

PRATA DA CASA 3

escritas do cotidiano
de uma equipe que cuida

**São Paulo Interações Domiciliares
Grupo MAIS**

PRATA DA CASA 3

escritas do cotidiano de uma equipe que cuida

**1ª edição
São Paulo
OBORÉ
2010**

2010. OBORÉ Projetos Especiais em Comunicações e Artes Ltda.

Coordenação editorial

Sergio Gomes

Ana Luisa Zaniboni Gomes

Supervisão

Márcio Sampaio Mendes

Organização

David Braga Junior

Produção

Márcio Sampaio Mendes e Viviane Cristina Rozelli

Edição

Ana Luisa Zaniboni Gomes

Capa, diagramação, artefinal e produção gráfica

Guto Veloso

Tiragem desta edição: 1.000 exemplares

São Paulo, setembro de 2010

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

Prata da casa, 3 : escritas do cotidiano de uma
equipe que cuida / São Paulo Internações
Domiciliares Grupo MAIS . -- 1. ed. -- São Paulo :
Oboré, 2010.

Vários autores.
Bibliografia
ISBN 978-85-61497-07-1

1. Cuidados de enfermagem a domicílio
2. Enfermagem geriátrica 3. Gerontologia 4. Idosos -
Cuidados domiciliares I. São Paulo Internações
Domiciliares Grupo MAIS.

10-09733

CDD-610.7365
NLM-WY 152

Índices para catálogo sistemático:

1. Atendimento domiciliar : Enfermagem
geriátrica : Ciências médicas 610.7365

Quem sou eu? Às vezes, me comparo com as cobras, não por venenoso, mas porque eu e elas mudamos de pele de vez em quando. Usei muitas peles nessa minha vida.

Darcy Ribeiro

ÍNDICE

PARTE 1 - ARTIGOS TÉCNICOS & CIENTÍFICOS

- 13 ARTIGO 1 - O ENIGMA DA MORTE**
KLEBER LINCOLN GOMES
- 16 ARTIGO 2 - HOSPITAL PREMIER, UMA EXPERIÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS**
DALVA YUKIE MATSUMOTO
- 23 ARTIGO 3 - PREMIER ATENDE: O NOVO ELO NO MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE**
RICARDO TAVARES DE CARVALHO
- 27 ARTIGO 4 - MAPEAMENTO DOS CENTROS DE CUSTOS COMO ESTRATÉGIA PARA TOMADA DE DECISÃO E PLANEJAMENTO**
MARCIO SAMPAIO MENDES
- 37 ARTIGO 5 - O SCORE DO NEAD COMO FERRAMENTA DE REDUÇÃO DE CUSTOS PARA AS OPERADORAS DE SAÚDE**
VIVIANE CRISTINA ROZELLI
- 42 ARTIGO 6 - MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE COMO REDUTOR DE CUSTOS PARA A OPERADORA DE SAÚDE E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO**
VANESSA MARIA RAMOS FISCHER
- 46 ARTIGO 7 - TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA DOR EM PACIENTES COM CUIDADOS PALIATIVOS**
DANIELA SCAVONE DE SOUZA
- 53 ARTIGO 8 - RISCOS DE QUEDA NO AMBIENTE DOMÉSTICO: A SEGURANÇA DO IDOSO SOB O OLHAR DO TERAPEUTA OCUPACIONAL**
CAROLINA OLIVEIRA TIEPPO E VANIUSA SILVA ABADE
- 57 ARTIGO 9 - CUIDADOS DOMICILIARES: INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL JUNTO A UM ADULTO COM SEQUELA DE AVE**
VANIUSA SILVA ABADE
- 62 ARTIGO 10 - A CONTRIBUIÇÃO DA PSICOLOGIA EM UM PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR : UM ESTUDO DE CASO**
DÉBORA CRISTINA ROMUALDO NOZZELLA
- 68 ARTIGO 11 - DEPRESSÃO NO ENVELHECIMENTO: ESPECIFICIDADES EM SUA ETIOLOGIA E SINTOMATOLOGIA**
GLORIA TEIXEIRA NICOLSI
- 72 ARTIGO 12 - ATENDIMENTO DOMICILIAR : UM ENFOQUE PSICOLÓGICO DA PRÁTICA DA TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL**
LETÍCIA FERREIRA DA MOTTA

- 78 ARTIGO 13 - UTILIZAÇÃO DO COMPUTADOR COMO INSTRUMENTO DE INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL**
CAROLINA OLIVEIRA TIEPPO
- 82 ARTIGO 14 - PROBLEMAS ORAIS EM PACIENTES SOB CUIDADOS PALIATIVOS: QUAIS SÃO E COMO TRATÁ-LOS?**
MONIRA SAMAAAN KALLÁS, VICTOR ROGÉRIO E JOYCE SOARES GOMES
- 87 ARTIGO 15 - A IMPORTÂNCIA DA CAPACITAÇÃO EM ODONTOLOGIA PARA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM HOSPITAL DE CUIDADOS PALIATIVOS**
VICTOR ROGÉRIO, MONIRA SAMAAAN KALLÁS E JOYCE SOARES GOMES
- 94 ARTIGO 16 - ASSOCIAÇÃO ENTRE PNEUMONIA POR BRONCOASPIRAÇÃO E CUIDADOS DE SAÚDE BUCAL**
JOYCE SOARES GOMES, MONIRA SAMAAAN KALLÁS E VICTOR ROGÉRIO
- 97 ARTIGO 17 - ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS**
ANDREA FRANCISCO BRITO
- 100 ARTIGO 18 - INFORMATIZAÇÃO DO SETOR DE FISIOTERAPIA NA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES**
FLÁVIA DA TRINDADE E MARCELO URSINI DE CARVALHO
- 104 ARTIGO 19 - HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DE HOME CARE**
PATRÍCIA FERRAZ DA ROSA
- 108 ARTIGO 20 - ÚLCERA POR PRESSÃO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E PREVENÇÃO NO SERVIÇO DOMICILIAR**
VANILDA MARTINS COSTA
- 112 ARTIGO 21 - CAPTAÇÃO DE CLIENTES PARA HOME CARE: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**
VANILDA MARTINS COSTA
- 116 ARTIGO 22 - ACOMPANHANDO O ATENDIMENTO DOMICILIAR DO INÍCIO AO FIM**
DEBORAH KEIKO
- 119 ARTIGO 23 - AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**
SARAH LORETTA
- 124 ARTIGO 24 - IMPACTO DA OTIMIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DOMICILIAR NO BRASIL**
VANDA OLIVEIRA SANTOS CONSTANTINO E SARAH LORETTA
- 127 ARTIGO 25 - TRABALHO EM EQUIPE: FORMAÇÃO, COMPLEXIDADE E CONSTITUIÇÃO DO COMUM**
VALDIR PIEROTE SILVA

PARTE 2 - RELATOS, CONTOS, CRÔNICAS & POESIA

- 131 1 PARTIR**
ANDREA FRANCISCO BRITO
- 132 2 TRÊS MULHERES BONDOSAS**
DALVA YUKIE MATSUMOTO
- 135 3 AO SOM DE AVE MARIA**
VIVIANE CRISTINA ROZELLI
- 139 4 O VERDADEIRO TESOURO**
EVERLY ROSARIA DE SOUZA
- 141 5 UM CONTO DE NATAL**
GUILHERME KRÄHENBÜHL
- 145 6 APRENDIZADO E RESPEITO**
PATRÍCIA ALVES CERQUEIRA
- 147 7 UM DIA DE UMA VIDA INTEIRA**
ALESSANDRA SANTOS SILVA
- 149 8 PRECISA-SE DE ENFERMEIROS LOUCOS**
MARCIO SAMPAIO MENDES
- 151 9 CUIDAR É APRENDER**
PATRÍCIA FERNANDES DOS SANTOS
- 153 10 O OUTRO DOM**
DANIEL RICARDO SANTANA MALTEMPI
- 154 11 DESPERTAR PARA O CUIDAR**
DENNYS CLEBER PARMACENE
- 155 12 UMA CLIENTE MUITO ESPECIAL**
EDIMILSON ALTIVO SILVA
- 156 13 SUCESSO OU FRACASSO**
MARCELA DE SOUZA GONÇALVES
- 157 14 MENSAGEM**
SIMONE FELIX GRAVE

APRESENTAÇÃO

Pelo terceiro ano consecutivo, a *Prata da Casa* vem tecendo muitos fios para também falar da trama da vida que aproxima gente que cuida, gente que é cuidada e gente que trabalha intensamente para que toda essa lógica de cuidados faça sentido na vida real.

É por isso que, com muita satisfação e orgulho, apresento esta que é a nossa mais recente produção editorial. A *Prata da Casa 3* reúne 39 textos de profissionais ligados direta ou indiretamente às empresas do Grupo MAIS – Modelo de Atenção Integral à Saúde. São 25 artigos técnicos e científicos e 14 peças de auto-expressão materializadas em relatos, contos, crônicas e poesia.

Essa foi a forma que encontramos de ampliar o leque de autores dispostos a conceber, produzir e socializar suas experiências de trabalho cotidiano no campo da saúde. Especialmente nas áreas do atendimento domiciliar e dos cuidados paliativos, modalidades que acolhem, cuidam, tratam de pessoas em situações de sofrimento, acometidas por doenças terminais, em condições de dependência total ou parcial de cuidados.

Vale lembrar que, na definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), os cuidados paliativos consistem na assistência ativa e integral a pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo. Seu principal objetivo é a garantia da melhor qualidade de vida tanto para o paciente como para seus familiares. O termo, derivado da palavra latina *pallium*, designa o manto usado por antigos peregrinos para sua proteção quando das viagens aos santuários.

Não é à toa que, na leitura de cada um dos textos, sejam de caráter objetivo ou subjetivo, cada linha toca, emociona, faz pensar. Penso que isso se dá por serem palavras regadas com a seiva da solidariedade e da compaixão, pois conseguem produzir e traduzir um sentimento universal de humanidade onde todos se reconhecem. Penso também que isso pode se dar quando a gente se coloca na pele do outro e, dessa forma, tenta enfrentar, num gesto solidário, as surpresas e os desafios que a vida apresenta.

Seja por quais motivos forem, o fato é que nada de humano pode ser estranho aos homens. Sendo assim, uma pequena mas profunda frase de Cicely Saunders pode tão bem resumir o conceito e a lógica por onde transitamos e atuamos. Eles estão inscritos em cada linha, em cada texto, em cada página desta nossa *Prata da Casa 3*: “O sofrimento só é intolerável quando ninguém cuida”.

Que esta revista venha a estimular mais pessoas que cuidam a escrever sobre suas experiências cotidianas.

Boa leitura a todos!

Samir Salman
Diretor Superintendente do Grupo MAIS

PARTE 1

Artigos Técnicos & Científicos

ARTIGO 1

O ENIGMA DA MORTE**KLEBER LINCOLN GOMES**

MÉDICO PSIQUIATRA E PSICOTERAPEUTA FORMADO PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS (UFMG). PROFESSOR TITULAR DE PSIQUIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ (MG). MEMBRO DA CURADORIA DA SESSÃO AVERROES.
klingo.08@uol.com.br

Independente das crenças, dos desejos e das fantasias de cada um, a morte sempre foi e continua sendo misteriosa para todos. E, em consequência desse mistério que a envolve, juntamente com as outras perdas que ela representa, vem a dificuldade em lidar com a sua existência, principalmente quando ela se aproxima, seja em qualquer fase da vida, seja qual for o motivo. A presença dela é temida quando o risco é da própria pessoa ou de um ente próximo e querido.

Uma psiquiatra americana, Elisabeth Kübler-Ross, ao longo de vários anos ouvindo seus pacientes terminais, detectou e descreveu cinco fases que as pessoas atravessam quando na iminência da morte. O conhecimento dessas fases pode nos ajudar na compreensão do que vivemos nesse momento e de como torná-lo menos doloroso e mais digno. Ao mesmo tempo, essa compreensão serve para ajudarmos aqueles que nos são próximos e caros e que estão passando por esse inevitável fenômeno.

É importante salientar que essas fases ocorrem também relacionadas com situações de perdas em geral, sem relação com a morte em si (mortes parciais), que vivemos com muita frequência. A perda da visão, a possibilidade de amputação de um membro, o afastamento geográfico de um filho, a notícia que os pais recebem de que seu filho é homossexual ou de que está envolvido seriamente com drogas, ou que a filha adolescente está grávida e tantas outras situações. Tudo isso gera uma intensa angústia e então ocorrem as fases relacionadas por Kübler-Ross, que sucintamente passo a descrever.

A primeira fase é a **NEGAÇÃO**. A pessoa se recusa a acreditar na perda que teve ou que está para ocorrer, nega a existência da doença. Esse mecanismo acontece sempre que ouvimos uma notícia ruim. Geralmente é passageira, mas pode atravessar todo o processo do adoecer. Nessa fase, a dor fica escondida, a pessoa até mesmo brinca ou ri do que lhe foi dito. Procura outros profissionais para reforçar sua negação como, por exemplo, outro médico para desmentir o diagnóstico anterior. Não quer checar o veredicto, mas sim negar o diagnóstico. Na negação, não há a consciência do que está ocorrendo, há uma aceitação apenas parcial e velada. Essa fase pode atrasar uma possível atuação contra o mal.

Na fase seguinte, a da **RAIVA**, a pessoa começa a brigar com a verdade, toma consciência de que o fato existe e reage através de sentimentos raivosos. Xinga a todos, aos responsáveis pelo diagnóstico ou pelas notícias, esbraveja,

chora (de raiva), blasfema contra Deus e contra tudo, questiona seus princípios, suas crenças e sua fé. Acredita que o mundo todo está contra ele, de forma ingrata e injusta. Logo ele que sempre foi uma pessoa correta e boa para todos.

A seguir, esgotados os fluidos ácidos da raiva, inicia-se a fase da NEGOCIAÇÃO, também chamada de barganha, porque envolve uma proposta de troca. Aqui o indivíduo tenta negociar, geralmente com Deus, na tentativa de escapar daquela situação ou adiá-la o mais que puder. Faz propostas de mudança de vida, de deixar de fazer certas coisas que julga condenáveis ou faz promessas (por exemplo, parar de fumar ou assumir projetos de caridade). Pede uma nova chance. Nessa fase, a pessoa tem um maior entendimento do processo de vida e de suas consequências, sente dor e angústia e pode, realmente, promover uma mudança positiva. E pode caminhar para a próxima fase, a da DEPRESSÃO.

A fase da DEPRESSÃO se instala quando não é mais possível esconder a perda iminente. É silenciosa, benéfica e necessária para a preparação do porvir. É um estágio superior, em que a dor é suportada com dignidade e maturidade. Nem todos alcançam essa fase ou a vivem com sobriedade. Para tanto, é preciso superar angústias, incertezas e medos, alcançando um estado de confiança e paz. E há aqui a presença de uma força invisível, uma aura, que muitos familiares percebem e descrevem. A depressão, assim vivida, abre as portas da percepção, possibilitando a entrada na última fase: a da ACEITAÇÃO.

A ACEITAÇÃO é o momento do encontro consigo mesmo e com a verdade. É quando o interesse se volta para os arranjos internos e externos, de uma forma mais clara e consciente, tanto em relação à doença quanto aos outros interesses. Agora não há mais sofrimento nem dor, mas uma sensação de paz e conforto. É como se a pessoa finalmente descobrisse o sentido da vida, a importância de uma visão mais ampla do estar no mundo, do significado do amor e da solidariedade. As pessoas que chegam a essa fase tornam-se os confortadores da família e dos que os cercam, e não o contrário. E podem ajudar aos outros no sentido de obter esse crescimento, esse amadurecimento. Essa atitude atinge, por exemplo, muitos profissionais da saúde ao longo de sua vida, quando, nesse momento, aprendem sobre a necessidade do cuidar e do confortar, com seus pacientes e com os familiares destes. É preciso salientar que as pessoas podem chegar a essa fase de iluminação sem estar em um estado terminal. Esse estágio pode ser buscado o tempo todo, diante da vivência e reflexão das questões do dia-a-dia.

As cinco fases podem aparecer em todas as pessoas em maior ou menor intensidade, em sequência ou misturadas, de acordo com a situação vivida e a maturidade de cada um. Duram tempos variados, também de acordo com as circunstâncias. Pode haver a fixação em uma delas e não ocorrer a evolução para a próxima. Uma pode começar e depois voltar à anterior. Em condições normais, todas elas ocorrem e são percebidas por quem as vive ou pelos que estão à sua volta.

O que importa, afinal, já que as perdas são inevitáveis, é que elas sejam vividas com dignidade e paz e que nos auxiliem a cumprir melhor o papel que nos é destinado nessa maravilha de fenômeno que é a vida, independente do tempo que ela dure. Aliás, em certo sentido, a vida é eterna, quando é escrita com letra legível. O que fazemos em vida nos perpetua para a eternidade.

É importante que não se confunda aceitação com entrega passiva e que, em todos esses estágios, seja mantida a esperança, porque ela mantém o sentido da luta e não permite que os cuidados sejam abandonados. A esperança, ao contrário da negação, funciona como um bálsamo para o sofrimento e um caminho sereno para a aceitação. E, ao final, despido da couraça do Ego, surge a possibilidade de se entender e aprender o verdadeiro significado da palavra AMOR.

Referências

1 - Kübler-Ross, Elisabeth. *Sobre a Morte e o Morrer*. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

2 - Filme *All that Jazz - O show deve continuar*. Dirigido por Bob Fosse (EUA, 1979, 123'). Gênero musical. Com Roy Scheider, Jessica Lange, Ann Reinking e Deborah Geffner.

ARTIGO 2

HOSPITAL PREMIER, UMA EXPERIÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

DALVA YUKIE MATSUMOTO

MÉDICA ONCOLOGISTA. DIRETORA CLÍNICA DO HOSPITAL PREMIER. COORDENADORA DA SEÇÃO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA E DA HOSPEDARIA DE CUIDADOS PALIATIVOS DO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SÃO PAULO. DIRETORA DO INSTITUTO PALIAR. DIRETORA DA ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP - 2009/2010).
dalvayukie@uol.com.br

Introdução

Segundo definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), revista em 2002, Cuidado Paliativo é “uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.” A OMS também estabelece princípios que sugerem afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural, procedimentos que não acelerem nem adiem a morte, oferecer sistemas de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível e a família a enfrentar a doença e o luto. Tudo isso através de uma abordagem multiprofissional tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença.⁵

Em contraponto, segundo Mount, “é de fundamental importância reconhecer o desalinhamento existente entre as necessidades relacionadas à terminalidade da vida e os quatro objetivos do hospital geral: a investigação, o diagnóstico, a cura e o prolongamento da vida.”¹

Temos assistido nas últimas décadas ao envelhecimento progressivo da população assim como ao aumento da prevalência do câncer e de outras doenças crônicas.⁶ Cada vez mais encontramos nos serviços de saúde pacientes idosos com doenças crônicas progressivas e com muitas necessidades que reconhecidamente não estamos preparados para atender. Buscar uma alternativa digna e resolutiva tem sido a preocupação que fez com que nós, do grupo MAIS (Modelo de Atenção Integral à Saúde), nos uníssemos nesta jornada.

Apresentação

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 integrado para o paciente assistido no domicílio. Em 2006, com a proposta de organizar um serviço voltado ao paciente crônico com muitas necessidades, foi dado o ponto de partida para o grande desafio de transformar um hospital que nasceu como “amparador” ou “de retaguarda” em uma unidade hospitalar especializada em cuidados paliativos, um

“*hospice*”. Este modelo, segundo Maciel,³ “trata-se de uma unidade de saúde de média complexidade apta a dar respostas rápidas às necessidades mais complexas dos doentes. Diferencia-se do hospital geral pelo espaço destinado a atividades de convivência, inclusive para familiares, flexibilidade e atuação contínua de equipes multiprofissionais, além de programação distinta e de caráter holístico.”² Daquela época até hoje o hospital cresceu e vem se consolidando como modelo de assistência ao paciente crônico, sob a filosofia dos cuidados paliativos.

Hoje, o Hospital Premier conta com 60 leitos distribuídos em três andares, a maioria em apartamentos individuais, incluindo sete leitos em unidade semi intensiva. O projeto arquitetônico privilegia a utilização de luz natural com paredes com cores claras, agradáveis e relaxantes, além de piso especial, colorido e funcional. Cada apartamento é equipado de forma que o paciente tenha todo o suporte necessário para seu tratamento e conforto, sendo previsto espaço para acompanhante.

O trabalho é desenvolvido por equipe multiprofissional, voltada para o atendimento integral, cuidando do paciente e seus familiares em todas suas dimensões: física, psíquica, espiritual, social. A equipe é formada por 25 médicos atuando como diaristas ou plantonistas oferecendo assistência contínua nas 24 horas, todos com formação e experiência clínica, muitos geriatras e alguns com formação e treinamento em cuidados paliativos.

Compõem esta equipe fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogas, odontólogos, fonoaudióloga, nutricionista, farmacêuticos e assistente social.

Os pacientes atendidos são, na sua maioria, idosos, portadores de síndromes demenciais, sequelados neurológicos ou com doença crônica progressiva com múltiplas co-morbidades e complicações frequentes inerentes à doença de base. Estes pacientes são provenientes de internações prolongadas ou múltiplas em hospital geral.

Planejamento

Com a finalidade de conhecer melhor nossos pacientes, identificar as principais síndromes e propor um modelo de manejo, em 2007 foram realizadas reuniões com a equipe, lideradas pela Dra Maria Goretti Sales Maciel, à época diretora clínica. Participaram destas reuniões Débora Genezini, psicóloga; Marília Bense Othero, terapeuta ocupacional; Maria Madalena Araujo, assistente social; Claudia De Vivo, enfermeira, e Dalva Y. Matsumoto, coordenadora técnica. Realizamos o levantamento de todos os pacientes internados entre 2006/2007 que foram classificados em três diferentes grupos. Propusemos atividades hierarquizadas para cada grupo distintamente.⁴

Perfil 1 – pacientes portadores de doença subaguda

Neste grupo estão incluídos os pacientes que sofreram injúria neurológica (AVE, hipóxia, trauma) ocorrida há menos de dois anos ou qualquer outro paciente em fase de convalescência (pós traumatismo, cirurgias, infecções, internações prolongadas). Este paciente tem potencial para recuperação das funções perdidas ou adaptações às limitações persistentes.

Perfil 2 – pacientes portadores de doença crônica

Pertencem a este grupo os pacientes com doença crônica estável e limitante ou idosos frágeis com múltiplas co-morbidades. Incluímos neste grupo os pacientes com doenças psiquiátricas.

Perfil 3 – pacientes portadores de doença em progressão

O doente deste grupo está sujeito a sucessivas crises de necessidades, requerendo maior vigilância e necessitando de intervenções precisas para o controle da crise ou palição dos sintomas. Constam deste grupo os pacientes com doença oncológica progressiva, doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC avançada, doença renal crônica sem indicação de transplante, insuficiência cardíaca congestiva - ICC avançada ou qualquer outro doente crônico instável.

Proposta de Manejo

Todos os pacientes são avaliados por toda equipe nos primeiros sete dias da internação, para sua classificação em um dos três grupos e para a proposta de manejo. As reavaliações deverão ser frequentes com discussão entre os componentes da equipe multiprofissional para redirecionamento para um grupo diverso, se for o caso.

Perfil 1- paciente subagudo

Este paciente deve ter boa *performance* e bom prognóstico de recuperação. Toda a programação deve ser voltada para sua reabilitação, detecção precoce de complicações ou sua prevenção, com previsão de alta hospitalar em curto espaço de tempo.

Médico: faz a avaliação inicial, prescrição diária, exame clínico e toma as principais decisões terapêuticas com foco na recuperação do paciente.

Enfermagem: oferece atenção especial com estímulo positivo à mobilização e recuperação. Atenção na identificação dos sintomas, em especial a dor, para o controle adequado. Observa as demais necessidades de cuidados e prevenção/tratamento de feridas.

Psicóloga: toma especial atenção aos fatores emocionais que podem interferir no processo de recuperação, sua identificação e abordagem. Esta profissional tem fundamental importância na formação de vínculo e seu fortalecimento entre a equipe, o paciente e a família.

Núcleo de reabilitação (médico fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional): todos os esforços devem ser direcionados na recuperação da funcionalidade e independência do paciente.

Fonoaudióloga: faz a avaliação/recuperação da capacidade de deglutição,

prevenção de broncoaspiração, procedimentos de decanulação nos pacientes traqueostomizados e fonoterapia.

Assistente Social: faz a identificação das dificuldades pessoais/familiares/sociais que possam prejudicar o processo de recuperação. Facilita e promove a resolução destes problemas, questões de direitos, etc. Identifica/avalia/contata rede familiar/social de apoio, recursos da comunidade, com visão na reinclusão do paciente na sociedade.

Espaço físico: deve permitir o acesso aos equipamentos coletivos (jardins, sala de convivência e atividades). Estes pacientes serão preferencialmente instalados no 3º andar.

Perfil 2 - paciente crônico

O paciente crônico com muitas necessidades e altamente dependente apresenta frequentemente um alto índice de abandono ou possui um cuidador inadequado. Os familiares tendem a ser muito questionadores com relação à equipe, porém pouco presentes com relação ao paciente. Estes doentes com internações mais longas, sem perspectiva de alta hospitalar, tornam-se pouco estimulantes para a equipe, sendo um grande desafio na tarefa de cuidar.

Médico: faz a avaliação inicial, prescrição diária, exame clínico e toma as principais decisões terapêuticas. Mantém a atenção nos detalhes e na prevenção de agravos e muita atenção ao risco de polifarmácia e interações medicamentosas.

Enfermagem: mantém atenção especial na prevenção de agravos que levariam a maior incapacidade. Deve manter a mobilização, prevenção de feridas e de broncoaspiração. A atenção da equipe de enfermagem ganha uma maior dimensão neste tipo de paciente.

Psicóloga: sua atenção deve ser voltada principalmente à família, pela tendência ao abandono ou solicitação intensiva e desproporcional à equipe.

Doenças prolongadas levam ao desgaste emocional do familiar ou cuidador, sendo importante fator de adoecimento destes indivíduos. É muito importante estarmos atentos para a detecção dos sinais de estresse para um encaminhamento adequado.

Núcleo de reabilitação (médica fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional): mantém o foco na prevenção de agravos, no risco respiratório e adaptações (órteses) para preservar/melhorar a funcionalidade.

Fonoaudióloga: atuação de cunho educativo junto aos cuidadores/familiares. Monitorização e acompanhamento na administração de dieta com objetivo de dar prazer aos pacientes com disfunção deglutatória, mesmo na presença de sondas. Assistente Social: atenção especial na prevenção do abandono. Identifica/informa

responsabilidades familiares e direitos do paciente (legislação) assim como rede familiar ou social de apoio.

Espaço físico: deve proporcionar o acesso facilitado às áreas de convivência comuns (jardins, sala de convivência e de atividades) com ênfase nas atividades com finalidade distrativa e de socialização. Estes pacientes serão instalados preferencialmente no 1º andar.

Perfil 3 - paciente com doença progressiva

Estes pacientes podem vir dos grupos anteriormente descritos ou serem internados já na fase de progressão da doença ou na terminalidade de vida. Apresentam mudanças rápidas de quadro clínico e grandes necessidades de cuidados. Frequentemente encontramos a família em grande sofrimento psíquico e espiritual, tal como o paciente e muitas vezes com dificuldade para entender ou aceitar o prognóstico. Este paciente também é um grande desafio para a equipe, principalmente se ficou internado por longo período e permaneceu muito tempo relativamente estável, pois vínculos afetivos certamente existirão.

Médico: faz a avaliação inicial, prescrição diária, exame clínico e toma as principais decisões terapêuticas. Necessita manter vigilância constante e controle impecável dos sintomas, atenção às decisões (mudança ou suspensão de medicação e procedimentos desnecessários) com registro cuidadoso no prontuário.

Enfermagem: mantém a atenção nos sintomas que causam sofrimento. Faz a mobilização, promove a prevenção de feridas e a broncoaspiração com medidas proporcionais à finalidade (promoção do conforto). Mantém vigilância redobrada e atenção aos detalhes, evitando procedimentos desnecessários que causam sofrimento (p.ex., dosagem de glicemia por dígito punção), adequando a frequência de checagem de sinais vitais.

Psicóloga: atenção às crises de necessidades, claudicação familiar, prevenção do luto antecipatório ou complicado, auxiliando na construção de recursos de enfrentamento. Deve promover assistência ao luto, realizando contato precoce com os familiares após a morte (dentro da primeira semana, preferencialmente).

Núcleo de reabilitação (médica fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional): deve manter o foco na prevenção de agravos e no conforto, prestando atenção para evitar procedimentos que causem mais sofrimento do que benefício.

Fonoaudióloga: papel educativo, principalmente na terminalidade, quando o paciente recusa a dieta ou quando alimentado com sonda, definir o momento de suspender a dieta (reforçando a conduta médica).

Assistente Social: deve identificar necessidades, facilitar pendências (seguros, tutelas, direitos), orientar quanto aos trâmites burocráticos que envolvem a morte (declaração/atestado de óbito, velório, sepultamento) e estar atenta aos ritos de

cada cultura.

Espaço físico: este paciente, na sua maioria, tem pouca mobilidade. Manter o ambiente claro e arejado, controlar a temperatura de forma que esteja sempre agradável. É importante que o ambiente seja calmo e que as pessoas ajam com serenidade. Este paciente deverá ser instalado no 2º andar quando ainda com quadro clínico instável passível de intervenções, pela proximidade com a unidade semi-intensiva que fica neste andar, ou preferencialmente no 3º andar quando em fase mais avançada da doença, na terminalidade da vida.

Outros profissionais⁷

Serviço de Nutrição e Dietética: fornece alimentação, aporte calórico, avalia necessidades energéticas sob a coordenação de nutricionista clínica. Está preparado e sensível para atender às necessidades de experiências prazerosas e comemoração de eventos e datas especiais.

Odontologia: os odontólogos e técnica de higiene bucal promovem os cuidados com a boca com ações preventivas, eliminação de focos de infecção e procedimentos específicos. O objetivo principal além da prevenção de agravos é a promoção da funcionalidade e independência do paciente.

Farmácia hospitalar: promove o controle e dispensação de medicamentos. A farmacêutica clínica auxilia na adequação e implementação da terapêutica medicamentosa e avaliação de respostas, na prevenção de reações adversas e interações medicamentosas. Auxilia ainda a equipe médica a elaborar um rol de produtos que atenda de forma coerente e abrangente as necessidades dos doentes.

CCIH: uma equipe distinta garante os processos de controle, treinamento, vigilância e procedimentos adequados de toda e equipe técnica e de apoio na prevenção de infecção hospitalar. Estabelece junto com a equipe médica protocolos de tratamento das infecções mais frequentes.

Conclusão

A divisão dos pacientes em grupos específicos e sua distribuição nos diversos andares facilita o manejo por parte da equipe, que deve manter um trabalho cooperativo e um discurso unânime. Todos os profissionais devem estar preparados para oferecer apoio, escuta e orientação ao paciente e seus familiares, numa atuação transdisciplinar, procurando dar respostas às necessidades de cada um de forma individualizada, respeitando suas características pessoais e história de vida.

Atualmente, o Hospital Premier passa por uma reestruturação dos seus espaços de convivência, ampliação de áreas de serviços e dos jardins, com adaptações que atendam aos nossos clientes, sempre com o foco na humanização e na qualidade.

Aliando técnica e arte, procuramos oferecer um cuidado abrangente e resolutivo, com otimização dos recursos, respeitando e estimulando a autonomia dos nossos pacientes. E lembrando sempre que, em qualquer fase da vida, é fundamental mantermos a dignidade humana.

