medos e incertezas, que nem sempre tem autorização para compartilhar (KOVACS, 2010).

Naturalmente, a forma de cuidar humanizada amplia os vínculos com o paciente e sua família quando o profissional não tem medo ou bloqueio de lidar com eles. Mas esse vínculo também potencializa o sofrimento e condutas. Não conseguir deixar o paciente morrer em seu tempo certo afeta nosso próprio sentimento de super-profissionais que não podem deixar que isso aconteça. São situações difíceis de serem aceitas. Nesta relação de cuidados, somos humanos, todos são humanos, e é assim que deve ser para que o cuidado seja efetivo.

A partir de todos estes pressupostos, a equipe de saúde mental propôs um espaço para discutir tais questões a fim de que os cuidados pudessem ser repensados de forma a conseguirmos lidar com essa atividade e tudo que está intrínseco a ela de uma forma mais positiva para todos. Seu objetivo é ver o paciente através de um outro olhar (para entender melhor alguns conflitos que existem entre equipe e domicílio) e de não negar o sofrimento da sobrecarga de funções e do cuidado em domicílio,

METODOLOGIA

Desde agosto de 2011 um grupo de capacitação e reflexão vem sendo realizado com profissionais da SPID. São encontros mensais onde é possível repensar nossa conduta diante das dificuldades do cuidado do outro e dos nossos próprios cuidados.

Através de palestras da saúde mental são oferecidas novas perspectivas do cuidado, novos aspectos a serem considerados na relação de cuidados como o adoecimento emocional em conjunto com o adoecimento físico, o significado de cuidar para a equipe, a importância do trabalho em equipe, a saúde do profissional de saúde e as emoções despertadas no trabalho da enfermagem. Trata-se de subsidiar reflexões coletivas sobre nossa conduta no domicílio, sobre aspectos que são vivenciados nos cuidados e como isso nos impactam diretamente.

Os encontros também são um espaço de trocas de experiências, de escuta, de união da equipe, fortalecendo os laços do dia-a-dia e proporcionando um momento de pausa em uma rotina desgastada, corrida, estressante. É um momento particular em que podemos olhar um para o outro - e para nós mesmos - e repensar nossa atuação.

Os seguintes temas já foram abordados nesses encontros: Aspectos emocionais do adoecimento; Quando acionar a equipe de Saúde Mental? critérios e possibi-

lidades; Trabalhar em Home Care: como é atuar nos domicílios; Transtornos de comportamento – compreensão e manejo; Trabalho em equipe; Saúde do profissional de saúde; Significado do cuidar; Como lidar com as emoções?; Lutos e perdas; Qualidade de vida, e O que podemos melhorar? Ressaltamos que, a cada final de semestre, é feita uma retrospectiva dos encontros e trabalhado junto com a equipe a continuidade do grupo e os temas de interesse a serem estudados e discutidos no semestre seguinte.

RESULTADOS

Esse grupo está completando um ano de existência. Desde sua inserção na grade de atividades da equipe São Paulo Interações Domiciliares, muito pode ser refletido e considerado, tanto em relação à saúde do paciente como à saúde do profissional.

Grupos como estes já existem em outros contextos, como nos hospitais, e só nos ajudam a verificar como a atividade de cuidar pode ser muito gratificante, de acordo com o que já foi simbolizado por integrantes de nosso grupo, e ao mesmo tempo como pode ser uma atividade muito sofrida e desgastante. Segundo Petito e Branco (2011):

“O grupo favorece a compreensão dos aspectos relacionados ao trabalho sob a perspectiva de diferentes atores, tornando-se possível construir coletivamente novas formas de planejar e executar o trabalho, podendo minimizar os impactos na saúde, facilitar o trabalho e melhorar a comunicação e até mesmo os relacionamentos interpessoais. Estar em grupo faz com que o sujeito perceba-se como parte do grupo, a partir da sensação de pertencimento para além do momento em que se está efetivamente junto. [...] Dessa forma, pode-se afirmar que a proposta de grupo adquire potencial transformador no contexto do sofrimento” (p.49).

Por ser um ambiente de atividades tão intensas e diante da necessidade de trabalhar cada vez mais para suprir exigências que surgem das mais variadas fontes, o adoecimento emocional e físico do profissional apenas reforça nossa condição de humano e não indica um despreparo técnico do profissional. Demonstra que, ao desejar tanto cuidar do outro, não percebemos o quanto deixamos de nos cuidar. As atividades do grupo tem proporcionado um espaço de reflexão crítica de como nosso trabalho interfere em nossa vida e como interferimos na vida do outro.

Através da possibilidade da livre expressão de pensamentos e vivências, buscamos não só o compartilhamento, mas a construção de um novo significado no trabalho. Através da exposição dos conflitos vividos no domicílio, por exemplo,

e da constatação de que outras pessoas passam pelas mesmas situações, o trabalho de cuidar fica mais leve. Significa dizer que o sentido do cuidar em enfermagem passa a ser construído em conjunto.

“A partir da necessidade em elaborar estratégias que possibilitem a reflexão do sujeito diante do sofrimento no trabalho, a estratégia de grupo pode ser entendida como um recurso para a transformação.” (Petito e Branco, 2011, p.51)

Apesar de muito se falar do conceito de equipe interdisciplinar, o que vemos muitas vezes nas equipes de assistência domiciliar é um profissional isolado, desejando dar conta de tudo no paciente. A reflexão em grupo vem possibilitando a percepção de que não estamos isolados, há uma equipe a quem é possível pedir ajuda, convocar a visitar domiciliar, ter alguém mais específico para tratar das demandas ocupacionais e emocionais do paciente, por exemplo. Cuidar isoladamente gera apenas sobrecargas e sentimento de frustração, visto que essa é uma demanda impossível. É importante que o profissional tenha consciência disso.

Pelo fato de a equipe de enfermagem ter um contato mais frequente com o paciente e seus familiares - que frequentemente vivem uma situação de muita dor, desespero e ansiedade diante do sofrimento e da possibilidade da perda do familiar - estes despejam todas as expectativas e esperanças neste profissional. São neles que os familiares buscam alívio do sofrimento - o que pode gerar sentimentos ambivalentes em ambas as partes desta relação.

Assim, no contexto da atuação domiciliar, coexistem sentimentos como o agradecimento pelo cuidado e pela presença do profissional em um momento difícil, e a raiva frente à impotência e frustração diante do agravamento da condição clínica. Tal confusão de sentimentos é normal e mostra uma intensa necessidade de cuidado e atenção e, ao mesmo tempo, frustração diante da possibilidade iminente de perda. Observando isso, a equipe pode acatar esses sentimentos e entrar em sofrimento diante de sua “impotência”, o que pode gerar sentimentos como raiva e ressentimento contra si mesmo ou contra o paciente. Fica difícil perceber que, na realidade, estes sentimentos do paciente não são diretamente endereçados aos profissionais; eles correspondem apenas ao sofrimento diante de sua condição clínica e que precisam ser exteriorizados de alguma forma.

Através do compartilhamento de experiência e reflexão é possível, por exemplo, a elaboração desta sobrecarga emocional através da separação dos sentimentos que são da equipe e que são do paciente, e tradução de alguns conflitos de ordem emocional que anteriormente não eram compreendidos e por isso geravam muito sofrimento. Assim como a reflexão sobre o nosso limite como profissional de saúde frente ao nosso paciente e a si mesmo, e necessidade de separar a vida no trabalho da vida pessoal, buscando um esclarecimento sobre o que nos sobrecarrega fisicamente e, a partir disso, despertar possibilidades de mudanças internas e externas em cada um.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de tantas mudanças no paradigma do cuidado, naturalmente o cuidar tornou-se uma atividade mais complexa, confusa e que sobrecarrega física e emocionalmente o profissional que se dedica a essa tarefa. Mas também pode ser muito prazerosa e gratificante quando se consegue compreender melhor os problemas, principalmente os de ordem emocional, que ocorrem entre paciente, família e equipe.

O início das atividades de grupo para reflexão e troca de experiências respondem ao desafio da complexidade que é atender em domicílio e lidar com tantas demandas físicas e emocionais - e muitas vezes não ter sido preparado para isso.

Essa atividade mostrou como é possível recorrer ao auxílio de outros profissionais da equipe e, mesmo com todas as dificuldades institucionais, a equipe pode estar presente e atuar através da reflexão com a equipe de enfermagem.

Atividades como o compartilhamento de experiências, a discussão em conjunto de situações problema, o esclarecimento e auxílio na tradução dos conflitos que encontramos no domicílio são importantes para reduzir as respostas negativas neste profissional, como frustração no trabalho e sentimento de impotência.

Compreender o sofrimento do outro e lidar de uma forma mais positiva com ele pode, potencialmente, diminuir o sofrimento do paciente e da família apenas com essa postura de acolhimento da equipe.

Parafraseando Petito e Branco (2011): “O desafio a se lançar neste momento refere-se à necessidade de unir diferentes profissões, teorias e saberes técnicos, numa tentativa de compreender todos os desdobramentos do trabalho como desencadeador de sofrimento” (p.52)

Ou seja, cada vez mais é muito positiva e necessária a presença de grupos que auxiliem o profissional de saúde a lidar com problemas como a confusão emocional do paciente diante de seu adoecimento e envelhecimento, os limites no cuidar e a elaboração do luto pelo paciente. Isso mostra mais uma possibilidade de atuação da equipe interdisciplinar enquanto um espaço de ajuda e crescimento mútuo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MANETTI, M. L., MARZIALE, M. H. P. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho da enfermagem. *Estudos de Psicologia* (2007); 12(1), 79-85.

RIBEIRO, P. H. 1993. *O Hospital: história e crise*. São Paulo: Cortez.

VILA, V. da S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. *Rev. Latino americana de Enfermagem*. 2002;10(2):137 – 144.

KOVACS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidado do cuidador profissional. *O Mundo da Saúde*, São Paulo: 2010;34(4):420-429.

PETITO, F.S.N.; BRANCO, P.A.N. Trabalho X Sofrimento: um grupo de reflexão como facilitador de transformação. In: Prata da Casa 4: Escritas do cotidiano de uma equipe que cuida. SPID/Grupo MAIS. São Paulo, Oboré, 2011. p.48-52.

DESLANDES, S. O cuidado humanizado como valor e ethos da prática em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Razões públicas para integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009. p.385-395.

ZOBOLI, E. Cuidado: praxis responsável de uma cidadania moral. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Razões públicas para integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009. p.63-78

5

O CÍRCULO QUE FAZ FALAR A EMOÇÃO

Daniela Laskani

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi desenvolvido para a observação de como as mandalas podem proporcionar um espaço de expressão para pacientes do sexo feminino portadoras de demência de grau grave. O estudo foi realizado com três pacientes dentro de um hospital especializado em cuidados paliativos na grande São Paulo. Hospitais como esse tem como principal objetivo tratar dos sintomas, minimizando o sofrimento de pacientes portadores de doenças sem perspectiva de cura. Os cuidados paliativos¹ se baseiam em um modelo de cuidados do paciente a partir de um olhar aos diversos sintomas do sofrimento, como físico, psíquico, social e espiritual.

As Demências² são doenças que até hoje não foi possível desenvolver um método terapêutico que eliminasse os sintomas por completo, a cura. É uma síndrome caracterizada por comprometimento das habilidades intelectuais, principalmente em pessoas idosas. Os pacientes devem apresentar deterioração da memória e de outras funções corticais superiores comprometendo a capacidade funcional diária do indivíduo. O quadro clínico de pacientes portadores de demência modifica-se com o tempo, e podem ser classificadas como leve, moderada e grave. No início, os sintomas são sutis e vão piorando com o tempo, podendo comprometer alterações na linguagem (afasia), na percepção (agnosia), atividades motoras (apraxia), organização e planejamento (funções executivas), além de habilidades visuoespaciais e alterações do comportamento (mais presente na demência do tipo Alzheimer).

Indivíduos acometidos pela patologia perdem o que chamamos de capacidade de estrutura egóica, ou seja, uma memória consciente do Si-mesmo. Por outro lado, parece que um outro tipo de memória pode permanecer preservada em pacientes demenciados, como a que a autora³ chama de memória corporal. Essa se trata de experiências vividas desde os nossos primeiros anos de vida, caracterizada por uma memória afetiva, primitiva e “sentimentos inominados”.

A mandala⁴ foi escolhida como instrumento no estudo com pacientes mulheres portadoras de demência, considerando que a mesma exerce uma função organizadora do Ser total.

Mandala⁴ é uma palavra em sânscrito, que tem como significado círculo. Também pode significar círculo mágico, ou concentração de energia. Universalmente é o símbolo da totalidade. Em várias culturas, a mandala foi usada como expressão científica, artística e religiosa. Podemos ver mandalas no símbolo chinês Yin e Yang, nos yantras indianos, nas mandalas tibetanas, na arte indígena e outros. Refere-se a uma figura geométrica em que o círculo está circunscrito em um quadrado ou um quadrado em um círculo. Pode estar apenas um quadrado ou apenas um círculo na figura, divididas por quatro ou múltiplos de quatro. Dependendo da perspectiva do indivíduo, parece irradiada pelo centro, ou se move para dentro dele⁴.

Autores^{4,5,6} conceituam a mandala como círculo mágico, símbolo do centro, da meta e do si-mesmo, enquanto totalidade psíquica, de centralização da personalidade e produção de um novo centro. Ou seja, explicam ser a imagem e o motor da ascensão espiritual, que procede de uma interiorização cada vez mais elevada da vida.

Jung⁴ recorre à utilização da mandala como uma forma simbólica da representação da psique, utilizadas para consolidar o mundo interior e para favorecer a meditação em profundidade. O autor percebeu que, como nos sonhos, as mandalas eram ricas em imagens arquetípicas, sendo que o arquétipo⁷ é conceituado como o centro nuclear de um complexo sob a forma de uma imagem universal. Portanto, observou uma relação nos conteúdos simbólicos das mandalas e aspectos psicológicos de pessoas que passavam por crises interiores.

Explicam⁵ que a contemplação de uma mandala pode inspirar a serenidade e ajudar a reencontrar um sentido e ordem na vida. Mencionam também que as formas redondas das mandalas simbolizam a integridade natural. Jung verifica que a mandala pode exercer a função de preservar a ordem psíquica, ou então estimular uma função criadora.

APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO/SERVIÇO

O Hospital Premier é uma unidade de saúde de média complexidade apta a dar assistência aos pacientes, na sua maioria idosos, com doenças crônicas degenerativas com múltiplas co-morbidades. O trabalho é desenvolvido por equipe multiprofissional, voltada ao atendimento integral do paciente.

POPULAÇÃO ALVO

As três pacientes mencionadas são portadoras de demência em estágio muito avançado. Esse grau da doença pode se caracterizar como perda significativa de funções das atividades da vida diária. Os encontros foram todos realizados individualmente com as pacientes. O material foi escolhido conforme o momento atual da paciente, variando entre giz de cera, lápis de cor ou caneta hidrográfi-

ca. Em cada encontro, entregou-se à paciente uma folha com um círculo vazio desenhado. Por se tratar de uma mandala pedia-se que escolhesse uma cor para desenhar dentro do círculo. O trabalho na instituição teve a duração de um mês, procurando atender os sujeitos uma vez por semana. Não podemos esquecer que essas pessoas possuem fragilidade clínica impedindo muitas vezes de serem atendidas por estarem consideravelmente rebaixadas cognitivamente.

IMPACTO DA ATIVIDADE/SERVIÇO JUNTO À POPULAÇÃO ALVO

A primeira delas, chamada por um nome fictício de Carmem, de 81 anos, com diagnóstico de Síndrome demencial de Lewy. Carmem se encontrava sonolenta no primeiro atendimento, acontecendo no próprio leito, levando vinte minutos. Foi percebido que a cor escolhida era a mesma que o arranjo de uma orquídea presente à sua frente. Permanece desenhando no centro do círculo e realizando movimentos circulares. O segundo atendimento foi realizado no leito da paciente por estar novamente sonolenta. A paciente mais uma vez se apropria de uma cor de referência associada com algum objeto. Cansa-se rapidamente, obrigando o encerramento do atendimento. Na semana seguinte, foi proposto um terceiro encontro com a paciente, desta vez fora do leito. Como é característico de sua doença o cansaço excessivo, a paciente pouco pintou, e dormiu durante a atividade. Em seu último atendimento, a paciente estava bastante agitada sem querer sair do leito. Chega à sala de atendimento acordada, mas logo demonstra desinteresse pela atividade. Em um certo momento, escolhe uma cor do giz de cera. O desenho pode ser percebido como pouco enfático.

A paciente que atende pelo nome fictício de Martha, de 81 anos, apresenta o diagnóstico de síndrome demencial. Seu primeiro atendimento foi realizado fora do leito, em um momento que se encontrava ativa. Ao chegar na sala de atendimento, M. relata querer voltar para o quarto a todo instante, demonstrando estar bastante inquieta. Mostrava-se preocupada com o que estava fazendo, realizando perguntas como “está certo?” Após algum tempo, esqueceu de sua preocupação. Apresentou nesse momento um estado de calma e satisfação. Posteriormente, ao final do atendimento, relata não querer mais ir embora. O desenho de M., nesse atendimento, demonstrou uma necessidade de preenchimento do círculo como um todo.

O segundo encontro aconteceu em uma semana marcada por um período de náuseas excessivas por parte da paciente, que estava sendo medicada com substâncias que podem trazer sintomas como sonolência. Pergunta sobre o quarto várias vezes, querendo voltar para o leito. Antes de começar a atividade, a paciente chega à sala de atendimento rezando inúmeras vezes o “Pai nosso, e Ave Maria”. Quanto ao desenho, a princípio realiza traçados mais elaborados como espiral. O outro encontro com M. teve duração de uma hora. Foi realizado no leito, de forma individual. A paciente se encontrava agitada, se queixando de incômodo. Durante o desenho ela pede a presença da única irmã viva e com quem morava antes de ser institucionalizada. Pede por mais visitas, perguntando “Quem mais vem me visitar?”, e concorda com a pesquisadora que se sente sozinha. Inovando

a sua maneira de manifestar-se no desenho, dessa vez M. se utilizou de múltiplas cores. Ao final, demonstra não gostar do encerramento do atendimento e pede para ficar. Entitula o desenho com o próprio nome.

O quarto e último atendimento com a mesma paciente aconteceu fora do leito. Percebe-se que desta vez a paciente foi capaz de maior interação com a pesquisadora. Chega ao atendimento rezando novamente. A princípio, pede para subir para o quarto, mas em seguida começa a demonstrar interesse pela atividade. Ao desenhar, tenta se situar no tempo e espaço onde ela se encontra. Perguntas como “Aqui é o hospital?”, “Como chama o hospital?” e afirma “eu moro no hospital”. Também se refere ao seu momento e estado clínico atual falando sobre a sua sonda nasal e a função que a mesma exerce no seu corpo. Então relata “Estou com sonda...estou comendo pela sonda...não tem gosto de nada”. Ao ser questionada, responde positivamente que há muito tempo não come. Durante o atendimento, também relata frases do tipo “Não quero morrer...quero ficar bem e viver”. Pergunta muitas vezes pelas horas durante o atendimento. Já com sua cuidadora presente, pergunta que dia é, relata que seu aniversário é novembro, mas logo a cuidadora diz que é em janeiro e a paciente concorda e pergunta “ Eu nasci em 1930, né? Tenho 81 anos, né? Tô velha...”

A terceira paciente atende pelo nome fictício de Zuleica, tem 88 anos, diagnosticada com Síndrome demencial de Lewy e Doença de Parkinson. Zuleica teve seu primeiro atendimento fora do leito. Neste dia apresentava forte cansaço. Não verbalizou nenhuma palavra durante os quarenta e cinco minutos de atendimento. Ao ser apresentada para a propostada atividade, a paciente demonstra tentar permanecer dentro da figura. Outra característica observada em seu desenho é que Z. procura permanecer em um lugar de referência, muitas vezes fixando a caneta hidrográfica na borda do círculo já desenhado. No segundo encontro com a paciente, o atendimento aconteceu no leito por estar em precaução de contato. Neste dia, estava acordada e muito atenta à televisão. Percebe-se grande dificuldade de escolha do material, mas com insistência é capaz de demonstrar a capacidade de escolha. Com um pouco mais de facilidade que no primeiro atendimento, a paciente permanece dentro do círculo já desenhado. Mas por outro lado, apresenta menos mobilidade da caneta sobre o papel, fixando-se em áreas já exploradas e pintadas.

Após um período de rebaixamento, a paciente se mostra mais disposta no terceiro encontro, podendo até verbalizar palavras. O atendimento foi realizado no leito. Pela primeira vez a paciente se utiliza de um novo espaço do círculo, desenhando com maior ênfase em outro quadrante. Devido à sua doença, esquece com facilidade da atividade e conta com a ajuda da pesquisadora para que a lembre do que está fazendo. Em um desses muitos momentos, a paciente começa a chorar relatando querer ir embora para a casa, e quando questionada confirma ter saudades e sentimento de solidão.

Mesmo percebendo que a disponibilidade do paciente exerce uma função importante para o aproveitamento da atividade, estas mulheres demonstraram que

podem muitas vezes ter a capacidade de inovar de forma criativa o seu momento atual. Como observado nos atendimentos, as pacientes puderam se expressar tanto verbalmente, como também através de seus gestos. Algumas delas mostraram a importância de escolher algo a partir de uma referência já presente, demonstrando a necessidade de sentimento de segurança, como Carmem e Zuleica. Martha já apresenta uma necessidade de preenchimento do espaço vazio, que podemos interpretar, como ela mesma verbaliza, sentimentos de solidão e medo. Foi possível observar que essa paciente teve a oportunidade de atingir uma maior consciência corporal quando relata estar utilizando da sonda e quando refere-se à sua idade avançada. A partir da possibilidade de expressão de sentimentos despertados no momento dos atendimentos com mandalas, essas pacientes tiveram a oportunidade de elaboração dos mesmos, proporcionando uma sensação de conforto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do que se entende por demência, percebemos que indivíduos acometidos por tal patologia sofrem de uma extensa desorganização do Si-mesmo, entendendo o conceito como a totalidade do Ser. Podemos afirmar que a pessoa portadora de demência apresenta sintomas de perda da identidade, desapropriando-se de seus hábitos, gostos, linguagens. Em outras palavras, deixando de Ser-no-mundo.

Embora o indivíduo demenciado perca a capacidade de reconhecimento de sua própria imagem, são capazes de expressar sensações momentâneas a partir de uma memória corporal e atemporal.

Como vimos anteriormente, as mandalas individuais podem ser consideradas como um método organizador do Ser, proporcionando um espaço de alinhamento dos opostos psíquicos, responsáveis por desorganização e sofrimento. Possibilitam também a expressão de suas vivências interiores, seja elas conscientes ou inconscientes.

Percebemos nos atendimentos descritos acima, que os sujeitos da pesquisa mesmo não podendo se expressar via figuras simbólicas de sua psique, devido a uma doença progressiva degenerativa que afeta tanto seus movimentos mais nobres, quanto sua capacidade cognitiva e simbólica puderam expressar seus sentimentos momentâneos via linguagem verbal e corporal. Essa forma de expressão também pode ser considerada uma representação da totalidade da psique do indivíduo portador de demência em grau avançado.

Concluindo, as mandalas podem representar um potencial para a totalidade, e podem ser empregadas como instrumento de concentração e como um meio de unir fragmentos de sensações com o centro da personalidade, compensando a desordem e a perturbação do estado psíquico de indivíduos portadores de demência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manual de cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos. - Rio de Janeiro : Diagraphic, 2009.
2. BOTEGA, N. J. Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência. Porto Alegre: 2 ed. Art-med, 2006
3. ARCURI, I. G. Memória corporal, o simbolismos do corpo na trajetória da vida. São Paulo: Vetor, 2006.
4. JUNG, C. G. Os arquétipos e o inconsciente coletivo. Petrópolis: Vozes, 2002.
5. CHEVALIER, J.; GHEERBRANT, A. Dicionários de símbolos. Rio de Janeiro: José Olympio, 2001.
6. SAMUELS, A; SHORTER, B.; PLAUT, F. Dicionário crítico de análise junguiana. Rio de Janeiro: Imago/Consultoria Editora, 1998.
7. WHITMONT, E. C. A busca do símbolo, conceitos básicos de Psicologia Analítica. São Paulo: Cultrix, 2002.

6

CONTRIBUIÇÃO DA TOXINA BOTULÍNICA PARA TRATAMENTO DE SIALORRÉIA EM PACIENTES COM ESCLEROSE LATERAL AMINIOTRÓFICA (ELA): ESTUDO PRELIMINAR

*Monira Samaan Kallás
Joice Gomes
Eduardo Felipe de Souza Pinheiro*

INTRODUÇÃO

A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma das principais doenças neurodegenerativas, ao lado das doenças de Parkinson e de Alzheimer. Sua incidência na população varia de 0,6- 2,6 por 100.000 habitantes. Idade é o fator preditor mais importante para sua ocorrência, sendo mais prevalente nos pacientes com idade entre 55 e 75 anos. Trata-se de um distúrbio progressivo que envolve a degeneração do sistema motor em vários níveis: bulbar, cervical, torácico e lombar ¹.

O quadro clínico de ELA reflete a perda de neurônios do sistema motor – do córtex ao corno anterior da medula. Sinais físicos deste distúrbio envolvem achados nos neurônios motores superior e inferior. Disfunção sensitiva é incompatível com o diagnóstico de ELA, a não ser que faça parte de um distúrbio subjacente. Os achados físicos correlacionam-se com as diferentes topografias da degeneração dos núcleos motores: bulbar, cervical ou lombar¹.

Atualmente tem aumentado o interesse do uso da toxina botulínica no tratamento da sialorréia crônica, problema que afeta uma grande parcela da população com ELA. A sialorréia não deve ser vista apenas como um problema meramente estético, é uma causa importante de transtornos físicos e psíquicos para estes pacientes. Dermatites, candidíase e halitose são frequentes e principalmente infecções respiratórias recorrentes nos casos mais graves ².

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi buscar e discutir os artigos publicados na base de dados PubMed sobre o uso da toxina botulínica para tratamento de sialorréia em pacientes com esclerose lateral amiotrófica (ELA).

METODOLOGIA

Foi realizada a busca bibliográfica por meio da base de dados Pubmed, com a seguinte combinação de unitermos: sialorrhea X toxin botulinum X aminiotic lateral sclerosis. Após essa triagem, os 16 dos 17 artigos encontrados foram resumidos e discutidos.

RESULTADOS

Quadro 1: descrição dos artigos selecionados segundo autor, data da publicação do artigo, conduta, resultados e feitos adversos.

Autor e ano da publicação	N de pacientes	Conduta	Resultados	Efeitos Adversos
Verma et al ³ , 2006	10 adultos com ELA e sialorréia	Botox tipo A nas glândulas parótidas	Notados após 2 meses da aplicação	Nenhum digno de nota
Marinque D ⁴ , 2005	5 adultos com ELA	Botox tipo A nas glândulas submandibulares parótidas	Efeitos de bem estar duraram 4 meses	Nenhum digno de nota
Contarino et al ⁵ , 2007	10 adultos com Parkinson e 8 adultos com ELA	Botox tipo B nas submandibulares parótidas	Notados após 1 semana da aplicação	Pacientes com ELA tiveram menor redução e maior prevalência de saliva viscosa que pacientes com Parkinson
Neppelberg et al ⁶ , 2007	20 adultos com ELA	14 tratados com uma fração de radioterapia, 5 tratados com Botox tipo A e 2 tratados com radioterapia posteriormente ao resto do grupo	Redução de secreção salivar significante nos controles de 7, 15 e 90 dias nas duas técnicas	Nenhum digno de nota
Costa et al ⁷ , 2008	16 adultos com ELA	Botox tipo B nas submandibulares parótidas	Efeitos de bem estar duraram 3 meses. Mudança na redução viscosidade da saliva	saliva viscosa, dor local na aplicação, diminuição da capacidade mastigatória e infecção respiratória. Apenas 1 paciente não quis reaplicar
Mejeretal ⁸ , 2008	1 adulto com ELA	Botox tipo A nas submandibulares parótidas	Afasia e Anartria após 4 dias com necessidade de um cateter de PEG	Sugere estudos com amitriptilina, escopolamina e radiação
Stone et al ⁹ , 2009	Revisão de literatura em adultos com ELA. Cinco estudos com aplicação de botox em 28 pacientes e 2 estudos com radioterapia em 27 pacientes		As duas técnicas foram bem toleradas com duração dos efeitos em 3 meses para toxina botulínica e 6 meses para radioterapia	Nenhum digno de nota
Kasarkis et al ¹⁰ , 2011	10 adultos com ELA	Radiação na glândula parótida de um lado em 9 pacientes e em 1 dos 2 lados	5 dos 10 pacientes descontinuaram os anticolinérgicos em 2 meses foram reduzidos	Nenhum digno de nota
Guidubaldi et al ¹¹ , 2011	14 adultos com ELA e Parkinson	Aplicação de toxina botulínica tipo A e tipo B	Efeitos similares de tempo de duração das 2 toxinas. Toxina B apresentou menor latência e custo que Toxina A.	Mudança na viscosidade da saliva
Gilio et al ¹² , 2010	26 adultos com ELA	Aplicação de toxina tipo A nas duas glândulas parótidas	Diminuição da sialorreia em 23, 2 com queixa de xerostomia	Nenhum digno de nota
Miller et al ¹³ , 2009	Revisão da literatura que classificou como nível B de evidência a aplicação de toxina Botulínica B para sialorréia e como nível C a baixa dose de irradiação			Nenhum digno de nota

Jackson et al ¹⁴ , 2009	20 adultos com ELA	Aplicação de toxina tipo B nas duas glândulas parótidas	Efeito significativo após 4 semanas	Nenhum digno de nota
Scott et al ¹⁵ , 2005	6 adultos com ELA	Aplicação de toxina botulínica tipo A nas glândulas parótidas	Apesar da segurança do método e da diminuição da sialorréia não houve relato de mudança de qualidade de vida	Nenhum digno de nota
Tan et al ¹⁶ , 2001	1 adulto com ELA	Aplicação de toxina botulínica B nas glândulas parótidas	Diminuição da sialorréia	Deslocamento do condilo da mandíbula
Winterholler et al ¹⁷ , 2001	3 adultos com ELA	Aplicação de toxina botulínica tipo A	Diminuição da sialorréia em 3 pacientes em 2 dias, dificuldade importante de deglutição que parou juntamente com o término do efeito da toxina (4 meses)	Mudança na consistência da saliva e dificuldade de deglutição
Giess et al ¹⁸ , 2000	5 adultos com ELA	Aplicação de toxina botulínica tipo A nas glândulas salivares	Diminuição da sialorréia . procedimento seguro e efetivo	Nenhum digno de nota

O artigo excluído não continha informações sobre a metodologia de aplicação da toxina botulínica¹⁹.

Como procedimento para a diminuição da sialorréia foram realizadas aplicações de toxina botulínica tipo A em 102 pacientes, toxina botulínica tipo B em 42 pacientes e radioterapia em 53 pacientes^{3-7,9-15,18}.

Do total da amostra de todos os estudos, 197 pacientes tiveram redução da sialorréia com os efeitos que se iniciaram de 7 a 30 dias e que duraram de 4 a 6 meses. Os principais efeitos obtidos com as aplicações foram a diminuição do fluxo e o aumento da viscosidade salivar^{3-7,9-15,18}. Foram relatados efeitos adversos em 4 pacientes: afasia, disfagia, deslocamento do condilo da mandíbula e necessidade de cateter PEG em 1 caso^{8,16,17}.

DISCUSSÃO

O primeiros estudos do uso da TxB tipo A em humanos foram realizados entre pacientes com Parkinson e esclerose amiotrófica lateral, com bons resultados. A partir daí foram desenvolvidos vários estudos em crianças com doenças neurológicas, principalmente com paralisia cerebral. Apesar de não haver consenso entre a dose ideal ou técnica de aplicação entre os estudos publicados, há critérios em comum, como doses seguras e intervalos de aplicação a serem respeitados, evitando acúmulo de toxina e desenvolvimento de anticorpos contra a TxB tipo A¹.

No Brasil, apesar do grande número de pacientes com sialorréia crônica secundárias a doenças neurológicas, o tratamento da sialorréia com a aplicação da toxina botulínica não é comum⁵.

Nossos resultados corroboram com o estudo de Torres MAF. et al que realizaram uma revisão de literatura em 2007 e classificaram os estudos segundo três doenças tratadas com toxina botulínica: paralisia cerebral, esclerose lateral amiotrófica (ELA) e doença de Parkinson. Descreveram as glândulas alvo de aplicação, o tamanho da amostra de cada estudo, o tipo e o total de unidades de toxina botulínica aplicada, além da duração do efeito e os efeitos adversos. Foram utilizados como sistemas de medida a sialometria, a escala visual analógica e o testes Keenex. Concluíram que apesar da maioria dos estudos envolverem uma pequena quantidade de pacientes, sem randomização ou grupo controle, há benefícios da técnica para controle da sialorréia. Sugerem estudos para determinação da efetividade da dose ideal e do local da aplicação.

CONCLUSÃO

A aplicação de toxina botulínica do tipo A, tipo B e radioterapia em pacientes com ELA são procedimentos seguros e eficazes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schestatsky P, Chaves MFL, Krug BC, Amaral KM. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para esclerose lateral amiotrófica. Portaria SAS/MS n. 496, de 23 de dezembro de 2009. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_esclerose_lateral_amiotrofica_livro_2010.pdf
2. Portes KP. Aplicação da Toxina Botulínica em Glândulas Salivares como Tratamento da Sialorréia Crônica em Pacientes com Doença Neurológica. CCA Luiz, relatório final. Disponível em www.andreluiz.org.br/pdf/relatorio_final_botox.pdf
3. Verma A, Steele J. Botulinum toxin improves sialorrhea and quality of living in bulbar amyotrophic lateral sclerosis. *Muscle Nerve*. 2006 Aug;34(2):235-7. PMID: 16583370
4. Manrique D. Application of botulinum toxin to reduce the saliva in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2005 Sep-Oct;71(5):566-9. Epub 2006 Mar 31. PMID: 16612515
5. Contarino MF, Pompili M, Tittoto P, Vanacore N, Sabatelli M, Cedrone A, Rapaccini GL, Gasbarrini G, Tonali PA, Bentivoglio AR. Botulinum toxin B ultrasound-guided injections for sialorrhea in amyotrophic lateral sclerosis and Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord*. 2007 Jul;13(5):299-303. Epub 2006 Jun 27. PMID: 16807056
6. Neppelberg E, Haugen DF, Thorsen L, Tysnes OB. Radiotherapy reduces sialorrhea in amyotrophic lateral sclerosis. *Eur J Neurol*. 2007 Dec;14(12):1373-7. Epub 2007 Oct 17. PMID: 17941851
7. Costa J, Rocha ML, Ferreira J, Evangelista T, Coelho M, de Carvalho M. Botulinum toxin type-B improves sialorrhea and quality of life in bulbar amyotrophic lateral sclerosis. *J Neurol*. 2008 Apr;255(4):545-50. Epub 2008 Feb 19. PMID: 18283399
8. Meijer JW, van Kuijk AA, Geurts AC, Schelhaas HJ, Zwartz MJ. Acute deterioration of bulbar function after botulinum toxin treatment for sialorrhoea in amyotrophic lateral sclerosis. *Am J Phys Med Rehabil*. 2008 Apr;87(4):321-4. Review. PMID: 18303472
9. Stone CA, O'Leary N. Systematic review of the effectiveness of botulinum toxin or radiotherapy for sialorrhea in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *J Pain Symptom Manage*. 2009 Feb;37(2):246-58. Epub 2008 Aug 3. Review. PMID: 18676117
10. Kasarskis EJ, Hodskins J, St Clair WH. Unilateral parotid electron beam radiotherapy as palliative treatment for sialorrhea in amyotrophic lateral sclerosis. *J Neurol Sci*. 2011 Sep 15;308(1-2):155-7. Epub 2011 Jul 2. PMID: 21726879
11. Guidubaldi A, Fasano A, Ialongo T, Piano C, Pompili M, Mascianà R, Siciliani L, Sabatelli M, Bentivoglio AR. Botulinum toxin A versus B in sialorrhea: a prospective, randomized, double-blind, crossover pilot study in patients with amyotrophic lateral sclerosis or Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2011 Feb 1;26(2):313-9. doi: 10.1002/mds.23473. Epub 2011 Jan 21. PMID: 21259343
12. Gilio F, Iacovelli E, Frasca V, Gabriele M, Giacomelli E, Picchiori F, Soldo P, Cipriani AM, Ruoppolo G, Inghilleri M. Botulinum toxin type A for the treatment of sialorrhoea in amyotrophic lateral sclerosis: a clinical and neurophysiological study. *Amyotroph Lateral Scler*. 2010 Aug;11(4):359-63. PMID: 19929745

13. Miller RG, Jackson CE, Kasarskis EJ, England JD, Forshew D, Johnston W, Kalra S, Katz JS, Mitsumoto H, Rosenfeld J, Shoesmith C, Strong MJ, Woolley SC; Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameter update: the care of the patient with amyotrophic lateral sclerosis: multidisciplinary care, symptom management, and cognitive/behavioral impairment (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2009 Oct 13;73(15):1227-33. Review. PMID: 19822873
14. Jackson CE, Gronseth G, Rosenfeld J, Barohn RJ, Dubinsky R, Simpson CB, McVey A, Kittrell PP, King R, Herbelin L; Muscle Study Group. Randomized double-blind study of botulinum toxin type B for sialorrhea in ALS patients. *Muscle Nerve*. 2009 Feb;39(2):137-43. PMID: 19145653
15. Scott KR, Kothari MJ, Venkatesh YS, Murphy T, Simmons Z. Parotid gland injections of botulinum toxin a are effective in treating sialorrhea in amyotrophic lateral sclerosis. *J Clin Neuromuscul Dis*. 2005 Dec;7(2):62-5. PMID: 19078785
16. Tan EK, Lo YL, Seah A, Auchus AP. Recurrent jaw dislocation after botulinum toxin treatment for sialorrhoea in amyotrophic lateral sclerosis. *J Neurol Sci*. 2001 Sep 15;190(1-2):95-7. PMID: 11574113
17. Winterholler MG, Erbguth FJ, Wolf S, Kat S. Botulinum toxin for the treatment of sialorrhoea in ALS: serious side effects of a transductal approach. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2001 Mar;70(3):417-8. No abstract available. PMID: 11248905
18. Giess R, Naumann M, Werner E, Riemann R, Beck M, Puls I, Reiners C, Toyka KV. Injections of botulinum toxin A into the salivary glands improve sialorrhoea in amyotrophic lateral sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2000 Jul;69(1):121-3. PMID: 10864618
19. Harms MM, Miller TM, Baloh RH. TARDBP-Related Amyotrophic Lateral Sclerosis. In: Pagon RA, Bird TD, Dolan CR, Stephens K, Adam MP, editors. *GeneReviews™* [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-. 2009 Apr 23 [updated 2009 May 28]. PMID: 20301761
20. Torres MAF, Aytés B, Escoda CG. Salivary gland application of botulinum toxin for the treatment of sialorrhea. *Med Oral Patol Cir Bucal*. 2007; 12(7):E11-7.

7

HIGIENE ORAL EM PACIENTE SEQUELADA DE AVC PARCIALMENTE DEPENDENTE: RELATO DE CASO

*Eduardo Felipe de Souza Pinheiro
Monira Samaan Kallás*

INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) se destaca entre as três doenças que mais matam no mundo, ao lado dos distúrbios cardiovasculares e do câncer. O ponto de transição de mortalidade por doenças infecciosas para doenças não-transmissíveis no Brasil ocorreu na década de 1960. No entanto, considerando as principais cidades, como São Paulo e Rio de Janeiro, as maiores taxas de mortalidade são para doenças cerebrovasculares. Considerando todas as causas de mortes, o AVC foi a principal causa de mortalidade no Brasil em 2002, com 87, 344 mortes. Doenças coronárias foi a segunda causa mais comum de 81,505 mortes.¹

Dentre as pessoas que sobrevivem a um evento de AVC, mais da metade desenvolvem algum tipo de incapacidade (física ou mental), o que as impede de trabalhar e realizarem atividades diárias. Os pacientes podem apresentar dificuldade para engolir alimentos simples: a comida pode ser aspirada pelos pulmões e causar pneumonias por bronco-aspiração e dificuldades motoras para efetuar ações motoras como a própria higiene bucal, o que acaba sendo deixado para segundo plano devido à enfermidade^{2,3}.

RELATO DE CASO

Paciente DMN, gênero feminino, 46 anos, admitida em um hospital de retaguarda seis meses antes da redação deste artigo, com antecedente AVC isquêmico no pós operatório de ressecção de paraganglioma na região cervical. Iniciou processo de reabilitação motora para a hemiplegia esquerda, contactuava-se por gestos e escrita. Estava traqueostomizada e dieta via gastrostomia.

Após 2 meses de internação no hospital de retaguarda, desenvolveu uma meningite e foi novamente submetida a uma cirurgia, desta vez uma craniotomia para descompressão. Retornou após 30 dias com quadro clínico geral estável e novamente foram retomados os procedimentos de reabilitação motora e respiratória.

No exame clínico bucal realizado na admissão, a queixa principal da paciente foi sialorréia. Exibiu boas condições de mucosa jugal, dorso e assoalho de língua, lábios, palato mole e duro. Dentes restaurados e em bom estado de conservação. As alterações encontradas foram presença de saburra lingual, gengivite e cálculo dental na face lingual dos dentes inferiores anteriores.

O plano de tratamento odontológico foi dividido em duas etapas: curativa e preventiva. A etapa curativa foi fundamentada na descontaminação oral e baseou-se em curetagem de tártaro e prescrição de bochecho com clorexidina a 0,12% durante 2 semanas. A etapa preventiva baseou-se em orientação de higiene oral segundo novas condições motoras da paciente. Assim, indicou-se a troca do fio dental convencional pelo fio dental forquilha e a troca da escova de dentes comum por uma escova de dentes elétrica. A paciente foi acompanhada pelo técnico de saúde bucal durante dois meses até completa incorporação da realização desses hábitos comuns de forma adaptada.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO

Efeitos físicos incapacitantes dos acidentes vasculares cerebrais como paralisias motoras, prejuízos na fala e prejuízos nos sentidos, podem também gerar incapacidade da realização de tarefas cotidianas simples como a higiene oral, causando dores bucais, desconfortos, halitose, infecções pulmonares e problemas sistêmicos^{4,5,6,7}.

Apesar da importância da promoção de saúde bucal em pacientes com doenças cardiovasculares, há limitados estudos sobre o tema, sobretudo em pacientes com AVC^{2,8}.

Realizamos o plano de tratamento curativo e preventivo através de guidelines publicados pela Cochrane, pela sociedade britânica de gerodontologia e pelo NIH (National Institute of Health). Apesar da ausência de um “padrão-ouro de condutas odontológicas” estes documentos descrevem a importância da implementação da higiene oral imediata para pacientes com sequelas de AVC, a descontaminação da cavidade oral com clorexidina a 0,12% e os benefícios de um programa de treinamento em saúde bucal para as equipes que assistem esses pacientes^{9,10,11}.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lotufo PA. Stroke in Brazil: a neglected disease. *Sao Paulo Med J.* 123(1). Sao Paulo, 2005.
2. Lam OL, Zhang W, Samaranyake LP, Li LS, McGrath C. A systematic review of the effectiveness of oral health promotion activities among patients with cardiovascular disease. *Int J Cardiol.* 2011 Sep 15;151(3):261-7. Epub 2010 Dec 21.
3. Fields LB. Oral care intervention to reduce incidence of ventilator-associated pneumonia in the neurologic intensive care unit. *J Neurosci Nurs.* 2008 Oct;40(5):291-8.
4. Kim J, Amar S. Periodontal disease and systemic conditions: a bidirectional relationship. *Odontology.* 2006; 94(1): 10–21.

5. Tran P, Mannen J. Improving oral healthcare: improving the quality of life for patients after a stroke. *Spec Care Dentist* 29(5): 218-221, 2009
6. Bodnar C, Varlan CM, Varlan M, Vaideanu T, Popa MB. Dental Management in stroke patients. *TMJ* 2008, 58(3-4), 228-35.
7. Stein PS, Henry RG. Poor oral hygiene in long-term care. *Am J Nurs*. 2009 Jun;109(6):44-50; quiz 51
8. Kelly T. Review of the evidence to support oral hygiene in stroke patients. *Nurs Stand*. 2010 May 19-25;24(37):35-8.
9. Brady M, Furlanetto D, Hunter RV, Lewis S, Milne V. Staff-led interventions for improving oral hygiene in patients following stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Oct 18;(4).
10. SIGN – 119 Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia.
11. British Society of Gerodontology. Guidelines for the oral healthcare of stroke survivors. 2010.

8

CUIDADOS PALIATIVOS: INTERVENÇÕES NA DISPNEIA

Rosane Lima dos Santos Kümpel

INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento populacional, há um aumento progressivo na prevalência de doenças crônicas e da mortalidade associada, assim como no número de pessoas que vivem seus últimos anos de vida enfrentando combinações de sintomas que impactam negativamente a qualidade de vida e esta situação de fragilidade do idoso chega a um nível irreversível. Apesar dos avanços tecnológicos do desenvolvimento da terapêutica, a morte continua sendo uma certeza que ameaça a preservação da vida e o ideal de cura. A equipe de profissionais de saúde tem por objetivo o alívio do sofrimento destes pacientes.^[12,11]

Os principais sintomas que estes pacientes apresentam na fase de terminalidade são dor, fadiga, dispnéia, náusea e vômitos, constipação, confusão mental, inquietação, anorexia. Todos são sintomas extremamente desagradáveis, e que devem ser prontamente controlados. Existem medidas farmacológicas e de suporte que aliviam sintomas angustiantes e dão conforto ao paciente.

A dispnéia é um dos sintomas mais angustiantes e comum ao fim da vida, definida pela American Thoracic Society como uma experiência subjetiva de desconforto respiratório que consiste de sensações qualitativamente distintas que variam na intensidade. Nos doentes com câncer ocorre entre 20 a 80%, a frequência e a gravidade da dispnéia aumentam com a progressão da doença e sua presença nesses pacientes funciona como importante fator prognóstico, indicando menor sobrevida.

Este sintoma pode ser decorrente de várias alterações fisiopatológicas do parênquima pulmonar ou redução da trama vascular como aumento no esforço respiratório para vencer algum problema mecânico devido doença pulmonar obstrutiva ou restritiva ou derrame pleural; um aumento da proporção de fibras musculares para manter o funcionamento normal devido fraqueza neuromuscular, caquexia por câncer, e um aumento na necessidade ventilatória devido hipoxemia, hiper-capnia, acidose metabólica, anemia e etc.^[9]

A avaliação da história e exame físico do paciente é muito importante, porque o tratamento vai depender da(s) causa(s). A dispnéia tem caráter multidimensional e com frequência os sinais objetivos, como a taquipnéia (aumento da frequência

respiratória) ou o uso de musculatura respiratória acessória não concorda com a percepção do doente da dispnéia e com o grau de piora funcional que este sintoma causa.

Este estudo tem como objetivos analisar os fatores relacionados à dispnéia em doentes com doenças degenerativas em fase avançada; identificar métodos de avaliação e descrever meios de intervenção para o manejo da dispneia.

METODOLOGIA

O estudo de revisão bibliográfica compreendeu a análise de artigos de periódicos, capítulos de livros e sites da Internet. O levantamento bibliográfico dos artigos foi realizado na base de dados Medline, Scielo. Foram utilizadas as palavras-chaves dispnea x cuidados paliativo, na língua portuguesa e dyspnea x palliative care, na língua inglesa. Foi dada preferência às publicações mais recentes sobre os temas em questão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Não existe ainda uma escala universal de avaliação da dispnéia em todos seus aspectos: físico, emocional, comportamental e circunstancial, que ajude na avaliação dos pacientes sob cuidados paliativos e que sirva para acompanhar a eficácia das intervenções. Desta forma a avaliação e conduta a ser tomada dependem de uma percepção muito acurada de toda equipe.^[3]

A Escala de Categoria Numérica e a Escala de Borg modificadas são utilizadas na avaliação de pacientes com doença obstrutiva crônica, assim como a Escala Visual Analógica e várias outras ainda não validadas para a área de cuidados paliativos.^[9] Ainda faltam estudos para determinar a escala ideal, embora alguns autores apontem a Escala Numérica e a de Borg modificadas como aceitáveis para a área de cuidados paliativos.^[10] A Escala de Avaliação Numérica para a intensidade da falta de ar, enquanto unidimensional, é a medida mais válida para os cuidados paliativos devido à sua simplicidade.^[2]

Quando se faz uma avaliação da dispneia, é importante avaliar não só a intensidade, mas também fatores desencadeantes, ritmo de evolução, fatores de melhora e piora, além da doença que causa este sintoma. Havendo causas corrigíveis é possível controlar a dispneia e intervir para tentar conter a evolução da dispneia.