Referências

- 1- BUTLER,C. The Hospital Palliative Care Team Management of Advanced Disease, 2004;530.
- 2- DOYLE,D. Getting Started: guidelines and suggestions for those starting a hospice/palliative care services,2.ed.Houston:IAHPC Press, 2009.
- 3- MACIEL,M.G.S.Organização de Serviços de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos. ANCP, 2009; 77-78.
- 4- MACIEL,M.G.S. Hospital Premier - planejamento estratégico 2007.
- 5- MATSUMOTO,D.Y. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. Manual de Cuidados Paliativos. ANCP, 2009;14-18.
- 6- MONTEIRO,M.G.F. Transição demográfica e seus efeitos na saúde da população. In: BARATA,R.B. et AL. Equidade e Saúde: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro:FIOCRUZ/ABRASCO,1997
- 7-OTHERO,M.B.O papel da equipe interdisciplinar. Oficina de Cuidados Paliativos.Fac.Med.Itajubá,2008.

ARTIGO 3

PREMIER ATENDE: O NOVO ELO NO MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – MAIS

RICARDO TAVARES DE CARVALHO

MÉDICO CARDIOLOGISTA ESPECIALISTA EM BIOÉTICA E DOUTOR EM MEDICINA PELA USP. PRESIDENTE DA COMISSÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS DO HC/FMUSP. DIRETOR DA ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). DIRETOR TÉCNICO DO HOSPITAL PREMIER.
ricardotavaresfw@uol.com.br

Introdução

O Modelo de Atenção Integral à Saúde - MAIS consiste de um conjunto de ações integradas, focado principalmente na população geriátrica, de forma a prestar assistência completa e continuada congregando atitudes pautadas numa filosofia de atenção multiprofissional que contemple a unidade paciente/família nas suas mais diversas necessidades.

Atualmente, o Grupo MAIS conta com alguns elos fundamentais: a SP Internações Domiciliares (Home Care), a ProAtiva (Monitoramento em empresas), o Hospital Premier (internações clínicas) e o PremiOdonto (Atendimento Odontológico). O Premier Atende, um serviço de Pronto Atendimento com características específicas, consiste no mais novo elo dessa cadeia de atenção à Saúde.

Com o desenvolvimento técnico e científico assistimos a um crescimento progressivo da população idosa (> 60 anos) bem como do número de afecções crônicas às quais essa população está sujeita, muitas vezes de forma cumulativa. Estima-se que em 2030, 171 milhões de americanos serão portadores de alguma doença crônica, 25% deles com duas a cinco condições conjuntas. Isto representará um gasto per capita da ordem de US\$ 5000,00 a US\$ 15000,00 na dependência do número de doenças crônicas (1). Estabelecer, nesse contexto, a adequada assistência a essa população representa desafio para o qual o sistema de saúde atual não está adequadamente preparado.

Um dos pontos em destaque nessa nova realidade diz respeito ao crescente número de idosos que necessitam de atendimento para intercorrências agudas e que acabam por procurar, cada vez mais, serviços de emergência.

Nesse contexto, frequentemente apresentam situações clínicas complexas que desafiam a experiência dos profissionais, inclusive no sentido de proporcionar-lhes um atendimento que una eficiência e custo-efetividade num ambiente que possa ser ao mesmo tempo técnico e acolhedor, que permita a presença e a circulação facilitada de acompanhantes, cuidadores e familiares.

Nos Estados Unidos, em 2002, aproximadamente 58% dos indivíduos com mais de 75 anos de idade tiveram pelo menos uma visita à Unidade de Emergência, comparado com 39% dos indivíduos de outras faixas etárias. Além disso, nota-se que o uso desse tipo de unidade de atendimento aumenta com a idade (2,3).

Nesse sentido, buscando ampliar seu espectro de atendimento à população portadora de doenças avançadas, progressivas e ameaçadoras de vida, na filosofia de Cuidados Paliativos, o grupo MAIS está prestes a inaugurar, nas dependências do Hospital Premier, uma Unidade de Pronto Atendimento: o Premier Atende.

A partir de agora, os pacientes assistidos pelo Grupo terão a possibilidade de ter suas demandas clínicas agudas ou emergenciais atendidas dentro do próprio sistema, mantendo a dinâmica e características do trabalho já prestado com acesso facilitado e rápido às informações clínicas desses pacientes, de forma completa e contemplando o plano de cuidados já traçado para cada um deles.

O Premier Atende

Localizado no piso térreo do Hospital Premier, em uma área totalmente revitalizada - incluindo recepção própria e estacionamento - , o Premier Atende tem como objetivo prestar assistência às necessidades da clientela do Home Care (São Paulo Internações Domiciliares), serviço de monitoramento gerenciado pela ProAtiva, além das carteiras de empresas de saúde parceiras gerenciadas pelo Grupo MAIS. Dessa forma, caracteriza-se um modelo de “porta fechada” e que agrega qualidade de assistência e continuidade do cuidado mesmo na vigência de ocorrências clínicas que poderiam fazer com que o cliente lançasse mão de recursos externos a essa Unidade de Cuidados Integrados, perdendo a continuidade do plano de cuidados já traçado.

O Premier Atende foi concebido de forma a procurar contemplar necessidades da população geriátrica em especial. Os ambientes são amplos, permitem a fácil circulação de macas e cadeiras de rodas, são bastante claros e iluminados e facilitam a entrada de luz natural. Para a equipe, isso representa um ambiente mais salubre de trabalho. Para os clientes, permite a manutenção da noção de temporalidade, respeitando seu ciclo circadiano e minimizando, entre outros problemas, o risco de delirium, afecção clínica que confere além de piora do estado geral, prognóstico menos favorável em se tratando de população geriátrica.

O projeto operacional desta nova unidade prevê, de acordo com a demanda e as necessidades experimentadas pelo Grupo, oferecer condição também para atendimento ambulatorial da população alvo, principalmente quando se identificar, através de indicadores específicos no segmento extra-hospitalar, risco aumentado de internação ou descompensação do estado clínico que possa exigir algum tipo de intervenção.

A ideia é se antever aos problemas de forma a conduzir sua resolução de forma mais rápida e efetiva, evitando hospitalizações, via de regra prolongadas e sujeitas a intercorrências e mudança na rotina desta população. Serão estabelecidos critérios para identificação dessas situações e planejamento da forma melhor para operacionalização da assistência. Além disso, o espaço físico contará com sala para pequenos procedimentos e espaço amplo para observação clínica, seja em poltronas como em leitos, sempre próximos da equipe de enfermagem para permitir observação direta e prontidão no atendimento de necessidades.

Para situações de maior complexidade clínica e gravidade, onde a ação

rápida e integrada se faz necessária, o Premier Atende dispõe de ampla sala para atendimento de emergência equipada de forma a permitir a abordagem e condução técnica apropriada de intercorrências clínicas emergenciais.

De acordo com um fluxo pré-determinado para perfis específicos de situações e pacientes, uma vez feito o atendimento inicial o paciente será mantido em observação clínica aguardando conduta final de liberação para residência ou internação. Esta ocorrerá no próprio Hospital Premier, a depender da disponibilidade de leitos. Nos casos mais instáveis, o paciente será transferido inicialmente para a Unidade de Cuidados Semi Intensivos do Hospital até a estabilização que permita sua remoção para um quarto, quando as condições permitirem adequada segurança e tranquilidade para o cuidado pela equipe de enfermagem e multiprofissional. Nesse momento, espera-se já iniciar, quando possível e pertinente, a primeira fase do processo de reabilitação das diversas funcionalidades ora comprometidas pelo processo agudo de doença.

Impacto da atividade

Completando mais um elo na cadeia de atenção integral à saúde, espera-se contribuir de forma efetiva para um maior controle e vigilância de uma população frágil e vulnerável a uma grande gama de adversidades clínicas cujo gerenciamento adequado é fator imprescindível para o sucesso da assistência clínica prestada. Busca-se, com isso, limitar ou tentar modificar algumas estatísticas que mostram que mais de 25% dos pacientes que visitam unidades de emergência retornam ou então falecem meses após a alta hospitalar (4). Acreditamos e dispomo-nos ao desafio de construir uma experiência nova, criando nossas próprias estatísticas, uma nova forma de compreender este processo e de se relacionar com essa população, alvo de assistência.

Apesar de haver prontidão para o atendimento, idealmente o objetivo é diminuir a necessidade de visitas à Unidade de Emergência fazendo o atendimento em domicílio ou em nível ambulatorial de forma planejada e antevendo os riscos potenciais. Julgamos ser esta a estratégia mais efetiva de manter a expectativa e a qualidade de vida dessa população.

Comentários finais

A introdução de uma unidade de pronto atendimento em um hospital com as características do Premier é um desafio. Prestar assistência de qualidade e a baixo custo a uma população geriátrica que apresenta múltiplas demandas, dificuldades e expectativas, configura-se em mais uma fronteira ser desbravada.

A concretização desses objetivos chega a ser, de certa forma, discutida e avaliada criticamente na literatura médica com o argumento de que hospitais com estrutura tecnológica menos complexa não teriam eficiência comparável a hospitais de maior porte, para tal missão.

Alguns estudos, em geral no modelo de saúde britânico, procuram comparar os resultados nessa população atendida em hospitais mais gerais e com número menor de recursos especializados (“community hospitals”, uma estrutura similar ao Hospital Premier, salvo particularidades que fazem do nosso sistema de saúde diferente do modelo inglês) aos chamados “district general hospitals”,

com maior estrutura física e maior complexidade de arsenal, principalmente diagnóstico/terapêutico. Em estudo envolvendo cerca de 250 pacientes, mostrou-se não haver diferença nos resultados comparativos, dentro dos parâmetros estudados (5).

Estes dados acenam para o fato de que estamos no caminho certo. O empenho no trabalho de qualidade e a organização assistencial vão ser os responsáveis pela concretização dos objetivos

Considera-se, assim, que este novo serviço venha agregar maior agilidade e facilidade no manuseio da população específica sob a tutela do Grupo MAIS em suas diversas frentes. Com essa nova realidade, espera-se melhorar a qualidade do atendimento pela presença da continuidade da informação, permitindo abordagens mais racionais, tecnicamente mais precisas e, consequentemente, mais efetivas, sem que isso se reflita em aumento nos custos ou em ônus de qualquer natureza para esses pacientes, essas famílias e a equipe de saúde.

Que venham novos desafios!

Referências Bibliográficas

- 1 - Robert Wood Johnson Foundation – Chronic Care: making the case to ongoing care, 2010 disponível em: <http://www.rwjf.org/pr/product.jsp?id=50968>
- 2 – Older Americans Health Factsheet. National Center for Health Statistics 2005. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/data/factsheets/olderadulthlth.pdf>.
- 3 – Hwang U, Morrison R.S.. The Geriatric Emergency Department. J Am Geriatr Soc 55:1873-76, 2007.
- 4 – Friedman PD, Jin L, Karrison TG et al. Early revisit, hospitalization, or death among older persons discharged from the ED. Am J Emerg Med 2001;19:129-129.
- 5 – Round A, Crabb T, Buckingham K et al. Six month outcomes after emergency admission of elderly patients to a community or a district general hospital. Family Practice ;21:173-79, 2004.

ARTIGO 4

MAPEAMENTO DOS CENTROS DE CUSTOS COMO ESTRATÉGIA PARA TOMADA DE DECISÃO E PLANEJAMENTO

MARCIO SAMPAIO MENDES

BACHAREL EM ENFERMAGEM PELA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP. ESPECIALISTA EM GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM PELA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM (SOBRAGEN). COORDENADOR GERAL DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES.
marcio@spinternacoes.com.br

Introdução

Com o processo de abertura da economia e dos mercados, cresce, de forma contínua no meio empresarial, a preocupação de prover as empresas com sistemas de informações eficazes, que permitam aos gestores obterem melhor controle dos processos operacionais e maior eficiência e eficácia na tomada de decisões. Consequentemente, as instituições de cuidados de saúde têm sido compelidas a se organizarem como empresa desenvolvendo visão de negócio para sobreviverem a estas mudanças no mercado. Esta tendência, impulsionada pela crescente elevação dos custos na saúde, trouxe aos profissionais que militam nessa área a necessidade de aquisição de conhecimentos sobre custos e, consequentemente, a sua aplicação na realização de estudos onde se busca a racionalização no processo de alocação de recursos, o equilíbrio entre custos e recursos financeiros e a otimização de resultados.

A preocupação com a redução dos custos em saúde foi um dos grandes fatores que impulsionaram o crescimento do Home Health Care em nosso país e no mundo. Segundo as próprias fontes pagadoras, a redução de custos proporcionada pela assistência domiciliar é da ordem de 52% quando comparado ao tratamento hospitalar. A redução de custos alia-se à ausência de taxas, à possibilidade de usar o *Home Care* como ferramenta de *marketing*, à otimização do uso dos recursos, à satisfação dos clientes, além de afastar os gastos provenientes das infecções hospitalares, entre outros. Os hospitais também podem beneficiar-se da assistência domiciliar, pois aumentam a rotatividade de seus leitos, disponibilizando-os para doentes agudos, cirúrgicos e graves, que são os que proporcionam maior lucratividade.

Daqui a 20 anos, a típica empresa de grande porte, em comparação com as de hoje, terá menos da metade dos níveis gerenciais e não mais do que um terço dos gerentes. Quanto à estrutura e aos problemas e preocupações gerenciais, a nova empresa apresentará poucas semelhanças com a empresa industrial típica, nos moldes da década de 1950, que os compêndios ainda consideram o padrão.

No passado, quando a complexidade dos processos e a variedade de produtos eram restritas, talvez um único método de custeio fosse suficiente para suprir os gestores de informações relativas a custo dos produtos e processos.

Os principais fatores de produção, os custos dos materiais e mão-de-obra, que representavam parcela considerável na composição dos custos, podiam ser facilmente identificados com cada produto. A pouca representatividade dos custos indiretos fazia com que as possíveis distorções provocadas pela sua apropriação por critérios de proporcionalidade a volumes de produção ou à mão-de-obra direta se tornassem irrelevantes.

Diante de uma nova realidade, com demandas diversificadas e uma acirrada competição globalizada, as organizações se viram obrigadas a investir em novas tecnologias, com o objetivo de aperfeiçoar seus processos e flexibilizar seus produtos. Esse avanço tecnológico, com elevado grau de automação, fez com que novos elementos fossem incorporados aos custos, aumentando consideravelmente a participação dos custos indiretos na composição do custo dos produtos. Como consequência, trouxe uma grande insegurança quanto à validade dos métodos tradicionais de apuração dos custos, comprometendo a análise da verdadeira lucratividade de cada produto.

Além dos fatores mencionados, a velocidade das mudanças e o ambiente incerto e competitivo tornaram os processos de planejamento bem mais difíceis para as empresas, aumentando consideravelmente os riscos de tomada de decisões equivocadas.

No contexto de complexidade em que estão inseridas as organizações, fica evidenciada a necessidade de um adequado detalhamento de seus custos em todos os níveis, obtendo informações relevantes que auxiliem na avaliação de desempenho dos processos, atividades e produtos. O pleno domínio de informações relativas ao custo dos produtos assume papel fundamental como instrumento de gestão, sendo fator de vantagem competitiva e decisiva para a sobrevivência das instituições.

As divergências quanto à origem da contabilidade de custos, são enormes entre os historiadores. Para Garner (1976, p. 25), “certas técnicas e práticas de custos tiveram suas origens no período de 1350 a 1600.”

No século XVI, exemplos de escrituração industrial são também encontrados nos registros das empresas de mineração alemã. Todos esses exemplos demonstram, além de tudo, dúvidas de que formas rudimentares de custos descobertas eram comumente adotadas naquelas indústrias, tais como mineração e têxtil, as quais surgiram sob controle capitalista séculos antes da Revolução Industrial. Garner (op.cit. p. 385-389), em seu artigo, sustenta que:

“... a origem da contabilidade de custos não nasceu durante o crescimento do sistema fabril da Revolução Industrial, e que algumas práticas e teorias são muito mais antigas do que a revolução Industrial. Como resultado do crescimento do comércio italiano, inglês, flamengo e alemão, empresas industriais começaram a se estabelecer por vários indivíduos e sócios engajados na fabricação de tecidos de lã, livros, moedas e outras linhas. Onde quer que o capitalismo começasse a se mostrar, melhores práticas contábeis seguiam dentro de curto período de tempo. A Contabilidade de Custos, preocupada com os aspectos especializados da Contabilidade Geral, com os registros e análises dos gastos de fábrica, não era exceção para a tendência precedente.”

Neste contexto, a Contabilidade de Custos assume o papel de extrema importância ao coletar, processar e informar de que maneira os recursos foram aplicados no sistema produtivo de bens ou serviços de uma entidade, subsidiando seus dirigentes para melhor tomada de decisão.

Apresentação da Instituição/Serviço:

A São Paulo Internações Domiciliares (SPID) é uma empresa privada, que atua no segmento da saúde, mais precisamente, na assistência domiciliar, e é ligada ao Grupo MAIS (Modelo de Assistência Integral à Saúde). Faz parte desse grupo o Hospital Premier (especializado em cuidados paliativos), a Pró-Ativa (prevenção e promoção à saúde), o PremiOdonto (soluções odontológicas para paciente e empresas) e o Premier Atende (atendimentos pontuais em pronto-socorro a pacientes gerenciados pelo Grupo MAIS).

A SPID é uma das maiores empresas do segmento no Brasil e 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 com mais conforto, qualidade, de forma individualizada, próximo da família e das pessoas que ama e com um risco de contrair infecção muito menor.

Está capacitada para atender pacientes nos diversos níveis de complexidade clínica, desde atendimentos pontuais até pacientes com grande dependência (ex.: pacientes em uso de ventilação mecânica), dos mais variados diagnósticos. Sua equipe é composta por odontólogos; médicos geriatras, psiquiatras e outros especialistas; terapeutas ocupacionais; psicólogos; enfermeiros; técnicos de enfermagem; assistentes sociais; fonoaudiólogos; fisioterapeutas (inclusive acupunturista), nutricionistas e farmacêuticos.

A SPID conta com uma estrutura de Call Center com retaguarda médica 24hs, inclusive, dispõe de Unidades Avançadas de Atendimento Móvel para suporte ao atendimento de Urgências/Emergências nos domicílios (APH - Atendimento Pré-Hospitalar). Dispõe ainda de um serviço específico para pacientes portadores de ostomias, feridas e incontinência urinária com acompanhamento do estomaterapeuta. Realiza Remoções Eletivas e Emergenciais, coleta de Exames Laboratoriais e de Imagem (Raio-X) em domicílio.

Abrange os seguintes estados:

São Paulo: Capital / Grande São Paulo, Litoral e Interior

Rio Grande do Norte

Ceará

Maranhão

Bahia

Mato Grosso

Mato Grosso do Sul

Minas Gerais

Rio de Janeiro

Santa Catarina

Rio Grande do Sul

Caracterização do trabalho/atividade a ser descrita

Trataremos neste estudo da importância do mapeamento de todos os custos (Diretos e Indiretos/Fixos) de uma empresa e sua relação com o processo de tomada de decisão e planejamento. Serão expostas duas fases do estudo: a primeira relaciona-se ao mapeamento total dos custos realizado em janeiro de 2010 e, a segunda, em junho de 2010. Até a realização deste estudo, a empresa tinha a compreensão destes números; há quatro anos fora realizado um trabalho empírico, que estimou nosso Custo Fixo em 24%; já o Resultado Líquido, não o conhecíamos

População Alvo

Todos os Departamentos da São Paulo Internações Domiciliares que estiverem envolvidos em custos no período de 1º de janeiro de 2010 a 30 de Junho de 2010.

Impacto da atividade/serviço junto à população alvo

Fase I: Mapeamento dos Custos (janeiro de 2010)

Inicialmente, foi feito um trabalho de mapeamento de todos os custos simultaneamente (diretos e indiretos) da empresa a partir da análise de gastos dos últimos três meses. Os custos foram agrupados por Departamentos, sendo a somatória dos Custos Indiretos igual a X. Foi utilizado X como referencial para totalização dos Custos Indiretos para que as informações financeiras da empresa fossem preservadas em sigilo, conforme segue:

Centro de Custos (Fixo e Variável) Jan/2010:

DEPARTAMENTO	CUSTO INDIRETO/FIXO R\$	CUSTO DIRETO/VARIÁVEL R\$
Diretoria	0,15X	0
Médico	0,11X	0,24X
Fisioterapia	0,03X	0,46X
Equipamentos	0,01X	0,35X
Enfermagem	0,25X	1,48X
Fonoaudiologia	0,01X	0,08X
Nutrição	0,003X	0,018X
Contas Médicas	0,028X	0
Psicologia	0,0031X	0,0041X
Serviço Social	0,0031X	0,0065X
Terapia Ocupacional	0,0031X	0,0073X
Financeiro	0,016X	0
Tecnologia da Informação	0,083X	0
Marketing	0,0091X	0
Compras	0,0056X	0,38X
Limpeza	0,0079X	0
Tráfego	0,13X	0
Farmácia	0,05X	0
Diversos	0,09X	0,053X
Empresas Parceiras / Outros Estados	0	0,41X
Sub-total	X	3,51X
	Total Geral	4,51X

Após mapeamento dos Custos Direto e Indireto, descobriu-se que **os Custos Diretos eram 3,51 vezes maiores do que os Custos Indiretos**, sendo os **custos totais da empresa (Direto + Indireto) equivaliam a 4,51X**.

Após esta etapa, foi feito o levantamento da receita bruta e realizada a subtração dos custos totais e impostos para, então, descobrirmos o que os percentuais de Custo Indireto e do Resultado Final (quanto estávamos lucrando) de nosso produto.

Centro de Custos (Fixo e Variável) Jan/2010:

FATURAMENTO BRUTO	CUSTO TOTAL (R\$)			RESULTADO
	INDIRETO	DIRETO	IMPOSTOS (13,5% sobre o Fat. Bruto)	
5,98X	X	3,51X	0,81X	0,66X

Resultado Final/Percentuais

ITEM		VALOR	%
Receita Bruta		5,98X	---
Custos	Direto	3,51X	58,67%
	Indireto	X	16,73%
Impostos (13,5% sobre o Fat. Bruto)		0,81X	13,50%
RESULTADO OPERACIONAL		0,66X	11,10%

Ao analisarmos os números, descobrimos que o **nosso Custo Indireto** era de **16,73%** de nossa Receita total; número bastante inferior aos 24% (empíricos) que tínhamos como referencial desde 2006. Já o **Custo Direto**, representava **58,67%** da Receita total.

Por fim, chegou-se ao **Resultado Líquido** de nosso produto: **11,10%**; número que consideramos baixo, todavia, algo já previsto.

A partir dos resultados obtidos neste trabalho e, conseqüentemente, do que fora descoberto acerca dos Centros de Custos, **iniciou-se um trabalho de Estratégias de Redução de Custos** (a partir dos próprios Centros de Custos mapeados) cujo objetivo era melhorar o Resultado Final encontrado, 11,10%; **objetivávamos um número superior a 15%.**

No período compreendido entre o primeiro levantamento (Jan/2010) até o segundo estudo de custos (Jun/2010) tentamos atuar em todos os Departamentos reduzindo custos, seja com redução (dispensa/relocação) de recursos humanos, suspensão de horas extras (criado banco de horas), estratégias para evitar desperdícios, entre outras ações redutoras de custos. **Ainda, houve outra frente de trabalho atuando na análise rigorosa do resultado operacional de cada operadora de saúde, permitindo, assim, que soubéssemos o lucro que alcançávamos com cada cliente (operadora de saúde),** o que alicerçou uma das mais ousadas (se não, a mais) decisão estratégica de nossa empresa: abrímos mão (de forma pró-ativa) dos clientes que não alcançavam os resultados que esperávamos.

E assim, aconteceu: fomos aos clientes cujos contratos não permitiam alcançar o resultado que buscávamos na tentativa de renegociar os valores de prestação de serviços, condicionado ao rompimento do contrato caso houvesse insucesso na negociação. **Dois contratos foram rompidos, o que representou uma redução de 33,37% da Receita Bruta,** comparando os dois períodos.

Fase II: Mapeamento dos Custos (Junho/2010)

Assim como realizado no levantamento de Janeiro/2010, fora feito um trabalho de mapeamento de todos os custos simultaneamente (diretos e indiretos) referente ao mês de Junho/2010. Também, agruparam-se os custos

por Departamentos, conforme planilha abaixo. Assim como feito anteriormente, foi utilizado Y como referencial para totalização dos Custos Indiretos para que as informações financeiras da empresa fossem preservadas em sigilo. Ainda, é importante informar, que: $X = 1,267Y$

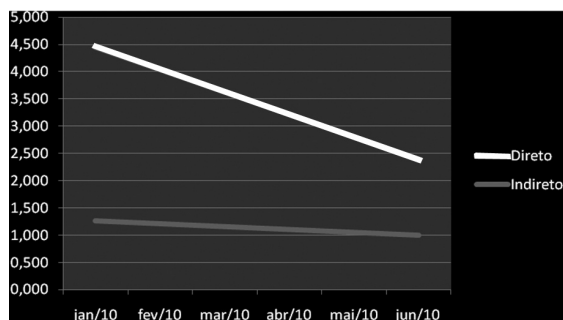
Centro de Custos (Fixo e Variável) Jun/2010:

DEPARTAMENTO	CUSTO INDIRETO R\$	CUSTO DIRETO R\$
Diretoria	0,178Y	0
Médico	0,035Y	0,152Y
Fisioterapia	0,034Y	0,358Y
Equipamentos	0,008Y	0,309Y
Enfermagem	0,27Y	0,98Y
Fonoaudiologia	0,008Y	0,070Y
Nutrição	0	0,016Y
Serviço Social	0	0,002Y
Contas Médicas	0,023Y	0
Psicologia	0	0,010Y
Terapia Ocupacional	0,003Y	0,009Y
Financeiro	0,012Y	0
Tecnologia da Informação	0,074Y	0
Marketing	0,011Y	0
Compras	0,007Y	0,269Y
Limpeza	0,005Y	0
Tráfego	0,192Y	0
Farmácia	0,060Y	0
Diversos	0,080Y	0,037Y
Empresas Parceiras / Outros Estados	0	0,183Y
Sub-total	Y	2,39Y
	Total Geral	3,39Y

Após mapeamento dos Custos Direto e Indireto, descobrimos:

- Custos Diretos: **2,39 vezes maior** do que os Custos Indiretos;
- Custos Totais (Direto + Indireto): **3,39 vezes maior** do que os Custos Indiretos;

Se compararmos os Custos (Direto + Indireto) nos dois levantamentos realizados,teremos:



Mês	Custos	
	Direto	Indireto
jan/10	3,51X	X
jun/10	2,39Y	Y

...sendo, $X=1,267Y$,
temos

Mês	Custos	
	Direto	Indireto
jan/10	4,447Y	1,267Y
jun/10	2,39Y	Y

Houve uma significativa **redução** nos **Custos Diretos (46,10%)**, e dos **Custos Indiretos (21,10%)** da empresa. É importante que se informe que a Receita Bruta sofreu uma queda de 33,37%.

Centro de Custos (Fixo e Variável) Jun/2010:

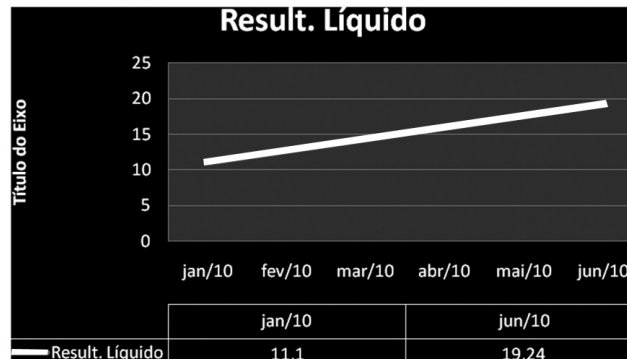
FATURAMENTO BRUTO	CUSTO TOTAL (R\$)			RESULTADO
	INDIRETO	DIRETO	IMPOSTOS (13,5% sobre o Faturamento Bruto)	
5,05Y	Y	2,39Y	0,68Y	0,97Y

Resultado Final/Percentuais

ITEM		Valor	%
Receita Bruta		5,05Y	---
Custos	Direto	2,39Y	47,45%
	Indireto	Y	19,81%
Impostos (13,5% sobre o Fat. Bruto)		0,68Y	13,50%
Resultado Operacional		0,97Y	19,24%

Neste segundo estudo, chegamos a um **Custo Indireto** de **19,81%** de nossa Receita Total, percentual superior ao do primeiro levantamento. Isto se explica devido a obrigatoriedade de mantermos alguns setores (independentemente da quantidade de pacientes, do tamanho da empresa ou do volume da Receita Bruta), como Farmácia, Gerente Médico, Plantonistas (noturno e final de semana), entre outros que tornam a operação onerosa.

Já o **Resultado Líquido** do produto saltou de **11,10% para 19,24%**, superando os 15% do resultado que considerávamos desejável, **mesmo com a redução do volume de paciente, o resultado líquido aumentou 73,33%**.



Considerações Finais

Este trabalho permite que visualizemos a importância da rigorosa gestão de custos em uma empresa visto que estas informações alicerçam a tomada de decisão e o seu planejamento. Ainda, isso é possível a partir da utilização destes dados como ferramenta gerencial, sendo que o resultado disto terá (indiscutivelmente) relação direta com o resultado operacional de seu produto.

Bibliografia

- 1- BITTAR, O. J. N. V.. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 1999, vol.45, n.4 [cited 2009-08-29], pp. 357-363 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301999000400013&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0104-4230. doi: 10.1590/S0104-42301999000400013.
- 2- Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care: creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press; 2006.
- 3- SILVA, Lucía; GALERA, Sueli Aparecida Frari and MORENO, Vânia. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. Acta paul. enferm. [online]. 2007, vol.20, n.4 [cited 2009-08-29], pp. 397-403 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000400002&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0103-2100. doi: 10.1590/S0103-21002007000400002.
- 4- SCHOUT, Denise and NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, vol.12, n.4 [cited 2009-08-29], pp. 935-944 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400015&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232007000400015.
- 5- KURCGANT, Paulina; TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto and MELLEIRO, Marta Maria. construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. Acta paul. enferm. [online]. 2006, vol.19, n.1 [cited 2009-08-29], pp. 88-91 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000100014&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0103-2100. doi: 10.1590/S0103-21002006000100014.
- 6- SCOCHI, Maria José. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá, (estado do Paraná, Brasil), 1991: um exercício de avaliação. Cad. Saúde Pública [online]. 1994, vol.10, n.3 [cited

2009-08-29], pp. 356-367 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000300015&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X1994000300015.

7- MENDONCA, KMPP and GUERRA, RO. Desenvolvimento e validação de um instrumento de medida da satisfação do paciente com a fisioterapia. *Rev. bras. fisioter.* [online]. 2007, vol.11, n.5 [cited 2009-08-29], pp. 369-376 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552007000500007&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-3555. doi: 10.1590/S1413-35552007000500007.

8- GURGEL JUNIOR, Garibaldi Dantas and VIEIRA, Marcelo Milano Falcão. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2002, vol.7, n.2 [cited 2009-08-29], pp. 325-334 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200012&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232002000200012.

9- Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: ANSS; 2005.

10- Saraiva J. É o fim do fee-for-service? *Fornecedores hospitalares* 2006; 14(129):41-45.

ARTIGO 5

O SCORE DO NEAD COMO FERRAMENTA DE REDUÇÃO DE CUSTOS PARA AS OPERADORAS DE SAÚDE

VIVIANE CRISTINA ROZELLI

BACHAREL EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIZAÇÃO EM DOCÊNCIA PARA ENSINO SUPERIOR PELA UNINOVE.
GERENTE DE ENFERMAGEM DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES.
viviane@spinternacoes.com.br

Introdução

Dimensionar a equipe de enfermagem para o atendimento domiciliar é assunto amplamente discutido em congressos e eventos relacionados ao assunto por se tratar de um tema que interfere diretamente na eficácia e no custo da assistência à saúde. Há legislações nos órgãos competentes ao exercício profissional, como COFEN e COREN, porém relacionadas a dimensionamento de pessoal em ambiente hospitalar. Mesmo a resolução do COFEN n.º 293/2004 não contempla a assistência domiciliar ou rede ambulatorial.