A fisioterapia^[6,7] tem sido um meio importante no controle da dispnéia através de técnicas que favoreçam a manutenção de vias aéreas pervias e ventilação adequada; relaxamento de músculos acessórios da respiração, diminuindo o trabalho respiratório, quando possível através da cinesioterapia respiratória, mobilizando e alongando os músculos da caixa torácica, favorecendo melhora de sua complacência, posicionamentos adequados no leito favorecendo a ação dos músculos respiratórios (por ex: decúbito elevado- favorecendo a ação do diafragma) e até mesmo o uso de incentivadores respiratórios (estimulando tanto a inspiração

quanto a expiração) e ventilação não invasiva como auxiliares para melhora ventilatória.

A mobilização passiva ou ativa dos membros, tronco, cervical, ou seja, global, favorece não só a melhora da mobilidade quanto das funções fisiológicas, combatendo o imobilismo, e impacto sobre a função respiratória e cardiovascular. Outras técnicas favorecem minimizando os quadros de dispnéia direta ou indiretamente através de massagem, musicoterapia, hipnose e psicanálise, acupuntura, presso-acupuntura, terapias psicológicas e comportamentais, respeitando-se a opinião do paciente e seus familiares.^[10]

O oxigênio deve ser usado para o alívio da dispneia naqueles em que há hipoxemia em ar ambiente. Provavelmente o benefício se dê por meio de redução da informação quimiorreceptora ao centro respiratório e ao córtex cerebral. Quando não há hipoxemia o uso do oxigênio tem um efeito mais psicológico que prático, o simples uso de um ventilador ou a abertura de uma janela para ventilar o ambiente pode trazer conforto ao paciente.^[8]

Segundo o III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica, o suporte ventilatório não invasivo deve ser parte da abordagem inicial ao tratamento da insuficiência respiratória aguda e crônica agudizada de diversas etiologias. O emprego da VMNI tem como principais objetivos adequar às trocas gasosas e diminuir o trabalho ventilatório, proporcionando ao paciente melhora da frequência respiratória e conforto.^[5]

No contexto de cuidados paliativos,^[1] a assistência ventilatória deve-se sempre considerar o caráter reversível da doença, sendo assim, quando empregado para fins paliativos seu objetivo principal será o de trazer alívio e conforto, diminuindo o sofrimento humano. Talvez a maior vantagem no uso da VMNI, como suporte ventilatório, esteja na possibilidade de oferecer alívio e conforto ao paciente sem a necessidade da intubação traqueal, preservando no final da vida o direito individual de cada um de manifestar e expressar suas vontades e anseios.

Do ponto de vista clínico, a dispnéia pode ser controlada ou amenizada com auxílio de um arsenal terapêutico farmacológico envolvendo o uso de opióides quando apresentam dispnéia na fase avançada da doença, acompanhada do sintoma de dor, e os benzodiazepínicos quando o componente emocional é importante desencadeador da dispnéia.^[3]

CONCLUSÃO

Levamos em consideração a importância dos cuidados paliativos, que se baseiam em seis princípios: valorizar a vida e considerar a morte como um processo natural; não acelerar a morte nem prolongar a vida; promover alívio da dor e outros sintomas; integrar aspectos psicossociais e espirituais; prover suporte para a família durante a doença e no período de luto.

Neste contexto, a fisioterapia tem métodos e recursos que são imensamente úteis nos cuidados paliativos, e sua atuação juntamente com o tratamento multiprofissional tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes sem possibilidades curativas, promovendo prevenção de sofrimento, reduzindo os sintomas da dispneia sem prolongamento da vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bassani MA, Oliveira ABF, Neto AFO, TAIZE R. O uso de ventilação não invasiva nos cuidados paliativos de pacientes com sarcoma torácico metastático. Relato de caso. Rev. Bras. Ter. Intensiva 2008 Apr./June; vol.20 n. 2 São Paulo.
2. Campbell ML. Dyspnea prevalence, trajectories, and measurement in critical care and at life's end. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2012 Jun;6(2):168-71.
3. Carvalho RT. Dispneia, tosse e hipersecreção de vias aéreas. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos. 1ª edição. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009, 104-113.
4. Gonçalves F, Monteiro C. Sintomas respiratórios no cancro avançado. *Medicina Interna*. Vol. 7, N. 4, 2000.
5. III Consenso de Ventilação Mecânica- *J Bras Pneumol*, 2007; 33(Suppl2): S92-S105.
6. Junior LCR, Reis PEAM. Cuidados paliativos no paciente idoso: o papel do fisioterapeuta no contexto multidisciplinar. *Fisioterapia em Movimento* 2007 Abr./Jun; Curitiba, v. 20, n. 2, 127-135.
7. Marcucci FCI. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2005; 51(1): 67-77.
8. Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Casey JDE, Cross JJT, Owens DK. Evidence-Based Interventions to Improve the Palliative Care of Pain, Dyspnea, and Depression at the End of Life: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*; 148:141-146, 2008.
9. Ripamonti C, Fulfaro F, Bruera E. Dyspnea in patients with advanced cancer: incidence, causes and treatments. *Cancer Treatment Reviews*; 24: 69-80, 1998.
10. Sera CTN, Meireles MHC. Dispneia em Cuidados Paliativos. In: Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008, 410-416.
11. Solano JPC, Scazufca M, Menezes PR. Frequência de sintomas no último ano de vida de idosos de baixa renda em São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(1): 75-85.
12. WERLE, BM. Cuidados paliativos. *Revista da AMRIGS, Porto Alegre*, 54 (4): 493- 494, out.-dez. 2010.

9

PRINCIPAIS QUEIXAS DE DORES MUSCULOESQUELÉTICAS DE COLABORADORES DO HOSPITAL PREMIER

Rosane Lima dos Santos Kümpel

INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar faz com que os profissionais de saúde sejam submetidos a cargas excessivas de estresse, devido a períodos extensos de trabalho e a um consequente desgaste físico e mental, causando um declínio da qualidade de vida e da saúde psicossocial destes profissionais.

Os vários estudos apontam os aspectos positivos da prática de exercícios físicos na prevenção de doenças coronárias e outras doenças degenerativas, bem como influências positivas sobre o bem estar psicológico e social dos indivíduos que praticam de algum tipo de esporte ou atividade física. A correria do cotidiano tem levado a maioria das pessoas a uma vida sedentária com poucas atividades físicas, o que torna a prática de exercícios necessária para a promoção da saúde.^[3]

A Fisioterapia preventiva atua na prevenção, resgate e manutenção da saúde do trabalhador. Tem como propósito a reabilitação de queixas, melhorar a qualidade de vida do trabalhador, evitando a manifestação de patologias músculo-esqueléticas de origem ocupacional ou não, com consequente aumento do bem estar, desempenho e produtividade, e desta forma diminuir os índices de afastamentos e absenteísmo dos empregados.

A prática voluntária da ginástica laboral proporciona uma melhor utilização da capacidade funcional, estimulando as boas práticas de saúde e a uma vida mais ativa, reduzindo a tensão muscular, relaxamento da mente, aumentando à motivação, disposição e concentração para executar suas atividades diárias, diminuindo o estresse emocional, proporciona elasticidade, flexibilidade e mobilidade articular, previne lesões musculares, ativa a circulação, previne insônia, depressão e ansiedade.^[4]

A ginástica laboral também pode trazer benefícios diretos para a empresa ao estimular integração no ambiente de trabalho, favorecendo o trabalho em equipe e melhora na produtividade.

Este estudo tem como objetivos apresentar os resultados da aplicação de um

questionário de queixas álgicas aos funcionários do Hospital Premier, visando identificar o perfil destes funcionários, e descrever as principais queixas álgicas e locais de dores musculares e a disposição destes funcionários para participação de uma atividade de ginástica laboral no local de trabalho.

METODOLOGIA

A pesquisa contou com a participação de 143 colaboradores (as) de alguns setores do Hospital Premier, de ambos os sexos, os participantes foram informados da realização da pesquisa por meio de anúncio colocados nos murais de aviso do prédio e por supervisores de cada setor, a pesquisa teve caráter de livre arbítrio e foi informado o objetivo do estudo. Foi aplicado um questionário com objetivo de identificar dados pessoais, idade, sexo, escolaridade, profissão, prática de atividade física, estado geral de saúde, sintomas musculoesqueléticos e disposição para participar de atividades de ginástica laboral.

RESULTADOS

Foram entregues 150 questionários aos colaboradores de diversos setores do Hospital Premier, dos quais 143 retornaram preenchidos, sendo 122 mulheres (85%) e 21 homens (15%). O gráfico 1 e tabela 1 apresentam detalhes a respeito da composição geral da amostra. Observa-se no gráfico 1 que a amostra foi composta pelos dois gêneros de sexo, com predomínio do sexo feminino. A maior parte da amostra concentra-se entre 20 e 39 anos (77%). A tabela 1 apresenta o nível educacional tendo um bom nível de escolaridade sendo predominante o nível médio completo (34%).

SEXO X IDADE

Gráfico 1 - Idade e sexo dos funcionários.

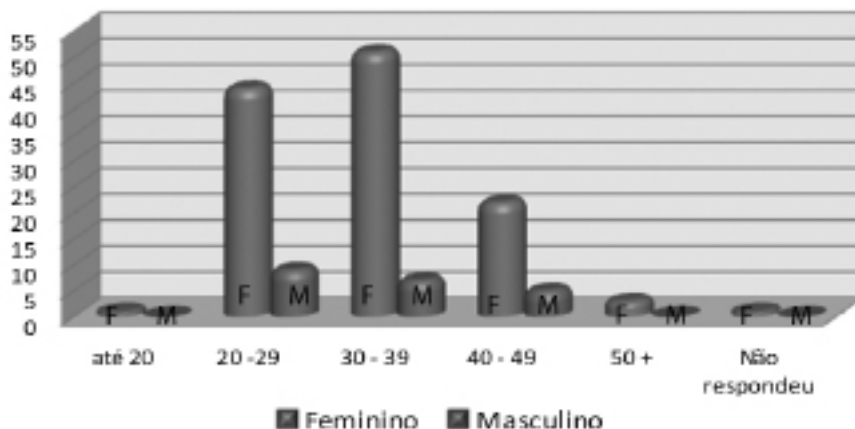
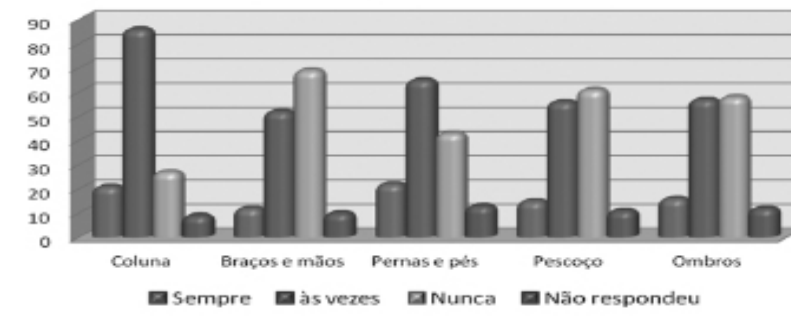


Tabela 1. Escolaridade dos funcionários x Sexo

Variável	Escolaridade		Feminino		Masculino	
	Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem
Ensino fundamental completo	9	6%	9	6%	0	0%
Ensino médio completo	49	34%	48	34%	1	1%
Ensino médio incompleto	2	1%	1	1%	1	1%
Ensino superior completo	42	29%	30	21%	12	8%
Ensino superior incompleto	15	10%	12	8%	3	2%
Pós graduação	17	12%	14	10%	3	2%
Não respondeu	9	6%	8	6%	1	1%

LOCAIS DA DOR

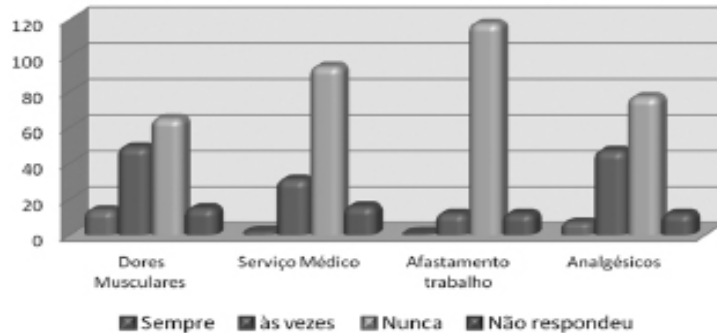
Os gráficos a seguir apresentam os principais locais que os funcionários sentem de dor e a frequência que costumam sentir durante seu horário de trabalho. O gráfico 2 demonstra que a maior prevalência de dor são na coluna (às vezes ou sempre) e pernas e pés. Observa-se também que as queixas de dores nos braços e mãos, pescoço e ombros não estão excluídos. Apesar da porcentagem daqueles que nunca sentem, predominam-se funcionários com queixas de dores.

Gráfico 2- Comparação de quadro algico durante horário de trabalho.

DORES MUSCULARES

No Gráfico 3 observa-se que a prevalência são daqueles que nunca sentem dores musculares, nunca procuraram serviço médico ou afastaram-se do trabalho por motivo de dor muscular, porém tomam as vezes analgésico sem prescrição médica quando sentem dor.

Gráfico 3- Comparação de procura ao serviço médico, afastamento de trabalho ou analgesia.



DIFICULDADES DEVIDO A DORES MUSCULARES

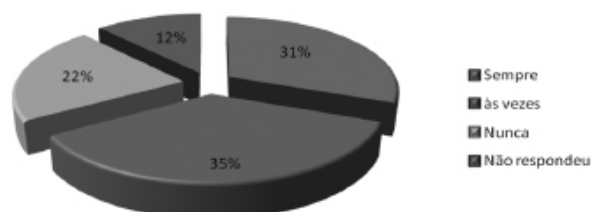
O gráfico 4 demonstra que as dores musculares tem influenciado pouco na realização de atividades simples no trabalho, porém tem dificultado as vezes para dormir e acordar devido dores musculares. O gráfico 5 mostra uma boa disposição dos funcionários para realização de atividade de ginástica laboral.

. Gráfico 4 – Comparação entre dificuldades para realizar atividades simples, dificuldade para dormir ou acordar devido quadro algico.



Gráfico 5- Disposição para realização de Ginástica Laboral

Disposição ginástica laboral



DISCUSSÃO

Os resultados de sintomas musculoesqueléticos e locais de maiores queixas algicas foram a coluna vertebral, pernas e ombros, identificados neste estudo coincidem com os dados obtidos em outros estudos.^[2,1]

Em outro estudo foi encontrado maior incidência de desconforto na região cervical e coluna, e 85 % dos colaboradores consideraram entre ótima e boa a sensação física para o trabalho após a realização da ginástica laboral.^[6]

Em relação ao estresse, alguns autores afirmam haver estreita relação entre altos índices de estresse e dores físicas. Isto não foi analisado neste estudo, mas outros estudos^[7] constataram que a percepção do estresse influencia nos sintomas musculoesqueléticos, onde seis participantes relataram ter dor em alguma região do corpo, mas apenas dois afirmaram perceber o trabalho como estressante.

Foi observada a redução de queixas algicas devido a um programa de prevenção com ênfase na ginástica laboral.^[5] Outros autores, também verificaram que a implantação de um programa de ginástica laboral está associada com uma redução na frequência e severidade da dor no local de trabalho.^[4]

Silva (2007) afirma que a ginástica laboral promove mudanças significativas nos fatores psicológicos dos funcionários e estes apresentam melhora das incapacidades, melhora da concentração no trabalho, diminuição do stress, ficam mais dispostos, animados e dormem melhor.

De acordo com a literatura, a ginástica laboral reduz as dores nas costas, nos ombros e pescoço, nos membros superiores e membros inferiores, diminui o desânimo, a falta de disposição e a irritabilidade e também contribui para a adoção de hábitos de vida mais saudáveis, alterando o estilo de vida dos participantes, fazendo-os realizar mais exercícios físicos.^[3,4]

CONCLUSÃO

Considerando os dados coletados e a comparação dos mesmos, foi possível verificar a importância e a falta que faz uma atividade física no local trabalho, podendo estar prevenindo, amenizando as dores e contribuindo a melhor qualidade de vida destes trabalhadores. Foi possível notar a disposição dos trabalhadores em amenizar e prevenir estas dores através da disposição para a prática da atividade laboral. Portanto, o próximo passo é a aplicação de estratégias voltadas à saúde do trabalhador, como palestras de conscientização quanto a postura, stress e a prática de atividade ginástica laboral no local e durante o horário de trabalho, buscando valorização da saúde dos trabalhadores do hospital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Christofoletti G, Pinto SMC, Vieira AN . Análise das condições físico-mentais de funcionários do setor de pediatria do Hospital das Clínicas de Goiânia. Revista Movimentada, 2008, vol.1, n.1, 7-10.
2. Ferracini GN, Valente FM. Presença de sintomas musculoesqueléticos e efeitos da ginástica laboral em funcionários do setor administrativo de um hospital publico. Rev. Dor, 2010, jul-set, vol.11,n.3, 233-236.
3. Maciel RH, Albuquerque AMFC, Melzer AC, Leonidas SR. Quem se Beneficia dos Programas de Ginastica Laboral? Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 2005, vol.8,71-86.
4. Martins GC. Vivências de ginástica laboral e melhoria da qualidade de vida do trabalhador: resultados apresentados por funcionários administrativos do instituto de física da Universidade de São Paulo (Campus São Carlos). Motriz, Rio Claro, 2007, jul. set.,vol.13, n.3, 214-224.
5. Moreira PHC, Cirelli G, Santos PRB. A importância da ginastica laboral na diminuição das algias e melhora da qualidade de vida do trabalhador. Revista Fisioterapia Brasil, 2005, vol.6, n.5, 349-353.
6. Schmitz LC, Brandt LA. A Influência do Programa de Ginástica Laboral Hospitalar na Qualidade de Vida dos Colaboradores do Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana- RS. X Salão de Iniciação Científica PUCRS, 2009.
7. Silva JB, Salate ACB. A ginástica laboral como forma de promoção a saúde. Fisioterapia Especialidades., 2007, Out./Dez., vol.1, n.1 15-19.

10

FISIOTERAPIA EM TERMINALIDADE: UM DESAFIO

Maria Lucidalva da Silva

“Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo que está no nosso alcance, não somente para ajudar você a morrer em paz, mas também para você viver em paz até o último dia de sua vida”. Cicely Saunder

INTRODUÇÃO

Quando a morte é uma ameaça real, estar só nessa hora causa ainda mais medo. De acordo com Gutierrez, a terminalidade se constitui no esgotar de todas as possibilidades curativas e onde a morte é inevitável. Já a humanização em Cuidados Paliativos caracteriza-se pela busca incessante pela dignidade humana: poder existir, viver e morrer dignamente. Os profissionais de saúde não recebem, em sua formação, dicas de “como lidar com a morte”. Somos ensinados a curar, e nesse caso, a morte pode estar relacionada a derrota e frustração. Tampouco sabemos de que forma abordar aspectos espirituais e emocionais do paciente terminal.

REFLEXÃO

O toque na pele pode ser um meio de modular a dor, e a velocidade dos estímulos pode inibi-la no Sistema Nervoso Central. O imobilismo acomete diversos sistemas: músculo esquelético, gastrointestinal, urinário, cardiovascular, respiratório, cutâneo; a fisioterapia através de diversas técnicas auxilia na minimização de problemas que podem acometer esses e outros sistemas. Em pacientes acamados, um simples posicionamento adequado pode otimizar o transporte de oxigênio e melhorar volumes pulmonares. Os exercícios, mesmo que de forma passiva, mantêm a mobilidade articular e promovem o trofismo e comprimento muscular.

De acordo com o Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica, a VNI (ventilação não invasiva) é parte do tratamento inicial da insuficiência respiratória aguda e crônica agudizada. Porém, em cuidados paliativos, devemos observar se há possibilidade de reverter o quadro. Se não houver, devemos priorizar conforto e

alívio, diminuir o sofrimento do paciente, tratando a morte como um processo natural e valorizando a vida até o fim.

Este artigo refere-se a uma experiência profissional que vivenciei em 2011 com uma paciente do Hospital Premier portadora de Síndrome de Parkinson. Era uma senhora alemã administradora de empresas, poliglota, austera, um pouco ríspida e que não suportava o toque.

Ora, se fisioterapia é toque, então como abordá-la?

Por diversas vezes, a paciente negava o atendimento fisioterápico, e quando consentia, ficávamos poucos minutos. Muitas vezes ela dizia: “tire suas patas de mim”. Mesmo assim, todos os dias ia eu lá, atendê-la.

Seu quadro agravou-se e ela teve uma infecção importante. Foi levada para a Semi Intensiva, onde continuei a atendê-la pois necessitava de cuidados fisioterápicos. Porém, não houve melhora da infecção, seu quadro tornou-se irreversível.

Um dia, ao chegar a Semi Intensiva, enquanto me paramentava, olhei para o seu rosto pálido, inexpressivo. Observei o monitor e percebi que a hora crucial aproximava-se. Nesse momento, não adiantaria aumentar oxigênio ou instalar VNI.

O que fiz foi me aproximar da paciente. Segurei suas mãos frias e disse o quanto ela era importante. Que era amada por Deus, pela bonita família que ela construiu com filhos, netos, noras e um esposo que a amava incondicionalmente. Senti suas mãos apertarem as minhas mãos. Cantei pra ela. Suas mãos foram, pouco a pouco, largando as minhas...

O fim chegou. Chamei o médico, o óbito foi constatado. Que ironia! Ela morreu segurando as minhas mãos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história do atendimento final de Dona Marlene me emocionou a ponto de guardar até agora essas reflexões: o que é mais importante na hora da morte? Tais reflexões geraram algumas respostas, que aqui e agora pretendo compartilhar.

Em Cuidados Paliativos, esgotadas as possibilidades de cura e chegando a terminalidade, o mais importante são as relações humanas. Tratar com dignidade, acolher, minimizar a dor, respeitar a morte como respeitamos a vida. Quando nascemos, somos cercados de cuidados; há muita gente ao nosso redor para celebrar esse acontecimento. Na finitude, também precisamos de alguém ao nosso lado que nos mostre o quanto nossa existência foi importante.

Talvez essa minha experiência possa ser também importante para quem, um dia, enfrentar situações parecidas. Já ouvi dizer que, na vida, podemos acertar por

ciência ou por amor. Concordo e acrescento: também podemos acertar por solidariedade e compaixão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Araújo,MMT;Silva,MJP. Valorizando a alegria e o otimismo. Revista da Escola de enfermagem USP. V 41;n 4;São Paulo dezembro 2007.
2. Bassani,MA;Oliveira,ABF;Neto,AFO;Taize,R .O uso da ventilação mecânica não invasiva nos Cuidados Paliativos de paciente com sarcoma torácico metastático: Relato de caso.Revista Brasileira de Terapia Intensiva.V 20;n 2;São Paulo abril/junho 2008.
3. Bifulco,VA;Iochida,LC. A formação na graduação dos profissionais de saúde para o cuidado de pacientes fora dos recursos terapêuticos de cura. Revista Brasileira de Educação Médica.v 33: N 01: Rio de Janeiro Jan/mar 2009.
4. Borges,VM;Oliveira,RC;Peixoto,E;Carvalho,NAA. Fisioterapia Motora em pacientes adultos e terapia Intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva;v 21;n 14; São Paulo out/dez 2009.
5. Gosling,AP. Mecanismos de ação e efeitos da fisioterapia no tratamento da dor. Revista da dor; v 13; n01; São Paulo jan/mar 2012.
6. Marengo,Mo;Flávio,AD;Silva,RHA. Terminalidade de vida; Bioética e humanização em saúde. Medicina Ribeirão Preto. www.fmrp.usp/revista.
7. Silva,APP;Maynard,K;Cruz,MR. Efeitos da Fisioterapia motora em pacientes críticos:Revisão de Literatura. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. V 22; n 01; São Paulo março de 2010.

11

A FRUSTRAÇÃO DE UMA EQUIPE QUE CUIDA

*Andrea Francisco Brito
Edvaldo Souza dos Santos*

INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde, hospital é parte integrante de uma organização médica e social cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento.¹

Qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que ele vive com relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, satisfação no trabalho, na vida familiar, social e condições ambientais.²

O profissional da saúde necessita propiciar aos usuários dos serviços elementos que contribuam para a promoção, resgate e manutenção da sua saúde. Entretanto, esse profissional enfrenta situações rotineiras ambientais e psicossociais relacionadas ao seu ambiente de trabalho que podem repercutir diretamente na qualidade dos serviços prestados, inclusive causar sentimentos de grande insatisfação profissional.³

A ideia principal deste trabalho é relatar sentimentos que sofremos quando reabilitamos um paciente e este, de alguma forma, permanece hospitalizado porque a família não mais o quer em casa e no convívio diário. Queremos mostrar o quanto a hospitalização prolongada pode prejudicar a qualidade de vida do paciente e do profissional da área da saúde, podendo trazer insatisfação e frustração tanto para um quanto para o outro.

APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O Hospital Premier nasceu como uma necessidade de complementação ao serviço de home-care realizado pela São Paulo Internações Domiciliares na tentativa de desenvolver um cuidado hospitalar para o paciente assistido em domicílio. O trabalho é desenvolvido por uma equipe multiprofissional, voltado para o atendimento integral, cuidando de pacientes e seus familiares em todas as suas dimensões: físicas, psíquicas, espiritual e social.

Os pacientes são classificados em grupos:

Perfil 1 – portadores de doenças subagudas

Perfil 2 – portadores de doenças crônicas

Perfil 3 – portadores de doença em progressão.⁴

Os pacientes com doenças crônicas e em progressão permanecem hospitalizados por um longo período, em geral, sem previsão de alta e evoluindo para os Cuidados Paliativos até o seu final de vida. Porém, os poucos pacientes que atendemos com doenças subagudas com potencial de reabilitação nos levam à frustração da não desospitalização em função de decisões familiares.

CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO

O paciente chega ao hospital e é avaliado por toda a equipe multiprofissional e cada área irá determinar a sua atuação.

Fonoaudiologia

Em relação à fonoaudiologia, as escalas de gravidade da funcionalidade permitem inferir a respeito do prognóstico do caso, além de gerar indicadores de resultados relacionados ao processo terapêutico.

A taxa de gravidade/funcionalidade e os indicadores de tempo de retorno à alimentação por via oral e o tempo de retirada da via alternativa de alimentação estão estreitamente relacionados.⁵ Trabalhar com tempo, indicadores, funcionalidade tem como objetivo principal o paciente e não a tabulação de dados. Lidar com números, superar expectativas com propósito de reabilitação é altamente estimulante, porém acompanhar a evolução e a gradativa perda de funções com desânimo e depressão é arrebatador para a equipe.

Fisioterapia

A fisioterapia está preocupada com o cuidado da gestão e da reabilitação do pacientes desde o diagnóstico até o fim da vida. A fisioterapia em cuidados paliativos difere da fisioterapia convencional de reabilitação, por ter o fisioterapeuta o conhecimento de que todos os pacientes estão em declínio durante o período de atendimento.

O tempo e o curso do declínio podem variar consideravelmente; alguns pacientes evoluem progressivamente mais fracos, alguns permanecem em um platô durante semanas ou meses e até anos, em seguida, diminuem de repente, algumas continuam ativos até a morte. E com raras exceções temos os que têm o perfil para ser reabilitado, ficando em condições de retornar ao seio de seus entes queridos, junto a toda equipe não medimos esforços para o alcance deste objetivo geral.

POPULAÇÃO ALVO

Os pacientes portadores de doenças subagudas ou crônicas algumas vezes chegam sem perspectiva alguma de reabilitação: traqueostomizados por longos períodos, em uso de ventilação mecânica, acamados, pouco ativos e com via alternativa para alimentação em geral sonda nasoenteral ou gastrostomia.

No decorrer das semanas e atendimento diário, começamos a perceber em alguns deles alguma capacidade de evolução, como função motora propiciando o caminhar com ou sem apoio, e função da deglutição. Recebemos pacientes provenientes de outras instituições que estão hospitalizados há tempos, em geral, estáveis e sem evolução. Percebemos, neste início, a família presente e atuante nos cuidados, com dúvidas de toda ordem, preocupados e esperançosos com a mínima reabilitação do paciente e a promessa da equipe de levá-lo para casa, se a reabilitação for possível.

IMPACTO DA ATIVIDADE

Com o passar do tempo e conhecendo a rotina do Hospital Premier, observamos que muitos familiares, ao sentirem o amparo dado a seu ente querido, também se sentem amparados e deixam seu familiar aos nossos cuidados. Confiam em nosso trabalho, mas sempre com reservas - algumas com fundamentos, outras não. Tal confiança os permite seguir suas vidas, com a certeza do bom empenho de toda a equipe multiprofissional.

Nós, do outro lado, nos empenhamos no nosso bom trabalho. Chegamos, em alguns casos, a reabilitar o paciente a ponto de seu retorno para casa ser possível. Entretanto, o retorno a uma vida normal que os familiares passaram a ter nesse ínterim faz com que não aceitem mais o retorno do paciente ao cotidiano doméstico e familiar. Isso nos traz uma tremenda frustração.

Observamos que, por mais amor que os familiares apresentem, eles não se prepararam para este retorno, não acreditaram realmente que isso poderia ser possível, o que gera em suas almas medo e angústia pois percebem no olhar do paciente o grito: levem-me pra casa! quero vocês! Ah, eles sentem o chão se abrir.

Esses familiares não se prepararam, não se adaptaram para viver de novo este momento do cuidar. Viveram uma vida como se este momento de retorno nunca fosse acontecer. Mesmo almejando tanto, viram seu mundo mudar radicalmente quando da doença do seu ente, da separação, que mais uma vez sentem o mundo desabar com este possível retorno. De várias formas rejeitam este momento, não aceitam esta nova mudança de vida e, com diversas desculpas, com vários empecilhos, prorrogam o retorno do seu familiar.

É aí que nós, a equipe que se empenhou horas e horas, lutas e lutas, desafios e

mais desafios, nos sentimos pequenos. Nos vemos sem forças e frustrados. O resultado do nosso trabalho foi jogado ao chão, ficou sem valor. Sofremos quando vemos o paciente - que tanto almejava voltar ao seio de sua família - definhando, se infectar, perder a razão de viver porque ninguém de suas antigas relações consegue mais aceitá-lo.

Quanto a nós... seguimos para o próximo paciente, com um pedacinho do nosso espírito apagado e com a esperança que da próxima vez será diferente. Quando nos pedem, muitas vezes em lágrimas, para que cuidemos de seu ente querido, nos vem a pergunta: para quê? Mas nos calamos. E seguimos, fazendo com amor a profissão que escolhemos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não vejo nisso culpa do destino e me pergunto: qual é a responsabilidade de cada um de nós sobre a nossa vida e sobre a vida dos outros seres humanos? Se todas as pessoas tivessem seus direitos assegurados, o destino teria opção? Um dia desses, escutei de uma paciente: Dedicamos a vida toda aos nossos filhos e agora que preciso deles, eles sumiram...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01 – FigueiredoES, BenincasaMM. O trabalho fonoaudiológico realizado a beira do leito. In: Fonoaudiologia hospitalar. 1ed. São Paulo: Lovise; 2003.p.79-108
- 02 – PortasJ,GuedesRLV. Protocolo de qualidade de vida em deglutição. In: Fononologia. 1ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2012.p.169-182
- 03- Cogitare Enferm 2009 abri/jun; 14(2)247-53
- 04- Matsumoto DY. Hospital Premier, uma experiência em cuidados paliativos. In: São Paulo internações domiciliares grupo MAIS. Prata da casa 3 – escritas do cotidiano de uma equipe que cuida. 1ed. São Paulo: Oboré, 2010
- 05- MoraesDP, AndradeCRF. Indicadores de disfagia no contexto hospitalar. In: Disfagia práticas baseada em evidências. 1ed. São Paulo: Sarvier, 2012
- 06- Amaral,P. Degluta – a luta de cinco brasileiros contra a disfagia. 1ed. São Paulo: Plexus, 2011

12

TERAPIA NUTRICIONAL NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA ÚLCERA POR PRESSÃO

Giuliana Salatino

INTRODUÇÃO

Existe uma alta prevalência de úlceras por pressão (UP) em pacientes hospitalizados, em centros de reabilitação ou instituições especializadas em idosos. A úlcera por pressão tem uma considerável incidência na população geriátrica e uma estreita relação entre o estado nutricional e prevenção e tratamento^{1,2}.

Para a National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) a definição de úlceras por pressão é a seguinte: “áreas localizadas de morte celular que tendem a se desenvolver quando o tecido macio é comprimido entre uma proeminência óssea e a superfície externa por um prolongado período de tempo”³. E segundo NPUAP^{3,4}, as úlceras são assim classificadas:

Estágio I – eritema não-esbranquiçado de pele intacta, precursor de ulceração da pele. Já em pacientes de pele escura ocorre descoloração da pele, calor, edema e endurecimento, que também podem ser indicadores de lesão neste estágio.

Estágio II – a úlcera é superficial e clinicamente aparece como abrasão, bolha ou cratera rasa. Lesão parcial da pele, envolvendo epiderme e/ou derme.

Estágio III – a úlcera apresenta-se clinicamente como uma cratera profunda com ou sem comprometimento dos tecidos adjacentes, com lesão total da pele envolvendo dano ou necrose da camada subcutânea, mas não completamente.

Estágio IV – grande destruição com presença de tecidos necróticos ou dano de músculos, ossos, ou estruturas de suporte (por exemplo, tendões e cápsulas articulares).

A etiologia da UP é multifatorial, sendo os seus fatores de risco^{5,6}: a imobilidade no leito; a desnutrição; a presença de doenças crônicas e o uso de algumas drogas, entre outros.

As UP são caracterizadas por trazer dores ao paciente, diminuição da qualidade de vida, entre outras complicações do quadro, tendo um custo emocional e financeiro muito alto^{7,8}. Idosos institucionalizados têm alto risco de desenvolver UP.

Estudo mostra que 12,8% de idosos hospitalizados por período de oito semanas tem UP em estágio II ou mais grave, o que implica a importância da implementação de uma boa estratégia de prevenção⁹.

Neste sentido, a terapia nutricional é relevante, tanto na prevenção quanto no tratamento destas UP¹⁰. Este trabalho visa, portanto, demonstrar condutas nutricionais perante as úlceras por pressão, com base na literatura científica atual.

OBJETIVO

Descrever a terapia nutricional na prevenção e tratamento da úlcera por pressão.

METODOLOGIA

O presente trabalho se caracteriza como pesquisa de revisão. Para a formulação da pesquisa bibliográfica, consultaram-se as bases de dados eletrônicas: PubMed, LILACS, MEDLINE e SCIELO. A busca incluiu publicações nacionais e internacionais divulgadas entre 2000 e 2011, referentes a estudos de revisão e de campo. Também foram consultados manuais e livros. Para o rastreamento de dados utilizou-se técnica booleana com or/and/not, a fim de se relacionar os assuntos pesquisados ao tema central e objetivos da pesquisa. Para realizar a busca em bases de dados eletrônicas, utilizaram-se os seguintes descritores da ciência da saúde: úlcera por pressão, terapia nutricional, nutrition therapy, pressure ulcer.

DISCUSSÃO

Prevenção e Tratamento das Úlceras por pressão

Alguns elementos são fundamentais para a equipe multidisciplinar na prevenção das UP⁷: avaliação na admissão; reavaliação diária; inspeções na pele; adequação da alimentação e hidratação e minimização da pressão sobre as áreas corporais.

Dolynchuck et AL. descreveu doze recomendações para a prevenção e o tratamentos das UP²:

- 1 – Descrever história completa e exame físico do paciente para determinar o estado geral de saúde e os fatores de risco que podem retardar a cicatrização (exemplo aplicar a escala de Braden);
- 2 – Auxiliar e modificar a situação onde a pressão possa ser aumentada (troca de decúbito, uso de coxins, colchões especiais);
- 3 – Avaliação e controle da dor;
- 4 – Acompanhar o estado nutricional;
- 5 – Controlar a umidade e a incontinência;
- 6 – Maximizar a atividade e mobilidade, reduzindo ou eliminando a fricção e o cisalhamento;

- 7 – Avaliar e assistir as necessidades psicossociais e desenvolver o plano centrado nos pacientes;
- 8 – Estadiar, avaliar e tratar as úlceras proporcionando um bom ambiente de cicatrização (desbridamento, controle de infecção, ambiente úmido e biológico);
- 9 – Introduzir modalidades adjuntas se clinicamente indicado (para os que não correspondem ao tratamento convencional utilizar ultrassom, luz ultravioleta, corrente elétrica e laser);
- 10 – Considerar intervenções cirúrgicas para úlceras em estágio III e IV;
- 11 – Desenvolver equipe multidisciplinar especializada em úlceras por pressão;
- 12 – Educar os pacientes, cuidadores e equipe multidisciplinar na prevenção e tratamento das UP.

Terapia Nutricional na Prevenção e no Tratamento das Úlceras por Pressão

Além dos cuidados que a equipe deve ter no tratamento da UP, tais como: curativos das feridas; controlar as doenças associadas e recuperar o estado nutricional, a terapia nutricional individualizada é primordial na prevenção e tratamento¹¹.

Uma desnutrição, tanto a curto quanto em longo prazo, podem predispor os pacientes à formação da úlcera por pressão. A má nutrição pode desencadear alteração da fase inflamatória e da regeneração tecidual, bem como aumento do risco de infecção, sepsis e morte¹². Portanto, logo na internação, todos os pacientes devem passar por uma triagem para verificar o risco de nutricional e do desenvolvimento de UP¹³. Nesta triagem, o nutricionista deve observar¹⁴: anorexia; alterações imunológicas; presença de hipoalbuminemia e anemia; associação com doença gastrointestinal, e câncer.

Quando identificado o risco do desenvolvimento de UP, uma equipe multidisciplinar - composta minimamente por médico, enfermeiro e nutricionista - deve ser acionada¹³. Se na triagem nutricional ficar demonstrado risco no desenvolvimento de UP ou desnutrição, uma avaliação nutricional completa (avaliação antropométrica, exames laboratoriais e físico) deve ser realizada, determinando o plano terapêutico e suporte nutricional individualizado¹³.

Uma terapia nutricional individualizada é essencial para o sucesso da cicatrização das UP, pois a regeneração tecidual exige estado nutricional adequado do paciente, sendo que esta cicatrização consome boa parte de suas reservas corporais. O bom estado nutricional ou a recuperação do paciente pode trazer melhores resultados e redução do tempo de cicatrização².

Segundo Cereda Gini Pedrolli e Vanotti (2009) e Frías Soriano, Lage Vázquez, Maristany e Xandri Graupera (2004), a utilização de alimentação rica em proteína, arginina, zinco e vitamina C parece acelerar a cicatrização das UP^{15,16}. A utilização de nutrientes imunomoduladores e dietas hiperproteicas são indicados na prevenção quando há fatores de risco¹⁷.

Quadro 1: Recomendação de micronutrientes para cicatrização de Úlcera por Pressão

Fonte: Frangella, VS et al, 201018.

Nutriente	Quantidade
Cálcio	(300-1500mg)
Ferro	(5-60mg)
Potássio	(200-2000mg)
Fósforo	(200-1400mg)
Vitamina A	(200-1500µg)
Vitamina D	(1-40µg)
Vitamina B12	(2-100 µg)
Vitamina B6	(4-25 mg)
Vitamina C	(90- 2000mg)
Ácido Fólico	(300-2000µg)
Zinco	(8-80 mg)
Selênio	(35-300µg)
Cobre	(1-12µg)

A recomendação para a prevenção e tratamento de úlceras por pressão e desnutrição¹³ é a ingestão de calorias (30 a 35kcal/kg/dia) e proteína (1,25 a 1,2g). A alimentação oral + suplemento é a via preferida para a nutrição e deve ser apoiada sempre que possível. Já a via enteral ou parenteral podem ser necessárias quando a via oral é inadequada ou não é possível, com base nas condições de cada indivíduo e seus objetivos¹³.

CONCLUSÃO

A úlcera por pressão atinge pacientes em instituições de todo o mundo, gerando um claro aumento na morbidade e mortalidade. Criar estratégias de prevenção é mais que necessário.

Importante aqui ressaltar que a equipe multidisciplinar deve ficar atenta a pacientes que, desde o início da internação, apresentem condições clínicas e nutricionais muito debilitadas. Tal cuidado pode, de fato, ajudar a diminuir a incidência de UP e é de grande importância para a melhora da qualidade de vida do paciente. Nisso, a terapia nutricional desempenha um papel fundamental, pois cada nutriente tem sua função específica no organismo humano e colabora tanto na prevenção quanto no tratamento.

Por meio da avaliação, monitoramento e da atuação da equipe multidisciplinar sobre os fatores que predisõem o desenvolvimento de UP, é possível diminuir a incidência deste evento, minimizar o sofrimento do paciente e seus familiares, além de reduzir os custos adicionais dos tratamentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bours GJ, Halfens RJ, Abu-Saad HH, Grol RT. Prevalences, prevention, and treatment of pressure ulcers: descriptive study in 89 institutions in the Netherlands. *Res Nurs Health* 2002;25:99-110.
2. Cassia R, Oliveira PA. Úlcera de Pressão. In: Magnoni D, Cukier C,1.Oliveira PA. *Nutrição na terceira idade*. 2.ed. São Paulo: Sarvier, 2010.
3. Bryant R. *Pressure Ulcers In: Acute and Chronic Wounds-nursing management*. 2ed. St. Louis: Mosby; 2000. P. 105-44.
4. Paranhos W. Úlcera de Pressão. In: Jorge S, Dantas SR. *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas*, 1ed. Brasil, Atheneus; 2003. P. 287-98.
5. Theila M, Singer P, Cohen , Dekeyser E. A diet enriched in eicosapentanoic acid, gamma-linolenic acid and antioxidants in the prevention of new pressure ulcer formation in critically ill patients with acute lung injury: a randomized, prospective, controlled study. *Clin Nutr* 2007; 26: 752-7.
6. Fontaine J, Raynaud-Simon A. A pressure sores in geriatric medicine: the role of nutrition. *Presse Med* 2008; 37: 1150-7.
7. Duncan KD. Preventing pressure ulcers: the goal is zero. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2007; 33: 605-10.
8. Serpa LF, Santos VL. Malnutrition as a risk factor for the development of pressure ulcers. *Acta Paul Enferm* 2008; 21: 367-9.
9. Bourdel-Machasson I, Barateau M et al. A Multi-Center Trial of the Effects of Oral Nutrition Supplementation in Critically ill Older Patients. *Elsevier Science Inc*. 2000; 16: 1-5.
10. Meijers JM, Schols M, Jackson PA, Langer G, Clark M, Halfens RJ. Differences in nutritional care in pressure ulcer patients whether or not using nutritional guidelines. *Nutrition* 2008; 24: 127-32.
11. Westegren A, Karlsson S, Andersson P, Ohlsson O, Hallberg IR. Eating difficulties, need for assisted eating, nutritional status and pressure ulcers in patients admitted for stroke rehabilitation. *J Clin Nurs* 2001; 10: 257-69.
12. Pieper B. Mechanical forces: pressure, shear, and friction. In: Bryant RA, Nix DP. *Acute and chronic wounds: current management concepts*. 3rd ed. St. Louis: Mosby; 2007. p. 205-34.
13. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) and National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). *Pressure Ulcer Prevention: Quick Preference Guide*. 2009
14. Hengstermann S, Fischer A, Steinhagen-Thiessen E, Schulz R. Nutrition status and pressure ulcer: what we need for nutrition screening, *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2007; 31: 288-94.
15. Cereda E, Gini A, Pedrolli C, Vanotti A. Disease-specific, versus standard, nutritional support for the treatment of pressure ulcers in institutionalized older adults: a randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2009; 57: 1395-402.
16. Frías Soriano L, Lage Vázquez MA, Maristany CP, Xandri Graupera JM, Wouters-Wesseling W, Wagenaar L. The effectiveness of oral nutritional supplementation in the healing of pressure ulcers. *J Wound Care*. 2004, 13(8):319-22.
17. Correia MITD, Renofio J, Serpa L, Rezende R, Passos RM. *Terapia Nutricional para Portadores de Úlceras por Pressão*. In: Jatene FB, Bernardo WM. *Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina*. Volume IX. Brasília: 2011.
18. Frangella VS et al. Úlceras por pressão e cuidado nutricional na reabilitação. In: Silva SMCSS, Mura JDP. *Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia*. 2ed. São Paulo: Roca, 2010; 56: 995-1002.

13

O PAPEL DO NUTRICIONISTA NA REDUÇÃO DE CUSTOS PARA AS OPERADORAS DE SAÚDE

Suellen Meireles Damasco

INTRODUÇÃO

A terapia nutricional domiciliar (TND) pressupõe assistir nutricionalmente e clinicamente o paciente em seu domicílio com o objetivo de recuperar ou manter o nível máximo de saúde, funcionalidade e comodidade ⁽¹⁾.

Indicadores apontam que a TDN reduz os custos assistenciais – dado importante para as operadoras de planos de saúde, já que o aumento no número de falências no setor aumentou consideravelmente nos últimos dez anos. De acordo com Agência Nacional de Saúde (ANS), quatro operadoras de planos de saúde fecharam as portas em 2001. Por sua vez, em 2011, entre os meses de janeiro a novembro foram 78 operadoras extintas. ⁽²⁾

Cálculos feitos recentemente com planilhas de custos de seguradoras e planos de saúde revelaram que os custos com pacientes em internação domiciliar portadores de algumas doenças específicas chegam a atingir de 20% e 60% dos custos hospitalares de pacientes com a mesma enfermidade. A decisão dos planos de saúde de atuar neste segmento encontrou no home care uma alternativa realista e definitiva de atendimento, visto que a maioria destes planos cobrem quase que integralmente os custos de uma internação domiciliar. A redução de custos para as seguradoras e planos de saúde poderia ser repassada como um benefício aos clientes, no mínimo não reajustando as mensalidades com tanta frequência como costumam fazer. ⁽³⁾

Neste contexto, o papel do profissional nutricionista vem ganhando cada vez mais destaque. É sabido que a necessidade de redução de custos das operadoras de saúde atinge diretamente a oferta de dietas e suplementos nutricionais fundamentais para o paciente. Portanto, cabe ao nutricionista garantir um estado nutricional adequado aos pacientes e lidar com os recursos disponíveis para tal, na maioria das vezes, escassos.

APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO/SERVIÇO

A São Paulo Internações Domiciliares é uma empresa de assistência domiciliar pertencente ao Grupo MAIS - Modelo de Assistência Integral à Saúde. Fazem

parte desse grupo o Hospital Premier (especializado em cuidados paliativos), ProAtiva Saúde (prevenção e promoção à saúde), PremiOnco (atendimento a pacientes oncológicos), Premier Atende (atendimentos pontuais em pronto-socorro a pacientes em atendimento domiciliar) e PremiOdonto (Odontologia hospital e domiciliar).

Conta com uma equipe multiprofissional no atendimento em diversos segmentos da saúde. São enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, terapeuta ocupacional, psicólogas, nutricionistas, além de assistente social que atuam desde a pediatria até geriatria, incluindo-se no atendimento os cuidados paliativos. Atende pacientes em São Paulo (capital, litoral e interior), além de estados como Santa Catarina, Rio Grande do Norte, Bahia, Mato Grosso, Goiás, Rio de Janeiro e Minas Gerais, além do DF.

CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO/ATIVIDADE A SER DESCRITA

O nutricionista tem conquistado cada vez mais espaço no atendimento domiciliar, inicialmente realizado apenas por médicos e enfermeiros. Neste cenário multiprofissional, o nutricionista vem demonstrando o quanto é necessária a sua atuação na prevenção e no tratamento dos pacientes, através de dietas adequadas a cada caso. Isso vem impedindo, muitas vezes, que pacientes em atendimento domiciliar apresentem complicações em seu estado de saúde e passem por internações precoces e desnecessárias.

Uma outra função muito importante deste profissional é no preenchimento adequado de relatórios para fornecimento de dieta pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Cada vez mais as famílias estão recorrendo a esse serviço: como o custo da dieta sofre constantes aumentos, as seguradoras, na tentativa de reduzir seus custos, passam tal responsabilidade para a família. Estas, por sua vez, não tem as informações necessárias para reagir de maneira rápida e eficaz, o que prejudica todo o processo do tratamento.

Na São Paulo Internações Domiciliares, constantemente nos deparamos com tais situações causadas por operadoras. Nesse contexto, o profissional nutricionista precisa ser eficiente na tomada de decisões no que diz respeito ao tratamento adequado para os pacientes - muitos deles têm quadros clínicos instáveis e precisam evitar ao máximo complicações de saúde que os levem a internações, por exemplo.

POPULAÇÃO ALVO

Pacientes em internação domiciliar na SPID que geravam gastos com produtos de aporte nutricional para seguradoras de saúde no período de janeiro de 2010 a janeiro de 2011.

IMPACTO DA ATIVIDADE/SERVIÇO JUNTO À POPULAÇÃO ALVO

Quadro 1

Paciente G.F., 78 anos, com antecedentes de Parkinson, BCP aspirativa, neoplasia de pulmão. Apresenta diagnóstico nutricional de desnutrição que pode ser primariamente explicado pelo aumento metabólico gerado pelas alterações cerebrais (Parkinson) ou devido a resposta inflamatória e imunológica induzida pelo tumor (neoplasia de pulmão). No período de Janeiro a Junho de 2010 gerou um gasto de 26.389,17 reais para a seguradora com produtos nutricionais na tentativa de assegurar um bom estado nutricional, porém o fornecimento foi suspenso por decisão da operadora. Após esse período, a seguradora passou a fornecer apenas frascos e equips ficando a dieta e/ou suplementos por conta da família. Essa mudança gerou uma redução de 25.281,35 reais, passando para um gasto de 1.107,82 reais no mês seguinte (julho de 2010).

Neste período, o estado nutricional do paciente permaneceu em desnutrição com uma pequena progressão, que pode até ser explicada pela alteração da dieta industrializada para caseira. No início, a família ficou muito preocupada em como cuidar do paciente, mas a presença da nutricionista (mensal, chegando a ser quinzenal no início da mudança) ajudou na assistência necessária na preparação da dieta caseira. Após 6 meses da troca da dieta, foi possível perceber que a atuação da nutricionista foi fundamental para evitar perdas da qualidade nutricional do paciente.

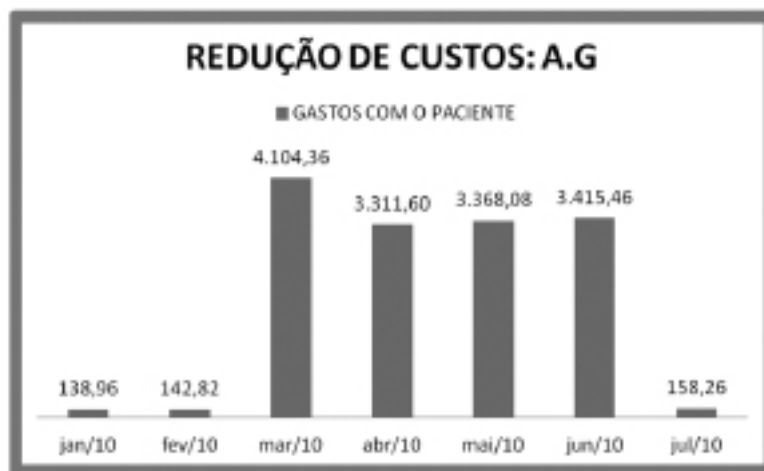


Quadro 2

Paciente A.D.S., 85 anos, com antecedente de acidente vascular cerebral, depressão, demência, hipertensão arterial sistêmica e diabetes. Apresenta diagnóstico nutricional de eutrofia. No período de janeiro a junho de 2010, a paciente gerou um gasto de 14.539,54 reais para a seguradora com produtos nutricionais que garantiam seu estado nutricional adequado. Porém, em julho de 2010, a dieta foi

suspensa, sendo autorizado apenas o envio de equipos e frascos. Recaiu sobre a família a responsabilidade por esses produtos. Para a seguradora, representou uma redução de 13.431,72 reais.

O filho da paciente ficou descontrolado no momento que recebeu a informação, pois ele não teria alguém que pudesse preparar essa alimentação caseira de forma adequada. Ele decidiu buscar ajuda no Sistema Único de Saúde (SUS) de São Caetano do Sul e a presença da nutricionista foi fundamental no preenchimento de relatórios que justificassem o pedido da dieta. Em poucos dias a dieta foi concedida, porém, não com a quantidade que a paciente necessitava. Ela precisava ainda de algumas dietas caseiras. Fazendo uma análise do estado nutricional dos seis meses após a troca da dieta, foi possível perceber que a paciente não teve perda de peso significativa. Fica claro que a presença do profissional nutricionista contribuiu na manutenção da sua saúde.



Quadro 3

Paciente J.A.C., 85 anos, com antecedente de Alzheimer, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular cerebral e BCP aspirativa. Apresenta diagnóstico nutricional de eutrofia. No período de janeiro a junho de 2010, o paciente gerou um gasto de 33.229 reais para a seguradora com produtos nutricionais. Em julho de 2010, o fornecimento desses materiais foram suspensos passando a ser enviado apenas frascos e equipos. Novamente a dieta ficaria por conta da família. Contabilizando os gastos da seguradora no período de julho de 2010 a janeiro de 2011 (1.1387 reais), a redução foi de 32.090,3 reais nesse mesmo período.

Quando a informação da suspensão foi passada para a filha, ela se prontificou a comprar uma parte da dieta, mas precisaria de maiores orientações para complementar essa alimentação de forma caseira. Nesse período, a nutricionista colaborou na escolha dos cardápios e preparação das dietas caseiras. Frente a essa situação - e acompanhando o estado nutricional da paciente - foi possível concluir que a família conseguiu assimilar de maneira eficaz as orientações fornecidas,

visto que JAC permaneceu com um bom estado nutricional. Isso, mais uma vez, demonstra a importância do acompanhamento profissional na segurança nutricional do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das informações apresentadas nos três casos acima, fica confirmado que cada vez mais o atendimento nutricional domiciliar precisa ser reforçado para garantir um serviço de qualidade para os pacientes. Tal procedimento colabora para diminuir as internações, re-internações e alterações no quadro nutricional dos pacientes. Colabora também na redução de custo para as seguradoras, que cada vez mais tem apresentado desequilíbrios financeiros devido ao crescimento dos custos de saúde e o abaixo reajuste autorizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Delegge MH. Home enteral nutrition. Demographics and utilization in the United States. Nestle Nutr Workshop Ser Clin Perform Programme. 2005; 10:45-54; discussion 54-8.
- 2 - saudeweb.com.br. Acesso em 29/12/2011 – 9:00
- 3 - Medicina On line – Revista Virtual de Medicina – Volume 2- Número 7 – Ano II - (jul/Ago/Set/1999)

14

POLIFARMÁCIA E TERCEIRA IDADE

Adyr Akira Tsukamoto

Considera-se polifarmácia o uso desnecessário de pelo menos um medicamento ou presença de cinco ou mais fármacos em associação. Alguns autores consideram também polifarmácia o tempo de consumo exagerado de medicamentos (pelo menos 60 a 90 dias). Tal ato, seja por prescrição médica ou automedicação, favorece a ocorrência de efeitos adversos e interações medicamentosas.

Exceção a este contexto é o chamado efeito corretivo (por exemplo, suplementação de potássio para terapia diurética). Dentre os medicamentos mais consumidos incluem-se anti-hipertensivos, analgésicos, antiinflamatórios, sedativos e preparações gastrointestinais. O custo de tratamento aumenta com a polifarmácia, principalmente quando os prescritores privilegiam fármacos de introdução recente no mercado ^[1].

Existem respostas diferenciadas em idosos, especialmente no tocante a medicamentos sedativos e psicotrópicos, quando se observa efeito paradoxal. A sensibilidade de fármacos é diretamente proporcional ao número de receptores e da capacidade de ligação a eles.

As mudanças fisiológicas incluem diminuição da superfície de absorção, diminuição do volume sanguíneo esplâncnico, aumento do pH gástrico e alterações da motilidade gastrointestinal. Com a diminuição da proporção de água em relação ao peso corporal, observa-se a diminuição no volume de distribuição de fármacos.

Em pacientes debilitados ou desnutridos, onde há redução da concentração plasmática protéica, observa-se redução da forma conjugada, permitindo que a forma livre atinja mais rapidamente sítios-alvos, como consequência, o efeito do fármaco aumenta em intensidade (intoxicação) e leva a diminuição de sua duração.

Devido a diminuição de massa corporal, menos fármacos se ligam ao músculo, aspecto semelhante ocorre com estoques de gorduras, fazendo com que fármacos lipossolúveis não se acumulem no tecido adiposo ^[2].

Com a diminuição do fluxo sanguíneo hepático, a partir dos 65 anos, ocorrem alterações nas fases I e II do metabolismo de fármacos, tais alterações resultam em acúmulo de metabólitos ativos (por exemplo: diazepam), outras alterações referem-se ao prolongamento da meia vida de certos fármacos.

Por fim, em idosos há diminuição de fluxo renal e filtração glomerular. Desta forma, fármacos que possuem excreção renal preponderante (por exemplo: vancomicina), possuem meia-vida aumentada, resultando em aumento de toxicidade.

Dados revelam que 10% dos pacientes hospitalizados entre 40 e 50 anos, e 25% dos acima de 80 anos, apresentam doenças iatrogênicas, muitas associadas a classes específicas de medicamentos, como os cardiovasculares, psicotrópicos, fibrinolíticos e diuréticos ^[3].

Frente às peculiaridades do paciente geriátrico, a prescrição medicamentosa deve ser bastante criteriosa, de acordo com os preceitos que se seguem: anamnese correta, revisão dos antecedentes médicos e história medicamentosa completa, prescrever com indicação específica e cientificamente embasada, na possibilidade, priorizar o regime medicamentoso simplificado, iniciar com pequenas doses e adequar às respostas desejadas, monitorar efeitos adversos ^[4].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bodenheimer TS. Affordable prescriptions for the elderly. *JAMA* 2001; 286 (14): 1762-3.
2. Katzung BG. Aspectos especiais da farmacologia geriátrica. In: Katzung BG, ed. *Farmacologia básica e clínica*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005: 844-50.
3. Chyka PA. How many deaths occur annually from adverse drug reaction in the United States? *Am J Med* 2000; 109: 122-30.
4. McVeight DM. Polypharmacy in the older population: recommendations for improved clinical practice. *Top Emerg Med* 2001; 23(3): 68-75.

15

REFLEXÕES SOBRE HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM HOME CARE

*Deborah Keiko Shimabukuro
Vanilda Martins Costa
Viviane Cristina Rozelli*

INTRODUÇÃO

Esta modalidade de assistência pode ser definida como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizados na casa do paciente. Nos EUA (pioneiro nesta atividade), o hospital de Boston, em 1780, implantou o home care. Em grande parte, esses serviços foram formados por associação de enfermeiras visitadoras, mulheres e de cunho filantrópico.

Não há muitos registros formais sobre a história da assistência domiciliar no Brasil; o que mais se encontra são depoimentos de pessoas que viveram ou estão vivendo o desenvolvimento dessa modalidade.

Este tipo de serviço é direcionado aos pacientes e aos seus familiares (suporte) em qualquer fase de suas vidas, seja para aqueles que aguardam seu restabelecimento e retorno às suas atividades normais, favorecendo o convívio com a família, ou para os que necessitam de gerenciamento constante de suas atividades ou ainda para pacientes que necessitam de acompanhamento em sua fase terminal.

O home care assiste a pacientes com vários níveis de complexidade e perfis: incapacidade temporária ou definitiva para AVD; atraso no desenvolvimento cognitivo e físico; limitação funcional – decorrente de sequelas; dependentes de tecnologia para manutenção da vida e até aqueles que necessitam de cuidados contínuos diários.

A assistência a pacientes em home care não é diferente da assistência em instituição hospitalar. O foco é o mesmo, garantindo a humanização e a integralidade no atendimento.

Humanização e cuidado são indissociáveis. Discutir “humanização” com a equipe multiprofissional é falar de seu instrumento de trabalho: o cuidado, que “se caracteriza como uma relação de ajuda, cuja essência constitui-se em uma atitude humanizada”, apoiando o cuidado numa relação inter-humana.

Quando o atendimento de home care é iniciado, no contexto paciente x família ocorre uma invasão de pessoas estranhas no domicílio. A equipe multidisciplinar deverá aplicar humanização no cuidar, enxergar o outro como a si mesmo e estar numa relação de reciprocidade com ele. Desse modo, o outro deixa de ser uma soma de qualidades ou tendências ou nosso meio de sobrevivência e passamos a compreendê-lo e a confirmá-lo como o outro em sua totalidade. Daí é só lhe dar forma, descobrir, conduzir, surgindo, então, o verdadeiro cuidado.

OBJETIVOS

O objetivo desse artigo é mostrar uma visão ampla em relação ao home care e descrever a proposta de ação no cuidado domiciliar, embasado na integralidade da assistência humanizada.

METODOLOGIA

Para tal estudo, foi feito um levantamento bibliográfico sendo utilizados os indexadores Med Line, LILACS e portal do home care. Do total de 15 artigos, foram escolhidos os que melhor abordaram o tema. Foram utilizados os descritores Home Care; Cuidar; Humanização.

RESULTADOS

A falta de saúde física ou mental promove o desequilíbrio físico e emocional do paciente e de seu núcleo familiar. Vários fatores interferem nesse desequilíbrio: sobrecarga de despesas financeiras e funções domésticos, a dor da ausência da saúde.

É nesse momento que a enfermagem precisa estar preparada e consciente do seu papel enquanto profissional, desenvolvendo a capacidade empática como requisito básico por pertencer à categoria de ser humano que cuida de outro ser humano.

Enfermagem, gente que cuida de gente, que necessita de presença do outro ser humano, com necessidades a serem cumpridas na saúde e na doença. O exagero do tecnicismo fez perder a imagem de homem como ser gregário e afetivo, levando, muitas vezes, o profissional da enfermagem, como também a todos os profissionais da área da saúde, a analisar o paciente de maneira fria, objetiva e calculista.

O relacionamento enfermagem x paciente acontece através de comunicação: saber como e quando escutar, reconhecer e valorizar seus sentimentos, dar apoio perguntar, contestar, conduzir a conversa através de temas desejados pelo paciente, reconhecer o grande valor da comunicação.

É no momento que surge a doença que a enfermagem precisa estar preparada e consciente de seu papel enquanto profissional, entendendo que o nosso papel é cuidar e não curar. Assim, devemos respeitar a privacidade do paciente, adaptar nossa atuação conforme as características do ambiente, procurando manter a integridade física e fisiológica do paciente.

CONCLUSÃO

A abordagem psicossocial passa a ser uma necessidade de todo o profissional que presta assistência no domicílio, de modo a apreender as expressões da pessoa atendida e da família no seu contexto de vida. É importante cultivar a confiança logo no primeiro contato; estabelecer a credibilidade com a pessoa doente e seus familiares, usar uma abordagem empática e isenta de críticas.

Atuar no domicílio exige também conhecimento clínico e psicossocial, habilidade para compreender o contexto e saber agir eficazmente em situações que surgem no âmbito do domicílio – que é particular de cada pessoa doente e de cada família, e que não são passíveis de generalizações. Conhecimento, habilidades e atitudes são aspectos importantes em todas as esferas de atuação profissional.

Devemos ter uma visão clara dos objetivos da assistência: comunicação e interação equipe/paciente/família; papéis definidos da equipe e da família; respeito ao espaço físico; comunicação clara e objetiva entre equipe interna e externa são algumas das ferramentas que podemos adotar.

Na assistência humanizada, é necessário reconhecer o ser humano sob o ponto de vista dele, pois dessa maneira poderemos criar novas visões e, assim, transformar a enfermagem em uma prática cada vez mais fundamentada na relação com o outro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Lacerda M R, Ciacomozzi C M, Oliniski R S, Truppel T C. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. Saúde e sociedade 2005 Ago; 15: 88-95.
- 2- Mussi F C, Friedlander M R, Arruda E N. Os significados da palavra conforto segundo a perspectiva do paciente com Infarto agudo do Miocárdio. Rev.Latino-Am.Enfermagem 1996; Dez; 4: 3.
- 3 - Manzi A S, Nunes B. Reflexoes sobre humanização e o processo de cuidadr em unidade de terapia intensiva. Rev. Enfermagem UNISA 2001; 2:76-9
- 4 - Silva TV, Devezas A L, A Ética no cuidar em Enfermagem. Rev. enferm. UERJ 2011; abr/jun 19(2): 236-4.
- 5- Souza N M, Brêtas ACP, Matheus M C C. Humanização do cuidado de enfermagem: Que é isso? Rev. bras. enfermagem 2009 Mai/Jun; 62(3).

16

A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DOMICILAR

Patrícia Cerqueira

INTRODUÇÃO

A assistência domiciliar é um tema que atualmente provoca muita discussão entre os profissionais da área da saúde e entre administradores. Essa modalidade de assistência, também conhecida como home care, pode ser definida como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizados na casa do paciente. Abrange ações de saúde desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, baseadas em diagnóstico da realidade em que o paciente está inserido e visando a promoção, manutenção e reabilitação da saúde.

O home care ou assistência domiciliar surgiu para atender pacientes com doenças crônicas em internações de longa duração a fim de assegurar a recuperação do paciente no domicílio pós alta hospitalar e até mesmo dar continuidade aos cuidados necessários. Sendo assim, a proposta do paciente para internação domiciliar é de suma importância no sentido de avaliar se ele realmente dispõe de condições clínicas para tratamento em ambiente residencial.

A comunicação deverá estar fortemente presente neste trabalho cotidiano. Mas, se no dia a dia podemos continuar falando livremente da comunicação, no trabalho é necessário prestar mais atenção ao que falamos e fazemos, pois estamos lidando com o tratamento de um paciente em um outro ambiente. A comunicação pode ser percebida de muitos modos, e cada modo determina um entendimento da relação entre pessoas, no contexto institucional e social.

A humanização do cuidado em enfermagem vem sendo bastante enfatizada nas instituições de saúde e a comunicação adequada permite que as equipes compreendam as necessidades do paciente vulnerabilizado pela doença. Daí a necessidade de refletir a respeito da relevância da comunicação.

Com o adocimento, o paciente torna-se vulnerável aos procedimentos tecnológicos, às vezes invasivos e até dolorosos. A fala técnica dos profissionais de saúde acabam trazendo mais desconforto ao paciente e familiares, já que a linguagem especializada é de difícil compreensão da população em geral. Nisso, a comunicação tem por finalidade resgatar o cuidado através do respeito e da valorização do indivíduo e com a finalidade de propor uma recuperação efetiva.

A comunicação está presente em todo momento do tratamento, pois se dá através de registros em prontuário, esclarecimentos e orientações via telefonia com os familiares e através de reuniões dos profissionais atuantes na residência. Pacientes e familiares precisam se inserir na comunicação do tratamento.

Na São Paulo Internações Domiciliares são realizadas reuniões clínicas mensais com o objetivo de unificar a comunicação técnica com a equipe multiprofissional. Nelas são feitas discussões de casos clínicos onde cada profissional expõe sua opinião sobre o caso e as ações a serem tomadas. Nessas reuniões todos os profissionais se comunicam e traçam estratégias para avanços na atitude do cuidar e elaboram o tipo de comunicação que será utilizada com os familiares e pacientes.

OBJETIVO

Trataremos neste estudo da importância da informação, clara e objetiva, dos profissionais em relação ao tratamento de um paciente. Discutiremos também sobre a importância da comunicação entre toda a equipe envolvida no tratamento, o registro das informações em prontuário IW - que possibilita o acesso de informações atuais do paciente - como também a história do início de seu tratamento.

METODOLOGIA

Este trabalho propõe-se a uma descrição qualitativa a partir da vivência na empresa São Paulo Internações Domiciliares e através de dados observados em artigos relacionados ao assunto.

RESULTADO

Este processo de informação e comunicação em saúde tem importância crítica e estratégica porque pode influenciar significativamente na avaliação que os familiares fazem da qualidade dos cuidados de saúde, a adaptação psicológica à doença e os comportamentos de aceitação medicamentosa e comportamental.

Com reuniões clínicas, a comunicação entre profissionais e familiares se tornou mais efetiva, pois são compartilhadas sem perda de informações. Muitas vezes a dificuldade com a transmissão de informação e com atitudes inadequadas em relação à comunicação podem causar comportamentos insatisfatórios por parte da família e paciente. Isso prejudica o tratamento do paciente: se a linguagem não for clara, pacientes e familiares não entendem o que devem fazer, não se recordam do tratamento proposto ou não acreditam que o método proposto será realmente benéfico ao paciente.

Podemos observar que, após as reuniões de equipe, alguns casos ali discutidos passaram a ser abordados de forma a que os familiares conseguissem entender o tratamento proposto e as mudanças necessárias para o benefício do paciente. Toda a equipe utilizou as informações compartilhadas em reunião e, com isso, as inseguranças ou falta de aceitação do tratamento foram apresentadas de forma única, sem desvios de informação. Toda a abordagem é registrada em relatórios em ambiente informatizado onde todos os profissionais, no decorrer do tratamento, podem observar a evolução de cada profissional diante do caso.

CONCLUSÃO

A comunicação abrange diferentes níveis de complexidade, podendo favorecer abordagens integradas e contribuir para ampliar o diálogo entre diferentes profissionais. Assim, faz com que informações importantes não se percam durante a evolução do paciente, evitando falhas no tratamento ou procedimentos a serem tomados mesmo na ausência dos profissionais que acompanham o paciente no cotidiano. A qualidade da comunicação entre familiares e pacientes está relacionada à conscientização dos riscos, motivação para a mudança de comportamento, adaptação à doença, qualidade de vida e a busca pelos cuidados adequados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – Banco de dados da empresa São Paulo Internações Domiciliares
- 2 - ARAÚJO, I. S. Materiais educativos e produção dos sentidos na intervenção social In: MONTEIRO, S. & VARGAS, E. (Orgs.) Educação, Comunicação e Tecnologia Educacional: interfaces com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- 3 - Ori• MOB, Moraes LMP, Victor JF. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. *Rev Eletron Enferm.* 2004;6(2):292-7. [citado em 2007 Nov 14].
- 4 - Carvalho Teixeira, J. A. (1996). Comunicação e cuidados de saúde. *Desafios para a psicologia da saúde. Análise Psicológica*, 14 (1), 135-139.

17

A COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL EM ATENDIMENTO DOMICILIAR

Deborah Keiko Shimabukuro

INTRODUÇÃO

A comunicação é o processo que transmite as informações de uma pessoa para outra através da fala, escrita, sons e imagens com o objetivo de gerar conhecimento e troca de entendimento das informações¹. Na área da saúde, a valorização da comunicação nas relações entre os profissionais é de extrema importância para que ocorra a satisfação dos usuários do serviço de atendimento domiciliar^{1,2}.

A equipe de enfermagem precisa ter a consciência da comunicação verbal e não-verbal para que a interação entre os pacientes e seus familiares possa ocorrer de maneira tranquila e harmoniosa. Lembrando que qualquer gesto ou expressão corporal pode interferir na interpretação e na interação entre as pessoas, isso pode ajudar ou comprometer a relação interpessoal².

O objetivo do trabalho da enfermagem é o cuidado. O cuidado prestado deve ser de forma humana e holística, sob a luz de uma abordagem integrada, não se esquecendo de incluir o emocional dos nossos clientes para preservar a qualidade da assistência. Quando cuidamos de alguém, utilizamos todos os sentidos para o desenvolvimento de uma visão global do ambiente e dos clientes. Portanto, as rotinas e os procedimentos técnicos devem ser importantes para um cuidado adequado e abrangente.^{1,3}

A assistência domiciliar na saúde é uma sequência de serviços residuais que são oferecidos a partir do momento que a pessoa recebeu atendimento primário prévio, com o diagnóstico e tratamento definidos e que desobriga a uma internação por um período maior de intervenção devido a um quadro crônico debilitante. Este tipo de atendimento minimiza os riscos do paciente em relação a uma infecção hospitalar, por exemplo. Isso diminui o custo de internação, além de permitir a presença dos familiares dentro do ambiente doméstico, o que contribui para promover qualidade de vida ao indivíduo debilitado e reduzir o estresse que acomete a família^{2,3}.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é refletir, a partir de artigos encontrados em literatura

nacional e internacional, sobre a importância da comunicação no ambiente da assistência domiciliar.

MÉTODO

Este estudo foi realizado através de uma consulta na base de dados Lilacs, Pubmed e Google Scholar com os seguintes unitermos: comunicação, assistência domiciliar, enfermagem. Foram incluídos documentos na língua inglesa, espanhola e portuguesa que puderam ser obtidos na íntegra. Foram excluídos os documentos que não puderam ser obtidos na íntegra e também documentos em outros idiomas.

RESULTADOS

A comunicação humana é complexa e multidimensional. O seu processo de interação ocorre por meio de palavras ou por outros meios como o não-verbal, expressões faciais, postura corporal, distância em relação aos outros, dentre outros meios⁴.

Uma das funções da comunicação é o de conhecer a si mesmo. Os indivíduos precisam se conhecer bem: como agem, pensam, sentem e reagem diante de uma situação específica. Por isso, é necessário um estímulo para que esta interação ocorra, principalmente entre a equipe de enfermagem e o cliente submetido ao atendimento de assistência domiciliar^{1,3,4}.