A Resolução do COFEN n.º 267/2001 regulamenta as atividades de enfermagem em domicílio, e a Resolução COFEN no 270/2002 regulamenta as empresas que prestam serviços de assistência domiciliar, definindo-se a necessidade do enfermeiro como responsável técnico pela equipe de enfermagem.

Por sua vez, a Resolução COFEN n.º 293/2004 fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de enfermagem nas instituições de saúde e assemelhados. Essa Resolução não contempla o dimensionamento do pessoal de enfermagem nos ambulatórios e em Home Care.

Anteriormente à implementação do presente instrumento, o dimensionamento de enfermagem era realizado de forma empírica ou baseado em solicitações médicas (também realizadas de forma empírica), bem como por ordens judiciais através de liminares.

Atualmente há um questionamento sobre a quantidade de horas de enfermagem e a duração desse atendimento por parte das operadoras de saúde devido à necessidade de adequação dos custos. Dessa forma, a proposta inicial de um atendimento com baixo custo quando comparado ao atendimento hospitalar será mantido. O bom atendimento de toda a equipe de enfermagem está relacionado a esse dimensionamento e a permanência dessa assistência no domicílio.

Através de pesquisas na área foi desenvolvido um instrumento de dimensionamento de enfermagem, conhecido como Score do NEAD (Dimensionamento de Enfermagem em Home Care), sendo aplicado em dois momentos específicos: desospitalização e manutenção do atendimento domiciliar.

Na São Paulo Interações Domiciliares, esse instrumento de dimensionamento é aplicado constantemente para manter a equipe de enfermagem ajustada às necessidades do paciente. Abaixo, podemos identificar o modelo de instrumento utilizado para a manutenção de enfermagem no domicílio.



Nome do paciente: _____ Operadora de Saúde: _____

DIMENSIONAMENTO DE ENFERMAGEM EM HOME CARE – MANUTENÇÃO

1. QUADRO CLINICO			PONTOS
. estável			0
. não estável			2
2. ASPIRAÇÕES TRAQUEAIS			
. ausentes			0
. até 3 aspirações			1
. 3 a 6 aspirações			2
. mais de 6 aspirações			4
3. SONDAS/DRENOS/CATETERES/ESTOMIAS			
. ausente			0
. pres.c/ família apta			1
. pres.s/ família apta			2
4. PROCEDIMENTOS TÉCNICOS INVASIVOS			
. ausentes			0
. 1x/dia			1
.. 2x/dia			2
.. 3x/dia			3
.. 4x/dia			4
.. mais de 4x/dia			5
5. PADRÃO RESPIRATÓRIO			
. eupneico			0
. períodos de dispnéia			1
. dispnéia constante			2
. períodos de apnéia			3
6. DEPENDÊNCIA DE O2			
. ausentes			0
. parcial			1
. continua			2
. ventilação não invasiva			3
. ventilação invasiva intermitente			4
. ventilação invasiva contínua			5
7. CURATIVOS			
. ausentes ou simples			0
. pequenos			1
. médios			2
. grandes/múltiplos			3
TOTAL (X3)			
TOTAL	PLANO TERAPÊUTICO	TOTAL	PLANO TERAPÊUTICO
< 6	Programação de alta de enfermagem	16 a 24	Manter com 12hs
06 a 15	Manter com procedimento (no máximo 06 horas)	> 24	Manter com mais de 12hs

Sua aplicação é feita pelos enfermeiros que realizam visitas domiciliares aos pacientes, assinalando os pontos equivalentes a cada questão. Ao final da aplicação, somam-se os pontos e o subtotal é multiplicado por 3. Utiliza-

se da tabela ao final do instrumento para o dimensionamento das horas de enfermagem.

Alguns cuidados, inerentes a cuidadores, não estão contemplados nesse instrumento. Cuidados como higiene, conforto e alimentação são procedimentos realizados por cuidados, treinados e capacitados pela equipe, porém que não exigem uma formação técnica específica para sua realização. Isso comumente gera alguns descontentamentos por parte de cuidadores e de familiares, uma vez que terão que assumir seus papéis e participarem ativamente desses cuidados.

Contudo, esse instrumento é a ferramenta utilizada por praticamente todas as operadoras de saúde, em âmbito nacional, para dimensionar e adequar as horas de enfermagem visando a redução dos custos.

Apresentação da Instituição/Serviço

A São Paulo Internações Domiciliares é um empresa de assistência domiciliar e pertencente ao Grupo Mais (Modelo de Assistência Integral a Saúde). Fazem parte desse grupo o Hospital Premier (especializado em cuidados paliativos), Pró-ativa (prevenção e promoção à saúde), PremiOdonto (atendimento odontológico) e Premier Atende (atendimentos pontuais em pronto-socorro a pacientes em atendimento domiciliar).

A empresa conta com uma equipe multiprofissional composta por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, terapeuta ocupacional, psicólogas, nutricionistas, além de assistente social, trabalhando em harmonia para o atendimento dos pacientes. Os serviços de saúde atuam desde a pediatria até a geriatria, incluindo-se todas as fases da vida do ser humano até sua terminalidade, através da equipe de cuidados paliativos.

A área de atuação abrange São Paulo, Litoral Sul e Norte, Campinas, Ribeirão Preto, Bebedouro, Sumaré, Americana, Indaiatuba, Sorocaba, Itupeva, Jundiaí, além de outros estados e DF, como Santa Catarina, Rio Grande do Norte, Bahia, Mato Grosso, Goiás, Rio de Janeiro e Minas Gerais.

Caracterização do trabalho/Atividade a ser descrita

Fora analisada a carteira de pacientes da operadora de saúde X (nome fantasia para uma operadora de saúde que mantém contrato com a São Paulo Internações Domiciliares) no período de Junho/2010, anteriormente à aplicação do Score do NEAD e o dimensionamento da equipe de enfermagem no domicílio.

O número de pacientes analisados compreende a quantidade de 24 (os quais mantinham auxiliar de enfermagem no domicílio), sendo feita uma projeção de redução de custos para um período de 12 meses.

Os planos terapêuticos referentes aos auxiliares de enfermagem compreendiam 24hs, 12hs, 6hs e procedimentos de enfermagem, sendo aplicado o Score do NEAD em todos esses pacientes.

Com o dimensionamento, a partir de Julho/2010 tem-se uma redução significativa nos custos da operadora em questão.

População Alvo

Operadoras de saúde atuantes no mercado de Home Care, as quais utilizam-se do Score do NEAD como ferramenta de dimensionamento da equipe

de enfermagem nos domicílios de seus pacientes.

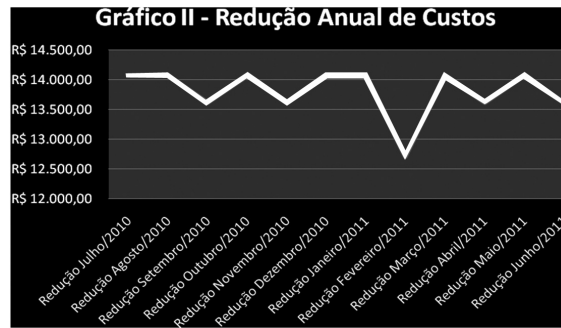
Impacto da atividade/serviço junto à população alvo

Analisado o período de referência, Junho/2010, observamos uma redução de 42% dos planos terapêuticos dos pacientes em atendimento. Em se tratando de valores, observamos uma redução de R\$ 14.072,45 sendo o plano terapêutico reduzido em apenas 10 pacientes, de acordo com as indicações do Score do NEAD Manutenção, conforme Tabela I.

Tabela I - Redução de custos mensal após aplicação Score do NEAD				
Paciente	Custo Auxiliar de Enfermagem Jun/2010	Custo Auxiliar de Enfermagem Jul/2010	Plano terapêutico Anterior	Plano terapêutico Atual
A.B.	R\$ 1.560,00	R\$ 806,00	02 procedimentos/dia	01 procedimento/dia
A.J.L.F.	R\$ 2.232,00	R\$ 2.232,00	24hs	24hs
A.D.S.	R\$ 2.790,00	R\$ 1.441,50	12hs	06hs
A.M.M.	R\$ 780,00	R\$ 780,00	01 procedimento/dia	01 procedimento/dia
A.J.V.	R\$ 780,00	R\$	01 procedimento/dia	sem auxiliar de enf.
A.L.A.	R\$ 5.580,00	R\$ 5.580,00	24hs	24hs
D.A.F.N.	R\$ 5.580,00	R\$ 5.580,00	24hs	24hs
D.M.C.	R\$ 1.441,50	R\$ 806,00	06hs	01 procedimento/dia
F.A.L.	R\$ 5.580,00	R\$ 1.441,50	24hs	06hs
G.F.	R\$ 780,00	R\$ 780,00	01 procedimento/dia	01 procedimento/dia
I.A.S.	R\$ 2.418,00	R\$ 1.612,00	03 procedimentos/dia	02 procedimento/dia
J.L.S.	R\$ 5.580,00	R\$ 5.580,00	24hs	24hs
J.A.C.	R\$ 2.418,00	R\$ 1.612,00	03 procedimentos/dia	02 procedimento/dia
J.P.N.	R\$ 780,00	R\$ 780,00	01 procedimento/dia	01 procedimento/dia
J.A.R.	R\$ 780,00		01 procedimento/dia	sem auxiliar de enf.
L.M.S.	R\$ 780,00		01 procedimento/dia	sem auxiliar de enf.
M.J.S.	R\$ 5.580,00	R\$ 5.580,00	24hs	24hs
M.A.G.F	R\$ 2.790,00	R\$ 2.790,00	12hs	12hs
M.A.G.	R\$ 5.580,00	R\$ 5.580,00	24hs	24hs
M.J.S.	R\$ 5.580,00	R\$ 2.790,00	24hs	12hs
O.G.B	R\$ 780,00	R\$ 780,00	01 procedimento/dia	01 procedimento/dia
R.M.S.	R\$ 1.612,00	R\$ 1.612,00	02 procedimentos/dia	02 procedimento/dia
R.R.C.	R\$ 780,00	R\$ 780,00	01 procedimento/dia	01 procedimento/dia
S.M.M.V.	R\$ 780,00	R\$ 780,00	01 procedimento/dia	01 procedimento/dia

Na projeção de redução anual, os custos que podem ser reduzidos pela operadora de saúde chegam ao montante de R\$ 165.691,75, conforme tabela II. O Gráfico II mostra a redução mês a mês dos custos com a equipe de auxiliares de enfermagem.

Tabela II - Projeção de Redução Anual		
Redução Julho/2010	R\$	14.072,45
Redução Agosto/2010	R\$	14.072,45
Redução Setembro/2010	R\$	13.618,50
Redução Outubro/2010	R\$	14.072,45
Redução Novembro/2010	R\$	13.618,50
Redução Dezembro/2010	R\$	14.072,45
Redução Janeiro/2011	R\$	14.072,45
Redução Fevereiro/2011	R\$	12.710,60
Redução Março/2011	R\$	14.072,45
Redução Abril/2011	R\$	13.618,50
Redução Maio/2011	R\$	14.072,45
Redução Junho/2011	R\$	13.618,50
Total Geral	R\$	165.691,75



Considerações finais

Após análise dos valores, percebe-se a importância da aplicação do Score do NEAD como ferramenta para redução dos custos para as operadoras de saúde.

Instrumento esse, em início de implantação em algumas operadoras de saúde, porém já implementado pelas empresas do ramo, em sua maioria associadas ao NEAD (Núcleo de Empresas de Assistência Domiciliar).

A São Paulo Internações Domiciliares já adotou esse instrumento de dimensionamento de enfermagem há aproximadamente três anos. Contudo, algumas operadoras (como a operadora X, por exemplo), nos quais o instrumento ainda não havia sido implementado, solicitavam a manutenção do atendimento, tal qual fora inicialmente contratado, sob alegação de falta de respaldo com relação a esses documentos, bem como ameaças de processos judiciais (liminares).

A partir do instante no qual esse instrumento passa a ser validado e utilizado por todas as partes envolvidas no processo de Home Care (empresa prestadora e a operadora de saúde), há uma linearidade nas informações passadas aos familiares. Essa linearidade de ações permite que o processo transcorra de maneira tranquila, segura ao paciente e menos onerosa para a operadora de saúde.

Referências

Conselho Federal de Enfermagem (COFEn). Resolução n. 267, de 5 de outubro de 2001. Aprova atividades de enfermagem em domicílio home care [legislação na Internet]. Rio de Janeiro; 2001.[citado 2005 jun. 5]. Disponível em: <http://www.bve.org.br/portal/materias.asp?ArticleID=1251&SectionID=194&SubSectionID=194&SectionParentID=189>

Conselho Federal de Enfermagem (COFEn). Resolução n.270, de 18 de abril de 2002. Aprova a regulamentação das empresas que prestam serviços de Enfermagem Domiciliar - Home Care. [legislação na Internet]. Foz de Iguaçu; 2002. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br> [citado 2005 jun. 5].

Conselho Federal de Enfermagem(COFEn). Resolução n. 293, de 21 de setembro de 2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. [legislação na Internet]. Rio de Janeiro; 2004. Disponível em: <http://www.corensp.org.br/resolucoes/Resolucao293.htm> [citado jun. 2005].

MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE COMO REDUTOR DE CUSTOS PARA A OPERADORA DE SAÚDE E SATISFAÇÃO AO USUÁRIO

VANESSA MARIA RAMOS FISCHER

ENFERMEIRA GRADUADA PELA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP CURSANDO ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO. GERENTE DE CONTAS MÉDICAS DO GRUPO MAIS.

vanessa@spinternacoes.com.br

Introdução

O conceito de Integralidade na assistência à saúde no Brasil surgiu em 1988 com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), que se baseia, ainda, nos princípios da Universalidade e da Equidade. Trata-se de atendimento à saúde através de um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Garantido como direito a todos os indivíduos, permita igualdade na oportunidade de uso do sistema.

Entretanto, nota-se um aumento significativo na parcela da população brasileira assistida por planos de saúde, sejam eles operadoras de saúde, cooperativas ou autogestões. Dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), divulgada em 31 de março de 2010, mostram que 49 milhões de brasileiros têm planos de saúde, sendo que o percentual de pessoas cobertas por pelo menos um plano cresceu entre 1998 (24,5%), 2003 (24,6%, ou 43,0 milhões de pessoas) e 2008 (26,3%, ou 49,1 milhões de pessoas). Sabe-se que esse incremento é mais acentuado nas regiões Sudeste (35,6%) e Sul (30,0%), que em 2008 possuíam percentuais quase três vezes maiores que no Norte (13,3%) e Nordeste (13,2%).^{1 2}

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) registra que 11% dos usuários de planos de saúde em 2009 tinham mais de 60 anos, o que significa um aumento de 4,6% na participação desse beneficiário desde o ano 2000. Em termos financeiros, a assistência ao idoso triplica para o grupo de pessoas acima de 85 anos em relação ao de 65 a 74 anos, e dobra em relação ao grupo de 75 a 84 anos.³

Os gestores de planos de saúde, atentos a essas mudanças, terão de adequar seu perfil de negócios visando uma assistência menos onerosa e que corresponda às expectativas de uma população cada vez mais consciente sobre sua saúde, buscando humanização na assistência, e que muitas vezes se depara com um atendimento fragmentado e pouco efetivo.

Nesse sentido, um grupo de empresas da Zona Sul de São Paulo pauta suas atividades em ações visando sustentabilidade, redução de custos às operadoras parceiras, e humanização do atendimento. Esse grupo, denominado Grupo

MAIS (Modelo de Atenção Integral à Saúde), é constituído pela São Paulo Internações Domiciliares, ProAtiva Saúde e Hospital Premier, que focam suas atividades no atendimento ao paciente crônico, sob a ótica dos cuidados paliativos, ou seja, controle da dor e assistência à família durante o processo de envelhecimento, adoecimento e terminalidade.

Objetivos

Este estudo visa descrever a trajetória de uma paciente que permaneceu institucionalizada em um hospital de grande porte da cidade de São Paulo, foi admitida no Hospital Premier e hoje está em atendimento domiciliar. Pretende-se demonstrar a redução de custos alcançada pela intervenções do Grupo e descrever a percepção da família desse processo de adoecimento.

Metodologia

Os dados para a pesquisa foram coletados os prontuários do Hospital Premier, da Proativa Saúde e nos arquivos s do setor de Contas Médicas do Grupo MAIS, junto à Fundação de Seguridade Social – GEAP. Foi realizada uma entrevista aberta com um familiar, que foi orientada sobre a finalidade da pesquisa e apresentação dos dados através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Com histórico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus tipo II controlados, a paciente Isabel, atualmente com 82 anos, passou por abordagens cirúrgicas em ambos os joelhos devido à osteoporose, quando permaneceu internada em um reconhecido hospital de grande porte na cidade de São Paulo de 16 a 20 de maio de 2009. Após a cirurgia, retornou ao domicílio, onde evoluiu com infecção local no joelho esquerdo, sendo necessária substituição da prótese e mais quatro intervenções cirúrgicas. Permaneceu na Unidade de Tratamento Intensivo de 02 de junho a 29 de agosto, onde apresentou choque séptico recebendo diversos ciclos de antibioticoterapia, comprometimento pulmonar, resultando em realização de IOT e traqueostomia, desenvolveu dependência de ventilação mecânica e aspiração de vias aéreas frequente, e necessitou de instalação de via alternativa para nutrição e medicação (sonda enteral), além de restrição ao leito. A família relata que antes destes episódios a sra. Isabel era completamente independente, morava sozinha, sem necessidade de quaisquer cuidados especiais de saúde.

Em 29 de agosto de 2009, mantendo ventilação invasiva no período noturno e suporte de oxigênio nos ainda frequentes períodos de desconforto respiratório, foi transferida para o Hospital Premier, onde recebeu atendimento intensivo da equipe de reabilitação, inicialmente composta por fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, da equipe médica, de enfermagem, nutricional e atendimento psicológico voltado às necessidades da paciente e dos familiares.

Em setembro, já apresentava melhora no quadro respiratório caracterizada pela redução na necessidade de uso de ventilação mecânica e frequência de aspirações de vias aéreas. Mantendo alimentação por via oral, fez uso de suplementos nutricionais de acordo com sua necessidade. Após esse período,

seu consumo de oxigênio foi diminuindo significativamente, e as intervenções de fisioterapia passaram a ser mais pontuais, sendo que o curso da reabilitação já estava traçado e sendo percorrido com sucesso esperado.

Gradualmente, a equipe trabalhou o desmame da cânula de traqueostomia e, em 18 de novembro, a cânula foi retirada e a alta hospitalar começou a ser programada. Sua filha e cuidadora, sra. Benedita, que acompanhou todo o processo de adoecimento da mãe e teve importante participação na sua reabilitação, relata que “todos os profissionais do Hospital Premier tratavam sua mãe com muito carinho e dedicação, o que contribuiu muito para sua melhora”.

Em 10 de dezembro, com poucos episódios de desconforto respiratório, teve alta para o Programa de Monitoramento de Pacientes de Crônicos da Proativa Saúde, em nível I, necessitando de acompanhamento de rotina do médico, do enfermeiro, fisioterapia, nutricionista e terapeuta ocupacional.

Ainda com quadro motor bem comprometido, contou com os cuidados em domicílio de sua filha e genro, que se mostraram prestativos e colaborativos com a equipe de saúde, e atentos às suas orientações, tornando-se corresponsáveis pelos benefícios alcançados nas terapias propostas à sra. Isabel. A filha da paciente descreve o tão esperado momento da alta hospitalar da seguinte maneira:

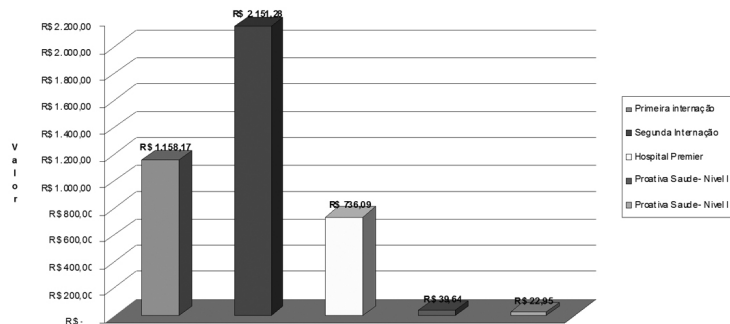
“E agora está ainda melhor, pois está em casa junto com a família (...). Não me senti insegura em momento algum, pois após a alta do Hospital Premier já teve início o programa de monitoramento de vocês, com visitas de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas... e não há nada melhor que uma pessoa querida estar no aconchego do lar junto com a família. Nos sentimos seguros, pois sabemos que ela está sendo monitorada o tempo todo.”

Em abril, a paciente recebeu alta do atendimento nutricional, passando ao nível II de atendimento, caracterizado por uma menor complexidade e no qual permaneceu até o começo de agosto de 2010. O atendimento fisioterápico, bem como de terapia ocupacional, foram mantidos visando promover principalmente melhoras no quadro motor e maior independência na realização das Atividades de Vida Diárias.

O período em que a paciente permaneceu internada para realização de artroplastia e, posteriormente, para estabilização do quadro, foi caracterizado como mais crítico pela família, que ainda assim menciona: “Em todos os lugares fomos bem tratados, graças a Deus”. Tal período também foi o mais oneroso para a operadora de saúde devido à colocação das próteses, permanência prolongada em UTI e o uso de medicações com valores também elevados. O valor médio diário entre 16 e 20 de maio de 2009 foi de R\$1.158,17. Nesse período, ainda houve um gasto de R\$20.551,01 com prótese (OPME).

De 02 de junho a 28 de agosto a média diária foi de R\$2.177,20 acrescido de R\$2.400,00 referente à troca da prótese. Após estabilização do quadro que possibilitou a transferência da paciente para o Hospital Premier, o valor médio da diária foi de R\$736,09. Com a alta hospitalar e implantação do Atendimento em Domicílio, observamos uma redução do valor diário para R\$39,64 entre 10 de dezembro de 2009 e 31 de março de 2010 (Nível de Complexidade I). Após isso, com migração para um nível de menor complexidade (Nível II), o valor médio diário chegou R\$22,95.

Gráfico 1: Variação do valor médio diário por Internação



Conclusão

Embora a paciente mantenha um quadro clínico ainda dependente de intensivo monitoramento, inumeráveis progressos foram alcançados com um atendimento integral, interdisciplinar e personalizado levando a paciente a hoje conseguir deambular nas sessões de fisioterapia com uso de órtese, desenvolver atividades prazerosas como cuidar de seu pássaro, pintar guardanapos e caixinhas decoradas e realizar passeios com sua filha até a sua antiga residência e demais lugares. O acompanhamento do médico e do enfermeiro em visita domiciliar contribuem para a prevenção de agravos à saúde da paciente, monitoramento de condições críticas e implantações de condutas precoces.

A satisfação da família, bem como da própria paciente, são explicitadas por falas como: “Vocês estão sendo maravilhosos... como uma família para ela... o carinho no cuidado está sendo essencial. Só tenho a agradecer”. Para a operadora de saúde, o atendimento prestado representou uma concreta redução de custos, além de demonstrar a solidez e eficácia das ações do grupo MAIS.

Trata-se, sem dúvida, de um caso de sucesso, fruto do envolvimento de todos os profissionais do grupo que sabem que, trabalhando em conjunto com a família e a operadora de saúde, propiciam à sra. Isabel um envelhecimento confortável.

Referências:

- 1- Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio, 2008. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/default.shtm>. Acesso em: 27 de jun. 2010.
- 2- Abril.com. Editora Abril. Disponível em: <<http://www.abril.com.br/noticias/ciencia-saude/populacao-plano-saude-sobe-26-3-diz-ibge-981558.shtml>>. Acesso em: 27 de jun. 2010.

Fundação de Seguridade Social – GEAP. Recebido via correio eletrônico.

Grupo MAIS. Arquivo de Contas Médicas.

Grupo MAIS. Sistema de Prontuários Eletrônicos.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA DOR EM PACIENTES COM CUIDADOS PALIATIVOS

DANIELA SCAVONE DE SOUZA

FARMACÊUTICA ESPECIALISTA EM FARMÁCIA HOSPITALAR COM INTRODUÇÃO À FARMÁCIA CLÍNICA PELO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP. PÓS-GRADUADA EM FARMACOLOGIA CLÍNICA PELA FACULDADE OSWALDO CRUZ. COORDENADORA FARMACÊUTICA DO HOSPITAL PREMIER (GRUPO MAIS).
daniscavone@uol.com.br

Introdução

Pela definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) para Cuidados Paliativos, todos os pacientes portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis, que ameacem a continuidade da vida, deveriam receber a abordagem dos Cuidados Paliativos desde o seu diagnóstico¹.

Um dos alicerces fundamentais em Cuidados Paliativos é um bom controle de sintomas. Certamente a dor, que é um sintoma dos mais impactantes na qualidade de vida dos indivíduos que se encontram em sua fase final de enfermidade e de vida, vem sendo alvo de atenção na área da saúde nas últimas décadas. Apesar de observar melhoria no controle da dor, por meio da divulgação e conscientização dos profissionais de saúde, ainda há deficiência em tal controle².

A OMS definiu, em 2002, o tratamento farmacológico da dor crônica através da escada analgésica, que tem como princípio tratar a dor de acordo com a sua intensidade. A dor leve deve ser tratada através de analgésicos não-opioides, a dor moderada com opioides fracos e a dor severa com opioides fortes, como é o caso da morfina. A essa classe de fármacos pode-se incluir os fármacos adjuvantes, que são utilizados como potencializadores no tratamento da dor, ou como agentes co-adjuvantes dos analgésicos para aliviar os sintomas relacionados aos efeitos colaterais apresentados pelos analgésicos, ou ainda pelos sintomas advindos da própria progressão da doença².

O estabelecimento de normas de serviço e condutas para analgesia, assim como o adequado preparo de toda a equipe é estratégia fundamental para o controle da dor e sintomas prevalentes em pacientes sob cuidados paliativos⁴.

Objetivos

Apontar as opções farmacológicas para o tratamento da dor em pacientes com cuidados paliativos.

Metodologia

A metodologia utilizada no processo de revisão consistiu numa pesquisa bibliográfica em livros textos, artigos científicos e circulares normativas.

Resultados

A terapia medicamentosa para controle da dor refere-se à arte e à ciência no uso combinado de três grupos farmacológicos: analgésicos não-opioides, analgésicos opioides, sendo a morfina a droga de eleição, e drogas adjuvantes ou co-analgésicos¹.

Agentes farmacológicos utilizados no tratamento da dor

Analgésicos Não-Opióides

São analgésicos simples, indicados para dores leves ou moderadas, podendo ser utilizados por períodos prolongados de tempo. Têm propriedades analgésica, antitérmica e antiinflamatória².

As doses convencionais dos analgésicos não-opioides produzem um efeito máximo (teto). Assim, incrementos das mesmas não produzem analgesia adicional, concorrendo apenas para aumentar a toxicidade³.

Existem duas categorias dessas drogas: drogas antiinflamatórias não-hormonais (AINHs) e analgésicos simples.

AINHs

Exercem atividade analgésica, antipirética e antiinflamatória. Eles fazem parte de uma das classes de medicamentos mais prescritos em todo o mundo para o tratamento da dor e das inflamações associadas a diversas síndromes dolorosas⁵.

Seu sítio de ação é inteiramente no tecido lesado, não tem ação central, sendo bastante efetivo contra a dor produzida por lesão lenta e prolongada ao tecido⁴. A principal vantagem dos antiinflamatórios é que mesmo se utilizados por tempo prolongado não causam dependência física ou psíquica. Além disso, não provocam depressão respiratória.⁵

Os antiinflamatórios são indicados para o alívio de dor leve ou moderada, aguda ou crônica. Para a dor intensa, são indicados em associação com os opioides, proporcionando um efeito analgésico melhor por possuírem mecanismos de ação diferentes. Os antiinflamatórios agem potencializando a ação dos opioides e reduzindo a dose necessária e os efeitos colaterais destes. Para serem efetivos, devem ser usados em intervalos regulares para prevenção da dor. Isso impede grandes flutuações nos níveis plasmáticos dos fármacos, o que contribui para melhor controle da dor⁵.

Dipirona

Analgésico de alta eficácia, baixa custo, ampla disponibilidade e margem de segurança, sobretudo nos pacientes hepatopatas, nefropatas e cardiopatas. O seu perfil seguro e eficaz tem sido consagrado há décadas no Brasil, sendo amplamente usado como agente principal ou coadjuvante no tratamento das dores, tanto agudas quanto crônicas⁵.

Paracetamol

O acetaminofeno é um analgésico extremamente útil, sendo a escolha de primeira linha dos não-opioides pela ampla variedade de indicações e idades. As razões para essa popularidade incluem: relativa eficácia em muitas condições dolorosas, grande tolerabilidade mesmo em pacientes com contra-indicação de outros não-opioides, e baixo risco de efeitos adversos graves. Há boa evidência de efetividade. Não há necessidade de reduzir a dose no idoso⁵.

Opióides

Opiáceo é qualquer agente derivado do ópio e opióide é toda substância endógena ou exógena, natural ou sintética que se liga nos receptores opióides⁵.

Os opióides podem causar tanto ação depressora quanto excitatória no sistema nervoso central (SNC). A ação depressora pode ser expressa por analgesia, alteração do padrão respiratório e alteração da consciência; os efeitos excitatórios incluem miose, náusea e vômito.

Os opióides promovem sensação de bem-estar e euforia devido à ação no sistema límbico. Outros efeitos no SNC incluem: redução do metabolismo e do fluxo sanguíneo cerebral e sonolência. A tosse pode ser deprimida pela ação direta dos opióides no centro da tosse no bulbo. Por meio da ação em quimiorreceptores da zona de gatilho no assoalho do quarto ventrículo, os opióides podem causar náusea e vômito. Outros fatores que contribuem para os efeitos eméticos e constipantes dos opióides são: diminuição do peristaltismo com consequente diminuição do trânsito intestinal, aumento do tônus dos esfíncteres, da absorção de água, da viscosidade do bolo fecal, do tônus da válvula ileocecal e das secreções⁵.

Os opióides estão entre os analgésicos mais utilizados tanto para dor aguda quanto para a crônica. Porém, deve-se usar apenas um opióide, escolhido por sua intensidade e tempo de ação, comodidade de via de administração, efeitos adicionais e colaterais. A recomendação é para que as doses iniciais sejam as mais baixas doses terapêuticas e os ajustes sigam uma progressão em média de 30% para mais ou para menos, até que se obtenha o desejado controle analgésico aliado a efeitos colaterais controláveis. Nunca deve suspender abruptamente uma prescrição de opióide sob pena de levar o paciente a uma desagradável e perigosa síndrome de abstinência².

Abaixo, alguns dos medicamentos opióides mais utilizados na farmacoterapia da dor, segundo sua potência:

A - Opióides Fracos

Codeína

Medicamento derivado da morfina, com efeito analgésico obtido após 20 minutos do uso oral, com ação máxima em 60 a 120 minutos. A codeína promove bom efeito antitussígeno, semelhante à morfina. Aproximadamente 10% da codeína é transformada em morfina, que é responsável pela ação analgésica⁵. O efeito colateral mais frequente é a constipação, podendo ocorrer também náusea, tontura e sonolência⁵.