No Brasil, não há uma definição exata para a assistência domiciliar. Com isso, temos utilizados atualmente os seguintes termos⁵:

- Assistência domiciliar: termo utilizado para qualquer ação em saúde que ocorre no domicílio do cliente, não levando em conta a complexidade ou o objetivo do atendimento realizado. Pode ser desde uma orientação como até um suporte ventilatório invasivo.

- Internação domiciliar: relacionada ao cuidado intensivo e multiprofissional no domicílio, é caracterizado por deslocamento de uma parte da estrutura hospitalar para a casa do cliente, promovendo um cuidado considerado demorado a de alta complexidade. É bem semelhante ao atendimento hospitalar, porém feito no domicílio.

- Atendimento domiciliar: abrange os cuidados de saúde, sendo multiprofissional ou não. Semelhante ao ocorrido em um consultório, porém realizado na casa do cliente.

Neste contexto, a família recebe estrutura, medicamento e terapêutica necessária para cuidar do paciente, o que permite que as suas necessidades fisiológicas e emocionais sejam supridas de forma a promover a qualidade de vida^{4,5}.

O cuidador é um familiar, amigo ou vizinho que, empregado ou não, desempenha um papel fundamental durante os cuidados ao paciente em assistência domiciliar. Isso ajuda muito no processo de recuperação^{2,3,5}.

Neste cenário, a equipe de enfermagem torna-se elo fundamental entre o paciente, a família e a tecnologia à disposição do tratamento prestado ao cliente. Com isso, se o processo de comunicação não for eficaz, gera desequilíbrio neste processo e o resultado é a dificuldade de se realizar os devidos cuidados designados para a patologia do paciente⁵. Neste contexto, quem sai perdendo é o paciente.

CONCLUSÃO

Como a assistência domiciliar no Brasil é recente, os modelos de atendimento ainda estão se desenvolvendo e se consolidando nas empresas especializadas em home care. Neste estudo, fica evidente que a comunicação é fundamental para o bom direcionamento dos cuidados prestados ao paciente submetido ao cuidado domiciliar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.Santos MC, Bernardes A. Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* (2):359-66. 2010.
- 2.Vasconcellos-Silva PR e cols. Healthcare organizations, linguistic communities and the emblematic model of palliative care. *Cad. Saúde Pública.* 23(7):1529-1538.2007.
- 3.Oria MOB e cols. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* 6(2):292-297.2004.
- 4.Braga EM, Silva MJP. Comunicação competente- visão de enfermeiros especialistas em comunicação. *Acta Paul Enferm.* 20(4):410-4.2007.
- 5.Amaral NN e cols. Assistência domiciliar à saúde (home health care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. *Rev Neurociências.* 9(3):111-17.2001.

18

PRINCIPAIS PROBLEMAS PARA FECHAMENTO DAS ESCALAS DE PACIENTES EM HOME CARE

Viviane Cristina Rozelli

INTRODUÇÃO

O trabalho da enfermagem é complexo e dinâmico em todas as suas dimensões - ética, filosófica, social, econômica e política - e está inserido no contexto das instituições de saúde, pública ou privada.¹

A função administrativa do enfermeiro está prevista, com ênfase, na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o seu exercício profissional. Em seu artigo 11, define que cabe ao enfermeiro em função administrativa o planejamento, a organização, a coordenação, a execução e a avaliação dos serviços de assistência de enfermagem.²

Dentre as funções administrativas, o enfermeiro é o responsável pelo dimensionamento do pessoal de enfermagem (auxiliares e técnicos de enfermagem). Esses são o maior contingente de servidores de uma instituição de saúde, seja ela hospitalar ou domiciliar. Pela quantidade de pessoal, representa um custo elevado e processo contínuo de seleção, treinamento e avaliação da equipe - avaliação essa realizada para se entender a rotatividade da equipe de enfermagem em um determinado domicílio.

Dimensionar a equipe de enfermagem de forma adequada (quantitativamente), conforme previsto em legislação como responsabilidade do enfermeiro, é um desafio quando não há no sistema COREN/COFEN uma legislação para dimensionamento da equipe de enfermagem no domicílio.

Atualmente, as empresas de home Care utilizam um instrumento de dimensionamento de enfermagem conhecido como Sore do NEAD (Dimensionamento de Enfermagem em Home Care). Até a implantação desse instrumento, o dimensionamento se dava de forma empírica ou em atendimento a pedidos médicos ou a ordens judiciais (cumprimento de liminares).³

Hoje, na São Paulo Internações Domiciliares, o dimensionamento de enfermagem ocorre sob supervisão direta da enfermagem (enfermeiros visitantes) e pela equipe de enfermagem interna (enfermeiros clínicos e gerência de enfermagem). Com esse trabalho em conjunto é possível identificar algumas dificuldades

e problemas no fechamento dessas escalas.

PRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO/SERVIÇO

Pertencente ao Grupo MAIS (Modelo de Atenção Integral à Saúde, a São Paulo Internações Domiciliares conta com o trabalho de uma equipe multiprofissional composta por enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem, assistente social, nutricionista, psicólogas e terapeutas ocupacionais. Hospital Premier (especializado em cuidados paliativos), ProAtiva (prevenção e promoção à saúde), PremiOdonto (odontologia hospitalar e domiciliar), Saber + (educação continuada) também fazem parte do Grupo MAIS.

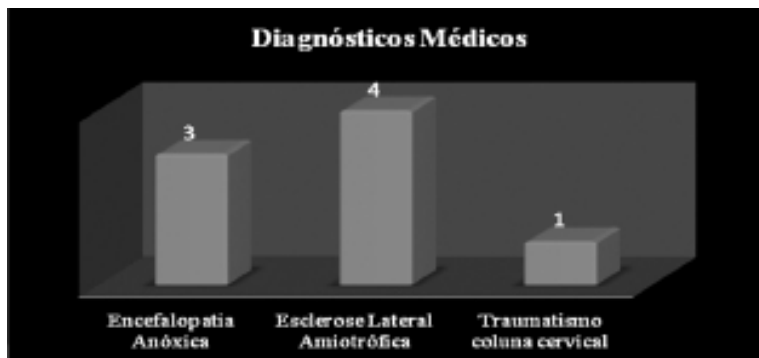
A São Paulo Internações Domiciliares atende pacientes em todos os níveis de complexidade, desde o monitoramento telefônico e visitas pontuais, até a paciente com ventilação mecânica e enfermagem 24hs em domicílio, em todas as regiões da Grande São Paulo, Interior, Litoral e outros estados como MG, RJ e MT.

CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO/ATIVIDADE

Nesse estudo foram analisadas a escala de 23 (vinte e três) pacientes nesse último ano de atendimento, e identificadas as principais dificuldades em fechar e manter essa escala fechada conforme dimensionamento de enfermagem preconizado previamente. Das escalas analisadas, oito delas apresentavam alguns problemas que dificultava seu fechamento. Dessas escalas, duas eram de atendimento com 12hs de enfermagem (sendo uma delas com enfermagem diurna e a outra com enfermagem noturna) e as outras seis escalas compreendiam atendimentos de 24hs.

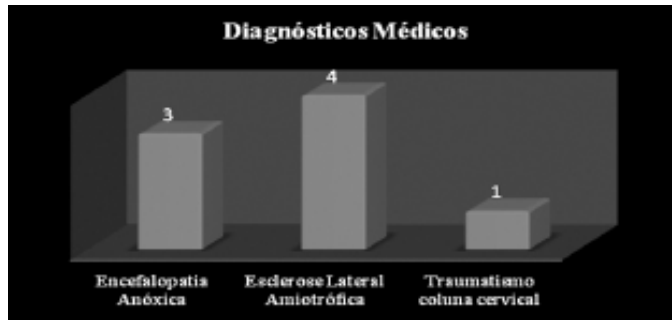
POPULAÇÃO ALVO

Do total das escalas de enfermagem de oito pacientes em atendimento pela São Paulo Internações Domiciliares analisado, 50% eram de pacientes do sexo feminino e 50% do sexo masculino com diagnósticos variados como encefalopatia anóxica (03 pacientes), esclerose lateral amiotrófica (04 pacientes) e tetraplegia por traumatismo de coluna cervical (01 paciente).



IMPACTO DA ATIVIDADE/SERVIÇO JUNTO A POPULAÇÃO ALVO

Após análise das escala de enfermagem desses pacientes, identificamos alguns problemas relatados pelos enfermeiros visitantes, enfermeiros clínicos e pelos auxiliares de enfermagem dos domicílios avaliados. Dentre os principais problemas levantados podemos observar os seguintes dados:



Podemos observar que dos problemas apresentados, 62,5% representam problemas sociais. Estudando-se detalhadamente tais problemas, encontramos relatos de assédio moral e sexual aos auxiliares e aos próprios pacientes por seus familiares, utilização de drogas ilícitas por pacientes e cuidadores/familiares, distância e periculosidades do domicílio, ausência de cuidadores/familiares com os pacientes em período integral.

Como grande maioria dos problemas apresentados eram sociais, solicitamos auxílio do serviço social da São Paulo Internações Domiciliares para a resolução dos problemas e fechamento das escalas.

Para a correção dos problemas relacionados aos valores de plantão, realizamos um estudo de desempenho financeiro do paciente em questão e identificamos a possibilidade de correção do valor do plantão. Com relação aos problemas de horários incompatíveis, foi possível, em parceria com as cooperativas, nova seleção de cooperados auxiliares de enfermagem com disponibilidade para treinamento e com possibilidade de assumirem definitivamente os plantões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O suporte de outros profissionais para o fechamento das escalas de enfermagem é indispensável. O simples fato da inexistência de um cuidador em período integral inviabiliza o atendimento de home care e, diante da possibilidade de “perder” o atendimento, os familiares se mobilizaram para a solução do problema.

Os demais problemas sociais como assédio moral e sexual aos auxiliares foram corrigidos com o afastamento destes e com o trabalho da assistente social junto aos familiares e ou cuidadores.

Independentemente da escala de enfermagem ser de responsabilidade dos enfermeiros, conforme legislação específica, não podemos e não devemos trabalhar de forma isolada. Precisamos do suporte de todos os outros profissionais envolvidos com a assistência ao paciente, colocando-se em prática o trabalho da equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campos LF. Dimensionamento de pessoal de enfermagem nos hospitais de Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem: Ribeirão Preto 2004.
2. Brasil. Lei nº. 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em <http://www.portalcofen.com.br> (legislação) acessado em 01/06/2012.
3. DalBen LW, Gaidiznski RR. Sistema de classificação de pacientes em assistência domiciliária. Acta Paul Enferm 2006; 19(1): 100-8.

19

ENCANTANDO O CLIENTE DE SAÚDE

Gleice Maria Maciel Caputo

Atualmente, os meios de hospedagem utilizam diferentes formas de “fidelizar” seus hóspedes e o consumidor, geralmente, manifesta sua preferência por locais onde “se sinta em casa”. A hotelaria cresce, inova e se renova constantemente. Segundo MORAES (2004), os hotéis já descobriram que mudar e surpreender os clientes são soluções próximas do sucesso empresarial. Para TARABOULSI (2004, p.51), “hotelaria hospitalar é a arte de oferecer serviços repletos de preseteza, alegria, dedicação e respeito, fatores que geram satisfação, o encantamento do cliente e, principalmente, a humanização do atendimento e do ambiente hospitalar”.

No conceito de hotelaria hospitalar, visto anteriormente, os clientes de saúde são considerados como hóspedes enfermos. Por isso, requerem um tratamento diferenciado, que concilie saúde e infraestrutura de serviços, facilitando, dessa forma, a continuação de sua rotina familiar, profissional e social através de uma estada feliz e tranquila. O bom atendimento é um dos fatores principais e determinantes para que o paciente sinta-se acolhido e sua melhora ocorra no menor período de tempo possível. A empatia e o apoio psicológico vão repercutir em todo o quadro físico e mental do convalescente, fazendo com que ele se sinta como se fosse o único durante o tratamento. Isso, claro, contribui para que sua permanência pareça mais curta.

De acordo com GODOI (2008), é cada vez maior o número de hospitais que modernizaram suas estruturas trazendo consigo conceitos que a hotelaria hospitalar preconiza. O resultado tem sido a atração de uma demanda qualificada e que procura serviços complementares ao tratamento médico, exposição na mídia e, ainda, a mudança da imagem do hospital no mercado.

A qualidade dos serviços na Gestão Hospitalar

Empregar a palavra “serviço” para descrever o trabalho no hospital nunca foi muito adequado, principalmente para os profissionais de saúde ao lado do leito dos pacientes. Segundo LEE (2009), para os hospitais, é mais exato descrever seus negócios como uma oferta de uma experiência altamente transformadora do que o fornecimento de um serviço. Os hóspedes do hospital não conversam sobre os serviços que recebem. Eles falam sobre suas experiências. Um serviço médico é a maneira mais garantida de transformá-lo em uma péssima experiência, lembrada e falada por muitos anos.

Internações são sempre estressantes. A maneira pela qual o hospital administra essa situação pode significar a diferença entre uma experiência boa ou ruim. É fundamental saber e identificar com clareza alguns princípios, uma vez que o principal deles é a orientação da organização no sentido de atender bem o cliente, satisfazendo suas necessidades e prestando um serviço com qualidade.

Para MORAES (2004), serviços são ações, atos que, diferentemente de produtos, possuem um enfoque intangível, pois seu resultado ou produto final é sempre um sentimento, seja ele de satisfação ou não. Isso varia de pessoa para pessoa, isto é, cada cliente poderá ter uma reação diferente para aquele mesmo tipo de serviço. Como a qualidade é sempre uma melhoria constante, a qualidade em serviços é a capacidade de satisfazer uma necessidade, de resolver um problema ou fornecer benefício a alguém.

Durante muito tempo anunciar a qualidade de um produto ou serviço era um atrativo a mais nele, algo que acrescentava valor ao produto e que o destacava dos demais no seu segmento. Segundo GODOI (2008), a qualidade não deveria ser um simples adjetivo, e sim estar intrinsecamente embutida em todos os produtos e serviços disponibilizados ao uso e consumo. Para TARABOULSI (2004), nenhum serviço pode oferecer vantagens em relação a outros similares se não for capaz de guardar uma coerência entre sua finalidade, as etapas de prestação/produção e seus benefícios. É preciso haver eficiência contínua em todas as etapas de atendimento, pois tanto os serviços administrativos básicos do hospital quanto aqueles da hotelaria que foram adaptados ou inseridos no contexto hospitalar necessitam estar em consonância para não comprometer a qualidade oferecida e percebida pelos clientes de saúde.

É preciso ratificar que, nos dias atuais, todas as pessoas que dão entrada em um hospital (pacientes, acompanhantes, familiares, amigos etc.), assim como todas aquelas que nele trabalham (médicos e colaboradores) devem ser consideradas clientes de saúde. Segundo MORAES (2004), os hospitais se deram conta de que a esses clientes não bastava apenas um lugar limpo, um enfermeiro bem uniformizado e um médico competente. Eles precisavam de mais: tecnologia, segurança, conforto, bom atendimento e um ambiente que proporcionasse a sensação de estar em casa ou em um hotel (sem aquele ambiente totalmente branco, sem quadros ou decoração e com um cheiro característico), facilitando a minimização dos medos decorrentes de qualquer procedimento hospitalar.

Nos dias atuais, programas de qualidade estão presentes em milhares de empresas com resultados surpreendentes. A necessidade de competição internacional obriga as empresas a praticarem fórmulas e sistemas, a prepararem seus colaboradores para atuar segundo o mercado e a não mais se aterem a condições reservadas e particulares. Para MORAES (Idem), um artigo fabricado no Brasil poderá ser mostrado em qualquer parte do mundo, e sua qualidade é importante tanto aqui como no exterior, bem como a prática de serviços, por exemplo. Hotéis e hospitais poderão ser lembrados por qualquer pessoa de qualquer lugar do mundo.

A adoção dos programas de qualidade em empresas prestadoras de serviços, tanto de saúde como de hospedagem, ainda se constitui em novidade que deve ser assimilada pela alta administração e incorporada ao cotidiano das empresas como uma ferramenta importante e vital para a integração e a competição de mercado. De acordo com BOEGER (2008), dentro de um hospital, a gestão hoteleira deve respeitar as regras e funções hospitalares, adaptando-se a elas. Em contrapartida, as funções hoteleiras devem ser vistas como a tradução da qualidade pela prestação de serviços de atendimento e acolhimento, com base em princípios operacionais e de gestão que devem ser aceitos, entendidos, absorvidos e efetivamente exercidos por todo o corpo hospitalar.

É preciso entender que a organização hospitalar é singular e muito complexa. Para MORAES (2004), assim como em hotéis, em organizações hospitalares existem muitos obstáculos e resistências à inovação e a tudo que represente mudança. Na implantação de programas de qualidade total as mudanças ocorrem e, mesmo que representem melhorias, a resistência, em muitos casos, fala mais alto, e as coisas continuam sem nenhuma alteração, os custos continuam altos e o atendimento cada vez mais precário.

Segundo BERWICK (1994, Apud MORAES, idem), a gestão hospitalar deve intervir fundamentalmente nos processos administrativos do hospital para alcançar a qualidade. É somente pelo seu bom funcionamento que se refletirá a satisfação do paciente / cliente. Para ele, os setores administrativos (faturamento, contas médicas, almoxarifado), os serviços de apoio logístico (lavanderia, rouparia, limpeza, manutenção, recepção) e demais áreas da organização que garantem o funcionamento dos setores operacionais devem funcionar como diminuidores de tempo, de tal forma que esses setores operacionais possam apenas se ater às suas respectivas funções, proporcionando um melhor atendimento, deixando de lado a resolução dos problemas administrativos.

A busca da qualidade deve vir junto com a busca da produtividade. Ambas – qualidade e produtividade – proporcionam a competitividade da empresa. Para CHIAVENATO (2003), a qualidade exige uma mobilização interna organizada e sistemática para realizar o que foi prometido ao cliente ou usuário, com menor margem de desvio e com maior eficácia. A qualidade é uma questão de mentalidade e de cultura. A sua busca deve ser feita pelas pessoas. Além disso, a qualidade é uma questão de consonância, assim como o desempenho em relação às expectativas. É uma compatibilidade entre o que o usuário espera e o que lhe é oferecido, entre o que o usuário recebe e o que ele percebe do produto ou do serviço recebido. Ela deve existir em todas as áreas da empresa, em todos os níveis, em todas as interdependências. Ela significa o atendimento das necessidades do cliente ou usuário, seja ele interno ou externo. E isso deve ser assumido plenamente pelo gerente, pela equipe e por toda a organização.

Mesmo sendo um assunto polêmico no âmbito da saúde - dada a sua singularidade, a complexidade de uma organização hospitalar e também de conflitos de interesse - a gestão da qualidade em hospitais é um desafio no que diz respeito à

sua aplicação, na prática. É importante perceber que, da mesma forma com que os hotéis, os hospitais têm o fator que faz a diferença: seus colaboradores (funcionários). Segundo MORAES (2004), são eles que identificam os problemas primeiramente, pois o vivenciam. Muitas vezes, há dificuldades em solucioná-los devido ao fato de que é a alta administração quem gerencia todos os processos, e somente ela tem autoridade para mudar alguma coisa, como forma de eliminar desperdícios e melhorar a qualidade no atendimento.

A produção de serviços com alto padrão de qualidade é uma tarefa árdua, especialmente onde as relações humanas são intensivas como ocorre nos hospitais. De acordo com GODOI (2008), estabelecer diretrizes claras, processos enxutos e normatizar as atividades tendem a instituir padrões básicos de comportamento a todos os profissionais. Uma análise detalhada dos setores seguindo posteriormente ao hospital como um todo, confrontando os dados e focando ações de melhoria, podem produzir bons resultados. Melhorar a qualidade dos serviços costuma exigir o comprometimento dos funcionários e maior atenção ao trabalho, além de mudar a atitude desses profissionais de saúde quanto à forma automatizada de atender os clientes, mostrando-se solidários e sensibilizados, ao invés de escravos de uma rotina. Lidar com pessoas não é fácil, mas pode ser compensador se for prazeroso para os dois lados, profissional e paciente.

Para MORAES (2004), é preciso haver consciência e vontade de mudança por parte da administração. Uma gestão diferenciada, aberta à mudança, com uma visão ampla e moderna, visando a uma melhoria gradativa e contínua, conseguirá, por meio de treinamento e normatização de procedimentos, alcançar bons resultados e atingir metas propostas se primeiramente ouvir o cliente (interno e externo). É preciso mudar, porém é preciso, antes de tudo, querer mudar.

Sendo assim, GODOI (2008) conclui que atitudes inovadoras por parte de alguns hospitais tem resultado em serviços diferenciados com alto valor agregado, traduzindo-se em experiências bem sucedidas. A percepção da qualidade no mercado não apenas reterá o cliente quando este precisar retornar, como será apontado como padrão de eficiência quando for citado pelo mercado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOEGER, Marcelo Assad. Gestão em hotelaria hospitalar. 3ª Ed., São Paulo: Atlas, 2008.
- CHIAVENATO, Idalberto. Gerenciando pessoas: como transformar os gerentes em gestores de pessoas. 4ª Ed., São Paulo: Prentice Hall, 2003.
- GODOI, Adalto Félix de. Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais. 2ª Ed., São Paulo: Ícone, 2008.
- LEE, Fred. Se Disney administrasse seu hospital: 9 ½ coisas que você mudaria. Tradução: Teresa Cristina Félix de Souza. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- MORAES, Ornélio Dias de. Hotelaria hospitalar: um novo conceito no atendimento ao cliente de saúde. Ornélio Dias de Moraes, Índio Cândido, Elenara Viera de Viera. Caxias do Sul: Educus, 2004.
- TARABOULSI, Fadi Antoine. Administração de hotelaria hospitalar. 2ª Ed., São Paulo: Atlas, 2004.

20

CULTURA E SAÚDE: INTERAÇÃO EM BENEFÍCIO DA DIGNIDADE HUMANA

Cristiane Hyppolito

O Grupo MAIS - Modelo de Atenção Integral à Saúde - é formado pelo Premier Hospital, São Paulo Internação Domiciliares, ProAtiva Saúde, PremiOdonto e Saber MAIS - Centro de Educação e Pesquisa, mas vai além, agregando pessoas e equipes em torno de um ideal comum: garantir a dignidade humana em qualquer momento da vida e sob qualquer condição. Nesse sentido, além de prover cuidados à saúde, incentivar políticas públicas que tratem do envelhecimento humano e dos cuidados paliativos, busca fomentar e socializar tais discussões investindo em atividades culturais e artísticas.

Sobre o conceito de cultura

A palavra cultura tem muitos usos e significados: cultura agrícola, cultura microbiológica, cultura de uma empresa, cultura de um povo como civilização. E pode, também, representar o modo de vida de uma sociedade, compreendendo suas tradições, mitos, ou padrões estéticos e morais. Contudo, o que discutiremos neste artigo é o entendimento de cultura como arte, um conceito bastante polêmico que começou a ser estudado em profundidade recentemente.

As representações artísticas são utilizadas pelo homem desde a Pré-história demonstrado pelas pinturas rupestres nas cavernas e os vestígios da primeira flauta de osso em 60.000 a.C.^[i]. Grécia Antiga e o Império Romano contribuíram com grandes obras de arte, assim como muitos povos antigos utilizaram os contos e cânticos para manter as tradições através da oralidade.

Porém, durante a Era Medieval, a Igreja Católica detinha o poder e controlava a ciência e as práticas culturais. Como consequência, o conhecimento era extremamente restrito e este período ficou conhecido como Idade das Trevas.^[ii] Uma nova transformação se iniciou por volta de 1439 com a invenção da prensa, possibilitando que os livros, antes manuscritos, pudessem ser produzidos em grandes quantidades e distribuídos pela Europa e suas colônias.

Contudo, eram raros os alfabetizados, e ainda durante toda Idade Moderna, poucos privilegiados tinham acesso à escrita e à literatura. A arte era apreciada pelo clero, nobres e burgueses e, sobretudo, era considerada símbolo de reconhecimento e status. Os ricos tornaram-se mecenas, financiando os artistas e as suas

obras, o que acarretou no aumento da produção artística e deu origem ao Renascimento Cultural. Entretanto, neste período, a arte era circunscrita à música, pintura, literatura e arquitetura.^[iii]

Somente a partir do século XVIII, com a Revolução Francesa e a Independência dos Estados Unidos, este cenário começou a se transformar, primeiro com a literatura sendo produzida em grande escala e destacando obras mais populares; depois, com o advento da fotografia, do cinema e do rádio, já no século XIX.