Tramadol

Opióide sintético ao qual se atribui ação moduladora sobre o SNC⁵. O tramadol apresenta pouca interação farmacológica e causa pouca constipação. Não provoca imunossupressão e o risco de dependência é baixo. Os efeitos colaterais mais comuns são náusea e tontura, podendo ocorrer ainda fadiga, aumento da sudorese e cefaléia. Sua potência analgésica é 1/6 a 1/10 da morfina⁵.

B - Opióides Fortes

Morfina

É um derivado natural da papoula de rápida absorção após administração oral⁴. A duração de ação da morfina é de cerca de 4 a 5 horas, mas existe variação

individual na duração, depuração e dose analgésica efetiva⁵. São disponíveis formulações de liberação rápida e controlada da morfina. A controlada permite liberação gradual no trato gastrointestinal, aumentando a duração, mas a eliminação não é alterada. O tratamento deve ser iniciado com morfina de liberação imediata, e depois trocar para o comprimido de liberação controlada, administrando metade da dose de 24 horas a cada 12 horas⁵.

A morfina é o opióide potente de primeira linha e promove analgesia adequada para muitos pacientes, mas para outros apresenta efeitos colaterais intoleráveis ou alívio inadequado. A morfina pode causar vômito por estimulação da zona quimiorreceptora. Inibe mobilidade de músculo liso intestinal, diminui o peristaltismo e aumenta o tônus de esfíncter de Oddi. Em paciente normal, provoca liberação de histamina, com vasodilatação, mas com mínimo efeito sobre a circulação. Deve ser evitada em paciente asmático e com alteração circulatória. Interfere no centro bulbar que regula o ritmo respiratório, aumentando a pausa, altera a curva de resposta ao CO² e diminui a ventilação-minuto. Deprime a tosse por ação no centro da tosse bulbar e diminui a sensação de falta de ar⁵.

Oxicodona

Opióide semi-sintético potente, derivado da tebaína. Por ser semelhante à morfina em eficácia e tolerabilidade, é utilizada como sua alternativa⁵. A oxicodona de liberação controlada (LC) tem início de ação e tempo para atingir a concentração plasmática máxima semelhante à de liberação imediata. O perfil farmacodinâmico da oxicodona é constante e previsível, e o alívio da dor ocorre após aproximadamente 1 hora e persiste por cerca de 12 horas após o uso. A oxicodona possui também efeito ansiolítico⁵.

Fentanil

É um opióide sintético com início de ação rápido e curta duração quando comparado à morfina. Devido à alta solubilidade plasmática, o fentanil é rápida e extensivamente distribuído, principalmente aos tecidos adiposo e muscular⁵. Para dor oncológica a via utilizada é a transdérmica, sob a forma de um adesivo que proporciona liberação constante e regular do opióide ao longo de 72 horas. Oferece o conforto terapêutico e a possibilidade de administração por uma via que pode perdurar até o final da vida, qualquer que seja a condição do doente. Ideal para os pacientes com disfagia, oclusões gastrointestinais, portadores de insuficiência renal ou hepática graves, usuários de sonda nasointestinal ou pacientes com altas doses diárias de morfina e com difícil controle de sintomas colaterais².

Metadona

É um opióide sintético potente, que pode ser utilizado como alternativa à morfina em pacientes que possuem dor resistente a outros opióides⁵. O metabolismo e a resposta desse fármaco varia em cada paciente. A duração prolongada é decorrente da ligação protéica com liberação lenta e da pequena capacidade do fígado de metabolizá-la. A excreção é principalmente fecal, sendo eliminada em pequena parcela pela via urinária. Portanto, o uso da metadona em pacientes com insuficiência renal não apresenta problemas⁵.

A metadona pode ser uma alternativa quando os efeitos colaterais de outro opióide limitam o aumento da dose. Apresenta intolerância cruzada incompleta com outros opióides. Mas deve ser usada com cautela em paciente idoso⁵. É um analgésico de baixo custo e muito eficaz quando titulado adequadamente. Existe,

porém uma ampla variação na dose necessária⁵.

Adjuvantes

A- Antidepressivos

O antidepressivos são medicamentos que têm sido cada vez mais utilizados e ocupam hoje um lugar de destaque como agentes analgésicos no tratamento de uma variedade de síndromes dolorosas crônicas⁵.

A inibição da recaptação da serotonina e de noradrenalina na sinapse medular provoca aumento da concentração desses neurotransmissores na fenda sináptica e, conseqüentemente, diminuição da transmissão da dor. Além disso, os antidepressivos também são responsáveis pelo aumento da ação dos opióides endógenos.

Os tricíclicos têm efeito similar como potentes bloqueadores dos canais de sódio voltagem-dependentes, o que os torna importantes no alívio da dor. O efeito analgésico causado pelos antidepressivos tricíclicos pode estar relacionado com sua alta afinidade por receptores H1 da histamina (associada à sedação). Sua eficácia tem sido bem documentada em uma variedade de estudos clínicos da dor neuropática e outras síndromes dolorosas, nos quais a amitriptilina e a nortriptilina ocupam um lugar de destaque⁵.

Podem ser útil também para o controle da sialorréia (excesso de salivação) presente em alguns tumores. Porém costumam ter efeitos colaterais relacionados principalmente com a ação anticolinérgica: sonolência, confusão mental leve, boca seca e retenção urinária. A sonolência indica seu emprego preferencial à noite².

B- Anticonvulsivantes

Os anticonvulsivantes formam uma ampla classe de fármacos com capacidade de suprimir as crises epiléticas. Mas recentemente, surgiu uma nova e alentadora indicação para esses fármacos, o alívio da dor neuropática, ampliando muito seu uso. Isso pode ser explicado através da similaridade do mecanismo de ação da epilepsia e da dor neuropática. As convulsões epiléticas são desencadeadas por excitabilidade de neurônios no cérebro e podem ser espontâneas, recorrentes ou paroxísticas, de modo semelhante à dor desencadeada por lesões de nervos. Como a epilepsia e a dor neuropática resultam do excesso de atividade neuronal, ambas as desordens podem ser tratadas por meio do bloqueio da excitabilidade ou do aumento da inibição para contrabalancear a hiperexcitabilidade⁵.

Diversas outras síndromes dolorosas podem ser tratadas com essas medicações. Uma variedade de anticonvulsivantes, com diferença na eficácia, é utilizada para o tratamento da dor crônica e aguda⁵.

Os efeitos colaterais mais comuns podem ser observados logo nos primeiros dias de tratamento, como: sonolência, às vezes lentidão de raciocínio, lapsos de memória e um pouco de edema nos membros inferiores².

C- Corticosteróides

Os corticosteróides possuem efeito analgésico intrínseco, o que os torna úteis em uma grande variedade de situações de dores, agudas ou crônicas. A sua prescrição torna-se especialmente interessante em situações nas quais o processo inflamatório se manifesta como importante agente patogênico da dor em questão, ou seja, nas dores reumáticas, naquelas associadas aos traumas, em algumas

dores neuropáticas, nas causadas por tumores e em especial nas de acometimento ósseo, entre outras situações².

Eles podem e devem ser considerados adjuvantes na escada analgésica que é proposta pela OMS. Dessa forma, o seu papel, especialmente em situações de dor oncológica, é de adicionar analgesia aos opióides, reduzir sua toxicidade e melhorar o controle sobre outros sintomas relacionados ao câncer².

Os corticosteróides, além de aliviar a dor, são antieméticos, melhoram o humor e a disposição, entre outras ações. Porém, como qualquer outra classe de adjuvantes em tratamento de dor, esses fármacos apresentam alguns efeitos adversos. A ocorrência desses efeitos depende da dose e do tempo de utilização dos mesmos, mas de uma maneira geral, pequenas doses são bem toleradas pela maioria dos pacientes. São eles: a hipertensão arterial, a hiperglicemia e a imunossupressão. Todos esses efeitos são facilmente revertidos com a redução ou suspensão da prescrição².

Para essa classe de medicamentos deve-se ter cautela ao suspender a medicação. O recomendado é reduzir a dose aos poucos para evitar complicações.

D-Neurolépticos

Os neurolépticos apresentam atividade ansiolítica, antiemética e sedativa, alteram a percepção da dor e revertem os transtornos psicóticos. São indicados no tratamento das anormalidades psiquiátricas, da dor associada à ansiedade, à agitação psicomotora ou à insônia que não melhora com o uso de benzodiazepínicos, de síndrome de retirada de opióides e na profilaxia de muitas afecções álgicas².

Os neurolépticos incluem-se entre os medicamentos adjuvantes, representados por fármacos originalmente utilizados para outras finalidades que não o tratamento da dor, mas que atuam melhorando o rendimento do tratamento analgésico, prevenindo a ocorrência de dor e revertendo os transtornos psíquicos, as anormalidades do apetite e do sono, dentre outras, e proporcionando bem-estar aos doentes².

São complicações associadas a esses medicamentos: sedação, sonolência, síndromes psicóticas, confusão mental, fenômenos extrapiramidais (síndrome parkinsoniana), redução do limiar convulsivo, hipertensão arterial, taqui ou bradicardia, síncope, retenção urinária, urticária, entre outras².

E- Adjuvantes

Considerar o uso de benzodiazepínicos ou relaxantes musculares quando há espasmo muscular; anti-hipertensivos, como o inibidor dos canais de cálcio para controlar tenesmos e outras dores espásticas, bifosfonatos de uso endovenoso aliviam a dor óssea e a ketamina usada por via subcutânea pode ser usada para dores que respondem fracamente aos opióides².

Conclusão

Com este estudo, foi possível concluir que é imprescindível que os profissionais de saúde que atendem pacientes com doenças auto-limitantes, progressivas e sem expectativa de cura, façam uma boa avaliação da doença, dos sintomas físicos e psicossociais para que se tenha uma adequada conduta no tratamento de alívio da dor. Deve-se ter acompanhamento constante da evolução do paciente por todos os membros da equipe e, sempre que necessário, realizar

modificações na conduta, conforme a progressão da doença e da resposta ao próprio tratamento farmacológico ou não-farmacológico proposto.

Os profissionais da equipe de saúde devem sempre estar atualizados das informações sobre medicamentos analgésicos disponíveis no mercado, e na possibilidade de criar novas formas farmacêuticas para alguns medicamentos, como é o caso da morfina em supositório que pode ser manipulada e fornecida a pacientes impossibilitados de receber medicamentos por outra via. Devem também ter processos e rotinas de trabalho, com unificação da linguagem entre os membros da equipe. Mas é importante lembrar que cada ser humano é único e deve ser tratado na sua individualidade para que viva dignamente os últimos dias da sua vida, dando mais vida aos dias e não mais dias à vida.

Referências

1. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.
2. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cuidado Paliativo**. 1ª ed. São Paulo: 2008
3. FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L. **Farmacologia Clínica: Fundamentos da Terapêutica Racional**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
4. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Cuidados Paliativos Oncológicos: Controle da Dor**. Rio de Janeiro: 2001.
5. SAKATA, R. K.; ISSY, A. M. **Fármacos para tratamento da dor**. Manole, 1ª edição, 2008.

ARTIGO 8

RISCOS DE QUEDA NO AMBIENTE DOMÉSTICO: A SEGURANÇA DO IDOSO SOB O OLHAR DO TERAPEUTA OCUPACIONAL

CAROLINA OLIVEIRA TIEPPO

GRADUADA EM TERAPIA OCUPACIONAL PELO CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO. TERAPEUTA OCUPACIONAL DA EQUIPE DE ATENDIMENTO DOMICILIAR DO GRUPO MAIS.
carolinatieppo@hotmail.com

VANIUSA SILVA ABADE

GRADUADA EM TERAPIA OCUPACIONAL PELO CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO. TERAPEUTA OCUPACIONAL DA EQUIPE DE ATENDIMENTO DOMICILIAR DO GRUPO MAIS.
vsabade@gmail.com

Introdução

O Brasil de hoje é um jovem país de cabelos brancos. “A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, cuja maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais” (VERAS, 2009, p. 549). Tendo em vista este contexto, o Brasil deixa de ser caracterizado por uma vasta população idosa com grandes índices de mortalidade e torna-se um país em que, futuramente, terá essa população como maioria. Porém, com o aumento da longevidade, ocorre o aumento das doenças que podem trazer como consequência riscos de quedas, limitações funcionais e, com isto, uma possível dependência.

Queda, segundo The Kellogg International Working Group, (1987) apud Skelton e Todd, (2004), é considerada um evento que resulta numa mudança de posição abrupta ficando sobre o chão ou em nível inferior. Pode ser também consequência de um golpe violento, perda da consciência, ataques súbitos de paralisia e ataques epiléticos. As quedas entre as pessoas idosas geram consequências como mortalidade, hospitalização, institucionalização, medo de cair, dentre outros (MARIN, 2010). Com isso, o idoso pode deixar de levar uma vida mais ativa devido ao medo e/ou disfunções gerados pela queda. Além disso, há um aumento nos custos decorrentes da busca por serviços de saúde e hospitalização (PERRACINI; RAMOS, 2006).

Os riscos de queda estão relacionados a fatores multicausais, que variam desde o estado de saúde do paciente, e a fatores externos como sociais e ambientais. (TODD; SKELTON, (2004); PERRACINI; RAMOS, 2002; RIBEIRO et al, 2008).

As quedas podem ser classificadas de diversas formas, conforme a frequência com que ocorrem. São divididas em queda acidental e queda recorrente. Na queda acidental, o indivíduo provavelmente não voltará a repetir o ato pois podem ser consequência da má conservação do ambiente, por exemplo, piso es-

corregadio ou presença de tapetes no chão. Já na queda recorrente, além desses fatores externos que a influenciam, a possibilidade de queda se intensifica ainda mais devido a “fatores etiológicos intrínsecos como doenças crônicas, polifarmácia, distúrbios do equilíbrio corporal, déficits sensoriais, dentre outros” (PER-RACINI, 2005, p.195).

Ao relacionar a população idosa com o risco de quedas, Mello (2007) separa em dois grandes grupos: os idosos mais sensíveis a quedas e os idosos saudáveis, com menos possibilidades de quedas. Os idosos mais sensíveis costumam cair em situações cotidianas, por exemplo, ao se levantar ou sentar. Já os idosos saudáveis caem quando realizam tarefas mais complexas e não habituais, que necessitam de um equilíbrio corporal maior, por exemplo, subir em banquinhos para pegar algum livro ou objeto em estantes.

Um estudo realizado por Fabrício e colaboradores (2004) relacionado a quedas com a população idosa mostrou que 54% de sua casuística referem-se a um ambiente inadequado, onde 66% ocorreram no próprio lar. Das pessoas que sofreram quedas, grande parte teve como consequências dificuldades de manutenção das AVDs. Diante deste fato, aumenta a preocupação e os interesses sobre os atendimentos oferecidos para essa população, desde ambulatoriais até domiciliares.

Objetivos

Esta Revisão Bibliográfica foi realizada com o intuito de aprofundar os estudos a respeito da presença de riscos de queda na população idosa. Propõe-se também a investigar e descrever a intervenção da terapia ocupacional na prevenção e redução de riscos de quedas junto a essa população.

Metodologia

Para investigar como os terapeutas ocupacionais intervêm dentro do trabalho com a população idosa visando prevenir e minimizar as quedas que ocorrem no dia a dia desses idosos, optamos por uma pesquisa qualitativa. Este estudo, portanto, caracteriza-se por ser uma pesquisa exploratória, o que visa um maior aprofundamento do tema.

A pesquisa exploratória pode ter o seu planejamento em forma de um estudo de caso ou de pesquisa bibliográfica. Esta última forma foi a escolhida para ser utilizada neste trabalho. Foi realizado um levantamento sobre o tema queda em idosos, terapia ocupacional e prevenção de quedas. A fonte de pesquisa engloba artigos científicos, livros, revistas, textos e as bases de dados eletrônicas BIREME e SCIELO no período de 2000 a 2010.

Resultados

Há pouca produção literária relacionada a Terapia Ocupacional e quedas. Foram encontrados materiais no site institucional do Hospital do Servidor Público (IAMSPE), distribuídos durante a Semana Mundial de Prevenção de

Quedas, e também textos escritos em livros, totalizando quatro produções.

Dos textos encontrados, pode-se concluir que o terapeuta ocupacional, dentro do contexto de trabalho com a população idosa, pode vir a ter uma vertente de sua intervenção voltada para a orientação dos comportamentos individuais, além de adaptações ambientes para a prevenção de riscos de quedas.

A importância da adaptação ambiental para a prevenção de quedas em idosos tem sido apontada não só no que diz respeito à remoção dos riscos como também ao uso de técnicas que mudem as atitudes dos idosos diante dos comportamentos arriscados (MELLO, 375 apud CAVALCANTI e GALVÃO, 2007).

Sobre a orientação quanto aos comportamentos dos idosos, ressalta-se a importância do idoso não se colocar em uma situação de risco, como por exemplo, subir em cima do telhado, subir em escadas para pegar algum objeto fora de seu alcance, andar nos cômodos de sua casa no escuro, andar de meias pela casa, carregar objetos pesados, ingerir bebidas alcoólicas em excesso, ingerir medicações em excesso, entre outros fatores.

Além disso, é importante orientar as adequações necessárias para impedir ou pelo menos diminuir os riscos encontrados no ambiente físico doméstico que podem ocasionar quedas. É de extrema importância que os idosos evitem pisos molhados (escorregadios), tapetes pela casa e móveis amontoados impedindo ou dificultando a passagem de um lugar para o outro.

Caso necessário, faz parte do papel do terapeuta ocupacional prescrever a utilização de faixas adesivas antiderrapantes em locais propícios a quedas e a utilização de barras de apoio no ambiente domiciliar como banheiro (perto do vaso sanitário, da pia, dentro do Box), corredores, cozinha e em acessos a áreas externas da casa, assim como corrimão, quando houver escadas.

Conclusão

A partir da experiência com os atendimentos domiciliares e a partir das leituras e pesquisas realizadas sobre os riscos de quedas que os idosos sofrem, foi possível verificar a grande importância do trabalho realizado por terapeutas ocupacionais dentro desse contexto.

Ou seja, através de uma intervenção de qualidade, na qual se incluem mudanças no ambiente de casa, reduzindo-se fatores de risco como a disposição de móveis, degraus, carpetes, assim como orientação nas mudanças de posicionamento e locomoção.

Ao traçar estratégias e encaixando-as no cotidiano dos idosos como meios de prevenção ou diminuição dos riscos de quedas, o terapeuta ocupacional pode sim contribuir para o bem estar físico, social e mental do paciente, considerando que, com fraturas ou déficits decorrentes de queda, todo o contexto bio-psico-social do indivíduo poderá ser comprometido.

Bibliografia

BAVIERA, Bruna et al. Orientações para Prevenção de Quedas. Disponível em: <http://www.geriatria-gerontologia.com.br/riscosdequeda.pdf>. Acesso em 16 Julho 2010.

BAVIERA, Bruna et al. Comportamentos de Risco de Quedas. Disponível em: <http://www.geriatria-gerontologia.com.br/comportamentosderisco.pdf>. Acesso em 16 Julho 2010.

BAVIERA, Bruna et al. Prevenção de Quedas no Ambiente Domiciliar. Disponível em: <http://www.geriatria-gerontologia.com.br/ambientedomiciliar.pdf>. Acesso em 16 Julho 2010.

FABRICIO, Suzele Cristina Coelho; RODRIGUES, Rosalina A Partezani; COSTA JUNIOR, Moacyr Lobo da. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 38, n. 1, Feb. 2004. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 Julho 2010.

MARIN, Pedro Paulo. Latin-American regional review on Falls in older people Centro de Geriatria y Gerontología UC, Chile. WHO Collaborative Centre Disponível em: <<http://www.who.int/ageing/projects/AMRO-Chile.pdf>> Disponível em 16/07/2010>. Acesso em 16 Julho 2010

MELLO, Maria Aparecida F. de. Terapeuta Ocupacional Gerontológica. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C.. Terapias Ocupacionais: fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 367-376.

PERRACINI Mônica Rodrigues; RAMOS Luiz Roberto. Fatores associados a quedas de idosos. Rev Saúde Pública. São Paulo, v. 36 n.6), 2002; p.709-16. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v36n6/13525.pdf>>. Acesso em 16 Julho 2010

PERRACINI, Monica Rodrigues. Prevenção e Manejo de Quedas. In: Ramos, Luiz Roberto; Toniolo Neto, J. (Org.). Guia de Geriatria e Gerontologia. 1a. ed. São Paulo: Manole, 2005, v. 1, p. 193-208.

RIBEIRO, Adalgisa Peixoto et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, Aug. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Julho 2010.

TODD Chris, SKELTON Dawn. What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Health Evidence Network report 2004. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/74700/E82552.pdf>. Acesso em 15 Julho 2010.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 3, Junho 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Julho 2010.

ARTIGO 9

CUIDADOS DOMICILIARES: INTERVENÇÃO DE TERAPIA OCUPACIONAL JUNTO A UM ADULTO COM SEQUELA DE AVE

VANIUSA SILVA ABADE

GRADUADA EM TERAPIA OCUPACIONAL PELO CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO. TERAPEUTA OCUPACIONAL DA EQUIPE DE ATENDIMENTO DOMICILIAR DO GRUPO MAIS.
vsabade@gmail.com

Introdução

Em 2004, os acidentes vasculares encefálicos (AVE) foram a segunda maior causa de morte no mundo, acometendo 5,71 milhões de pessoas. Dados da OMS (2004) apontam esta patologia entre as principais causas de morte e incapacidades, sendo a primeira causa de morte nos países em desenvolvimento (14,2%), a segunda nos países desenvolvidos (9,3%) e a quinta maior causa nos países subdesenvolvidos (5,6%). No Brasil, no ano de 2006, ocorreram aproximadamente 0,1 milhões de mortes decorrentes destas patologias. (Ministério da Saúde, 2008).

O acidente vascular cerebral é causado por uma interrupção súbita do suprimento sanguíneo no cérebro devido a um rompimento de um vaso chamado AVE hemorrágico, ou um bloqueio devido a um coágulo, chamado AVE isquêmico (OMS, 2008). Com isto, há a suspensão do aporte de oxigênio e nutrientes causando danos ao tecido cerebral, podendo resultar em um comprometimento neurológico focal ou global (OPAS, 2005). Resulta em déficits neurológicos temporários ou permanentes de variada intensidade (WADE, 2000 apud BRITO; RABINOVICH, 2008).

São fatores de riscos para a ocorrência do AVE: a obesidade, hereditariedade, hipertensão arterial, diabetes mellitos, tabagismo, sedentarismo, dentre outros (ALMEIDA e ARAÚJO, 2008) sendo a hipertensão arterial e o diabetes mellitos os fatores de maior importância por estarem relacionados à aterosclerose (Medicina Geriátrica, 2008). Quanto maior o número de fatores presentes no paciente, maior será a probabilidade deste vir a ter um AVE.

As sequelas do AVE resultam, muitas vezes, em comprometimentos motores ou sensitivos que causam mudança brusca no estilo e qualidade de vida do acometido, incapacitando-o para realização das atividades cotidianas. São características do déficit motor a hemiplegia ou hemiparesia do lado contrário ao lobo lesionado. A incapacidade funcional leva o indivíduo a uma dependência na execução de AVDs e impede-o de retornar ao trabalho. (LIANZA, 2002 apud ALZÉBIO e RABINOVICH 2006). Essas sequelas implicam no grau de dependência de 30 a 40% dos sobreviventes (FALCÃO et al, 2004). Em detrimento disto, há um elevado custo também no serviço de previdência pública e seguridade social.

Outro fator importante é a transformação no cotidiano familiar e no meio o qual a pessoa com sequela de AVE vive (BRITO; RABINOVICH, 2008; ALMEIDA; ARAÚJO, 2008). Uma vez com uma doença incapacitante, há uma mudança na dinâmica familiar da pessoa, sendo que esta alteração também interfere na sua recuperação. Muitas vezes o cotidiano familiar fica desorganizado (ALZÉBIO; RABINOVICH 2006), uma pessoa do núcleo familiar passa a se responsabilizar pelo paciente e este sofre sobrecargas e rupturas (BOCCHI 2004).

A intervenção do profissional deve ocorrer tanto junto ao paciente como junto às pessoas que o cercam para facilitar a reabilitação e reduzir o estresse familiar. Diversos são os profissionais que devem estar envolvidos na reabilitação (TEIXEIRA, 2007) como médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermagem, psicólogo, dentre outros, dependendo da demanda do indivíduo.

Apresentação da instituição/serviço

ProAtiva é uma empresa do Grupo MAIS voltada para o atendimento domiciliar de pessoas que, por algum motivo, precisam de cuidados de saúde, sem estarem necessariamente em um contexto hospitalar. Atualmente, fazem parte do corpo de profissionais da saúde enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais. A população alvo dos atendimentos é, principalmente, idosos e sequelados neurológicos.

Caracterização do trabalho/atividade a ser descrita

Neste relato de experiência é mostrada a atuação do profissional de terapia ocupacional na intervenção junto a um adulto hemiplégico decorrente de um AVE isquêmico ocorrido há sete anos, em atendimento domiciliar. Esta pessoa já passou por uma reabilitação física em centro de reabilitação especializado. A intervenção atual é uma atuação conjunta do terapeuta e paciente nos desafios cotidianos de seu lar.

A Terapia Ocupacional

A World Federation of Occupational Therapists (1993) define a Terapia Ocupacional como:

[...] Uma área da saúde que diz respeito a pessoas com diminuição, déficit ou incapacidade física ou mental, temporária ou permanente. O Terapeuta Ocupacional profissionalmente qualificado envolve o paciente em atividades destinadas a promover o restabelecimento e o máximo uso de suas funções com o propósito de ajudá-los a fazer frente às demandas de seu ambiente de trabalho, social, pessoal e doméstico e a participar da vida em seu mais plano sentido.

O terapeuta ocupacional é um profissional que busca resgatar a funcionalidade através da reabilitação ou de estratégias compensatórias, tendo como ferramenta as atividades.

Na população com sequelas de AVE, dentre as funcionalidades a serem resgatadas por este profissional podem ser citados os treinos de AVDs, AIVDs, adequação ambiental, adequação e prescrição de cadeira de rodas, prescrição e confecção de órtese e dispositivos facilitadores para o resgate de independência e/ou autonomia, dentre outros.

População alvo

Roberta, 39 anos, natural de Maceió, casou-se aos 16 anos e veio pra São Paulo aos 19 de idade. Mãe de 3 filhos sendo 2 mulheres, uma de 23 e outra de 19 anos e um rapaz de 15 anos. Em 2002, foi diagnosticada com insuficiência cardíaca. No mesmo ano realizou uma cirurgia para troca da válvula mitral. No momento da cirurgia sofreu um AVE isquêmico, que teve como consequência uma hemiplegia à esquerda. Após a recuperação da cirurgia, iniciou o tratamento de reabilitação no DMR-HC por sete meses, recebendo alta após este período. Houve recuperação dos movimentos de MIE, mas ainda com sequela (paresia) e nenhum ganho no MSE ficando este plégico. Neste centro de reabilitação Roberta também recebeu treino de locomoção com bengala, mas não aderiu ao uso. Antes do AVE trabalhava como agente comunitária na comunidade em que mora.. Após o AVE, Roberta não mais pôde exercer a profissão e nem cuidar das AVDS e AVIDs. Recebe auxílio do governo, o qual precisa renovar em períodos determinados. Não tem mais autonomia, passou a depender da família, que teve sua dinâmica alterada. O marido não lhe dá mais atenção. Os filhos não se envolvem muito com seus problemas. Somente o filho homem, que desde à época do AVE é quem cuida da limpeza da casa e das AVDs de Roberta, como troca de roupas e, inclusive, de absorvente íntimo.

Em maio de 2008 ela começou a ser atendida pela ProAtiva. Inicialmente, por médico e enfermeiro, e no final de 2009 iniciou o acompanhamento psicólogo uma vez ao mês. Em 2010, iniciou atendimento com a terapeuta ocupacional a cada quinze dias para uma reabilitação de AVDs e AVIDs no domicílio. Roberta mora em um cômodo pequeno que funciona como sala, quarto e cozinha. Divide a beliche com o filho. Há um pequeno banheiro com piso liso e escorregadio e um degrau de acesso. O acesso à casa é feito por pisos irregulares e uma escada não padronizada e sem corrimão. As filhas de Roberta não moram com ela, mas moram próximo. Ambas são casadas e cada uma tem uma filha, sendo uma de seis anos e outra de três meses de idade. Roberta é evangélica e somente frequenta a igreja quando o filho está em casa para levá-la. Exceto nestas ocasiões e quando vai ao médico, não sai de casa. Reclama que a família não lhe dá o apoio e a atenção necessária e que seu marido não a vê mais como mulher. Encontra-se desanimada e sem expectativas de melhora em sua vida.

Impacto da atividade/serviço junto à população alvo

A primeira visita da terapeuta ocupacional à casa de Roberta ocorreu em março de 2010. A partir daí, foram colhidas informações sobre suas principais demandas e expectativas. Roberta comenta sobre a história pregressa da sua patologia, a relação familiar conturbada, a dependência que tem do filho de 15 anos para se despir, vestir, trocar absorvente íntimo, ir à igreja. Quanto ao seu estado físico, reclama de sentir dores no ombro algumas vezes e que a sua mão esquerda

está mais rígida que antes. Ela possui uma órtese confeccionada há três anos, que não se adapta mais ao seu MSE. Roberta disse que não queria depender da ajuda de seu filho para realizar atividades tão pessoais como a troca de roupa, mas não acredita que possa melhorar.

A terapeuta observou no ambiente doméstico alguns fatores de risco que poderiam, a qualquer momento, causar acidentes, como degrau e piso escorregadio no banheiro, ausência de barras de segurança para o acesso de Roberta ao banheiro e ao ambiente externo da casa.

Com base em seu depoimento e na observação feita, foram traçados planos e metas para os atendimentos. Foi acordado com Roberta que seria trabalhado com ela o treino para troca de absorvente e vestuário (despir e vestir roupas), assim como a redução de risco de queda no ambiente doméstico. Como a visita se daria a cada quinze dias, seria realizado um treino novo a cada visita, tendo ela o espaço de 15 dias para praticar. Após 6 atendimentos, Roberta já tinha independência nas demandas trazidas por ela. Já não precisava mais da ajuda do filho para muitas atividades pessoais, como vestimenta. Após varias orientações e explicações, em uma decisão conjunta com a paciente, foi realizada a aplicação de produto antideslizante no banheiro. A órtese está sendo modificada para uma melhor funcionalidade e, enquanto isso, Roberta faz uso de dispositivos, como rolos de espuma, para evitar total flexão dos dedos. As barras e corrimão não foram colocados porque a família está pensando em se mudar para uma casa sem escadas. Além disso, a questão financeira pesa muito. Após adquirir autonomia e independência em algumas AVDs, ela já está mais animada. Já conversa melhor com a família e, segundo ela, “a família está me vendo como uma pessoa útil”.

Roberta está animada para continuar os treinamentos. Foi aplicada uma nova avaliação que trouxe mais algumas demandas a serem trabalhadas ao longo deste próximo semestre.

Considerações finais

Um dos principais problemas decorrentes do AVE não é somente a perda da função física mas a perda do sentimento de utilidade, tanto pela pessoa que teve o AVE como pela família que o acolhe neste momento. Isso gera um ciclo em que, ao final, o indivíduo pode não ter mais perspectivas de melhoras. Com isto, não percebe que pode utilizar funções remanescentes para retomar sua vida de uma forma diferente, produtiva e saudável. Cabem aos profissionais mostrar a esses indivíduos que ainda há possibilidades e, além disso, guiá-los para este caminho.

Além da reabilitação física em centro especializado, é importante a intervenção de um terapeuta ocupacional no ambiente em que a pessoa com sequelas de AVE vive. Uma vez que é neste ambiente que as reais necessidades deste indivíduo em seu dia a dia podem ser observadas, é ali também que se podem ver as barreiras tanto físicas como psicológicas que podem interferir na reabilitação total do paciente.

Com o tempo, espera-se que o indivíduo com sequelas de AVE consiga trilhar o caminho da sua própria vida, sozinho ou com ajuda, mas com autonomia.

Bibliografia

ALMEIDA, Mariangela da Silva de Almeida; ARAÚJO, Rita de Cássia Tibério. Resultados da Intervenção de Terapia Ocupacional no Cuidado ao Paciente após Acidente Vascular Encefálico, 2008. Disponível em <http://prope.unesp.br/xxi_cic/27_35135959807.pdf>. Acesso em 17 julho 2010.

BOCCHI, Silvia Cristina Mangini. Vivenciando a Sobrecarga ao Vir-a-Ser um Cuidador Familiar de Pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC): análise do conhecimento. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, fev. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000100016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 julho 2010.

BRITO, Eliana Sales; RABINOVICH, Elaine Pedreira. A família também adoece!: mudanças secundárias à ocorrência de um acidente vascular encefálico na família. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 12, n. 27, Dec. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000400009-&lng=en&nrm=iso>. acessos em 11 Julho 2010.

EUZÉBIO, Carlos José Vidal.;RABINOVICH, Elaine Pedreira. Compreendendo o Cuidador Familiar do Paciente com Sequêla de Acidente Vascular Encefálico. Temas em Psicologia, v.14, no 1, 63-79, 2006. Disponível em <<http://www.sbponline.org.br/revista2/vol14n1/pdf/v14n01a08.pdf>> acessos em 16 julho 2010.

FALCAO, Ilka Veras et al. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, v. 4, n. 1, mar. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000100009-&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 julho 2010.

MEDICINA GERIÁTRICA: Acidente Vascular Cerebral: Aspectos Clínicos. Disponível em <<http://www.medicinageriatrica.com.br/tag/hemiplegia/>> acessos em 14 julho 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE: Indicadores de Mortalidade, 2008 Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ldb2008/c08.def>> acessos em 17 Julho 2010.

OPAS (Organização Panamericana da Saúde), OMS (Organização Mundial da Saúde). Enfoque passo a passo da OMS para a vigilância de acidentes vascular cerebrais, 2005. Disponível em: <<http://www.paho.org/portuguese/ad/dpc/nc/steps-stroke.pdf>> acessos em 17 julho 2010

TEIXEIRA, Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira. Terapia Ocupacional Centrada no Cliente: uma Estratégia para a Reabilitação do Idoso com Hemiparesia: Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 20, número 003, 2007. Universidade de Fortaleza Fortaleza, Brasil; p 189-192

WORLD HEALTH ORGANIZATION: The top 10 causes of death, 2004. Disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html>> acessos em 13 julho 2010

WORLD HEALTH ORGANIZATION: Stroke, Cerebrovascular Accident, 2004. Disponível em <http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/> acessos em 14 julho 2010.

A CONTRIBUIÇÃO DA PSICOLOGIA EM UM PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: UM ESTUDO DE CASO

DÉBORA CRISTINA ROMUALDO NOZZELLA

GRADUADA EM PSICOLOGIA PELA UFMS. ESPECIALISTA EM PSICOLOGIA HOSPITALAR. PSICÓLOGA DA EQUIPE DE ATENDIMENTO DOMICILIAR DA PROATIVA.
debora.nozzella@uol.com.br

Introdução

Um serviço de atendimento domiciliar tem-se tornado cada vez mais socialmente importante, principalmente quando observamos a população idosa e/ou de doentes que não podem abandonar o domicílio em busca de uma assistência em saúde adequada ou de uma saída para o isolamento frequentemente imposto. Estas questões tornam necessária a reflexão sobre a disponibilidade e possibilidade desse tipo serviço na sociedade brasileira. Esse artigo se propõe a uma reflexão sobre o processo de adoecimento e envelhecimento e também traz o relato da experiência de parte de uma equipe de atendimento psicológico domiciliar sob a luz da psicanálise de modo que se possa pensar sobre sua importância.

O processo de adoecimento pode ser analisado segundo muitos focos e em psicologia tentamos trabalhar segundo o foco do sujeito, seus sentimentos e emoções despertados quando se adoecer e impactos em sua vida desse ataque ao corpo, enfim as manifestações subjetivas da doença.

Podemos dizer que vivemos em estado de sonolência em relação ao nosso corpo, o que pode se chamar de silêncio dos órgãos visto que não os percebemos até recebermos um alerta de que algo não vai bem. Assim, a doença se manifestaria para comunicar que temos um corpo que pode apresentar falhas, não somos imortais, podemos morrer e que passamos a não ser mais “donos” de nosso próprio corpo visto as limitações impostas por um corpo doente em toda a nossa vida. (BOTEGA, 2002)

Atualmente o processo de adoecimento ainda é considerado misterioso ao ser humano, sendo natural a busca por explicações para o fato do corpo “falhar”. Para muitos a doença pode ser vista como apenas mais um dos muitos fenômenos que acontecem em nossas vidas todos os dias, parte da nossa história e do nosso destino, mas nem sempre essa percepção é suportável ou suficiente para o paciente, ocorrendo a busca de respostas tanto biológicas como divinas para o adoecer, resultando muitas vezes em culpabilização do paciente (HERRMAN, 2007). Esta situação pode ser vista em relação a todas as doenças, mas em casos como o câncer, por exemplo, ela fica ainda mais evidente.

Em relação ao atendimento psicológico, o que se pode notar é que muitas vezes a demanda do paciente adoecido é um pedido de voltar à condição anterior de “silêncio dos órgãos”, quando o corpo não se fazia notar, não estava marcado

pela inquietação, pelo sem-sentido, e pela possibilidade de finitude. (SANTOS, 2007)

Uma doença pode ser considerada uma interrupção no curso da vida visto que ela e suas limitações intrínsecas influenciam fortemente no estilo de vida e atividades diárias do paciente. É notório que não podemos continuar a vida como era antes, ficamos de certa forma congelados em nossa existência tanto em relação às nossas atitudes e comportamentos, quanto em relação aos nossos interesses e relacionamento com as pessoas, sendo comum também uma descrença em relação ao futuro.

“... uma pessoa atormentada por dor e mal-estar orgânico deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito a seu sofrimento. Uma observação mais detida igualmente nos ensina que ela também retira o interesse libidinal de seus objetos amorosos: enquanto sofre, deixa de amar.” (Freud, 1914, v.XIV, p. 98)

Assim, podemos pensar no adoecimento como uma frustração, um abalo a um sujeito que se pensa imortal, a marca da impotência que muitas vezes não pode ser superada, mesmo com sinais de melhora do corpo.

No caso de doenças crônicas, como as cardíacas, estas geram uma condição indesejável e persistente. Ocorre a luta inicial do paciente, a experiência e verificação de que este é um curso inevitável, esforços que se demonstram ineficazes, gerando sentimentos de perda de esperança e falta de ajuda possível, fazendo com que o paciente acredite que sua vida depende apenas da fé e de sua sorte. O sentimento de impossibilidade de assumir controle sobre sua própria vida, não apenas nos aspectos físicos, mas também nos problemas sociais ou financeiros que a limitação imposta pela doença instalou, podem predispor o paciente à depressão (ROMANO, 2001). Sendo que efeitos indiretos do adoecer orgânico na depressão não podem ser explicados através da perspectiva social, ocupacional, ou pessoal, mas da interação de todos os setores da vida do paciente.

Muitas são as formas de se lidar com a doença e com a carga emocional que ela desperta, o que chamamos de mecanismos de defesa. Através deles podemos tanto negar o fato de estarmos doentes ou a gravidade da nossa enfermidade como regredir a etapas anteriores do nosso desenvolvimento para lidarmos com maior facilidade com a situação, ou mesmo deslocarmos nossa frustração contra membros da equipe de saúde.

Assim, reações como depressão e/ou ansiedade em virtude do luto pela “vida perdida”, das limitações impostas pela doença, da troca dos papéis dentro da família, sensação de proximidade da morte, sentimento de peso na família, ausência de compreensão da situação tanto por parte do paciente quanto dos seus familiares, dentre outras motivações, não raro são ignoradas pelos familiares e cuidadores do paciente.

A forma como um paciente reagirá a esse adoecimento depende de muitos fatores, como sua vivência e história até o momento do adoecimento, suas crenças, sua personalidade, fatores psíquicos e emocionais, capacidade de tolerar frustrações, vantagens e desvantagens encontradas em estar doente, projetos de vida, presença ou não de suporte social e o tempo que a limitação imposta pela

doença persistirá. Há evidências de que a gravidade de uma doença crônica não tem relação com o impacto psicológico que esse adoecimento exerce no sujeito; o impacto maior está relacionado às crenças e valores do paciente e outras pessoas do seu meio pelo mal vivido. (ROMANO, 2001) É preciso verificar também que muitas vezes as reações emocionais não respondem à limitação física do paciente, e que estes valorizam muito mais as dificuldades afetivas e familiares que surgiram por intermédio do adoecimento.

Portanto, é de extrema importância dar voz ao paciente e tornar possível que ele externalize seus medos, suas preocupações, seus problemas, e assim possa ocorrer uma melhora no seu quadro de saúde global e motivação para adesão aos cuidados de saúde, melhora do corpo e para a continuidade da vida mesmo com todas as limitações que possam persistir. Estes são alguns dos trabalhos que podem e devem ser executados pelo psicólogo dentro da equipe multidisciplinar em atendimento domiciliar.

Objetivos

Este artigo tem como objetivo demonstrar a experiência de uma psicóloga junto a uma equipe multidisciplinar e observar a importância da assistência domiciliar ao paciente quando há impossibilidade deste buscar outro tipo de cuidados de saúde.

A assistência domiciliar hoje em dia torna-se cada vez mais frequente tanto com o objetivo de redução de custos em internações hospitalares, minimização de riscos como infecções hospitalares, como para a melhoria do tratamento e reabilitação do paciente em um ambiente que lhe seja familiar, seguro e acolhedor, sendo visto como uma prática de saúde mais humanizada. Aqui temos como humanização das relações entre usuários e profissionais de saúde, o reconhecimento de que o paciente é dotado de desejos, necessidades e direitos.

Compreende-se que as ações voltadas para a satisfação das necessidades dos usuários carregam consigo um significado de humanização da assistência, visto que não é um trabalho desenvolvido de forma descolada da realidade e sim estruturado para ser desenvolvido de acordo com a potencial clientela dos serviços de saúde (KERBER et al., 2008). Com o serviço de assistência domiciliar é possível para nós, profissionais de saúde, uma maior integração com o paciente e sua família, a individualização dos cuidados, privacidade e humanização da assistência.

Além da possibilidade de uma assistência mais humanizadora, vários autores confirmam que pacientes assistidos no domicílio têm uma boa evolução em sua doença e demonstram satisfação com o serviço prestado. (REHEM e TRAD, 2005)

Neste âmbito da assistência domiciliar, a população idosa em franco aumento no mundo inteiro constitui a sua maioria e merece um olhar diferenciado visto que, com o aumento da sobrevida, há um aumento de pacientes sofrendo de doenças crônicas, levando a constantes internações por problemas de saúde, ou também por conflitos sociais e familiares como solidão, conflitos que adquirem papel de agravador da doença do paciente levando a mais internações.

Assim, com a inserção do psicólogo na equipe de assistência domiciliar, é possível reconhecer o paciente como um todo, em seu ambiente, suas crenças,

seus relacionamentos com familiares e amigos. Através de um trabalho humanizado da psicologia é possível dar voz e significados a todos esses problemas para melhorar a qualidade de vida e diminuir as internações hospitalares.

Metodologia

No trabalho de assistência domiciliar, busca-se propiciar um contato mais estreito entre profissionais de saúde, com o paciente e seus familiares. Nesta relação é possível uma avaliação de todas as condições que cercam o paciente, condições estas muito importantes para o sucesso no tratamento (PASKULIM e DIAS, 2002).

Através das atividades de atendimento domiciliar busca-se a realização de ações educativas, orientação, demonstração de procedimentos técnicos a serem executados pelo paciente, familiar, ou cuidador, assim como ações assistenciais como a execução de procedimentos técnicos pela equipe no domicílio. Assim, o atendimento domiciliar visa a prevenção de um agravamento à saúde, a manutenção da mesma através de elementos que fortaleçam os fatores positivos do paciente e, concomitantemente, a recuperação do paciente já adoecido ou com alguma sequela. (LACERDA ET AL, 2006). Assim, não se trata apenas de um tratamento padrão, apenas cuidados com o paciente, mas busca também enfatizar sua autonomia e realçar suas habilidades em seu próprio ambiente – o domicílio (DUARTE e DIOGO, 2000).

Como psicólogos, cuidamos da reabilitação e manutenção psíquica e emocional do paciente e de seus familiares, principalmente em questões que dificultam a adesão aos cuidados da equipe e interferem na evolução do tratamento do paciente. Assim, entre as atividades do psicólogo em home care estão a manutenção do estado psíquico e emocional do paciente; suporte emocional ao paciente, familiar e cuidador; atividades psico-educativas e de orientação; acolhimento dos sentimentos do paciente e familiares frente ao adoecimento e suas repercussões, entre outras atividades.

Quando o psicólogo bate à sua porta: relato de um caso clínico

Como exemplo, poderemos observar neste artigo o caso clínico de H., homem de 87 anos acompanhado pela equipe de atendimento domiciliar da Proativa, atendido por mim há cerca de um mês e que tem previsão de acompanhamento psicológico domiciliar semanal.

H. dedicou toda sua vida aos cuidados dos outros em sua profissão, que também era voltada para a área da saúde. Ex-tabagista, casado, com filhos que não residem com ele atualmente, tem histórico de doenças cardíacas resultando em morte na família. H. já passou por mais de cinco infartos do miocárdio ao longo da vida, teve um acidente vascular cerebral em 1992, é portador de marca-passo, tem arritmia, fibromialgia, miastenia, e como sequelas de tantas intercorrências, apresenta deficiências auditivas, visuais, respiratórias, muito engasgo ao se alimentar e anda apenas com auxílio de andador, entre outras complicações.

No entanto, os impactos das doenças na vida de H. vão muito além das sequelas corporais. Em virtude de todas essas intercorrências e seqüelas, o paciente foi obrigado a se aposentar e abandonar uma profissão que o realizava. Sua vida atual é restrita ao domicílio, pois tem muita dificuldade em sair de casa

e em virtude de suas limitações consegue fazer poucas das coisas que lhe davam prazer anteriormente, como por exemplo, longas viagens.

Como reação a todas essas intercorrências, a percepção do paciente sobre seu próprio estado de saúde, seu histórico de vida e a restrição ao domicílio tem deixado o paciente muito depressivo, ansioso, preocupado, sendo notórias uma real desesperança em relação à continuidade da vida e a crença de que não são possíveis atitudes e ações prazerosas no estado atual em que se encontra. Mesmo com o acompanhamento de H. ainda no início, muitas questões já puderam ser observadas e apontadas ao paciente, sendo que este se encontra muito receptivo e colaborativo com a continuidade do atendimento psicológico, um ponto muito favorável para o sucesso do atendimento.

Resultados

Mesmo apenas com os atendimentos iniciais já é possível pensar primeiramente que mais do que sequelas físicas, o AVC deixou sequelas na vida profissional do paciente, que foi submetido a uma aposentadoria compulsória. Sua vida financeira sofreu um grande abalo, sentido também na vida familiar, onde houve mudanças drásticas visto que hoje o paciente precisa de ajuda para fazer até mesmo coisas consideradas simples anteriormente. Mesmo contando com cuidadores contratados, houve uma séria mudança nos papéis cristalizados dentro da família, que precisou ser re-estruturada: agora, sua esposa auxilia nos seus cuidados e é a maior responsável pela casa e por H.

Tanto a perda do emprego, parte muito importante e valorizada da sua vida, quanto o sentimento de estar limitado, incapaz de fazer coisas sozinho, estar entregue aos cuidados dos outros e perder o controle sobre o próprio corpo, desencadeiam reações no paciente levando a um grande abalo na auto-estima e depressão, haja vista a visão que o paciente passa de si mesmo, seus sentimentos e emoções trazidos no atendimento, e sua clara desesperança em relação ao futuro.

Um aspecto que chama a atenção no caso é a familiaridade que o paciente tem com seus sintomas tanto por sua profissão quanto pelo histórico de sua família. Essa intimidade com os sintomas fazem com que ele mesmo identifique as horas em que está piorando, ou que pode morrer. Tendo em vista os infartos repetitivos, podemos perceber a relação do paciente com estes. H. pode perceber quando vão acontecer, se organiza em torno de uma expectativa de que ocorram novamente, e que “deste não passa” (sic). Sua atenção e ansiedade aumentam em relação aos sinais e sintomas que conhece, o que intensifica ainda mais seu medo. Essa miscelânea de sentimentos certamente tem poder agravador no seu estado de saúde físico. O paciente aguarda, e podemos dizer que em alguns momentos até mesmo deseja esse último infarto.

Durante os atendimentos com H., foi possível dar-lhe voz, ampará-lo em questões que normalmente não são percebidas, e auxiliá-lo no confronto com seus pensamentos e atitudes diante da vida. Com esse trabalho, objetiva-se a melhora de seu estado psíquico e emocional, uma melhora do convívio familiar com o paciente e, consequentemente, uma melhora do seu estado de saúde global.

Benefícios buscados com o acompanhamento psicológico deste paciente são modificação de pensamentos e crenças em saúde e em relação a si mesmo;

apontamento e manejo dos sentimentos e comportamentos relacionados à sua limitação física, entre outros. Com essas mudanças, é possível aumentar a motivação e adesão do paciente para os cuidados em saúde, torná-lo mais ativo e participativo em relação ao seu tratamento, aumentar sua auto-estima, e superar o estado depressivo para que, finalmente, ele possa reassumir o controle da vida e descobrir que ainda vive, mesmo com o sentimento atual de que a morte está ao lado.

Conclusão

A inserção do psicólogo na equipe multidisciplinar que se propõe a assistir um idoso ou incapacitado em seu domicílio cumpre com o objetivo humanizador do tratamento em saúde. No caso da nossa equipe de atendimento psicológico domiciliar, a presença de outros profissionais psicólogos de diferentes abordagens e constante discussão dos casos com outros profissionais de saúde enriquece e acrescenta ainda mais o serviço que busca sempre repensar sua atuação, de forma que as ideias não se invalidem mas se complementem.

É possível ver no caso de H. que as dores que uma doença pode trazer vão muito além do corpo: tomam conta de toda a vida do sujeito. Através de um trabalho que busque assistência ao paciente em seu domicílio é possível oferecer suporte psicológico, amparo e reconhecimento do paciente como um indivíduo que deseja e que sonha... Mesmo que esteja restrito à cama ou ao domicílio, temporariamente ou não, ele pode vislumbrar novos caminhos e oportunidades de vida, e se reposicionar diante da doença e da incapacidade.

Isso se torna de extrema importância ao sujeito que não vive o presente, ou o vive sem uma qualidade de vida satisfatória. A partir do momento que ele pode expressar esse sentimento de que não há vida, compartilhá-lo e ser amparado em seu sofrimento psíquico, ele poderá sentir-se compreendido, valorizado em sua real capacidade e assim se reposicionar em relação à sua doença e à velhice.

Referências

- BOTEGA, N.J. Prática Psiquiátrica no Hospital geral: Interconsulta e Emergência. Ed. Artmed, 2002.
- FREUD, S. Sobre o narcisismo: Uma introdução. (1914). In: SALOMÃO, J. (Coord.). Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1969-1980. v. XIV p. 75-108.
- HERMANN, F.A. Psicologia, Doença e Destino. In: Adoececer: As Interações do doente com sua doença- 2ª Edição, QUAYLE, J. e LUCIA, M.C.S., Editora Atheneu, São Paulo, 2007.
- KERBER NPC, KIRCHHOF ALC, CEZAR-VAZ MR. (2008) Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária. Texto Contexto Enferm, Abr-Jun; 17(2):304-12.
- REHEM, T.C.M.S.B e TRAD, L.A.B. (2005) Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Ciência & Saúde Coletiva, 10(sup): 231-242.
- PASKULIN, L. M.; DIAS, V. R. (2002) Como é ser cuidado em casa: as percepções os clientes. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 55, n. 2, p. 140-145.
- ROMANO, B.W. Psicologia e Cardiologia: Encontros Possíveis. Ed. Casa do Psicólogo, 2001.
- SANTOS, N.O. Quando o corpo se faz despertar. In: Adoececer: As Interações do doente com sua doença- 2ª Edição, QUAYLE, J. e LUCIA, M.C.S., Editora Atheneu, São Paulo, 2007
- LACERDA, M.R.; GIACOMOZZI, C.M.; OLINISKI, S.R.; TRUPPEL, T.C. (2006) Atenção à saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. Saúde e Sociedade v.15, n.2, p. 88-95.

DEPRESSÃO NO ENVELHECIMENTO: ESPECIFICIDADES EM SUA ETIOLOGIA E SINTOMATOLOGIA

GLORIA TEIXEIRA NICOLOSI

PSICÓLOGA FORMADA PELA PUC-SP. MESTRANDA EM GERONTOLOGIA PELA UNICAMP. PSICÓLOGA NO HOSPITAL PREMIER.
glorianicolosi@yahoo.com.br

Introdução

A etiologia da depressão na velhice associa-se a uma conjuntura de fatores biológicos, psicológicos e sociais. A literatura psiquiátrica e gerontológica sobre o assunto aponta significativas relações entre sintomas depressivos e fatores como: o elevado número de comorbidades clínicas, o declínio da capacidade funcional e da autonomia, alterações no sistema nervoso central, perda de status socio-econômico (Blazer, 2003).

Desta forma, a depressão na velhice surge como um fenômeno multifatorial a ser investigado em sua complexidade de variáveis. O objetivo deste estudo é realizar uma breve revisão bibliográfica sobre as especificidades da sintomatologia e etiologia da depressão entre os idosos. Utiliza como metodologia o levantamento bibliográfico da literatura gerontológica sobre a questão.

Especificidades da depressão na velhice

Os transtornos depressivos nos idosos revelam singularidades na apresentação de sua sintomatologia. Entre eles, são frequentes as queixas somáticas, maiores índices de distúrbios psicomotores, tais como agitação ou letargia, baixa frequência de antecedentes familiares de depressão e pior resposta ao tratamento (Ballmaier et al., 2008).

Segundo alguns pesquisadores, a distímia é a forma de depressão mais comum entre idosos e a que tende a aumentar com o avanço da idade, principalmente no gênero feminino. É um distúrbio crônico do humor que raramente surge pela primeira vez após o 60 anos, mas que pode persistir da idade adulta à velhice (Blazer, 2003). Alguns autores caracterizam essa alteração de humor nos idosos como a “síndrome da depressão sem tristeza”, possuindo como sintomas a apatia, retração e falta de vivacidade. De acordo com alguns autores, a etiologia da distímia na velhice pode correlacionar-se à vivência de situações de estresse crônico, doenças crônicas e incapacidades funcionais (Riso et al., 2002).

No entanto, tais comportamentos - diminuição do contato social, aparente apatia e menor expressão emocional - também podem representar estratégias adaptativas bastante comuns entre os idosos. A teoria da seletividade socio-emocional formulada por Carstensen (1991) expõe esse declínio nas interações sociais e mudanças no comportamento emocional como um necessário processo adaptativo.

Segundo a teoria, com o avanço dos anos existe uma tendência aos idosos apresentarem uma mudança na perspectiva temporal advinda da percepção da redução do tempo de vida. Frente a esse processo, ocorre um movimento adaptativo de selecionar metas, parceiros e formas de interação com o objetivo de otimizar os recursos internos disponíveis. São frequentes no envelhecimento a diminuição nos níveis de alerta e intensidade de respostas emocionais que possibilitam aos idosos, justamente, poupar recursos internos e otimizar seu funcionamento afetivo e social. Tornam-se mais relevantes o relacionamento seletivo com pessoas que ofereçam experiências emocionais significativas, do que a descoberta e ampliação de redes sociais, experiências emocionais e busca de status (Carstensen 1991; Neri, 2006).

Essa maior tendência ao encolhimento da rede social e menor resposta emocional aos estímulos externos presentes nesta fase devida, podem muitas vezes ser confundidos com alguns dos sintomas depressivos. O grande desafio diagnóstico de sintomatologia depressiva entre idosos seria, justamente, obter esse discernimento de comportamentos considerados particulares, adaptativos à idade, daqueles comportamentos disfuncionais indicativos da patologia.

A aprofundada investigação clínica e de história de vida de cada indivíduo fornece dados importantes para esse intento. Além disso, a literatura gerontológica científica sobre o assunto dispõe de importantes esclarecimentos e aprofundamento sobre essa confluência de fatores de risco para a etiologia de sintomas depressivos e particularidades deste diagnóstico aos idosos.

O surgimento precoce ou tardio (após os 60 anos) dos sinais desses transtornos pode influenciar em sua etiologia e sintomatologia, principalmente pelo fato de a depressão na velhice frequentemente surgir concomitante a comorbidades físicas e psicológicas. Sua manifestação é frequente na presença de doenças crônicas, tais como, diabetes, patologias cardíacas e males reumáticos. Existe uma tendência da depressão estar aliada à queda na capacidade funcional e independência e diminuição da qualidade de vida advindas de uma confluência de patologias no idoso (Ballmaier et al., 2008).

A presença de comorbidades clínicas, principalmente relacionadas ao sistema nervoso, pode influenciar na sintomatologia dos transtornos depressivos. Observou-se a robusta relação entre o alto risco para disfunções cognitivas e a depressão de início tardio, levando alguns pesquisadores a enfatizar as disfunções cognitivas como preditoras desses transtornos em idosos (Butters, 2004). Como exemplo, aponta-se a depressão denominada vascular, resultante de áreas cerebrais lesionadas.

Este tipo de caso é mais comumente encontrado em idosos, pois está associado a disfunções cognitivas e a lesões nas regiões subcorticais do cérebro (Alexopoulos, 2002; Jorge e Moser, 2008). Estima-se que 54% dos casos de início tardio encontram-se dentro dos critérios de depressão vascular. Para esse tipo específico, o aumento da idade é diretamente proporcional à prevalência. São observadas alterações relacionadas às áreas lesionadas responsáveis por alterações em velocidade de processamento das informações, orientação visual e espacial, velocidade de marcha, memória de reconhecimento e, em especial, relacionadas às funções executivas (Jorge e Moser, 2008).

Estudos apontam que a prevalência de sintomas como desinteresse geral

pelas atividades cotidianas e grande inibição psicomotora é maior em idosos com depressão de etiologia vascular (Salloway, 1996; Jorge e Moser, 2008). Faz-se necessário enfatizar que tanto alterações cognitivas quanto sinais depressivos podem ser decorrentes de alterações vasculares. Em contrapartida, a manifestação de um quadro depressivo também pode apresentar como sintomatologia o rebaixamento da atenção e da motivação, contribuindo para um pior desempenho cognitivo. A direção da relação causal ainda demanda novas investigações.

Diferentes pesquisas demonstraram elos entre alterações no hipocampo e a prevalência de depressão em idosos. O volume diminuído e menor tempo de relaxamento da atividade hipocampal (mensurados por exames clínicos) em pessoas nessa faixa etária seriam variáveis associadas à depressão de início tardio. Também estaria associada ao aumento do risco de demência (Taylor et al., 2006).

Outro tipo de sintoma comum na população idosa são os sintomas psicóticos. Tal manifestação mostra-se responsável por 20 a 45% das internações de pacientes norte-americanos idosos deprimidos, estando associada, na maioria dos casos, à doença de Alzheimer (Blazer, 2003). Sua sintomatologia apresenta singularidades, como humor deprimido, isolamento social, ausência de apetite e de sono, distúrbios psicomotores, irritabilidade, fadiga, sentimentos de desvalia e ideação suicida. Além disso, demanda difícil adaptação tanto por parte do idoso quanto da família pois, com frequência, ocorrem manifestações de comportamentos inesperados e agressivos e perda do sentido de autoidentidade por parte do idoso (Blazer, 2003).

Conclusão

A sintomatologia da depressão nos idosos apresenta peculiaridades quando comparada a sua forma de apresentação em outras faixas etárias tanto em termos de etiologia, quanto à sua evolução e tratamento. O grande desafio ocorre pela necessidade de serem consideradas variáveis e contingências sociais, físicas, emocionais características desta população. (Tavares, 2004).

Desta forma, seu diagnóstico deve ser o mais amplo possível devendo abranger a investigação de suas múltiplas variáveis. A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10, 1994) e o Manual Estatístico e de Diagnóstico de Doenças Mentais (DSM-IV, 1995) são importantes parâmetros científicos para esse diagnóstico, que devem ser complementados com escalas de rastreio específicas à população idosa como a Geriatric Depression Scale (Yesavage, 1983) e entrevistas clínicas que abordem aspectos familiares, históricos, cognitivos e funcionais do indivíduo atendido.

Referências

- ALEXOPOULOS G.S. Frontostriatal and limbic dysfunction in late-life depression. *American Journal of Geriatrics Psychiatry*, v.10, p.687-695, 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- BALLMAIER M. et al. Hippocampal Morphology and Distinguishing Late-Onset From Early-Onset Elderly Depression. *Am J Psychiatry*, v.165, n. 2, p.229-237, 2008.

- BLAZER D.G. Depression in Late Life: Review and Commentary. *Journal of Gerontology Society of America Biological Medical Sciences*, v.58, n.3, p.249-265, 2003.
- BUTTERS M.A et al. The Nature and Determinants of Neuropsychological Functioning in Late-Life Depression. *Arch Gen Psychiatry*, v.61, n.6, p.587-595, 2004.
- CARSTENSEN L.L. Socioemotional selectivity theory: social activity in lifespan context. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, v.11, p.195-217, 1991.
- JORGE R.E et al. Treatment of Vascular Depression Using Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation. *Arch Gen Psychiatry*, v.65, n.3, p.268 – 276, 2008.
- KRISHNAN K.R.R. et al. Clinical characteristics of magnetic resonance imaging–defined subcortical ischemic depression. *Biol Psychiatry*, v.55, n.4, p.390-397, 2004.
- NERI A.L. O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e Envelhecimento. *Temas de Psicologia*, v.1, n.14, 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CID-10 : Classificação Internacional de Doenças. São Paulo: EDUSP, 1994.
- RISO L.P. et al. The search for determinants of chronic depression: a review of six factors. *Journal of Affective Disorders*, v.70, p.103-115, 2002.
- SALLOWAY S. et al. MRI and neuropsychological differences in early and late life onset geriatric depression. *Neurology*, v.46, p.1567-1574, 1996.
- TAYLOR W.D. et al. Influence of serotonin transporter promoter region polymorphisms on hippocampal volumes in late-life depression. *Arch Gen Psychiatry*, v.62, n.5, p.537 – 544, 2005.
- YESAVAGE J.A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.*, v.17, n.1, p.37-49, 1983.

ATENDIMENTO DOMICILIAR – UM ENFOQUE PSICOLÓGICO DA PRÁTICA DA TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL

LETÍCIA FERREIRA DA MOTTA

GRADUADA EM PSICOLOGIA, COM FORMAÇÃO EM TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL (CPCS-SP). FORMAÇÃO EM PSICOGERONTOLOGIA (PUC-SP) E FORMAÇÃO EM ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA AO IDOSO (UNIFESP).

mottapsico@gmail.com

“Envelhecer é simplesmente passar para uma nova etapa da vida que deve ser vivida da maneira mais positiva, saudável e feliz possível”

Guite I. Zimmerman

Introdução

Os progressos experimentados por todas as áreas do conhecimento humano têm possibilitado prolongar a expectativa de vida, porém não livraram os idosos das afecções, deficiências e incapacidades. Realmente o indivíduo, com o progredir da idade, apresenta modificações biológicas, fisiológicas, cognitivas, patológicas e socioeconômicas que necessitam atenção especial e de complexidade constante (Duarte & Diogo 2005).