É nesse processo que “cultura”, a palavra que designava o treinamento das faculdades mentais, se transformou, ao longo do século XIX, no termo que enfeixou uma reação e uma crítica – em nome dos valores humanos – à sociedade em processo acelerado de transformação. A aplicação desse sentido às artes, como as obras e práticas que representam e dão sustentação ao processo geral de desenvolvimento humano, é preponderante a partir do século XX^[iv]

Nesse sentido, a arte começa a se aproximar da população: pode-se ouvir a orquestra pelo rádio sem estar presente ao espetáculo, pode-se adaptar um livro para uma radionovela ou para o cinema. Neste processo, as manifestações artísticas populares começam a ser valorizadas e vistas como a expressão de uma camada social antes isolada deste universo.

Muitas controvérsias deram-se entre o que poderia ser considerado arte - se somente a cultura erudita ou também a cultura popular e esta discussão estende-se até a atualidade. Contudo, sem entrar neste fértil terreno conceitual, é consenso que a humanidade se expressa pela arte, do mesmo modo que por meio dela se produz cultura e conhecimento.

Educação, Cultura e Arte

Concebidas como elementos auxiliares – porém fundamentais - na sensibilização da sociedade em geral sobre temas ligados às políticas públicas de saúde, especialmente as que envolvem discussões sobre envelhecimento humano, finitude da vida, dor e cuidados paliativos, as atividades artísticas e culturais incentivadas pelo Grupo MAIS entendem educação, cultura e arte como fontes de aproximação entre pessoas, gerando percepções, diálogos e reflexões. Desta forma, questões sensíveis ao universo cotidiano da saúde podem ser apresentadas e discutidas através de diferentes expressões, como o cinema e a música, por exemplo.

O Cinema

Neste contexto, uma das importantes atividades promovidas desde 2008 pelo Grupo, em parceria com a Cinemateca Brasileira e a OBORÉ Projetos Especiais em Comunicação e Artes, é a Sessão Averroes de Cinema e Reflexão, cuja proposta é a de refletir sobre o cinema enquanto recurso de ensino e reflexão. Detalhes sobre este trabalho podem ser recuperados, nesta coletânea, no texto de Branca Braga, relações públicas do Grupo MAIS. [Ver p. 104].

Sabemos que um filme carrega a influência cultural de quem o criou e produziu, e terá na sua exibição uma interpretação diferente para cada espectador, a depender de seu repertório social e individual. Isso possibilita as mais ricas experiências a partir do tema proposto.

O filme serve para exercitar o homem nas novas percepções e reações exigidas por um aparelho técnico cujo papel cresce cada vez mais em sua vida cotidiana. Fazer do gigantesco aparelho técnico do nosso tempo o objeto das inervações humanas - é essa a tarefa histórica cuja realização dá ao cinema o seu verdadeiro sentido.^[v]

Como aponta o artigo de Branca Braga, a ideia de se trabalhar com cinema no Grupo MAIS surgiu em 2008, durante o I Ciclo de Cinema e Reflexão - Aprender a Viver, Aprender a Morrer, que reuniu várias atividades científicas e culturais com o intuito de divulgar e difundir conceitos técnicos da área da saúde, especialmente os cuidados paliativos, além dos aspectos filosóficos e artísticos do comportamento humano. Desde então, a parte técnica dos cinco sucessivos Ciclos resultou em três Jornadas de Cuidados Paliativos, dois encontros do Conselho Federal de Medicina e, em 2012, o I Encontro Brasileiro de Cuidados Paliativos - uma importante conversa sobre o estado da arte dos cuidados paliativos no país.

A Música

Considerada linguagem universal, a música é uma forma de arte que transita em todos os tempos e por diferentes lugares. Ela está presente nas ações institucionais do Grupo MAIS desde 2011, através do Curso de Músicos Atuantes em Hospitais e Instituições de Idosos. Com vistas a multiplicar a presença da música nestes ambientes, os alunos assistem a aulas teóricas e práticas, incluindo repertório e construção de instrumentos, e participam de palestras na área da saúde. Na fase de conclusão do curso, realizam estágios supervisionados em instituições parceiras. Neste ano, os fomandos estagiaram na Hospedaria de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, Residencial Israelita Albert Einstein, Serviço de Cuidados Paliativos do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo, Lar São Vicente de Paulo (conveniada à Faculdade de Medicina de Marília, SP) e Hospital-Escola da Faculdade de Medicina de Itajubá (MG).

“As pesquisas atuais demonstram que é difícil encontrar uma única fração do corpo que não sofra a influência dos sons musicais.”^[vi] De tal modo que cada música irá suscitar os mais variados sentimentos. No ambiente hospitalar, o contato com os acordes e a interação com os músicos demonstram diferentes reações tanto na equipe de saúde quanto em cada um dos pacientes e seus acompanhantes. A sonoridade chega acompanhada da memória de momentos vividos, de delírios, esperanças e o próprio corpo se manifesta diante disto.

Bairro amigo do idoso

Para colaborar com a vida do bairro e o entrosamento da população local está em implantação o projeto Bairro Amigo do Idoso, onde são oferecidas gratuitamente atividades aos moradores, como sessões de cinema, palestras, atividades físicas e de entretenimento. A iniciativa responde às diretrizes municipal e estadual da política nacional da pessoa idosa, espelhadas nos projetos das cidades saudáveis e amigáveis para população preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Em pesquisas recentes, a OMS identifica que os espaços de lazer, o apoio da comunidade e os serviços de saúde são elementos que mais influenciam na qualidade de vida da população idosa e de seu envelhecimento ativo. O artigo de Lavinia Clara Del Roio, que também integra esta coletânea, discorre sobre o projeto de forma detalhada. [Ver p. 110]

Saber MAIS: integrando conhecimentos

Visando colaborar no aprofundamento dos conhecimentos científicos na área do envelhecimento humano e dos cuidados paliativos, foi instituído, em janeiro de 2012, o Saber MAIS - Centro de Educação e Pesquisa. Seu objetivo é o de promover, apoiar e conduzir ações de educação e pesquisa nessas áreas-chave de atuação do Grupo MAIS.

As diretrizes de sua implantação consideram a necessidade de parcerias para responder aos desafios da produção, difusão e popularização do conhecimento, considerando que a receptividade das informações e as formas de apropriação desse conhecimento pelos diversos segmentos da população são processos mediados cultural e socialmente. Daí a importância das atividades artísticas e culturais na lógica de sua atuação.

Sensibilizado e estimulado pelos princípios da garantia e preservação da dignidade humana na construção de uma sociedade mais justa e igualitária, este Centro pretende transformar-se em mais um campus avançado para atividades de extensão, de atualização e formação profissionais, tornando-se referência pela versatilidade e engajamento de suas temáticas na área da saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[i] MARCHAND, Pierre. A música dos instrumentos - das flautas de osso da pré-história às guitarras elétricas. São Paulo: Melhoramentos, 1994.

[ii] ARRUDA, José Jobson de Andrade. História Moderna e Contemporânea. 5ed. São Paulo, Ática, 1976.

[iii] JANSON, H. W. Iniciação à História da Arte. São Paulo: Martins Fontes, 2009

[iv] CEVASCO, M. E. Dez lições sobre estudos culturais. 2ª edição. São Paulo: Boitempo, 2008

[v] BENJAMIN, Walter. A obra de arte na era de sua reprodutibilidade técnica. In Obras escolhidas, volume 01, 1993, p.174.

[vi] SILVA, Maria Júlia Paes e LEAO, Eliseth Ribeiro. Sobre o Cuidar Ampliado. In LEÃO, E.R.(org.) Cuidar de pessoas e música: uma visão multiprofissional, São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora 2009, p.18.

21

SESSÃO AVERROES: A ARTE DO CINEMA COMO RECURSO DE ENSINO E DE REFLEXÃO

Branca Maria Braga

INTRODUÇÃO

Nesse artigo, apresentamos as atividades da Sessão Averroes de Cinema e Reflexão promovidas pelo Hospital Premier, OBORÉ e Cinemateca Brasileira e sua proposta é a de refletir sobre o cinema enquanto recurso de ensino e reflexão.

As projeções mensais seguidas de mesas de reflexão tiveram início em novembro de 2008, nas salas Petrobrás e BNDES da Cinemateca, com o intuito de difundir, trocar e ampliar conhecimentos sobre temas ligados à vida e sua terminalidade, envelhecimento e cuidados paliativos. O objetivo foi o de sensibilizar a sociedade em geral, sobretudo os profissionais da saúde, para a importância do comportamento solidário e dos cuidados adequados prestados não só a pacientes em terminalidade, mas também a seus familiares, acompanhantes e cuidadores.

A iniciativa de tornar permanente as sessões de cinema seguidas de mesa de reflexão com convidados das diversas áreas do conhecimento foi da própria Cinemateca Brasileira, quando acolheu em suas instalações o “1º Ciclo de Cinema e Reflexão Aprender a Viver, Aprender a Morrer”, promovido pelo Hospital Premier, em setembro 2008. Com este gesto, a diretoria da instituição reconheceu a importância de aliar arte e saúde no imaginário da sociedade para possibilitar uma interpretação mais humana da finitude da vida, nos seus mais variados contextos. Vale destacar que, ao longo de quase quatro anos de projeto, os registros de frequência da Cinemateca já contabilizaram a participação de mais de três mil pessoas oriundas de 160 diferentes instituições. As sessões sempre estão lotadas, o que muito estimula e desafia a equipe coordenadora do projeto a zelar pela qualidade das obras projetadas e dos convidados para as mesas de reflexão.

Cumprir destacar que a Sessão Averroes de Cinema e Reflexão conta com uma equipe curadora e apoiadores fixos como Escola de Medicina de Itajubá, Academia Nacional de Cuidados Paliativos e Instituto Paliar, além de apoio institucional firmado a cada tema ou sessão, como é o caso, por exemplo, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI) da Unifesp, Fundacentro, Instituto de Cultura Árabe, Secretaria Municipal da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde e Escola de Comunicações e Artes da USP.

A Cinemateca Brasileira nos parece a anfitriã perfeita de um projeto como este, que se propõe a cuidar da vida respeitando não apenas o aspecto biológico mas biográfico do ser humano: sua área técnica e de restauro igualmente dedica-se a cuidar de filmes em situação de risco através da recuperação de seu conteúdo e de sua mídia para fins de preservação da obra, de sua história e de seu significado no acervo do conhecimento humano.

Recorrendo aos registros históricos publicados em seu site oficial (www.cinemateca.gov.br), encontramos que a Cinemateca surgiu a partir da criação do Clube de Cinema de São Paulo, em 1940. Seus fundadores eram jovens estudantes do curso de Filosofia da USP, dentre eles Paulo Emilio Salles Gomes, Decio de Almeida Prado e Antonio Candido de Mello e Souza. Fechado pelo Estado Novo e após várias tentativas de organização de cineclubes, ressurgiu em 1946 o então segundo Clube de Cinema de São Paulo. Em 1984, a Cinemateca foi incorporada ao governo federal como um órgão do então Ministério de Educação e Cultura (MEC), hoje Ministério da Cultura (MinC), e está vinculada à Secretaria do Audiovisual. Em 1992, passou a ocupar o espaço do antigo Matadouro Municipal, cedido pela Prefeitura da cidade, cujo conjunto de prédios, depois de restaurado, foi tombado pelo Condephaat (Conselho de Defesa do Patrimônio Histórico, Artístico, Arqueológico e Turístico do Estado de São Paulo) devido ao seu reconhecido valor histórico e arquitetônico.

Atualmente, a Cinemateca Brasileira possui um dos maiores acervos da América Latina. São cerca de 200 mil rolos de filmes, que correspondem a 30 mil títulos entre longas e curtas classificados como obras de ficção, documentários, cinejornais, filmes publicitários e registros familiares, nacionais e estrangeiros, todos produzidos desde 1895, além do acervo da extinta TV Tupi – a primeira emissora de televisão brasileira. Suas instalações também comportam uma biblioteca de material audiovisual para difundir, arquivar, restaurar e conservar filmes. O público pode assistir a filmes durante seus eventos e festivais, realizar pesquisas profissionais e escolares, frequentar cursos e fazer consultas ao laboratório fotográfico e em arquivos especiais.

OBJETIVOS

Este artigo pretende discutir a arte do cinema como recurso auxiliar de ensino e de reflexão. Particularmente, destina-se a identificar a influência da Sessão Averroes no tipo de compreensão referida pelo público em geral sobre os temas do envelhecimento e da terminalidade. Para tanto, serão analisadas opiniões de frequentadores recolhidas ao final de algumas sessões a fim de verificar se o modelo cinema e mesa de reflexão é realmente eficiente para a abordagem de tais assuntos, considerando a diversidade e variedade do público ao qual se destina tal atividade.

METODOLOGIA

Para analisar se as sessões têm realmente promovido algum tipo de mudança na compreensão dos frequentadores sobre os temas do envelhecimento e da finitude, aplicamos uma pesquisa de caráter exploratório, em forma de questionário com perguntas abertas e fechadas, junto ao público das sessões promovidas entre os meses de fevereiro e abril de 2012. As perguntas referiam-se a frequência, periodicidade, motivo das participações e percepções acerca dos temas tratados. Do total de 328 participantes das três sessões pesquisadas, 109 aceitaram responder ao questionário. É importante destacar que a devolução da folha de pesquisa foi voluntária e sem necessidade de identificação.

RESULTADOS

Considerando o total de 109 participantes que responderam ao questionário, passamos a analisar itens como frequência às sessões, motivação para participar e percepção acerca de alguma mudança no entendimento ou compreensão dos temas envelhecimento e terminalidade.

Frequência – o dado importante deste item é que frequência demonstra interesse nos temas. Da tabela consolidada abaixo, destacamos que 70% do público pesquisado já participou de mais de duas sessões e 40% contabilizou mais de cinco sessões frequentadas.

Tabela 1 – Frequência

Sessões frequentadas	Questionários	Percentual
1	33	30%
2 a 5	31	28%
5 a 10	15	14%
Assiduamente	29	27%
Total	109	100%

Motivação - avaliamos dos participantes o que mais motiva a sua frequência às sessões. Foram considerados apenas os questionários que indicavam mais de duas participações (98). Observa-se que 92% deles foram motivados pelo fato de poderem assistir o filme e participar das reflexões.

Tabela 2 - Motivação

Motivação	Questionários	Percentual
Assistir filmes	9	8%
Assistir filmes e participar das mesas de reflexão	89	92%
Total	98	100%

Percepção - dos 76 frequentadores presentes a mais de uma sessão, vinte deles não percebeu nenhuma alteração de comportamento ou mudança no seu entendimento dos temas. Entretanto, 74% dos questionários relatam perceber alguma alteração, seja em relação ao seu entendimento e conhecimento sobre os temas desenvolvidos ou ao seu comportamento cotidiano frente a pessoas em situação similar. Desses registramos 42 comentários abertos referindo-se ao tipo de mudança percebida e/ou compreensões acrescidas às suas vidas cotidianas.

Tabela 3 – Percepção de mudanças

Mudança	Questionário	Porcentagem
Não percebeu	20	26%
Percebeu	56	74%
Total	76	100%

DISCUSSÃO

Analisando os dados da pesquisa, identificamos que todos os comentários sobre as sessões foram positivos com relação à mudança de comportamento, notadamente a partir de duas posições: (1) pessoas que passaram a pensar na sua própria velhice e (2) outras que mudaram o comportamento cotidiano com seus semelhantes.

As pessoas que passaram a pensar sobre o seu próprio envelhecimento afirmaram que agora entendem melhor as peculiaridades dessa fase e se colocam no lugar de quem já chegou à terceira idade, com dificuldades decorrentes do envelhecimento - seja ela motora ou cognitiva.

O outro grupo de entrevistados relatou que passou a dar atenção especial ao lidar com idosos, seja um parente ou alguém que esteja sob seus cuidados profissionais. Este grupo, em particular, afirmou que agora passou a entender que a população idosa precisa de mais tempo e ajuda para efetuar algumas atividades, mesmo que simples e corriqueiras. Algumas frases destacadas dos questionários nos exemplificam esses casos.

“As sessões fazem pensar mais na questão do envelhecimento e também em ações para o envelhecimento ativo e saudável”

“Hoje não enxergo mais a morte como um tabu. Compreendi que ela é um processo natural e que pode ser encarada de uma forma diferente, com muito amor e apoio daquelas pessoas que são importantes na sua vida. Como médico, as sessões me ajudaram muito na relação com meus pacientes”.

“Atento-me mais a detalhes da vida e tento valorizá-los. Como médica, creio que as sessões enriqueceram imensamente minhas relações com os meus pacientes. Aprendi e continuo aprendendo a escutar o outro e respeitá-lo como um indiví-

duo. Sinto-me uma pessoa melhor e quebrei algumas resistências em relação ao tabu morte – dos outros e da minha própria vida.

“As sessões sempre nos levam a refletir sobre diversas situações da vida. Coloco-me na situação dos personagens e sinto muito mais a realidade do idoso”.

“Trabalho com a população idosa e antes de participar das Sessões Averroes, trabalhava de forma mais pontual: saúde, assistência e esporte. Hoje trabalhamos com várias preocupações no envelhecimento. Num envelhecimento com saúde e qualidade de vida. A Sessão Averroes tem ajudado muito”.

“A cada sessão aprendo um pouco mais a compreender aspectos do envelhecimento relacionados à minha atividade profissional e a mim mesmo enquanto indivíduo que dia após dia envelhece”.

Foi importante notar nesta pequena pesquisa que as pessoas precisam de tempo para conversar sobre o assunto e assimilar informações – tanto que só os participantes que frequentaram mais de uma sessão foram capazes de responder se houve ou não alguma mudança de percepção em relação aos temas desenvolvidos.

Vimos também, a partir de algumas respostas livres, que aos poucos é possível difundir e trocar informações e conhecimentos, e que o cinema de fato é um recurso muito poderoso que facilita a aprendizagem, a reflexão e com grande potencial transformador.

Destacamos, por fim, que desde sua estreia, em novembro de 2008, até o mês de junho de 2012, foram realizadas 30 sessões e exibidos mais de 30 títulos*, com média de público de 115 pessoas. Ao observar as atividades permanentes da Cinemateca, notamos que a Sessão Averroes é uma das que reúne o maior público por sessão. Outro dado interessante é que os relatórios institucionais produzidos semestralmente pelo serviço de Relações Públicas do Hospital Premier apontam que o público assíduo das sessões é ligado à área da saúde (60%) e, na sua grande maioria, mulheres. Quanto à frequência, percebemos uma rotatividade de público da ordem de 50%, ou seja, metade dos frequentadores são, digamos, cativos, e a outra metade se renova a cada sessão. Trata-se de um fenômeno curioso - e que nos é, até o momento, inexplicável - que nos interessa muito investigar através de futuras pesquisas baseadas em estudos de recepção.

Importante também registrar que o sucesso de quatro anos de Sessão Averroes inspirou o Hospital Premier a implantar internamente, em parceria com a associação de moradores, escolas e entidades locais, sessões de cinema quinzenais voltadas não apenas aos seus pacientes, familiares e cuidadores, mas aos moradores e frequentadores do bairro. Destacamos que o cinema foi a primeira atividade regular do projeto Bairro Amigo do Idoso, implantado recentemente na Vila Cordeiro (onde fica o Hospital), que busca melhorar a qualidade de vida e proporcionar redes de apoio a idosos.

CONCLUSÃO

Ao analisar o resultado geral de nossa pesquisa, chegamos à conclusão que a proposta da Sessão Averroes tem sentido educador e transformador e está atingindo o seu objetivo. As sessões estão, de fato, ajudando muita gente a conhecer as condições do envelhecimento e da terminalidade da vida. Trata-se de uma experiência concreta que, através da arte e da atividade reflexiva, possibilita tratar de tais assuntos de outras formas, outros meios e com uma visão mais humana da vida e da morte. Seja um profissional da saúde ou não, nos parece importante entender o envelhecimento - dos outros e de si próprio – como algo inexorável, mas não obrigatoriamente infeliz, doente e solitário.

REFERÊNCIAS

[http:// www.grupomaissaude.com.br](http://www.grupomaissaude.com.br)

<http://www.obore.com>

<http://www.cinematoteca.gov.br/>

Relatórios institucionais da Sessão Averroes produzidos no Premier Residence Hospital nos anos de 2009 a 2012. Organização de BRAGA, Branca Maria.

* Filmes exibidos na Sessão Averroes (lista parcial)

A Classe Operária Vai ao Paraíso, de Leon Hirszman (São Paulo, 1972).
 A Janela, de Carlos Sorin. (Argentina/Espanha, 2008).
 A Partida, de Yojiro Takita (Japão, 2009).
 A Vida, de Jum-Ki Kim (Coréia do Sul, 2003).
 Almoço em Agosto, de Gianni di Gregório. (Itália, 2008).
 As Invasões Bárbaras, de Denys Arcand (França, Canadá, 2003).
 Biutiful, de Alejandro González Iñárritu. (México, Espanha, 2010).
 Copacabana, de Carla Camurati. (Rio de Janeiro, 2001).
 Depois da Vida, de Hirokazu Kore-eda (Japão, 1998).
 Frida, de Julie Taymor (EUS/Canadá, 2002).
 Liberdade de Imprensa, de João Baptista de Andrade (São Paulo 1967).
 Longe Dela, de Sarah Polley (Canadá, 2006).
 Mamãe Faz 100 Anos, de Carlos Saura. (Espanha/França, 1979)
 Minha Vida Sem Mim, de Isabel Coixet (Espanha 2003)
 O Escafandro e a Borboleta, de Julian Schnabel (França/EUA, 2007).
 O fim da Vida (vol. 7 do documentário produzido pela BBC O Corpo Humano).
 O Jardineiro Fiel, de Fernando Meirelles (EUA, 2005).
 O Signo da Cidade, de Carlos Alberto Riccelli (Brasil, 2007).
 Pai e Filha, de Yasujiro Ozu. (Japão, 1949)
 Poesia, de Chang-dong Lee. (Coréia do Sul, 2010).
 Sicko - \$O\$ Saúde, de Michael Moore (EUA, 2008).
 Uma Lição de Vida, de Mike Nichols (Coréia do Sul, 2003).
 Vênus, de Roger Michell (Reino Unido 2006).
 Elsa & Fred - Um Amor de Paixão, de Marco Carnavale (Espanha/Argentina. 2005).
 Você não conhece o Jack, de Barry Levinson (EUA, 2010).

22

VILA CORDEIRO: A EXPERIÊNCIA DE UM BAIRRO AMIGO DA PESSOA IDOSA

Lavinia Clara Del Roio

O envelhecimento populacional representa a maior conquista da humanidade (OMS, 1982)

O envelhecimento populacional e a urbanização são as grandes tendências mundiais que moldam o século XXI. As cidades crescem e aumentam seus residentes com 60 anos ou mais. O mundo inteiro está envelhecendo rapidamente.

O número mundial de idosos dobrará até 2050 e os países em desenvolvimento envelhecem em uma velocidade muito maior que a dos países desenvolvidos. A França, por exemplo, viu sua população idosa aumentar de 7% para 14% do total em mais de 100 anos.

No Brasil, essa mesma variação demográfica acontecerá nas próximas duas décadas, isto é, até 2031, quando estimativas indicam que a população idosa excederá 30 milhões de pessoas, chegando a representar quase 13% da população total. Nos próximos quarenta anos, o número de idosos triplicará: de menos de 20 milhões em 2010 (o que significa que atualmente quase 10% da população brasileira é de pessoas da terceira idade) para aproximadamente 65 milhões em 2050.¹ Segundo o censo IBGE 2010, o município de São Paulo possui mais de um 1,3 milhões de idosos e o segmento de 80 anos e mais é o que registra o maior crescimento, ou seja, a população idosa também está envelhecendo. A cidade registrou, em 2000, um índice de envelhecimento de 37,50 (37,50 idosos para cada 100 crianças na faixa etária de 0 a 14 anos). Em 2010, o mesmo índice alcançou 57,25.² Mas, o que tem feito o país e o mundo crescerem em número de idosos?