Os idosos constituem a população mais acometida pelas doenças crônicas. A incidência de doenças como hipertensão arterial, diabetes, câncer e patologias cardiovasculares eleva-se com a idade. Esse aumento parece dever-se a interação entre fatores genéticos predisponentes, alterações fisiológicas do envelhecimento e fatores de risco modificáveis como tabagismo, ingestão alcoólica excessiva, sedentarismo, consumo de alimentos não saudáveis e obesidade (Quadrante, 2005).

Nos cuidados específicos ao paciente idoso, com todas as suas particularidades e presença frequente de várias doenças associadas, torna-se ainda mais importante a educação em saúde e uma abordagem holística. É importante que o idoso tenha informações sobre as doenças existentes, prevenção e tratamento, para que possa realmente sentir o quanto ele pode fazer por si mesmo. Os profissionais de saúde também devem contemplar o todo, o ser bio-psico-social (Quadrante, 2005).

O presente trabalho tem por finalidade mostrar a atuação do psicólogo no domicílio através da intervenção da terapia cognitiva comportamental, enfocando diretamente o comportamento a ser modificado e o ambiente onde esse comportamento ocorre, em vez de investigar variáveis internas ou associadas à personalidade. E ainda, elucidar algumas das técnicas cognitivas e comportamentais que são realizadas nas sessões estruturadas no domicílio utilizando instrumentos padronizados.

Objetivos

Os serviços de apoio domiciliário devem contribuir para a melhora de vida dos indivíduos e familiares; contribuir para retardar ou evitar a institucionalização; assegurar aos indivíduos e familiares a satisfação de necessidades básicas; prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos indivíduos e familiares de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar; colaborar na prestação de cuidados de saúde (Grilo, 2006). E ainda, ter um olhar atento à pessoa que cuida, entender o cuidador como uma pessoa envolvida no processo de “cuidar do outro”, como um indivíduo que necessita também de cuidados, atentar para as suas peculiaridades e necessidades, avaliando a sua saúde física e psicológica.

A psicologia integrada no serviço de apoio domiciliário deve intervir majoritariamente na população idosa em situações de risco e de perda, prevenindo-as ou trabalhando-as quando são um fato e já estão instaladas. Assim, para se intervir de uma forma eficaz junto ao idoso, o psicólogo deverá centrar-se não apenas na patologia e nos aspectos relativos à personalidade, mas sim ter uma visão global e abrangente da pessoa e das redes de suporte social e familiar, de forma a poder salientar e trabalhar os aspectos positivos.

No fundo, será importante o psicólogo averiguar as situações, no sentido de adequar uma resposta as necessidades do indivíduo, aumentando, com isso, a sua autonomia e independência. Geralmente, os profissionais de saúde tendem a perceber o paciente de uma forma muito objetiva, sempre associada à sua área de intervenção; contudo, o psicólogo poderá trazer alguma subjetividade do próprio paciente aos outros elementos da equipe, aos cuidadores e à família. Seria importante que o psicólogo fosse igualmente um facilitador na comunicação entre a equipe e os pacientes, familiares e cuidadores.

Metodologia

Sendo o domicílio um ambiente privativo e, portanto, impregnado de particularidades da vida do paciente e daqueles que com ele residem, exigirá do psicólogo um cuidado especial quanto ao tipo de vínculo que será estabelecido, de modo a que sejam preservados os objetivos e limites de seu trabalho (Duarte & Diogo 2005).

Através da anamnese o psicólogo centra-se numa entrevista com o idoso, familiares e pessoas com quem vive, sendo que o conteúdo desta história de vida nem sempre é fácil ou se pode levar em consideração devido a diminuição cognitiva do idoso. É feito o acolhimento, o registro da queixa, histórico de vida, o entendimento de como é sua vida, os dados mais relevantes, fechamento do contrato e, nas sessões seguintes, é aplicado algum inventário, teste, linha da vida, entre outros descritos abaixo.

A terapia cognitivo-comportamental foi sistematizada por Aaron Beck, nos Estados Unidos, na década de 1960, que realizou as primeiras pesquisas sobre sua eficácia. É uma psicoterapia breve, estruturada, orientada para o presente, direcionada a resolver problemas atuais e modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais (Beck, 1964). O seu objetivo é possibilitar ao indivíduo um novo hábito de pensar, ampliando sua consciência, ajudando-o a interpretar a realidade de modo realista e justo e colaborando para a reconstrução de seu

sistema de crenças. Compreendendo e lidando melhor com suas emoções e pensamentos, a pessoa é capaz de desenvolver uma atitude mais eficiente para lidar com seus problemas e de promover mudanças duradouras (Beck, 1964).

Utilizamos a terapia cognitiva comportamental com o idoso no domicílio por acreditar ser esta uma abordagem mais diretiva, dinâmica e estruturada. A experiência tem mostrado que os resultados são alcançados a médio prazo, em alguns casos, principalmente em se tratando de plano de saúde onde a exigência de atendimento é no menor tempo possível.

O conteúdo da terapia cognitiva comportamental está centrado nos problemas do aqui e agora, relevando pouca atenção às recordações da infância, exceto para o esclarecimento de observações atuais. O foco é dirigido para as investigações de pensamentos e sentimentos do paciente durante a sessão e entre diferentes sessões. O terapeuta colabora na investigação de experiências psicológicas, no planejamento das atividades e no preparo das tarefas de casa (Beck, 1997).

Algumas das técnicas estruturadas e validadas da TCC são:

- Dessensibilização diafragmática;
- Auto-controle reduzindo o nível de ansiedade e stress;
- Registro dos pensamentos disfuncionais;
- Estruturação cognitiva;
- Melhorar a assertividade;
- Realizar a psico-educação, quando necessário, com os familiares e cuidadores;
- Metáforas relacionadas à história de vida de cada indivíduo;
- Músicas, filmes que retratam o seu momento atual;
- Rooplay (dramatização);
- Linha da vida (elencar com o paciente tudo que viveu de importante na vida até hoje, momentos positivos ou negativos);
- Tarefas de casa (o paciente aprende a registrar seus comportamentos e cognições, após efetuar análise e treinos de procedimentos nas sessões que facilitam a aquisição de novos repertórios);
- Psicologia positiva (terapeuta pró-ativo), entre outras atividades adequadas à queixa do paciente.

Com a colaboração dos familiares ou cuidadores, verificam-se as alterações físicas que ocorreram devido ao envelhecimento, bem como as doenças orgânicas existentes e medicação utilizada. O psicólogo deverá avaliar o estado psíquico e mental do idoso. Não se trata de um exame mental muito profundo, mas sim, do estado afetivo e cognitivo. Além de um conhecimento acerca das alterações sobre o envelhecimento psicológico, deverá igualmente estar atento às mudanças comportamentais e deterioração mental. Utilização de testes psicológicos, instrumentos validados, para definição do diagnóstico.

Finalmente, capacitar o idoso de forma a que ele participe ativamente no seu processo de reabilitação: a pessoa idosa não se deve considerar vencida para a doença orgânica ou psíquica. A psicologia poderá reforçar a auto-estima, o auto-controle, melhorar o ambiente familiar, bem como proporcionar uma melhor qualidade de vida da pessoa idosa. E ainda valorizar, compreender, escutar, estar disponível, enfim, da relação paciente-terapeuta para a efetividade do tratamento.

Relato de experiência

Ilustremos um caso que exemplifica as técnicas utilizadas da terapia cognitiva comportamental no domicílio:

Paciente A.B.N., 90 anos, apresenta Mal de Parkinson há pelo menos 5 anos, CA de pulmão, depressão, resistência a mudança, crenças disfuncionais, fobias específicas, cognição bastante preservada. Viúva há 24 anos, tem 4 filhos, sendo que mora com uma das filhas.

Paciente bastante resistente ao processo psicoterápico. Quando realizada a avaliação, referia “que não precisava, que estava bem”(sic). Observa-se que com a população idosa este comportamento é muito comum. Grande parte dos pacientes apresentam resistência ao processo psicoterápico, existindo vários motivos para este comportamento, tais como: pensamentos disfuncionais (“psicólogo é pra louco”), filhos que solicitam atendimento contrariando a vontade do paciente, choque cultural devido a uma educação mais rígida e conservadora, crença de que o profissional é novo e sem experiência para atendê-lo. Muitos ainda têm dificuldades em lidar com seus conflitos, suas resistências, uma vez que no processo psicoterápico as emoções, pensamentos e comportamentos ficam bastantes aflorados.

Quando iniciamos o processo foi feito uma psico-educação sobre o trabalho que seria realizado. Explicamos o que é a TCC, as técnicas utilizadas, o período de tratamento, o que é a depressão e os principais sintomas. Foi apontando para a paciente que a depressão tratada de forma inadequada traz importantes impactos pessoais, sociais e econômicos devido à piora na qualidade de vida, ao declínio funcional, à perda de produtividade e ao aumento nas taxas de mortalidade.

No modelo cognitivo da depressão, o indivíduo passa a apresentar um padrão de pensamento negativista em relação a si mesmo, ao mundo e ao futuro (tríade negativista). Ele se percebe como defeituoso, inadequado, e por causa disso, considera-se indesejável e sem valor. Percebe o mundo cheio de obstáculos insuperáveis e se vê derrotado diante das suas experiências (Beck e col.1982).

A doença pode ser tratada com psicoterapia e uso de medicações antidepressivas, isoladamente ou associadas. Porém, várias pesquisas observam que frequentemente os pacientes interrompem o tratamento por conta própria, favorecendo sua recorrência.

Resultados

Através de algumas técnicas utilizadas, foi possível quebrar sua resistência a mudança, adequando a paciente a TCC; realizar a dessensibilização que consiste em graduar todas as situações temidas, o terapeuta, com a ajuda do paciente, constrói a hierarquia de ansiedade e estresse; conforme o nível de desconforto desencadeado por cada situação, a ordem e a lógica estabelecida pelo paciente, o terapeuta organiza as situações ou estímulos por tema e em ordem de desconforto gerado, seguindo a graduação na escala SUDs (Wolpe, 1980).

A respiração diafragmática é um treino que consiste em padrões de baixas taxas de respiração, inspiração-expiração profundas e amplas e respiração essencialmente diafragmática. Esse padrão estimula o controle parassimpático

sobre o funcionamento cardiovascular, alterando o ritmo cardíaco às fases inspiratória e expiratória de cada ciclo respiratório (Vera e Vila, 1996).

Foi possível realizar o treino da assertividade orientando a paciente emitir respostas adequadas em situações específicas ou ensinando a ter formas socialmente adequadas de expressão verbal e motora pelo ensaio comportamental, que é o procedimento típico para o treino da assertividade (Range e col. 2001).

A técnica do auto-controle, saber compartilhar, ter consenso e assertividade diante de determinadas situações; utilizar a psicologia positiva (psicólogo pró-ativo) e, ainda, através da linha da vida, da utilização de metáforas e reestruturação cognitiva, foi possível melhorar seu quadro depressivo.

Observamos a evolução da paciente através do processo psicoterápico. Embora tratando-se de um trabalho voltado à população idosa, com limitações devido à idade e prevenção de recaídas, sabemos que ainda há muito a ser feito pois o acompanhamento e a orientação são fundamentais e necessários nesta fase da vida.

Conclusão

Sabemos das dificuldades enfrentadas na assistência domiciliária ao idoso, pois quando falamos de saúde falamos de uma atividade bastante complexa envolvendo questões relacionadas à vida e a necessidades que, muitas vezes, vão além da doença, e questões relacionadas à morte. Por sua complexidade, vai exigir sempre uma flexibilidade que supera os diversos conhecimentos e práticas no caminho de uma atuação singular.

Sabemos também que a interdisciplinaridade de uma equipe de atenção domiciliária de saúde favorece uma compreensão multifatorial da doença, o que permite intervenções de caráter global, incluindo o paciente, sua família, o ambiente em que vive e todas as relações estabelecidas nesse contexto (Leme, 2005). Independentemente do referencial utilizado pelo psicólogo, seja a abordagem da psicanálise, a comportamental, a humanista, ou a terapia cognitiva comportamental, o objetivo do psicólogo no atendimento domiciliário do idoso deve estar direcionado ao bem-estar emocional do paciente, do cuidador, da família e da equipe, contribuindo para que a doença e o sofrimento psíquico associado sejam enfrentados com equilíbrio e o tratamento seja o mais satisfatório possível.

Como psicoterapeuta de idosos e a título de mais uma contribuição, gostaria de reafirmar que temos que reconhecer a realidade solitária desses pacientes e oferecer a eles uma real aceitação. Só assim podemos assegurar que, como nós, a sociedade também tenha interesse neles. Caso contrário, repetiremos o que a sociedade-família faz: cumprimenta o idoso com um olhar caridoso e cheio de pena, para em seguida abandoná-lo.

Ajudá-los também a entender que, apesar da doença e da morte estarem sempre ameaçando o seu futuro, a qualidade de vida pode intensificar o seu presente. Ajudá-los a entender que é preciso se orgulhar de sua existência em nome de seu passado, pouco valorizado por uma sociedade sem tradição. De fato, a sociedade deve ser plateia para que o idoso possa transmitir sua caminhada existencial e a sabedoria dela decorrente. (Vieira, 2005)

Referências:

- BECK, A.T. Thinking and depression:II. Theory and therapy. Archives og General Psychiatry,v.10, p.561-571.1964.
- BECK, A.T. e colaboradores. Terapia cognitiva da depressão. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- BECK, J.S. Terapia cognitiva: teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas ,1997.
- DUARTE, Y.A.O. & DIOGO M.J.E. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Editora Atheneu,2005.
- GRILO, R. Integração do psicólogo no serviço de apoio domiciliário (Intervenção com o Idoso) São Paulo: 2006.
- LEME, L.E.G. A interprofissionalidade e o contexto familiar. São Paulo, 2005.
- QUADRANTE, A.C.R. Doenças crônicas e o envelhecimento São Paulo: 2005.
- RANGÉ, B. e colaboradores. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com o psiquiatra. Porto Alegre:Artmed Editora,2001.
- VERA M.N. & VILA, J. Técnicas de relaxamento. Inc: CABALLO,V.E.(Ed). Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. São paulo:Livraria Santos Editora,1996.
- VIEIRA, D.F. Prof. Supev pela FEBRAP, Sedes Sapientiae e SOPAV 2005.
- ZIMERMAN, G.I. Velhice : Aspectos biopsicossociais.Porto Alegre: Artmed,2000.
- WOLPE,J. Prática da terapia comportamental. 3.ed. São Paulo:Editora Brasiliense,1980.

UTILIZAÇÃO DO COMPUTADOR COMO INSTRUMENTO DE INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL

CAROLINA OLIVEIRA TIEPPO

GRADUADA EM TERAPIA OCUPACIONAL PELO CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO. TERAPEUTA OCUPACIONAL DA EQUIPE DE ATENDIMENTO DOMICILIAR DO GRUPO MAIS.
carolinatieppo@hotmail.com

Introdução

Segundo o Dicionário de Termos Médicos, Doença de Parkinson é uma “doença neurológica degenerativa progressiva, caracterizada por tremor, que se torna máximo durante o repouso; retropulsão, rigidez, postura estática, lentidão de movimentos voluntários e uma expressão facial tipo máscara”. Além disso, déficits na função cognitiva, dificuldade de deglutição, fadiga, dor e constipação são características que podem aparecer no quadro clínico durante a evolução da patologia.

As causas da Doença de Parkinson (DP) são desconhecidas. Porém, estão relacionadas com a morte de células produtoras de dopamina na substância negra. Segundo Beattie apud Faria (2007), “o diagnóstico pode ser difícil nos estágios iniciais, quando os sintomas podem ser atribuídos ao processo de envelhecimento, o que requer uma boa prática clínica e o auxílio de técnicas de imagem”.

Os primeiros sintomas da doença são quase imperceptíveis. Muitas vezes o próprio paciente não percebe o início preciso das primeiras manifestações, ficando isso a cargo de familiares ou amigos.

À medida que a doença progride, aparecem outros sintomas. O tremor é em geral o primeiro a ser notado pelo paciente e acomete primeiramente um dos lados do corpo, com frequência uma das mãos, mas pode se iniciar em um dos pés. Segurar um objeto ou ler o jornal podem se tornar atividades árduas. O tremor é mais intenso quando o membro encontra-se em repouso ou durante o caminhar e desaparece quando em movimento. Para a maioria dos pacientes, o tremor é o principal motivo que os leva a procurar ajuda médica pela primeira vez (LIMONGI, p.16, 2001).

Outros sintomas que podem estar associados à Doença de Parkinson são: depressão, distúrbios do sono, distúrbios cognitivos e distúrbios da fala. Segundo Hoehn apud Faria (2007), a doença de Parkinson pode ser dividida em cinco estágios:

- Estágio 1: o paciente não tem nenhum impacto em seu desempenho funcional ou apresenta um leve comprometimento nesse sentido;

- Estágio 2: o paciente apresenta dificuldades de mobilidade de tronco e reflexos posturais;
- Estágio 3: o paciente apresenta instabilidade postural, impacto funcional de leve a moderado;
- Estágio 4: o paciente apresenta um impacto no desempenho ocupacional maior, interferindo na realização das ABVD's (atividades básicas da vida diária);
- Estágio 5: onde o paciente fica confinado a cadeira de rodas ou ao leito.

É de extrema importância que em indivíduos com DP ocorra um trabalho multidisciplinar a fim de que o sujeito seja visto como um todo, dentro de um contexto físico, psíquico, social, emocional e funcional.

O trabalho realizado pelos terapeutas ocupacionais tem como objetivo deixar o indivíduo o mais autônomo possível, orientando a respeito do modo de se adaptar à sua casa e torná-lo mais funcional, além de orientar o indivíduo e os cuidadores / familiares a respeito de estratégias que facilitem a realização das atividades básicas de vida diária e as atividades práticas de lazer. Se necessário, os terapeutas ocupacionais prescrevem o uso de dispositivos auxiliares para estas atividades, sendo de grande valia também o trabalho realizado em relação ao estímulo das funções cognitivas.

Segundo Andrade,

Como é uma doença lenta, gradualmente progressiva (doença degenerativa) e sem uma cura radical, os pacientes e seus familiares podem demonstrar um impacto emocional ao primeiro informe sobre a existência da enfermidade. Entretanto, costuma haver uma boa adaptação dos pacientes a essa nova realidade de suas vidas. Existem inúmeros tratamentos que garantem aos pacientes uma longevidade semelhante à que teriam sem a enfermidade e uma vida normal por longos anos.

Apresentação da instituição/serviço

A São Paulo Internações Domiciliares (SPID), juntamente com a Proativa Saúde e Premier Residence Hospital, faz parte do Grupo Mais - Modelo de Atenção Integral à Saúde. Neste contexto, ao invés do profissional oferecer ao paciente um cuidado à sua saúde em hospitais, a Proativa Saúde oferece serviço de assistência domiciliar, proporcionando uma melhor qualidade de vida a cada um que é atendido, visando afastar os pacientes do âmbito hospitalar, aproximando cada um de seus familiares e proporcionando promoção à saúde.

A Proativa está capacitada a atender pacientes nos diversos níveis de complexidade, desde atendimentos pontuais até pacientes com grande dependência dos mais variados diagnósticos. Tendo dentro do seu grupo profissional: psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos, enfermeiros, médicos, fonoaudiólogos.

Caracterização do trabalho/atividade

Neste estudo será abordada a intervenção da Terapia Ocupacional em uma idosa de 88 anos, com diagnóstico de longa data da Doença de Parkinson.

A paciente M.O. possui funções cognitivas preservadas de modo a conseguir se organizar e fazer uso de uma tecnologia, o computador.

A terapia ocupacional é uma das profissões que compõem os programas de reabilitação do idoso. Os programas de reabilitação da pessoa idosa são ações integradas e executadas por uma equipe interprofissional cujo objetivo principal é evitar o escalonamento de incapacidades funcionais que geram perda de independência e autonomia. Estão incluídas ações em todas as áreas da saúde, devidamente hierarquizadas em função da análise dos riscos individuais de cada idoso (MELLO, p. 368, apud CAVALCANTI e GALVÃO, 2007).

Dentro do trabalho realizado na Proativa, o terapeuta ocupacional tem como papel principal dentro do atendimento domiciliar:

- Resgatar a autonomia e a independência dos pacientes nas atividades de vida diária e de vida prática;
- Ajudar na realização de atividades significativas (resgates ou descobertas) a partir da vivência da doença e de acordo com a capacidade funcional, interesses e habilidades;
- Orientar familiares e cuidadores com relação a estímulos importantes ao paciente, também oferecendo apoio e suporte emocional, quando necessário.

De acordo com a demanda apresentada por cada paciente, é traçado o plano das atividades a serem oferecidas pelo terapeuta ocupacional. No caso de M.O., ela escreve poesias e, no início dos atendimentos, apresentou interesse no uso do computador. Por isso, foi dado seguimento às atividades iniciados por outra terapeuta ocupacional, ou seja, a criação de um blog para divulgar suas poesias e proporcionar um momento de trocas com as pessoas que podem ler e comentar cada texto escrito.

População alvo

Idosa, 88 anos, com diagnóstico de Parkinson e que realiza acompanhamento de Terapia Ocupacional desde março de 2010.

Impacto da atividade/serviço junto à população alvo M.O. despertou interesse no uso do computador quando descobriu que tinha a Doença de Parkinson. Já com os seus 88 anos, a idosa dribla diariamente os obstáculos colocados em sua frente pela tecnologia com estratégias encontradas por ela ou ensinadas por alguém.

Com o intuito de promover um momento significativo para M.O., de grande aprendizagem e de comunicação com as outras pessoas, a terapeuta ocupacional vem utilizando o computador como instrumento de intervenção em seus atendimentos.

M.O. vem apresentando, em cada atendimento, grande interesse pelo conhecimento da tecnologia e faz questionamentos a respeito do que encontra toda vez que liga o “Felipe” - nome dado por ela para o seu computador.

Relato de um atendimento especial

A idosa questionou a terapeuta sobre o manuseio de emails, já que possui dois endereços e fica em dúvida sobre qual e como utilizar. Para facilitar a compreensão e diminuir o número de dúvidas e confusões, foi proposto e escolhido o uso de um deles, baixando no Outlook. Neste dia, M.O. aprendeu como acessar o programa e utilizar o seu email. Durante o atendimento, M.O. permanece atenta a todas as informações recebidas. Quando não entende o que está sendo pedido pela terapeuta, pergunta, e depois da explicação, consegue continuar.

M.O. insiste até o momento em que conclui a ação necessária. Ela não tem como hábito desistir quando sente alguma dificuldade. Ao contrário, ela é persistente e continua a atividade até o fim, mostrando-se uma pessoa determinada.

Atualmente, com a utilização de emails, M.O. mantém contato com amigos, familiares e conhecidos, o que favorece a sua interação social. Além da utilização do email no computador, M.O. escreve algumas poesias e as coloca em um blog, o que permite que outras pessoas vejam as suas criações e se comuniquem com ela através dos comentários que podem ser postados (escrita no blog).

Considerações finais

Com essa experiência, foi possível perceber que o trabalho da terapia ocupacional utilizando o computador como instrumento de intervenção é de grande valia, pois o idoso pode ser estimulado e está em constante aprendizado. A cada dia aprende a lidar com os obstáculos encontrados e com atividades que, às vezes, nunca tinha se deparado antes (no caso de idosos que nunca tiveram contato com computadores).

Além do estímulo cognitivo, M.O. pode ampliar a sua rede de contatos através dos emails trocados com seus amigos e familiares. Outro fator que, neste caso, faz grande sentido para M.O. é que ela pode compartilhar com outras pessoas as poesias que escreve e pode interagir através dos comentários postados em seu blog.

Pensando no caso em questão, como o computador é de M.O., ela tem a possibilidade de utilizá-lo em qualquer momento, podendo treinar e se estimular fora do horário de atendimento de terapia ocupacional, o que potencializa ainda mais cada atendimento pois a idosa traz dúvidas e questões que podem ser excluídas ou minimizadas nesse momento.

Referências

ANDRADE, Luiz Augusto Franco de. Doença de Parkinson. Disponível em: http://emedix.uol.com.br/com/parkinson/neu005_1f_parkinson.php. Acesso em: 19 de julho de 2010.

Doença de Parkinson. Disponível em: http://www.pdamed.com.br/diciomed/pdamed_0001_06204.php. Acesso em: 16 de julho de 2010.

FARIA, Iza de. Disfunções Neurológicas. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. Terapia Ocupacional: fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 191-193.

LIMONGI, Luiz Carlos Papaterra. Conhecendo melhor a Doença de Parkinson. São Paulo: Plexus, 2001.

MELLO, Maria Aparecida F. de. Terapeuta Ocupacional Gerontológica. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. Terapia Ocupacional: fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 367-376.

São Paulo Internações Domiciliares. Disponível em: <http://www.spinternacoes.com.br/>. Acesso em: 16 de julho de 2010.

ARTIGO 14**PROBLEMAS ORAIS EM PACIENTE SOB CUIDADOS PALIATIVOS. QUAIS SÃO E COMO TRATÁ-LOS?****MONIRA SAMAAH KALLÁS**

MESTRE EM ODONTOLOGIA SOCIAL PELA USP E CIRURGIÃ-DENTISTA DO GRUPO MAIS.

monira@uol.com.br

VICTOR ROGÉRIO

CIRURGIÃO DENTISTA DO GRUPO MAIS.

victor@odontologiaesaude.com.br

JOYCE SOARES GOMES

GRADUANDA EM ODONTOLOGIA PELA UNIBAN. TÉCNICA EM SAÚDE BUCAL DO HOSPITAL PREMIER/GRUPO MAIS.

joycesgomes@gmail.com

Apesar do alívio da dor e da prevenção de infecção na cavidade bucal serem prioridades na promoção de conforto ativo para os pacientes sob cuidados paliativos, os problemas bucais claramente afetam a qualidade de vida dessa população. Esse artigo é uma revisão da literatura sobre problemas odontológicos comuns encontrados em pacientes sob cuidados paliativos e seus tratamentos apropriados. Segundo o guia de cuidados orais para pacientes sob cuidados paliativos (FIFE palliative care guidelines 2009), os seguintes aspectos devem ser considerados durante a avaliação e sugerem uma rotina de higienização.

Avaliação

1. Realizadas e registradas regularmente, pelo menos diariamente, no hospital.
2. Obter a história passada e presente dos problemas de saúde bucal.
3. Considerar queixas de xerostomia, dor oral, alterações de paladar, perda de apetite.
4. Considerações sobre medicamentos e m uso.
5. Exame da boca usando uma caneta lanterna e remoção de próteses, caso existentes.
6. Na presença de doenças bucais confirmadas prescrever terapia de drogas relevantes, ou considerar referenciar para um dentista.

Rotina de cuidados para boca saudável

1. A frequência de cuidados orais deve ser determinada pelo status e conforto do paciente. Deve ser realizada pelo menos quatro vezes por dia: após as refeições, de manhã e à noite.
2. Luvas descartáveis devem ser usadas pelos profissionais da área da

saúde.

3. Cuidados bucais usando escova de dente macia e pasta de dentes fluoretada ou oferecer alternativa de bochechar.
4. Remover dentaduras e limpar com escova de dente macia e água.
5. Dentaduras devem ser colocadas em soluções apropriadas para higiene durante a noite.

Ainda segundo o guia da FIFE aprovado pelo comitê de terapêutica e drogas do NHS (National Health Service - UK), seguem considerações sobre xerostomia, candidíase, ulcerações, dor e cuidados com pacientes inconscientes.

Boca e língua secas (Xerostomia)

1. Rever a medicação que pode causar ou contribuir para a condição.
2. Incentivar cuidados bucais pelo menos 4 vezes após as refeições, de manhã e à noite.
3. Oferecer gelo regularmente, bebidas sem açúcar ou gelo.
4. Alguns pacientes podem se adaptar a saliva artificial.
5. Alguns pacientes podem se adaptar a chicletes sem açúcar.

Candidíase

1. Antifúngicos tópicos quando não há evidência de candidíase esofágica ou o paciente não consegue colaborar.
2. Suspensão de nistatina oral 1ml, 4 vezes por dia, de 7 a 14 dias, devem ser administradas após a remoção das próteses e 30 minutos após bochecho com solução apropriada. Gel de miconazol 5ml, 4 vezes ao dia.
3. 50mg de fluconazol diariamente, de 7 a 10 dias, se antifúngicos tópicos forem ineficazes.
4. Em queilites angulares, miconazol gel 4 vezes por dia.
5. Dentaduras devem ser imersas em solução de hipoclorito de sódio ou clorexidina 0.2% caso tenham partes metálicas.
6. Para infecções persistentes, mais investigações são necessárias.

Presença de ulcerações

1. Identificar a causa, como por exemplo, próteses mal adaptadas, e infecção viral
2. Considerar referenciar para o dentista se a causa for cáries ou próteses mal adaptadas
3. Oferecer bochecho de Gluconato de clorexidina 0,2%, 2 vezes ao dia (nota: Inativa Nistatina) +/- Triamcinolone em Ora base
4. Cultura por swab para identificar lesão persistente infecciosa
5. Para ulceração herpética labiais, usar aciclovir tópico 5%, 5 vezes por dia, iniciar o tratamento o mais cedo possível
6. Para ulcerações herpéticas bucais, usar aciclovir comprimido ou suspensão 200mg, 5 vezes por dia, durante 5 dias, após o desenvolvimento da última lesão

7. Em ulcerações devido a mucosites por stafilococos, Flucoxacin 250 – 500mg via oral, 4 vezes por dia, rever com frequência
8. Se a ulceração é fétida, metronidazol 400mg, 3 vezes por dia, via oral, rever com frequência

Dor

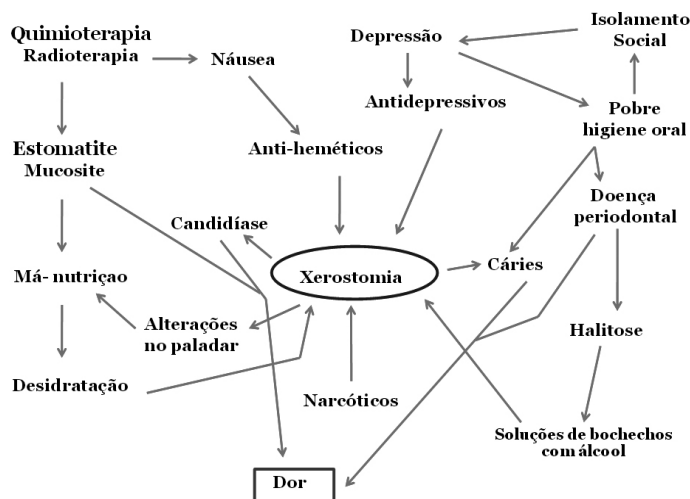
1. Identificar a causa; tratamento de acordo como a condição apresentada.
2. Considerar referenciar para o dentista se a dor for relacionada à próteses mal adaptadas ou cáries.
3. Se o paciente estiver sob tratamento de quimioterapia ou radioterapia, procurar aconselhamento com o oncologista e/ou hematologista.
4. Hidrocloridrato de benzidamina 0.15% (diflam) 4 vezes por dia, por mais de 7 dias.
5. Medicação não esteroidal sistêmica, como diclofenaco 50 mg, 3 vezes por dia, pode ser importante como analgésico substituindo o paracetamol.
6. Aspirina solúvel pode ser utilizada como bochecho para anestesia tópica, se não for contra- indicado.

Paciente inconsciente

1. Escovar os dentes utilizando uma escova de dente macia ou swab com pasta dental sem flúor.
2. Limpar a língua e a mucosa oral com swab embebido em água ou solução para bochecho.
3. Lubrificantes com base em água para os lábios como KY ou oral balance gel.
4. Aumentar a frequência de higiene oral o tanto que for tolerável.
5. Se houver candidíase, considerar miconazol gel, 4 vezes por dia, via seringa ou swab.

Paciente Oncológico

Os problemas orais associados a pacientes oncológicos em cuidados paliativos estão ilustrados na figura 1:



Os tratamentos quimioterápicos e as drogas associadas a esse tratamento têm demonstrado causar xerostomia, que predispõe o aparecimento de doenças orais como cáries e doença periodontal, causando dor e desconforto ao paciente e tornando a higienização mais difícil. Assim, forma-se um círculo vicioso que abre porta para infecções oportunistas, comprometendo o estado geral de saúde do paciente e sua qualidade de vida. O dentista deve preparar e seguir o paciente durante todo o tratamento visando prevenir e tratar os possíveis efeitos colaterais da quimioterapia.

Pneumonia e a cavidade oral

A micro-aspiração pulmonar de secreção orofaríngea contendo bactérias e a falha no sistema de defesa para eliminar essas bactérias resultam em resposta destrutiva do hospedeiro e desenvolvimento de infecção pulmonar. Em revisão de meta-análises descritas na literatura para estabelecer considerações sobre os benefícios da Odontologia como especialidade para o atendimento de pacientes em cuidados paliativos, todos os estudos mostraram redução da colonização oral por patógenos respiratórios e uma redução dos índices de pneumonia em 40%. Assim, a descontaminação oral interfere diretamente na redução de patógenos respiratórios na cavidade oral e seu transporte para a orofaringe, diminuindo o risco de pneumonia nestes indivíduos.

Paciente com Alzheimer e a cavidade oral

Uma campanha para qualidade em cuidados domiciliares, da associação de Alzheimer's, sobre pacientes terminais com demência avançada, através das intervenções rotineiras de um dentista no grupo de cuidados paliativos, o conforto dos pacientes pode ser melhorado com a manutenção da higiene bucal e procedimentos para hidratar a mucosa oral. A atenção a esses detalhes podem reduzir não apenas a carga microbiana da boca, mas também o risco de dor e infecções. Além disso, consultas odontológicas rotineiras podem identificar doenças dentais e facilitar intervenções para cáries, doenças periodontais e problemas na mucosa ou necessidades de prótese.

Considerações finais

A abordagem multidisciplinar em cuidados paliativos incluindo um dentista na equipe pode reduzir os problemas que influenciam a habilidade do paciente em falar, mastigar ou deglutir e, assim, melhorar substancialmente a qualidade de vida desses pacientes.

Referências

- 1- Janssens JP, Krause KH. Pneumonia in the very old. *Lancet Infectious Diseases* 2004; 4(2):112-124.
- 2- Palmer LB, Albulak K, Fields S, Filkin AM, Simon S, Smaldone GC. Oral clearance and pathogenic oropharyngeal colonization in the elderly. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2001; 164(3):464-468.
- 3- Terpenning MS, Taylor GW, Lopatin DE, Kerr CK, Dominguez BL, Loesche WJ. Aspiration pneumonia: dental and oral risk factors in an older veteran population. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49(5):557-563.
- 4- Yoneyama T, Yoshida M, Ohnui T, Mukaiyama Hea. Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50(3):430-433.

5- Morris J, Volicer L. Nutritional management of individuals with Alzheimer's disease and other progressive dementias. *Nutrition in Clinical Care* 2001; 4(3):148-155.

6- Kikuchi R, Watabe N, Konno T, Mishina N, Sekizawa K, Sasaki H. High incidence of silent aspiration in elderly patients with community-acquired pneumonia. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 1994; 150(1):251-253.

7- The Treatment of Oral Problems. in the Palliative Patient. *Michael Wiseman, jcda* June 2006, Vol. 72, No. 5, p. 453-45

8- Fife palliative care group. Version 2 Date Reviewed: November 2009 Next Review Date: November 2011. Document Approved on behalf of NHS Fife Board by the Fife Area Drug and Therapeutics Committee December 2009.

9- End-of-life Care for People with Dementia in Residential Care Settings. Ladislav Volicer, M.D., Ph.D. School of Aging Studies University of South Florida, Tampa, FL. Copyright 2005 by the Alzheimer's Association. 35p . literature review on end-of-life-care for nursing home residents with advanced dementia as part of its ongoing Campaign for Quality Residential Care.

ARTIGO 15

A IMPORTÂNCIA DA CAPACITAÇÃO EM ODONTOLOGIA PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM E CUIDADORES EM HOSPITAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

VICTOR ROGÉRIO

CIRURGIÃO DENTISTA DO GRUPO MAIS.
victor@odontologiaesaude.com.br

MONIRA KALLAS

MESTRE EM ODONTOLOGIA SOCIAL PELA USP E CIRURGIÃ-DENTISTA DO GRUPO MAIS.
monira@uol.com.br

JOYCE SOARES GOMES

GRADUANDA EM ODONTOLOGIA PELA UNIBAN. TÉCNICA EM SAÚDE BUCAL DO HOSPITAL PREMIER/GRUPO MAIS.
joycesgomes@gmail.com

A promoção e a manutenção de saúde bucal dos pacientes em cuidados paliativos dependem não apenas da formação adequada de cirurgiões dentistas, capazes de entender as necessidades dessa população, mas também de enfermeiros, cuidadores e dependentes bem informados, capazes de prevenir e reconhecer os principais problemas de saúde bucal que acometem essa faixa etária (FRENKEL, 1999).

A partir de um questionário para avaliar a percepção de enfermeiros, técnicos de enfermagem e cuidadores, analisamos os dados coletados para entender a importância da odontologia nesse cenário. Foram entrevistados enfermeiros e técnicos de enfermagem do Hospital Premier no mês de julho de 2010. Seguem os questionários para cada grupo (enfermeiros, técnicos de enfermagem e cuidadores).

Questionário Para Enfermeiros

A saúde bucal interfere na saúde geral?

Medicamentos interferem na saúde bucal?

A perda de dentes é uma consequência natural do envelhecimento?

Existe associação entre diabetes e saúde bucal?

Existe associação entre pneumonia e saúde bucal?

Doenças da gengiva podem ser associadas com problemas cardíacos?

Manchas vermelhas ou róseas podem ser sinais de câncer bucal?

Próteses bem confeccionadas precisam ser ajustadas ou trocadas periodicamente?

Língua com placa branca pode ser uma doença?

A perda de peso pode estar associada com uma pobre saúde bucal?

Uma pobre higiene oral pode estar associada com depressão?

Questionário para Técnicos de Enfermagem

Você realiza a higiene bucal do seu paciente

Você realiza a escovação dos dentes do seu paciente?

Você realiza a escovação das próteses do seu paciente?

Você utiliza fio dental?

Você estimula / motiva o seu paciente a realizar a sua própria higiene bucal?

Falta de conhecimentos sobre higiene bucal de pacientes crônicos

Falta de treinamento pratico em cuidados de saúde bucal de pacientes crônicos

Limitação física dos pacientes

A saúde bucal interfere na saúde geral?

Medicamentos interferem na saúde bucal?

A perda de dentes é uma consequência natural do envelhecimento?

Existe associação entre diabetes e saúde bucal?

Existe associação entre pneumonia e saúde bucal?

Doenças da gengiva podem ser associadas com problemas cardíacos?

Manchas vermelhas ou róseas podem ser sinais de câncer bucal?

Próteses bem confeccionadas precisam ser ajustadas ou trocadas periodicamente?

Língua com placa branca pode ser uma doença?

Boca seca é um fenômeno normal do processo de envelhecimento?

A perda de peso pode estar associada com uma pobre saúde bucal?

Uma pobre higiene oral pode estar associada com depressão?

Questionário para Cuidadores

Você realiza a higiene bucal do seu paciente

Você estimula / motiva o seu paciente a realizar a sua própria higiene bucal?

Falta de conhecimentos sobre higiene bucal de pacientes crônicos

Falta de treinamento pratico em cuidados de saúde bucal de pacientes crônicos

A limitação física dos pacientes impede uma correta higiene bucal?

Resultados

Apesar de 100% dos cuidadores, técnicos de enfermagem e enfermeiros responderem que realizam a higiene bucal dos pacientes, observou-se que 100% não utilizam fio dental.

Você utiliza fio dental na higienização do seu paciente?



Segundo o corpo de enfermagem, 71% acreditam que têm conhecimento suficiente sobre a saúde bucal de pacientes crônicos, mas que falta treinamento prático para realizar esses procedimentos e a limitação física dos pacientes é um fator que impede a correta realização da higiene bucal (figuras 1, 2 e 3).

Falta conhecimentos sobre higiene bucal de pacientes crônicos ?

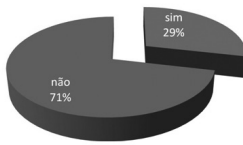


fig 1

Falta treinamento pratico em cuidados de saúde bucal de pacientes crônicos ?

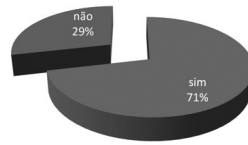


fig 2

Limitação física dos pacientes dificulta para realizar higienização?

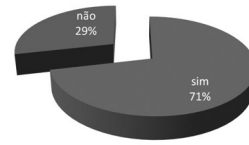


fig 3

Entre os técnicos de enfermagem, embora 64% acreditem não faltar conhecimento sobre a saúde bucal desses pacientes, 93% responderam que não há associação entre saúde bucal e pneumonia. E ainda, 86% não acreditam que existe associação entre doença gengival e cardíaca. (figuras 4, 5 e 6)

Falta conhecimentos sobre higiene bucal de pacientes crônicos ?

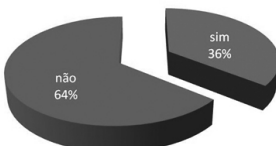


fig 4

Doenças da gengiva podem ser associadas com problemas cardíacos?

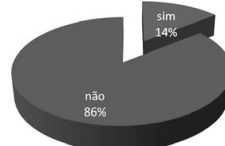


fig 5

Existe associação entre pneumonia e saúde bucal?



fig 6

Segundo 100% dos entrevistados, a saúde bucal interfere na saúde geral, e 86% do corpo de enfermagem responderam haver associação entre diabetes e saúde bucal (figuras 7 e 8).

A saúde bucal interfere na saúde geral?
Medicamentos interferem na saúde bucal?

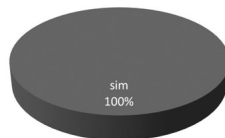


fig 7

Existe associação entre diabetes e saúde bucal?

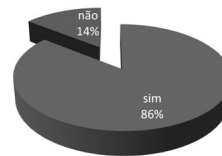


fig 8

A maior parte da equipe concordou que existe correlação entre doenças orais e depressão e que manchas vermelhas na boca podem ser sinais de câncer bucal (figuras 9 e 10). Porém, a maioria não associou perda de peso com uma pobre saúde bucal (figura 11).

Uma pobre higiene oral pode estar associada com depressão?

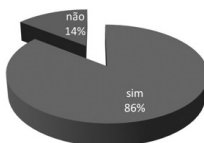


fig 9

Manchas vermelhas ou róseas podem ser sinais de câncer bucal?

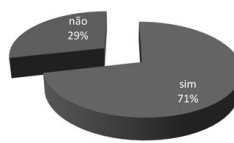


fig 10

A perda de peso pode estar associada com uma pobre saúde bucal?

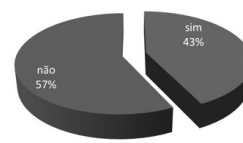


fig 11

No que diz respeito à necessidade de ajuste de próteses periodicamente, a equipe de enfermagem foi unânime em dizer ‘sim’ (figura 12). Com relação à língua branca ser uma doença, grande parte concordou e 57% acham que boca seca é um processo normal do envelhecimento (figuras 13 e 14).

Próteses bem confeccionadas precisam ser ajustadas ou trocadas periodicamente?

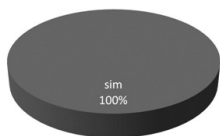


fig. 12

Língua com placa branca pode ser uma doença?

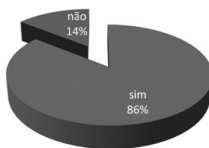


fig. 13

Boca seca é um fenômeno normal do processo de envelhecimento?

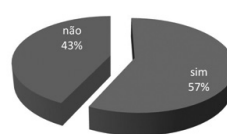


fig. 14

Um assunto controverso foi a perda de dentes e o envelhecimento - 64% dos técnicos de enfermagem não acreditam que seja uma consequência natural (figura 15), enquanto 71% do corpo de enfermagem acredita ser uma consequência do envelhecimento (figura 16).

A perda de dentes é uma consequência natural do envelhecimento?

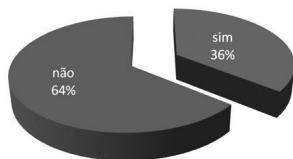


fig. 15

A perda de dentes é uma consequência natural do envelhecimento?

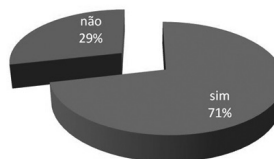


fig. 16

Semelhante aos enfermeiros, 67% dos cuidadores concordou que a limitação física dos pacientes dificulta a higiene bucal (figura 17), e a mesma porcentagem relatou a falta de treinamento prático (figura 18).

Limitação física dos pacientes dificulta para realizar higienização?

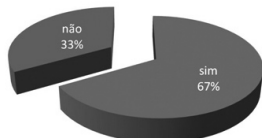


fig. 17

Falta treinamento pratico em cuidados de saúde bucal de pacientes cronicos ?

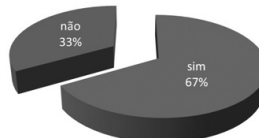


fig. 18

A falta de conhecimentos sobre cuidados de saúde bucal de pacientes com doenças crônicas foi relatada por 56% dos pacientes (figura 19), e a mesma porcentagem diz não motivar o paciente a realizar a sua própria higiene bucal (figura 20).

Falta conhecimentos sobre higiene bucal de pacientes crônicos?

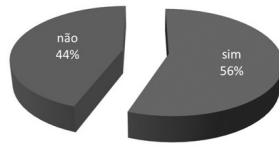


fig. 19

Você estimula/motiva o seu paciente a realizar a sua própria higiene bucal?

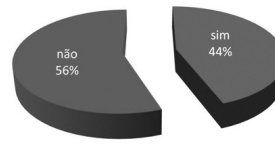


fig. 20

Discussão

A maioria dos pacientes em instituições de cuidados paliativos depende da assistência do corpo de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) e dos cuidadores, em todos os aspectos relativos à higiene pessoal. O cuidador é a pessoa capacitada para auxiliar e fazer o elo entre o paciente, a família e o serviço de saúde.

Os cuidadores e o corpo de enfermagem desses pacientes possuem um papel fundamental no estímulo e oferecimento de cuidados de saúde bucal, bem como no ensinamento dos pacientes sobre a importância da higiene bucal diária e do exame bucal periódico.

Entretanto, esses profissionais relatam algumas barreiras específicas para oferecer a higiene bucal aos pacientes sob sua responsabilidade, como as sensações de medo ou nojo, falta de cooperação, presença de mau hálito, dificuldade em escovar os dentes de outras pessoas, falta de tempo e de percepção da necessidade.

Assim, parecem existir barreiras estruturais e culturais para o oferecimento de higiene bucal aos pacientes por parte dos cuidadores e do corpo de enfermagem.

Essas barreiras de comportamento podem ser influenciadas por experiências prévias pessoais, que influenciam o conhecimento e a importância da saúde bucal que os profissionais apresentam.

A ausência de programas preventivos e curativos efetivos reflete diretamente no grande número de usuários de próteses e de adultos que necessitam das mesmas, principalmente para a substituição de vários elementos.

Embora a maioria dos entrevistados tenha relatado que não falta conhecimento sobre a saúde bucal dos pacientes crônicos, quando perguntados sobre a relação entre a saúde bucal e sistêmica, as respostas não apontaram conhecimento suficiente.

Evidências consideráveis estão disponíveis para demonstrar que existe relação entre uma saúde bucal precária e a ocorrência de pneumonia. A higiene bucal pobre e a deterioração do sistema imunológico associados ao uso de antibióticos por tempos prolongados aumentam a incidência de doenças do trato respiratório em pacientes institucionalizados.

A redução da morbidade e mortalidade atribuída ao câncer bucal pode ser alcançada através da prevenção primária, que inclui a suspensão do fumo, a diminuição do consumo de álcool, bem como a adoção de uma dieta apropriada e através da prevenção secundária que consiste de um exame visual e tátil da

cavidade bucal, cabeça e pescoço, essencial para um diagnóstico precoce.

É recomendado que o exame para detecção de câncer bucal seja realizado anualmente. Entretanto, a visita não regular desses pacientes ao cirurgião dentista torna importante o desenvolvimento de programas para treinamento de cuidadores e corpo de enfermagem para que estes desempenhem um papel ativo no diagnóstico precoce do câncer bucal.

O baixo conhecimento sobre cuidados com a saúde bucal observado também pode ter contribuído com esses relatos. Esses fatos sugerem que o processo de formação e treinamento do corpo de enfermagem e cuidadores deve ser avaliado, com a inclusão de disciplinas que promovam conhecimentos de educação para a saúde bucal.

Considerações Finais

A promoção e a manutenção de saúde bucal nos pacientes em cuidados paliativos dependem não apenas da formação adequada de cirurgiões dentistas capazes de entender as necessidades dessa população, mas também do corpo de enfermagem e de cuidadores bem informados, capazes de prevenir e reconhecer os principais problemas de saúde bucal que acometem essa população.

Com os resultados deste estudo ressaltamos necessidade de um programa de capacitação para o corpo de enfermagem e cuidadores, com vistas a que melhores condições de saúde bucal possam ser encontradas futuramente nos pacientes em cuidados paliativos.

Referências

1. Berkey D, Meckstroth R, Berg R. An ageing world: Facing the challenges for dentistry. *Int Dent J*. 2001; 51(3): 177-180.
2. Brunetti RF, Montenegro FLB. *Odontogeriatría: noções de interesse clínico*. São Paulo: Artes Médicas; 2002.
3. Budtz EJ. Non-insulin dependent diabetes mellitus as a risk factor for denture stomatitis. *J Oral Pathol*. 1996; 25: 411-415.
4. Ettinger RL, Beck JD, Jakobsen J. Removable prosthodontic treatment needs: A survey. *J Prosthet Dent*. 1984; 51(3): 419-27.
5. Fleishman R, Peles DB, Pisanti S. Oral mucosal lesions among elderly in Israel. *J Dent Res*. 1985; 64: 831-6.
6. Hand JS, Whitehill JM. The prevalence of oral mucosal lesions in an elderly population. *J Am Dent Assoc*. 1986; 112: 73-6.
7. Jankittivong A, Anekasuk V, Langlais RP. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. *Oral Diseases*. 2002; 8: 218-23.
8. Jeganathan S, Lin CC. Denture stomatitis – a review of the aetiology, diagnosis and management. *Aust Dent J*. 1992; 37:107-14.
9. Meneghim MC, Saliba NA. Condição de saúde bucal da população idosa de Piracicaba-SP: 1998. *Rev Pós Grad*. 2000; 7(1): 07-13.
10. Pereira AC, Silva SRC, Castellanos RA, Meneghim MC, Queluz DP. Oral health and periodontal status in Brazilian elderly. *Braz Dent J*. 1996; 7(2):97-102.
11. Rosa AGF, Castellanos RA, Pinto VG, Ramos LR. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). *Rev Saude Publica*. 1992; 26(3): 155-160.
12. Rosa AGF, Castellanos RA, Pinto VG. Saúde bucal na terceira idade: um diagnóstico epidemiológico. *RGO*. 1993; 41(2): p. 97.
13. Sánchez LOV, Pérez PR, Romo JG, Corona FPI, Hidalgo HL, Franco FM. Determinación de pH salival y

cultivo en pacientes con candidiasis bucal. *Rev Iberoam Micol.* 2002; 19: 155-160.

14. Shou L, Wight C, Cumming C. Oral hygiene habits, denture plaque, presence of yeasts and stomatitis in institutionalised elderly in Lothian, Scotland. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1987; 15: 85–89.

15. Vasconcelos, LCS, Sampaio MCC, Costa LJ. Tempo de Uso e Higiene das Próteses em Portadores de Estomatite Protética. *Rev Bras Cienc Saúde.* 2003; 7(1): 25-32.

16. Vigild M. Oral mucosal lesions among institutionalised elderly in Denmark. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1987; 15: 309–313.

17. Werner CWA, Saunders MJ, Paunovich E, Yeh C. *Odontologia Geriátrica.* Re Faculdade Odontol Lins. 1998; 11(1): 62-70.

18. Oliveria CSR. Avaliação das condições de saúde bucal, autopercepção e conhecimentos de cuidadores de idosos institucionalizados. Tese de Mestrado. Unicamp 2008.

ASSOCIAÇÃO ENTRE PNEUMONIA POR BRONCOASPIRAÇÃO E CUIDADOS DE SAÚDE BUCAL

JOYCE SOARES GOMES

GRADUANDA EM ODONTOLOGIA PELA UNIBAN. TÉCNICA EM SAÚDE BUCAL DO HOSPITAL PREMIER/GRUPO MAIS.

joycesgomes@gmail.com

MONIRA KALLAS

MESTRE EM ODONTOLOGIA SOCIAL PELA USP E CIRURGIÃ-DENTISTA DO GRUPO MAIS.

monira@uol.com.br

VICTOR ROGÉRIO

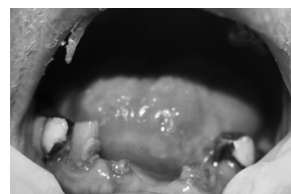
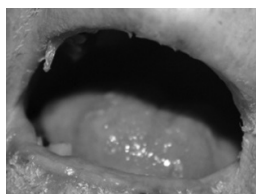
CIRURGIÃO DENTISTA DO GRUPO MAIS.

victor@odontologiaesaude.com.br

Paciente R. N. M., 80 anos, masculino, branco, casado, nascido no RS, residente em SP, aposentado, ex-advogado, ex-tabagista, foi admitido no Hospital Premier em 01/04/2009.

Há 6 anos iniciou quadro de alteração de humor, vertigem, surdez, quando foi diagnosticado glioma em região de tronco cerebral, sem possibilidade cirúrgica. Evoluiu com quadro de Parkinsonismo, déficit cognitivo e motor, progressivos. Há 3 anos alimenta-se via gastrostomia e realizou QT (quimioterapia). Já apresentou cerca de 30 BCPs (segundo relato familiar em prontuário), resultando em sequele em HTE (atelectasia). Há aproximadamente 3 anos encontrava-se em regime Home Care e, há 3 meses, foi hospitalizado por BCP, apresentou 3 quadros sépticos, falência de múltiplos órgãos, com alto risco de morte, porém reverteram com tratamento em UTI. Foi admitido no Hospital Premier, com o seguinte estado físico geral: REG, descorado +/-, hidratado, eupnéico, anictérico, acianótico, afebril, traqueostomizado e com gastrostomia. Medida de Independência Funcional – 18. Paciente acamado e totalmente dependente. Paciente Agitado, confuso, com movimentos espontâneos, com diagnóstico de Parkinson e Alzheimer.

Após 4 meses de internação, foi solicitada avaliação da equipe odontológica devido a uma lesão traumática labial. Paciente dentado parcial, portador de prótese parcial fixa extensa, apresentava lesão traumática consequente da xerostomia intensa, grande quantidade de placa e tártaro, além de secreções no palato e gengivite generalizada.



Após avaliação, foi estabelecida uma rotina de higienização bucal com produtos adequados, concomitante a laserterapia para reparação da lesão (8 aplicações).

Rotina de higienização oral

- Aplicação de Solução para bochecho enzimática com gaze
- Uso de fio dental
- Escova elétrica e creme dental enzimático (não faz espuma)
- Aplicação de Solução para bochecho enzimática
- Aplicação de Oral Balance gel (saliva artificial)

O paciente já havia feito uso de saliva artificial lisosina, porém sem resultado satisfatório.

O acompanhamento iniciou-se em outubro de 2009. Seguem os relatórios de evolução do paciente.

06/10/2009: Paciente evolui estável e sem intercorrências. Paciente receptivo e colaborador, dentado parcial, portador de prótese fixa extensa. Está sendo higienizado, de acordo com a rotina estabelecida, pela técnica em saúde bucal TSB, desde 01 de outubro de 2009. Notou-se presença de grande quantidade de placa bacteriana, quando da aplicação de fio dental com passador, em áreas de prótese fixa, sangramento gengival generalizado ainda persiste durante a escovação, após 5 dias de higienização não se nota presença de saburra lingual, mas ainda há secreção no palato, além de ressecamento intenso de mucosa labial. Atualmente faz uso de enxaguante bucal biotene, oral balance gel e creme dental biotene. Fio dental e passador, além de escova elétrica.

29/10/2009: Paciente evolui instável e com intercorrências: sepse (I.T.U. + U.P. INFECTADA NA REGIAO SACRAL) refluxo, e broncoaspirações recorrentes, a aproximadamente 1 semana. Paciente não apresenta pneumonia, vide radiografia e parecer médico em 27/10/2009. Paciente receptivo e colaborador, dentado parcial, portador de prótese fixa extensa. Está sendo higienizado, de acordo com a rotina estabelecida pelo dentista, e realizada pela técnica em saúde bucal TSB, desde 01 de outubro de 2009. Devido ao refluxo constante, notou-se presença de grande quantidade de placa bacteriana, além de resíduos de dieta em toda cavidade bucal inclusive no palato. Atualmente apresenta redução de sangramento gengival e ausência de ressecamento de mucosa labial. Faz uso de enxaguante bucal biotene, oral balance gel e creme dental biotene. Fio dental e passador, além de escova elétrica.

13/11/2009: Paciente evolui instável e com intercorrências: sepse (I.T.U. + U.P. INFECTADA NA REGIAO SACRAL) refluxo recorrentes. Paciente não apresenta pneumonia, vide radiografia e parecer médico em 27/10/2009. Paciente receptivo e colaborador, dentado parcial, portador de prótese fixa extensa. Está sendo higienizado, de acordo com a rotina estabelecida pelo dentista, e realizada pela técnica em saúde bucal TSB, desde 01 de outubro de 2009. Devido ao refluxo constante, notou-se presença de grande quantidade de

placa bacteriana, além de resíduos de dieta em toda cavidade bucal inclusive no palato. Atualmente apresenta ausência de sangramento gengival além de mucosa labial e intra oral hidratadas, com aspecto normal. Faz uso de enxaguante bucal biotene, oral balance gel e creme dental biotene. Fio dental e passador, além de escova elétrica.

Considerações finais

Embora o paciente estivesse com quadro clínico instável e com refluxo constante durante 3 semanas aproximadamente, em nenhum momento foi constatada pneumonia, o que parece indicar que uma correta rotina de higienização oral pode ter interferido de maneira positiva, diminuindo o risco de pneumonia por broncoaspiração nesse paciente.

ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS

ANDREA FRANCISCO BRITO

FONOAUDIÓLOGA COM ESPECIALIZAÇÃO EM VOZ E APERFEIÇOAMENTO EM TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA CLÍNICA E HOSPITALAR. ASSISTENTE DO DEPTO. DE FONOAUDIOLOGIA DO HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA – CLÍNICA IVAN F. BARBOSA. COORDENADORA DO DEPTO. DE FONOAUDIOLOGIA DO GRUPO MAIS. andreafono@premierhospital.com.br

Paciente: M.N.V., sexo: feminino, 77 anos.

Diagnóstico: Câncer de tireóide com metástase óssea e pulmonar.

Todos os tratamentos necessários convencionais foram realizados. Quando a equipe médica chegou ao limite do tratamento convencional, a paciente foi encaminhada para outro hospital, especializado em Cuidados Paliativos.

Neste momento foi que conheci a paciente, hospitalizada em uma suíte, sempre acompanhada de uma filha ou de cuidadora contratada pela família. O momento de chegada é sempre “tenso”, pois muitas vezes a família ou o próprio paciente não sabem o que é Cuidados Paliativos e estão assustados.

A paciente se manteve acordada, contactuante com gestos ou mímica facial já que a fonação não era possível devido ao cuff insuflado. Estava debilitada, assustada, com baixo peso, secretiva, referindo dor e expelindo sangue junto à secreção traqueal, o que a deixava mais amedrontada e seus familiares também. A alimentação era realizada por via alternativa: sonda nasoenteral.

A partir da internação da paciente na equipe de Cuidados Paliativos, todas as equipes multiprofissionais fizeram as devidas avaliações e atuações necessárias:

Médico – o principal objetivo foi tratar a dor da paciente, já que ela não estava utilizando a medicação correta para alívio da dor. Atenção a paciente e orientações para a família e equipe.

Enfermagem – atendimento prioritário com medidas de conforto, posicionamento, higiene, medicação em horários corretos e atenção à medicação de resgate, se necessário.

Psicologia – acolhimento tanto da paciente quanto da família, que se revezava diariamente para não deixá-la sozinha.

Nutrição – adequada alimentação enteral para nutrição da paciente.

Terapia Ocupacional – confecção de adaptações para adequar o posicionamento da paciente no leito com objetivo de conforto e prevenção de escaras. E, quando possível, realizar atividades terapêuticas.

Fisioterapeuta – exercícios e aspirações para conforto das complicações pulmonares e não mais com o objetivo de reabilitação.

Fonoaudiologia – inicialmente, família ansiosa com a reabilitação da comunicação, não sendo possível. Algumas vezes foi possível desinsuflar o cuff,

permitindo mínima comunicação oral.

No decorrer do período de hospitalização junto à equipe de Cuidados Paliativos, que se estendeu por cerca de dois meses, a paciente estava cansada e não via mais nenhuma perspectiva de reabilitação. As filhas, que inicialmente queriam que a equipe multiprofissional se empenhasse na reabilitação, começaram a questionar todo o sofrimento de sua mãe e o motivo pelo qual ela deveria viver nestas condições.

Nesta hora, começamos a viver um conflito entre o posicionamento de cada membro da família, isto é, cada filha tinha uma opinião e muitas cobranças começaram a surgir. O familiar que diariamente acompanhava a evolução da doença e a perda dos últimos tempos tinha maior confiança na equipe. Mas o familiar mais distante vinha com todas as cobranças e questionamentos devido ao estado de sua mãe.

Chega o momento de discutirmos o aspecto da Dor Total, termo que surge na década de 1960 e atribuído pela médica inglesa Cecily Saunders. Ela acrescentou ao conhecimento da dor o conceito de dor total, através do qual admite que uma pessoa sofra não apenas pelos danos físicos que possui, mas também pelas consequências emocionais, sociais e espirituais que a proximidade da morte pode lhe proporcionar.

Podemos ver que pacientes portadores de doenças evolutivas e sem possibilidade de cura, além de não entenderem o porque de estarem gravemente enfermos, muitas vezes, em determinadas situações, os medicamentos não proporcionam o alívio completo da dor.

Neste contexto do entendimento de Dor Total, vemos o que realmente é cuidar. A equipe deve estar junto com o paciente, atuando fora dos recursos de cura, buscando novos horizontes para proporcionar o cuidado. Devemos nos voltar para as angústias do paciente e dos familiares, nos esforçando para minimizar o sofrimento.

Um dos primeiros objetivos da medicina ao cuidar de pacientes terminais deveria ser aliviar a dor e o sofrimento causados pela doença. Embora a dor física seja a mais comum de sofrimento, a dor no processo de morrer vai além do físico: tem conotações culturais, subjetivas, psíquicas e éticas.