A Organização das Nações Unidas (ONU) reconhece que o envelhecimento é o resultado do sucesso dos investimentos das políticas públicas na vida dos cidadãos. No Brasil, de 1960 a 2006, a esperança de vida ao nascer cresceu 32,4%. Isto quer dizer que, em 2006, a expectativa de vida era em média 72,3 anos, enquanto há somente 47 anos era de 54,6 anos em média. Segundo o IBGE8, fatores que contribuíram para esta mudança foram melhoria no acesso da população aos serviços de saúde, campanhas de vacinação, aumento da escolaridade, prevenção de doenças e avanços da medicina, além da ampliação do saneamento básico. Também deve-se levar em conta a diminuição da fecundidade, que faz

com que a população idosa tenha mais peso na pirâmide demográfica e faça com que ela passe a ter um formato de gota. Cabe destacar que, na cidade de São Paulo, a taxa de fecundidade caiu: em 1980 era de 3,2 filhos por mulher; em 2007, passou para 1,9.³

Por todas essas razões o envelhecimento humano deve ser considerado como um grande triunfo da humanidade e compreendido que, junto ao triunfo, o envelhecimento traz também desafios para as políticas públicas. Sendo o envelhecimento uma conquista, não podemos considerá-lo problema social e sim desafio social. Virá a ser um problema caso os países não estejam preparados para enfrentar a questão. A sociedade civil e o Estado precisam investir na oferta de políticas públicas eficientes e necessárias aos idosos brasileiros, especialmente aqueles que estão em situação de fragilidade e vulnerabilidade social. Todavia, não podemos esquecer que “as políticas públicas não nascem do Estado, mas no berço da sociedade civil que pressiona o Estado para ofertar políticas sociais que atendam suas necessidades.”⁴

Apesar do forte crescimento de idosos, pela primeira vez na história recente, o Brasil é uma nação cuja população é predominantemente adulta e em idade ativa. Isso quer dizer que por duas décadas o país terá as condições propícias para se desenvolver, já que está no auge da sua força produtiva. Esse fenômeno é chamado “bônus demográfico”. Assim, o país precisa aproveitar a oportunidade atual e preparar-se para as profundas mudanças que enfrentará nas próximas décadas, considerando que “as realidades políticas normalmente impõem um longo período de transição (...). Quanto mais se adia uma reforma, maior será a sua necessidade, e mais drástica ela terá que ser.”⁵

Em 2008, a OMS publicou o Guia Global Cidade Amiga do Idoso, lançando um convite às cidades para se mobilizarem e tornarem-se mais amigas do idoso a fim de “poderem usufruir o potencial que os idosos representam para a humanidade.”⁶ Segundo o documento, “uma cidade amiga do idoso estimula o envelhecimento ativo ao otimizar oportunidades para saúde, participação e segurança, para aumentar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem.” O material foi elaborado a partir de informações levantadas em grupos focais de idosos, cuidadores e prestadores de serviço em 33 cidades ao redor do mundo e categorizou oito aspectos da vida urbana considerados amigáveis aos idosos. São eles: (1) Espaços Abertos e Prédios, (2) Transporte, (3) Moradia, (4) Participação Social, (5) Respeito e Inclusão Social, (6) Participação Cívica e Emprego, (7) Comunicação e Informação e (8) Apoio Comunitário e Serviços de Saúde.

Vila Cordeiro: relato de uma experiência bem sucedida

Localizada na zona sul da capital de São Paulo, entre as avenidas Roberto Marinho, Santo Amaro, Morumbi e Chucri Zaidan, a Vila Cordeiro recentemente se mobilizou para se integrar às várias iniciativas organizadas na cidade de São Paulo – no escopo do projeto Cidade Amiga da Pessoa Idosa - e tornar-se também um bairro amigável aos idosos. A proposta do projeto municipal é atuar no

enfrentamento da problemática social que envolve o isolamento do idoso. Por meio de ações interdisciplinares na promoção da saúde, educação e inclusão social, espera-se que a sociedade se sensibilize e passe a compreender o idoso como um ser autônomo, participativo, ativo e com pertencimento social significativo.

A jornada rumo ao bairro amigo do idoso começa com uma importante parceria: a do Hospital Premier com o Vereador Gilberto Natalini e sua equipe. Em meados de 2011, o vereador disponibilizou verba para que a Vila Cordeiro ganhasse finalmente uma praça com direito a equipamentos de ginástica para terceira idade. A partir dessa oportunidade foi nascendo o projeto de um boulevard arborizado, desenhado pela arquiteta Rita Vaz: um espaço de relacionamento entre o hospital, o bairro, os paciente e os moradores. As obras da praça estão planejadas para o segundo semestre de 2012. Mas foi a partir desse projeto da praça que surgiu outra ideia, mais ambiciosa e abrangente: trabalhar com o bairro no sentido de se tornar um bairro amigável não só do idoso, mas de todas as idades e condições.

Com referência nas indicações contidas no “Guia da Cidade Amiga do Idoso” alguns bairros da cidade de São Paulo já tinham começado a se mobilizar. Em 29 de março de 2011, aconteceu o 1º Fórum Público do Bairro Amigo do Idoso da Vila Clementino, apresentando o objetivo geral do projeto, coordenado pela Dra. Tereza Rosa, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e financiado pela FAPESP. No dia 19 de abril 2011, a Subprefeitura da Moóca também anunciou a implantação do Projeto Bairro Amigo do Idoso, ação pioneira e única entre as subprefeituras de São Paulo.

É nesse momento histórico das políticas para o idoso que, por iniciativa do vereador Natalini e da Secretaria de Participação e Parceria, através da Coordenadoria do Idoso e do Grande Conselho Municipal do Idoso, foi realizado o I Congresso Municipal de Envelhecimento Ativo. Com o tema Cidade Amiga dos Idosos, o evento aconteceu no dia 1º de outubro de 2011 (Dia da Pessoa Idosa), na Câmara Municipal de São Paulo, e contou com a participação de gestores e estudiosos de renome na construção de uma política para os idosos nas várias esferas – local, regional, nacional e internacional.

A primeira etapa na implantação do projeto na Vila Cordeiro foi o levantamento dos equipamentos do bairro e o contato com seus moradores, com o intuito de dar impulso à construção da rede social do bairro. A associação dos moradores VivaCOR, a Pastoral da Saúde da Igreja do Sagrado Coração de Jesus, a UBS Meninópolis e a EMEF Dr. José Dias da Silveira tornaram-se, desde o princípio, parceiros imprescindíveis nessa caminhada. Além disso, a participação ao Conselho de Segurança do Brooklin possibilitou o primeiro contato direto com os órgãos públicos da Subprefeitura de Pinheiros, da CET e da Ilume, que culminou com a visita do Subprefeito e de sua equipe ao Hospital Premier em novembro de 2011.

Em setembro 2011, iniciaram-se as sessões quinzenais de cinema no Hospital, com participação, em média, de 15 pessoas por sessão. Em março de 2012, começaram os encontros bissemanais de Lian Gong, prática corporal chinesa que, sob comando de D. Marcelina - 82 anos e praticante há mais de 15 anos – reúne, em média, dez pessoas por sessão. No início de 2012, a comunidade foi convidada a participar das atividades da Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) de Santo Amaro, com foco em práticas de meditação. Meses depois, o bairro também passou a oferecer seus próprios encontros para meditação. Demos início a um ciclo de palestras para a comunidade, inaugurado com o tema “Atividade Física na Terceira Idade” e que teve como palestrante a Dra. Rita, moradora do bairro. Outros encontros focaram o cuidado odontológico, a nutrição e os benefícios da meditação no idoso. Hoje, o cadastro do bairro já contabiliza 63 pessoas que já passaram por algum tipo de atividade. O grupo assíduo é de 25 pessoas, grande maioria de mulheres na faixa dos 74 anos, refletindo a situação da feminização da velhice no Brasil e no mundo.

O objetivo desta primeira etapa do projeto foi encaminhar a construção da rede social do bairro, apoiando e ajudando o diálogo entre as entidades, além da constituição de um grupo engajado e motivado. Sua arquitetura baseia-se no conceito de grupo apresentado por Fatima Freire Dowbor⁷, onde o sucesso em formar um grupo bem articulado depende de todos possuírem um esquema referencial comum, “o conjunto de conhecimentos, de atitudes, que cada um de nós tem em sua mente e com o qual trabalha na relação com o mundo e consigo mesmo.”⁸ Isto é, cada integrante levou para o grupo seu esquema de referência, interagindo e se comunicando uns com os outros, elaborando juntos um esquema referencial comum.

O grupo operativo possui um esquema referencial comum moldável, no qual seus membros não agem de forma estereotipada. Eles assumem papéis de modo flexível que se redistribuem, adquirem características de liderança funcionais, ou seja, o líder ou os papéis mais adequados para cada situação surgem espontaneamente e de maneira fluida. A rotatividade de papéis, outro instrumento na formação do grupo, permite que o montante de ansiedade do grupo seja redistribuído e cada um se torne responsável por uma parte dela. Outra característica valorizada no processo de construção do grupo foi encontrar o seu “fio vermelho”, ou seja, a trajetória comum das diversas histórias de vida, com a atenção em manter o movimento pendular de ir e vir do individual para o coletivo, preservar a verticalidade do indivíduo sem perder a horizontalidade do grupo. Enfim, a tentativa é que juntos, o grupo e a equipe do hospital, possa criar rituais próprios para fortalecer o sentimento de pertencimento.

Oportuno aqui lembrar que a atriz italiana Anna Magnani, no set de filmagem, costumava dizer para seu maquiador: “non coprimi troppo le rughe, ci ho messo cinquant’anni per farmele venire!” (não me cubra demais as rugas, demorei 50 anos para consegui-las!). O inexorável passar do tempo leva a perdas funcionais, mas a vida tem um jeito irônico de nos dar enquanto nos tira. O idoso é uma pon-

te entre o passado e o presente por onde podem transitar informações e experiências que direcionem as gerações vindouras. Manter essa ponte viável depende de todos. A sociedade civil e o Estado precisam investir no segmento idoso e em políticas públicas, implantar serviços que realmente respondam às necessidades dessa população, reverter a situação de escassez de recursos coletivos e privados destinados à melhoria dos nossos idosos, abandonar estereótipos e preconceitos rumo a uma real consolidação das políticas sociais para o idoso. Mas isso não acontecerá sem pressão social e, principalmente, sem organização do segmento idoso na defesa de seus direitos. O processo de implantação do Bairro Amigo da Pessoa Idosa na Vila Cordeiro demonstra que a construção de uma sociedade mais justa e solidária depende da ação direta dos grupos envolvidos e comprometidos com o futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.<http://www.who.int/topics/ageing/en/>
- 2.<http://www.ibge.gov.br>
- 3.http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1043&
- 4.BERZINS, M V; BORGES M C, Políticas públicas para um país que envelhece, Martinari, 2012
- 5.Sumario Executivo do Relatório "Envelhecendo em um Brasil mais velho", Banco Mundial, 2011: <http://www.worldbank.org/>
- 6.<http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>
- 7.DOWBOR F F, Quem educa marca o corpo do outro, Cortez Editora, 2007
- 8.PICHON-RIVIÈRE E, Teoria do Vínculo, Martins Fonte, 1986



Gazebo/espço interno do Hospital Premier. Foto de Marcos Zaniboni/Oficina do Olhar.

SOBRE OS AUTORES

Adyr Akira Tsukamoto

Farmacêutico-Bioquímico, pós-graduando em Farmácia Clínica.
Contato: ad.akira@grupomaissaude.com.br

Andrea Francisco Brito

Fonoaudióloga com formação em Cuidados Paliativos Curso Pallium - outorgado pela Escola de Pós-Graduação da Universidad Del Salvador e Oxford Internacional Centre for Palliative Care. Gerente do Depto de Fonoaudiologia do Grupo MAIS e Fonoaudióloga Assistente do Depto de Fonoaudiologia do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo - Clínica Dr. Ivan Fairbanks Barbosa.
Contato: a.brito@grupomaissaude.com.br

Arielen Silva Mungo

Enfermeira Especialista em Promoção da Saúde; integra a equipe multiprofissional do Programa Monitoramento ProAtiva Saúde.
Contato: arielen@proativasaude.com.br

Branca Maria Braga

Relações Públicas na área da Comunicação do Grupo MAIS, com especialização (em curso) em Gestão Estratégica em Comunicação Organizacional e Relações Públicas na ECA/USP.
Contato: brancambraga@yahoo.com.br

Cristiane Hyppolito

Comunicóloga, especialista em Gestão da Comunicação pela ECA/USP, gestora de projetos do Saber MAIS - Centro de Educação e Pesquisa.
Contato: memoria.cris@gmail.com

Daniela Laskani

Formada em Psicologia pela Universidade Presbiteriana Mackenzie, com especialização em Psicologia Hospitalar pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Psicóloga no Hospital Premier.
Contato: daniela.laskani@yahoo.com.br

Dayane Maria da Silva

Enfermeira Especialista em Promoção da Saúde; integra a equipe multiprofissional do Programa Monitoramento ProAtiva Saúde.
Contato: dayane@proativasaude.com.br

Debora Nozzella

Especialista em Psicologia Hospitalar, psicóloga da equipe de atendimento domiciliar da São Paulo Internações Domiciliares - SPID. Integra a Equipe de Saúde Mental da ProAtiva Saúde.
Contato: debora.nozzella@uol.com.br

Deborah Keiko Shimabukuro

Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Santa Marcelina, enfermeira visitadora pela São Paulo Internações Domiciliares – SPID/Grupo MAIS.
Contato: plantao@spinternacoes.com.br

Eduardo Felipe de Souza Pinheiro

Graduando em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e ex integrante do Serviço de Odontologia do Grupo MAIS.
Contato: eduardoo.felipe@hotmail.com

Edvaldo Souza dos Santos

Fisioterapeuta com formação em cuidados paliativos pelo Instituto Paliar/Hospital Premier. Fisioterapeuta do Hospital Premier e São Paulo Internações Domiciliares – SPID/Grupo MAIS.
Contato: edisosa@gmail.com

Fabiana Sousa Petito

Psicóloga graduada pela FMU com especialização em Psicologia Clínica pelo Hospital do Servidor Público e em Psicopatologia e Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Supervisora técnica da equipe de Psicologia do Hospital Premier. Integra a Equipe de Saúde Mental da ProAtiva Saúde.
Contato: fabiana_petito@yahoo.com.br

Giuliana Salatino

Nutricionista especialista em Nutrição Clínica.
Contato: giuliana.nutri@gmail.com

Gleice Maria Maciel Caputo

Graduada em Turismo com ênfase em Hotelaria pela Unaerp / Campus Guarujá e pós-graduada em Gestão da Hospitalidade em Serviços de Saúde pelo Centro Universitário Senac – Unidade Francisco Matarazzo (SP).
Contato: gleicesalman@hotmail.com

Henrique Afonseca Parsons

Médico clínico e sanitarista, mestre em Ciências (Medicina Paliativa - Caquexia) pela Graduate School of Biomedical Sciences da Universidade do Texas (Houston, EUA) e coordenador do Saber MAIS - Centro de Educação e Pesquisa.
Contato: h.parsons@grupomaissaude.com.br

Jacqueline de Oliveira Araújo

Enfermeira, integra a equipe multiprofissional do Programa Monitoramento ProAtiva Saúde.
Contato: jacque.2008@hotmail.com

Joice Gomes

Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade Bandeirantes de São Paulo. Ex integrante do Serviço de Odontologia do Grupo MAIS.
Contato: joycesgomes@gmail.com

Lais Folha Peccia

Nutricionista. Integrante da equipe multiprofissional de Monitoramento de Saúde e Medicina preventiva da ProAtiva Saúde.
Contato: laila_folha@hotmail.com

Lavinia Clara Del Roio

Fisioterapeuta pela Università degli Studi di Milano, com especialização (em curso) em Fisioterapia em Pneumologia pela Unifesp. Coordenadora do projeto Vila Cordeiro Bairro Amigo do Idoso.
Contato: l.delroio@premierhospital.com.br

Maria Lucidalva da Silva

Bacharel em Fisioterapia, pós graduada em Físio Cardio Respiratória pela UGF e com perfeioamento em Clínica Fisioterapia Respiratória pela Santa Casa de São Paulo. Fisioterapeuta do Hospital Premier.
Contato: marialucidalva@yahoo.com.br

Mariane Pereira

Auxiliar administrativo graduada em Enfermagem; integra a equipe multiprofissional do Programa Monitoramento ProAtiva Saúde.
Contato: mari.ppg@ig.com.br

Marilia Bense Othero

Membro do Conselho Executivo do Grupo MAIS. Coordenadora da Equipe de Saúde Mental do Grupo MAIS. Integra a Equipe Multiprofissional do Programa Monitoramento ProAtiva Saúde.
Contato: m.othero@grupomaissaude.com.br

Monira Samaan Kallás

Especialista e Mestre em Odontologia Social pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Cirurgiã-dentista do Serviço de Odontologia do Grupo MAIS.
Contato: monirask@gmail.com

Patrícia Cerqueira

Graduanda de Enfermagem na Uninove. Auxiliar de Enfermagem de Gestão de Materiais e Tráfego da São Paulo Internações Domiciliares – SPID/Grupo MAIS.
Contato: gestao.materiais@spinternacoes.com.br

Paula Adriana Nobile

Terapeuta Ocupacional graduada pelo Centro Universitário São Camilo. Especialista em Saúde Pública com ênfase em PSF pelo Centro Universitário São Camilo. Terapeuta Ocupacional referência da ProAtiva Saúde.
Contato: paula.adri@uol.com.br

Rosane Lima dos Santos Kümpel

Fisioterapeuta e Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Fisioterapeuta do Hospital Premier, ProAtiva Saúde e São Paulo Internações Domiciliares – SPID/Grupo MAIS.
Contato: rolimabr@hotmail.com

Suellen Meireles Damasco

Nutricionista visitadora da São Paulo Internações Domiciliares – SPID/Grupo MAIS.
Contato: nutricao@spinternacoes.com.br

Tatiana dos Santos Arini

Terapeuta ocupacional especializada em Gerontologia pelo HIAE. Terapeuta ocupacional do Hospital Premier e Supervisora Clínica de Terapia Ocupacional do GMDC. Membro do Comitê de Terapia Ocupacional da ABRALE.
Contato: to_tatiarini@yahoo.com.br

Vanilda Martins Costa

Bacharel em Enfermagem. Enfermeira da São Paulo Internações Domiciliares – SPID/Grupo MAIS.
Contato: prorrogacao@spinternacoes.com.br

Viviane Cristina Rozelli

Bacharel em Enfermagem com Pós-Graduação em Docência para Ensino Superior pela Uninove. Gerente de Enfermagem da São Paulo Internações Domiciliares – SPID/Grupo MAIS.
Contato: v.rozelli@spinternacoes.com.br

Willian Silveira Silva

Bacharel em Enfermagem pela Faculdade de Tecnologia e Ciências e pós-graduado em Saúde Pública pela Pós Grad Pós-graduação. Supervisor do Depto de Medicina Preventiva da ProAtiva Saúde.
Contato: w.silva@proativasaude.com.br

AGRADECIMENTOS

A exemplo do ano passado, esta publicação foi novamente precedida do curso Introdução à Escrita Científica. De cunho educativo não-formal e fruto da demanda de parte dos funcionários do Grupo MAIS, a atividade foi promovida pelo Saber MAIS – Centro de Educação e Pesquisa, com realização conjunta da OBORÉ e do Departamento de Jornalismo e Editoração (CJE) da Escola de Comunicações e Artes da USP.

O curso foi oferecido gratuitamente aos interessados em desenvolver suas capacidades de escrita a partir de uma revisão dos princípios metodológicos que envolvem a elaboração de artigos escritos, técnicos ou científicos. Realizado em oito encontros quinzenais entre os meses de março e junho de 2012, a atividade reuniu 25 participantes e totalizou 48 horas de atividades presenciais, de leitura e de práticas de produção de texto. O resultado pode ser observado – e comprovado - nas páginas desta edição.

Neste percurso, tivemos a honra – e também a alegria – de receber no auditório Freitas Nobre da ECA/USP e no auditório do Hospital Premier um seleto grupo de professores, pesquisadores e profissionais ligados aos campos da saúde e da comunicação. De forma generosa e compartilhadora, cada convidado abordou temas não só de caráter técnico mas também humanista, que muito contribuíram para a reflexão de cada um dos presentes acerca de suas práticas cotidianas. E, evidentemente, de como transpor para o papel alguns momentos de uma experiência vivida no dia a dia de suas profissões.

É pela oportunidade da rica convivência e da saudável troca de conhecimentos que registramos, aqui, o nosso mais profundo agradecimento ao grupo de professores colaboradores do curso. São eles: Ausonia Favorido Donato, pedagoga, sanitarista e pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; Aureliano Biancarelli, jornalista e escritor; David Braga Jr, médico e administrador público, diretor médico da Associação Classes Laboriosas e membro do conselho gestor do Grupo MAIS; Henrique Afonseca Parsons, sanitarista e paliativista, diretor do Saber MAIS – Centro de Educação e Pesquisa; José Coelho Sobrinho, jornalista, professor e pesquisador, chefe do Departamento de Jornalismo da ECA/USP; José de Paula Ramos Jr, doutor em Literatura Brasileira, professor e pesquisador do Curso de Editoração da ECA/USP; Manuel Carlos Chaparro, professor livre docente da ECA/USP, jornalista, pesquisador e ex presidente da INTERCOM - Sociedade

Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, e Marina Ruiz de Matos, cientista social, epidemiologista, docente do Departamento de Medicina Preventiva da Unifesp e pesquisadora científica da Superintendência de Controle de Endemias da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



Aula de Encerramento do Curso "Introdução à Escrita Científica" realizado no Auditório Freitas Nobre do Departamento de Jornalismo e Editoração da Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo (CJE – ECA/USP). Foto: Luana Copini (18 de maio de 2012).

grupo **MAIS**

Modelo de Atenção Integral à Saúde

Interligando seus principais serviços, o **Grupo MAIS** está um passo à frente no que diz respeito à Gestão da Saúde. Com uma proposta de atendimento longitudinal, racionalização e otimização de recursos, prontuário eletrônico unificado e uma gama de produtos (monitoramento, home care, ambulatório e retaguarda hospitalar) o usuário pode ser atendido por nossas soluções em diversos momentos: da prevenção à fase final de sua vida. O maior beneficiado com este modelo é o paciente que, por meio do prontuário eletrônico unificado e do seguimento contínuo, terá à sua disposição uma equipe de saúde que conhece realmente a sua história clínica. Certamente, isso possibilitará ao usuário o tratamento mais adequado à sua necessidade. Para os gestores dos planos de saúde é uma grande ferramenta de gerenciamento de custos pois centraliza inúmeras estratégias de gestão em uma única plataforma com diversos produtos: gestão de crônicos, home care, ambulatório, hospital, entre outros. Além de controlar seus custos, garante a qualidade dos serviços oferecidos ao usuário final.

Conheça mais o **MAIS**
www.grupomaissaude.com.br



O **Premier Hospital** investe em pessoas e por isso é referência no exercício da medicina do cuidar. Após tratamentos intensivos e estabilização do quadro geral do paciente, o mais importante é investir na qualidade de vida e conforto, tanto do paciente quanto de seus familiares. Focando no cuidado aos portadores de doenças crônicas, o Premier conta com uma estrutura organizacional que permite a aproximação entre a equipe, seus pacientes e familiares, propondo um diferencial ao tratamento.



A **São Paulo Internações Domiciliares** é uma empresa que atua no segmento de assistência domiciliar, sendo que seu principal objetivo é garantir ao paciente assistido em seu lar níveis de qualidade e segurança compatíveis aos oferecidos no ambiente hospitalar. Por meio desse serviço, o paciente é atendido em sua residência por uma equipe composta por diversos profissionais, de forma segura, individualizada, próximo da família e das pessoas que ama e com um risco de infecção reduzido se comparado à internação hospitalar.



A **ProAtiva** constitui-se numa equipe com foco na promoção e na prevenção de agravos à saúde. Neste sentido, utiliza-se de amplo instrumental para as intervenções, que vão desde palestras de sensibilização e esclarecimento ao monitoramento de condições crônicas. Dentre suas atividades, destaca-se a preocupação no estabelecimento de uma cultura de proteção à saúde nos ambientes corporativos, oferecendo soluções e produtos adequados a cada realidade e respeitando a estrutura epidemiológica de cada população de colaboradores.



O **Saber MAIS** promove, apoia e conduz ações de educação e pesquisa na área do envelhecimento humano e dos Cuidados Paliativos. Dentre suas principais atividades estão: *Sessão Averroes de Cinema e Reflexão* (mensal); *Ciclos de Cinema e Reflexão Aprender a Viver, Aprender a Morrer* (anual); *Prêmio Averroes - Pioneiro e Compartilhador* (anual); *Prata da Casa - Escritas do cotidiano de uma equipe que cuida* (anual); *Curso de Músicos Atuantes em Hospitais e Instituições de Idosos*; *Ciclo Idosos do Brasil - Estado da Arte e Desafios*.



Fachada do Hospital Premier/Outonode 2011. Foto de Marcos Zaniboni/Oficina do Olhar.