Podemos dizer que a dor é fisiológica e, o sofrimento, psicológico. Porém, o sofrimento é muito mais global. Ele inclui as dimensões psíquicas, psicológicas, sociais e espirituais. A dor é uma experiência somatopsíquica. A dor e o sofrimento se reforçam mutuamente. Neste contexto, toda a equipe se mobilizou para acompanhar os últimos dias da paciente. Com o passar do tempo, conseguimos trabalhar todos os aspectos citados anteriormente. Nos últimos dias, todos estavam cientes da evolução da paciente para o óbito e, assim, ela conseguiu partir com tranquilidade, com os familiares ao seu redor.

Após o óbito da paciente, a equipe de cuidados paliativos esteve presente acompanhando a família - neste momento e posteriormente, com o objetivo de auxiliar as pessoas que sobrevivem à morte a identificar e expressar seus sentimentos mais comuns nestas situações: raiva, culpa, ansiedade, desamparo e tristeza. A ideia não é a de ajudar o enlutado a desistir da sua relação com a pessoa que faleceu e sim a de encontrar um local ideal da pessoa falecida na sua vida emocional.

Referências

Manual de cuidados paliativos. Academia de Cuidados Paliativos – Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

Cuidado Paliativo. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira – São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

Pessini, Leo; Bertachini, Luciana (Org). Humanização e Cuidados Paliativos. São Paulo: Ed. Loyola, 3ª ed., 2006.

INFORMATIZAÇÃO DO SETOR DE FISIOTERAPIA – SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES

FLÁVIA DA TRINDADE

BACHAREL EM FISIOTERAPIA PELA FUNEC/FISA. FISIOTERAPEUTA INTERNA DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES.

flaviatrin@spinternacoes.com.br

MARCELO URSINI DE CARVALHO

BACHAREL EM FISIOTERAPIA PELA UNINOVE. COORDENADOR DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES / HOSPITAL PREMIER.

marcelo.ursini@spinternacoes.com.br

O prontuário é um documento que contém todo o histórico do paciente, desde seus atendimentos, diagnósticos, exames e procedimentos a que foi submetido, entre outros serviços. Tecnicamente, o prontuário eletrônico tem a função de facilitar o acesso às informações do paciente de maneira segura, rápida e eficiente. A utilização desta ferramenta é um marco nos serviços de saúde, principalmente no segmento de home care, onde as visitas dos profissionais ocorrem em momentos distintos. Outra importante vantagem é a possibilidade de ser consultado de qualquer lugar onde haja acesso à internet, sendo uma fonte de informação totalmente on line.

A São Paulo Internações Domiciliares atende, mensalmente, cerca de 150 pacientes, totalizando uma média de 3.200 atendimentos mensais. Isso envolve diretamente na assistência 70 fisioterapeutas, entre equipe interna e externa. O prontuário eletrônico foi uma importante e fundamental ferramenta para integração da equipe, abrangendo todos os processos do home care desde o acompanhamento clínico do paciente, a troca de informações entre os membros da equipe e o gerenciamento de informações.

A instalação do prontuário eletrônico foi dividida em três etapas:

1.Elaboração do manual de instalação e utilização do sistema

O manual foi elaborado em conjunto com as equipes de Tecnologia de Informação e de Fisioterapia. Abrange desde a instalação do sistema até a forma como inserir os relatórios de evolução.

2.Instalação do sistema

Após atualização do cadastro de todos os fisioterapeutas externos, foi criado um login e senha de acesso para todos os profissionais. Posteriormente à criação deste acesso, foi enviado através de email o manual de instalação e utilização do sistema.

3. Treinamento

Após a instalação do prontuário eletrônico, foi realizado um período de treinamento com a equipe, com duração de três meses. Além do manual já enviado anteriormente por email, neste período foram realizados treinamentos presenciais no home care, além de suporte on line permanente pela equipe de TI e fisioterapeutas internos.

Com o sistema já instalado pela equipe de fisioterapeutas externos e o início dos registros, observou-se a necessidade da criação de um relatório padronizado (figura 1), em forma de “check list”, contendo todas as informações relevantes sobre o quadro clínico do paciente, além das informações administrativas necessárias para atender as exigências das fontes pagadoras. Além destas vantagens, o modelo de relatório por “check list” possibilitou uma coleta de dados mais efetiva, facilitando a elaboração de estudos clínicos, epidemiológicos e avaliação da qualidade do atendimento.

Antes do uso do prontuário eletrônico havia grande dificuldade de comunicação entre a equipe, uma vez que as visitas ocorriam em momentos distintos e todos os registros ficavam somente no prontuário do domicílio. Não havia centralização dos registros em um único local, onde toda equipe tivesse acesso. A equipe interna somente tinha acesso ao quadro do paciente após o envio dos relatórios de evolução pela equipe externa, ora feitos por fax, ora por email, sendo necessário a digitação destas informações no sistema, o que demandava várias horas de trabalho. Além da demora no acesso dos dados clínicos dos pacientes, havia ainda a dificuldade de acompanhar o cumprimento das visitas e a conferência da produtividade de cada profissional, sendo estes processos totalmente manuais e suscetíveis a falhas.

A instalação e utilização do sistema por toda equipe trouxe uma melhora significativa na comunicação de todos os profissionais envolvidos na assistência do paciente. Centralizando todas as informações em um único instrumento de trabalho, possibilitou o acompanhamento efetivo das visitas programadas e realizadas (figura 2), a evolução dos atendimentos inseridos diretamente pelo profissional externo, sem necessidade do envio por fax ou email, com padronização dos relatórios. Permitiu também o cálculo automático da folha de pagamento através das programações de visita e a digitação dos relatórios.

Observa-se que o profissional que faz uso desta ferramenta direciona as solicitações e os relatórios de atendimentos, interagindo com toda a equipe multiprofissional, podendo discutir os diferentes casos clínicos.

Sabemos que há um longo caminho pela frente e que, através de algumas sugestões por parte da equipe, buscamos melhorias constantes nesta ferramenta com o objetivo de cada vez mais atingir a excelência do atendimento, a nossa maior meta.

Referências

CUNHA, F.J.A.P. A gestão da informação nos hospitais: importância do prontuário eletrônico na integração de sistemas de informação em saúde. *Revista Brasileira em Ciências da Informação e Biblioteconomia*. Salvador, v.1, n.1, 2005

THOFEHRN, C, De Lima, W.C. Prontuário eletrônico do paciente – a importância de clareza da informação. *Revista Eletrônica de Sistemas de Informação*. Itajaí, v.5, n.1, 2006.

Figura 1

[illegible]

Figura 2

W-Care SPHomeCare - dbwSPHomeCare - http://10.0.0.3:9090/Dispatcher/BridgeServlet

Configuração Execução Indicadores Seguradora Cooperativas Relatórios Administrador Painel Ferramentas Sessão Janela Ajuda

F01039 - 001 Prontuário de Home Care: 4

Em atendimento Interação Intercorrências Ocorrências PL Terapêutico Contato Cobertura

Nr. Inclusão: 2005
Mortuo Inclusão: Controle
Fonte Pagadora: SP Home Care

Paciente: Premier Residence Hospital
Início Atend.: 17/10/2005
Zona: Sul 1
Idade: 4a 11m
Sexo: Masculino
Alta: Prontuário: 1682

Nível Complex.: 0

Programa de Visitas:

Agenda Fatores de Risco e Orientações

Cod. Especialidade
Fisioterapia

Data Início 01/07/2010 Data Fim

Agenda Programado Realização

Resultado da Pesquisa

Lib	Semana Prog	Especialidade	Frequência	Agenda de de:	Agenda até:	Data Programa	Início da visita	Término da visita	Profiss. Agendado	Pago Autorizado	Cobrar Fonte Pagadora
Não	1ª - Jun	Fisioterapia	1x dia - Il...	01/07/2010	30/07/2010	01/07/2010	01/07/2010 10:13	05/07/2010 10:13	Flavia da Trindade	Sim	Sim
Não	1ª - Jun	Fisioterapia	1x dia - Il...	01/07/2010	01/07/2010	01/07/2010	01/07/2010 10:13	05/07/2010 10:13	Flavia da Trindade	Sim	Sim
Não	1ª - Jun	Fisioterapia	1x dia - Il...	02/07/2010	02/07/2010	02/07/2010	01/07/2010 10:13	05/07/2010 10:13	Flavia da Trindade	Sim	Sim
Não	1ª - Jun	Fisioterapia	1x dia - Il...	03/07/2010	03/07/2010	03/07/2010	01/07/2010 10:13	05/07/2010 10:13	Flavia da Trindade	Sim	Sim
Não	1ª - Jul	Fisioterapia	1x dia - Il...	04/07/2010	04/07/2010	04/07/2010	01/07/2010 10:13	05/07/2010 10:13	Flavia da Trindade	Sim	Sim
Não	1ª - Jul	Fisioterapia	1x dia - Il...	05/07/2010	05/07/2010	05/07/2010	01/07/2010 10:13	05/07/2010 10:13	Flavia da Trindade	Sim	Sim
Não	1ª - Jul	Fisioterapia	1x dia - Il...	06/07/2010	06/07/2010	06/07/2010	01/07/2010 10:13	05/07/2010 10:13	Flavia da Trindade	Sim	Sim
Não	1ª - Jul	Fisioterapia	1x dia - Il...	07/07/2010	07/07/2010	07/07/2010				Não	Sim
Não	1ª - Jul	Fisioterapia	1x dia - Il...	08/07/2010	08/07/2010	08/07/2010				Não	Sim
Não	1ª - Jul	Fisioterapia	1x dia - Il...	09/07/2010	09/07/2010	09/07/2010				Não	Sim
Não	1ª - Jul	Fisioterapia	1x dia - Il...	10/07/2010	10/07/2010	10/07/2010				Não	Sim
Não	1ª - Jul	Fisioterapia	1x dia - Il...	11/07/2010	11/07/2010	11/07/2010				Não	Sim
Não	1ª - Jul	Fisioterapia	1x dia - Il...	12/07/2010	12/07/2010	12/07/2010				Não	Sim
Não	1ª - Jul	Fisioterapia	1x dia - Il...	13/07/2010	13/07/2010	13/07/2010				Não	Sim
Não	1ª - Jul	Fisioterapia	1x dia - Il...	14/07/2010	14/07/2010	14/07/2010				Não	Sim
Não	1ª - Jul	Fisioterapia	1x dia - Il...	15/07/2010	15/07/2010	15/07/2010				Não	Sim
Não	1ª - Jul	Fisioterapia	1x dia - Il...	16/07/2010	16/07/2010	16/07/2010				Não	Sim
Não	1ª - Jul	Fisioterapia	1x dia - Il...	17/07/2010	17/07/2010	17/07/2010				Não	Sim
Não	1ª - Jul	Fisioterapia	1x dia - Il...	18/07/2010	18/07/2010	18/07/2010				Não	Sim
Não	1ª - Jul	Fisioterapia	1x dia - Il...	19/07/2010	19/07/2010	19/07/2010				Não	Sim
Não	1ª - Jul	Fisioterapia	1x dia - Il...	20/07/2010	20/07/2010	20/07/2010				Não	Sim
Não	1ª - Jul	Fisioterapia	1x dia - Il...	21/07/2010	21/07/2010	21/07/2010				Não	Sim
Não	1ª - Jul	Fisioterapia	1x dia - Il...	22/07/2010	22/07/2010	22/07/2010				Não	Sim

Cadastrar Paciente
Avaliação
Proposta
Plano Terapêutico
Orçamento
Análise Financeira
Programa de Visitas
Equipe
Equipamentos
Prescrições
Gases Médicinas
Unid. Atend. Móvel
Exames
Evolução Clínica
Ocorrências
Intercorrências
Avaliação Semanal
Registrar Alta
Impressos
Protocolos Clínicos
Ficha Sintética
Histórico Utilização
Ficha Sintética (Visualiz)
Programa Monitoramento
Perguntas Pro-ativos
Fórum Multidisciplinar

Pesquisar Consultas Agendar Salvar Liberar Excluir Editar Par. Pa... Editar parâmetros Empresa Histórico

HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DE HOME CARE

PATRÍCIA FERRAZ DA ROSA

BACHAREL EM ENFERMAGEM PELA UNINOVE. ENFERMEIRA ADMINISTRATIVA DA SÃO PAULO
INTERNAÇÕES DOMICILIARES.
pferraz08@yahoo.com.br

Introdução

A assistência domiciliar surgiu no século XIX, através de caridade prestada por instituições religiosas. Entretanto esta atividade evoluiu, passando a ter características próprias, com técnicas e regulamentos, com participação de todos os profissionais de saúde.

A população que necessita de assistência domiciliar no Brasil vem crescendo, assim como no exterior, pois além de dar qualidade de vida ao paciente, reduz custos para as operadoras de saúde. Para que a assistência seja eficaz, o prestador de serviço deve atender o paciente de acordo com suas necessidades.

Assistência domiciliar requer um bom desempenho da equipe de enfermagem, pois reflete diretamente na satisfação dos clientes, de suas famílias, da equipe interdisciplinar e das operadoras de saúde.

Para que esse atendimento tenha um bom desempenho, a humanização do atendimento torna-se impreterível. Para isso, é necessário o conhecimento do conceito humanização, sua adaptação e implantação ao serviço de Home Care.

A prática da humanização deve ser observada ininterruptamente. Consideramos que humanizar a assistência significa agregar à eficiência técnica e científica, valores éticos, além de respeito e solidariedade ao ser humano. O planejamento da assistência deve sempre valorizar a vida humana e a cidadania, considerando, assim, as circunstâncias sociais, étnicas, educacionais e psíquicas que envolvem cada indivíduo. Deve ser pautada no contato humano, de forma acolhedora e sem juízo de valores e contemplar a integralidade do ser humano. Entende-se por humanização a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e enfatiza a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.

Alguns autores acreditam que o cuidado é inerente à pessoa humana e essencial à vida, ao nascimento, crescimento e desenvolvimento, como uma forma de promover o bem-estar, auto-realização e sobrevivência, ou mesmo encarar uma morte aliviada e tranquila ⁽⁸⁾.

É a enfermagem que está mais próxima desse cuidado, pois permanece a maior parte do tempo com o paciente e seus familiares. Dessa forma, é ela o ponto de equilíbrio e de sustentação.

A humanização deve fazer parte da filosofia de enfermagem. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos não são mais significativos do que a essência humana. Esta sim irá conduzir o pensamento e as ações da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e

construir uma realidade mais humana.

Contudo, não se pode confundir atendimento humanizado como rejeição aos aspectos técnicos, tampouco aos aspectos científicos. O que se pretende ao revelar o cuidado humanizado é enfatizar a característica do processo interativo e de fruição de energia criativa, emocional e intuitiva que compõe o lado artístico, além do lado moral.

Essa é a essência da enfermagem e saúde sendo, portanto, imprescindível a toda situação que envolva o encontro de profissionais e pessoas com problemas de saúde.

O processo de humanização em Home Care não poderia ser diferente das demais instituições de saúde. O atendimento de cada familiar/cuidador/paciente deve envolver a humanização em seu sentido mais amplo. Isso vem sendo implementado na São Paulo Internações Domiciliares após a introdução de um novo modelo operacional, o qual teve início há aproximadamente 6 meses.

Apresentação da Instituição/Serviço

A São Paulo Internações Domiciliares é uma empresa de assistência domiciliar, pertencente ao Grupo Mais (Hospital Premier, Pró-Ativam, Premionco, Premier Atende, Premiodonto). Conta com uma equipe multiprofissional no atendimento em diversos segmentos da saúde passando por todos os níveis de atenção (primária a terciária e reabilitação). Fazem parte dessa equipe enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, terapeuta ocupacional, psicólogas, nutricionistas e assistente social.

A instituição atua em São Paulo (Capital, Interior e Litoral) e outros estados da federação como Distrito Federal, Santa Catarina, Rio Grande do Norte, Bahia, Mato Grosso, Goiás, Rio de Janeiro e Minas Gerais.

Caracterização do trabalho/Atividade a ser descrita

A São Paulo Internações Domiciliares desenvolvia anteriormente um modelo de atendimento aos pacientes de Home Care separados por demandas operacionais internas.

Os enfermeiros, chamados de Enfermeiros Clínicos, atendiam as intercorrências clínicas dos pacientes conforme as chamadas recebidas. Os pacientes poderiam ser atendidos por cada um dos 03 (três) enfermeiros plantonistas, o que ocasionava uma quebra na informação e posturas diferentes de atendimento, as quais variavam de acordo com o atendente. Além disso, esses profissionais realizavam algumas atividades administrativas relacionadas a prorrogações e orçamentos de avaliações dos pacientes.

Além disso, ficavam responsáveis pelas solicitações de exames e remoções, materiais e medicamentos (solicitações e acompanhamento de entregas), além das questões relacionadas à escala.

Após avaliação do modelo que havia sido implantado, observou-se muitas queixas relacionadas a não continuidade do atendimento (queixas de que repetiam, por algumas vezes a mesma informação).

Atualmente, o operacional da São Paulo Internações Domiciliares implementado segue o padrão da tabela abaixo, relacionada à quantidade de pacientes em atendimento (conforme previsto em manuais operacionais):

Modelo Operacional IO NAL (vigente a partir d/05/2010)

Case I		Correios
		Unimed Seguros
		Mediservice
Case II		Marítima
		Unimed Caçapava
		Central Nacional
		Omint
		Unimed TO
		Dix
		CET
		SBC
		Einstein
		Embratel
		SP Internações (Particulares)
		Porto
Aux. Enf. I	Suporte Administrativo (senhas Correios e Mediservice), Suporte Clínico, Monitoramento Ativo, Hospitalizados, Avaliados, Visitas de enfermagem	
Aux. Enf. II	Exames/Remoções/Plantão Noturno (13:00 as 21:00hs)	
Aux. Enf. III	Gestão da Qualidade	
Aux. Enf. IV	Gestão da Escala	
Aux. Enf. V	Materiais/Medicamentos	
Aux. Enf. VI	Telefonia/ Recepção	
Case Noturno I/ Aux. Enf. I noturno	Plantão Noturno 1	
Case Noturno II/ Aux. Enf. II noturno	Plantão Noturno 2	
Case administrativo	Enfermeiro Administrativo, Elaboração de relatórios de prorrogação, Glosas, Prorrogações, Aditivos, Avaliações, Senhas de prorrogação (on-line)	

Cada enfermeiro case atende exclusivamente demandas clínicas, além de monitoramento ativo dos pacientes. As solicitações de exames, remoções e materiais ou medicamentos são disparados através do enfermeiro aos auxiliares de enfermagem, devendo apenas acompanhar as solicitações, porém não operacionalizá-las.

População Alvo

O trabalho tem como população alvo os pacientes em atendimento pela São Paulo Internações Domiciliares relacionado ao atendimento mais humanizado.

Impacto da atividade/serviço junto à população alvo

A compreensão da humanização da assistência de enfermagem demonstra que além de palavras e tentativas, é necessária uma ação transformadora que deve ter, como ponto de partida, a compreensão do ser, em uma relação humana de troca, de demonstração de afeto e de respeito, assumida pelas enfermeiras e pelo paciente em situações de risco.

Contudo, essa situação, quando mal administrada, torna-se uma dificuldade para o enfermeiro, dificuldade essa de relacionamento. O atendimento humanizado aos pacientes de Home Care minimiza o sofrimento desses cuidadores. O fato de saber com quem conversar e a quem solicitar suas demandas facilita o processo de entendimento e compreensão.

Cada enfermeiro conhece o perfil de seus cuidadores e sabe como lidar com suas demandas e solicitações, bem como utilizar as palavras em momentos de conforto ou durante um momento de estresse para confortá-los.

Considerações finais

Através do reconhecimento da personalidade de cada integrante da equipe, podemos prever futuros conflitos e gerenciá-los antes mesmo que ocorram.

Referências

1. FERNANDES, D. Humanização do enfermeiro na unidade do centro cirúrgico do Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA), Feira de Santana-ba, com os familiares de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. **Saúde e Beleza**, 2008.
2. STUMM, E.M.F.; MAÇALAI, R.T.; KIRCHNER, R.M. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. **Texto Contexto Enferm**, jun. 2006, vol15, n.3, p.464-471.
4. CRUZ, E. A.; VARELA, Z. M. V. Admissão em Centro Cirúrgico como espaço de cuidado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2002, v. 4, n. 1, p. 51 – 58.
5. DUARTE, L.E. M.; LAUTERT, L. Conflitos e dilemas de enfermeiros que trabalham em centros cirúrgicos de hospitais macro-regionais. **Rev. gaúcha enferm.**, jun. 2006, vol.27, no.2, p.209-218.
6. MEDEIROS, João Bosco. **Redação científica: a pratica de fichamentos, resumos, resenhas**. 9.ed. São Paulo: Atlas, 2007.
7. SOUSA, F.A.E.F.; RODRIGUES, R.A.P. O trabalho de enfermagem em centro cirúrgico – análise de depoimentos. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, jul. 2007, vol. 2, no. 1, p. 21-34.
8. GEORGE, J. B. et al. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4ª. edição. Artimed. Porto Alegre, 2000. Capítulo 21, p. 297-309 .
9. SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: Editora Gente, 1996.
10. CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital, uma sociologia dos serviços hospitalares**. 3 ed. Porto Alegre: Edições Afrontamento; 1998.

ÚLCERA POR PRESSÃO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E PREVENÇÃO NO SERVIÇO DOMICILIAR

VANILDA M COSTA

BACHAREL EM ENFERMAGEM PELA UNINOVE. ENFERMEIRA DOS PLANTÕES NOTURNOS (INTERNOS) E ENFERMEIRA AVALIADORA (CAPTAÇÕES) DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES.

vm_costa2003@yahoo.com.br

Introdução

No passado, o local privilegiado para a prestação de cuidados de enfermagem era o hospital. Hoje em dia, encontramos diversos locais para o exercício profissional, entre eles o domicílio. Verifica-se uma preocupação na diminuição do tempo de internação

Hospitalar, logo, um precoce regresso à casa do cliente.

Assistência domiciliar (AD), definida como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizadas na residência do paciente, são desenvolvidas por equipe multiprofissional. O deslocamento de uma equipe de profissionais de saúde à residência do cliente implica o conhecimento, por parte da equipe, da sua realidade local, das suas relações familiares e rede social, permitindo um conhecimento mais íntegro de toda a situação, ao contrário do que poderá acontecer em meio hospitalar.

Quando se aborda o domicílio como destino para os clientes com alta hospitalar ou com uma incapacidade temporária ou permanente, remete-se para a necessidade, ou não, de cuidados domiciliários prestados por equipe de enfermagem. Apesar da ajuda de profissionais, estes clientes necessitam de uma retaguarda familiar, ou não familiar, para minimizar o impacto da doença na sua autonomia e para o restabelecimento da sua qualidade de vida.

Estando os cuidados preventivos das UPP incluídos na intervenção da enfermagem no domicílio, é nesta problemática que irei centrar, efetuando uma análise de situação sobre a complicação emergente de cuidados de prevenção inadequados – a úlcera por pressão (UPP).

A úlcera por pressão é um importante problema com o qual os profissionais de saúde se deparam na sua prática de cuidados. Tendo em conta que a maior parte das UPP podem ser prevenidas, é importante dispor de estratégias de educação e prevenção integradas em guias de prática clínica.

As atividades preventivas incluem a identificação e seleção dos clientes. Assim, a ação profilática necessita de uma conscientização perfeita dos fatores de risco de constituição de uma escara, dos meios de prevenção, como também de uma perfeita coordenação para retardar o seu aparecimento. Reforço ainda que avaliar o risco e prevenir são as traves mestras da UPP. A enfermagem, face ao risco de escara, não pode ignorar a responsabilidade que lhes cabe.

A úlcera por pressão (UPP) ainda é considerada um problema grave em pessoas idosas e nas situações de adoecimento crônico-degenerativo, seja no âmbito hospitalar ou domiciliar. Também é considerada um indicador de qualidade da assistência de enfermagem nos serviços de saúde.

É conceituada como lesão cutânea ou de partes moles, superficiais ou profundas, de origem isquêmica, decorrente de uma elevação de pressão externa, localizada geralmente sobre proeminências ósseas.

As UPP podem ser descritas como áreas localizadas de necrose celular que tendem a se desenvolver quando os tecidos moles são comprimidos entre uma proeminência óssea e uma superfície rígida, geralmente por um período de tempo prolongado. A pressão contínua desenvolvida nos tecidos provoca a falta de suprimento sanguíneo, imprescindível para a manutenção dos níveis de oxigênio e nutrientes necessários à manutenção da vida celular e, consequentemente, da integridade cutânea e dos tecidos subjacentes.

Fatores

No que diz respeito à etiologia da UPP, a interação entre a intensidade e a duração da pressão à qual o tecido é submetido é um fator crucial para sua formação. Contudo, outros fatores intrínsecos e extrínsecos ao organismo humano, considerados secundários, contribuem para o seu desenvolvimento.

Dentre os fatores extrínsecos que podem levar ao aparecimento destas lesões destacam-se: pressão, cisalhamento, fricção e umidade. Dentre os fatores intrínsecos, destacam-se: idade, estado nutricional, perfusão dos tecidos, uso de medicamentos e doenças crônicas, anemia, imobilidade, infecção, sensibilidade cutânea, distúrbios vasculares, diminuição ou perda da tonicidade muscular, distúrbios neurológicos e incontinências.

As áreas mais vulneráveis para o aparecimento das UPP são as regiões sacra, trocanteres, calcâneos, joelhos, escapular e cotovelos, ou seja, onde existem proeminências ósseas.

As UPP podem se desenvolver em 24 horas ou levar até aproximadamente cinco dias para se manifestar. Assim, em vista dessa circunstância, todos os profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento do paciente devem estar familiarizados com os principais fatores de risco para a sua formação. Neste contexto, a observação das condutas profiláticas para eliminar forças de pressão contínua, cisalhamento ou fricção são de vital importância para evitar a formação de úlceras: a conhecida “mudança de decúbito”.

Prevenção

É imprescindível que os profissionais da área de saúde atuem para prevenir essas feridas, adotando medidas profiláticas fundamentadas em conhecimentos científicos. É sabido que um bom trabalho de prevenção pressupõe o conhecimento da etiologia e também da realidade institucional em que o paciente encontra-se inserido. O tratamento das UPP não é simples e requer comprometimento do profissional de enfermagem.

A prevenção é prioridade no controle das úlceras por pressão. São fundamentais a participação e a cooperação mútua entre os profissionais da saúde e os familiares dos pacientes. A higiene corporal deve ser priorizada uma vez que,

úmida, a pele torna-se mais sensível e suscetível a lesões. A mobilização dos pacientes acamados (mudança de decúbito) deve ser feita pelo menos a cada 2 horas. Para os dependentes de cadeira de rodas, a mobilização deve ser feita de hora em hora. Devem ser usados travesseiros, toalhas e outros artifícios para apoiar tronco, membros superiores, sacro, nádegas e calcâneos (proeminências ósseas mais acometidas pelas úlceras) e equipamentos apropriados para prevenção, como colchão caixa de ovo, redutores de pressão, cadeiras especiais e almofadas. É muito importante elaborar escala de mudança de decúbito com intervalos de 2/2h ou de acordo com a necessidade.

No serviço do Home Care a facilidade para prevenção de escaras é maior, visto que o profissional de enfermagem tem somente um paciente para realizar cuidados. Mediante a necessidade de uma prevenção rigorosa, apresento na figura 1 um modelo assistencial de prevenção das UPP que pode ser usado por profissionais de enfermagem, familiares e cuidadores. Trata-se de um relógio, desenhado em papel, para mudanças de decúbitos para ser fixado em local acessível ao olhar de todos.

Estudo de caso

Cliente Z. F. C., 85 anos, com sequela de AVC, acamada desde 2002, está sob cuidados de um serviço de Home Care (assistência domiciliar) desde esta data. Consciente, traqueostomizada, alimentação por gastrostomia, uso contínuo de Bipap, tem plantão de enfermagem 24hs dia. Faz uso deste modelo de prevenção de UPP há 8 anos, mantendo pele íntegra, sem lesões cutâneas.

Conclusão

Este modelo deveria ser adotado para todos os pacientes acamados, independente do número de horas de enfermagem, levando tanto os profissionais de enfermagem, quanto cuidadores e familiares a um compromisso com a prevenção de escaras. Sabemos que a UPP é um problema grave que acomete com frequência os pacientes acamados, com grandes repercussões tanto para o enfermo quanto para os seus familiares e prestadoras de cuidados.

Referências

CARVALHO, L.S. et al. Concepções dos acadêmicos de enfermagem sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.31,n1,p.77-89 jan/jun. 2007.

DEFLOOR, T. et al (2008). Mobiliser pour prévenir les Escarres in Colectânia: Enfermagem e Úlceras por Pressão: Da Reflexão sobre a Disciplina às Evidências nos Cuidados, GRUPO ICE. Angra do Heroísmo, ISBN: 978-972-8612-41-2

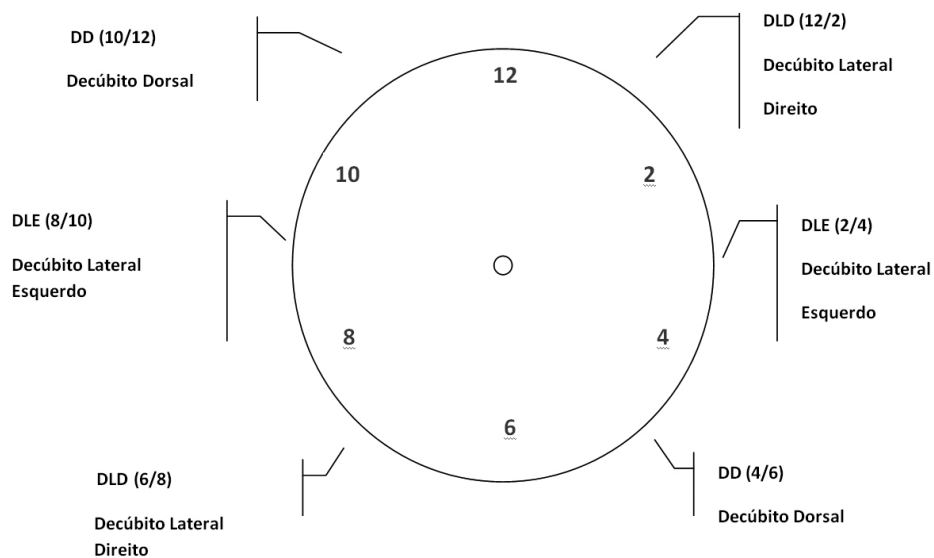
MEDEIROS, Adriana Bessa Fernandes; LOPES, Consuelo Helena Aires de Freitas and JORGE, Maria Salete Bessa. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. *Rev. esc. enferm. USP*. 2009, vol.43, n.1, pp. 223-228. ISSN 0080-6234. doi: 10.1590/S0080-62342009000100029

Moura, Silva & Godoy. *Univ. Ci. Saúde*, Brasília, v. 3, n. 2, p. 275-286, jul./dez. 2005
Úlceras de pressão: prevenção e tratamento. *Univ. Ci. Saúde*, Brasília, v. 3, n. 2, p. 275-286, jul./dez. 2005

VERDÚ, J. (2005). *Epidemiología, Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión*. Tese de doutoramento apresentada em Outubro na Universidade de Alicante p.11-13

Relógio para mudanças de decúbitos

Figura 1



CAPTAÇÃO DE CLIENTES PARA HOME CARE: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

VANILDA M COSTA

BACHAREL EM ENFERMAGEM PELA UNINOVE. ENFERMEIRA DOS PLANTÕES NOTURNOS (INTERNOS) E ENFERMEIRA AVALIADORA (CAPTAÇÕES) DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES.

vm_costa2003@yahoo.com.br

Atendimento domiciliar (home care) é a provisão de serviços de saúde às pessoas de qualquer idade em casa ou outro local não institucional. Iniciou-se pelo modelo francês, em 1951, tendo como motivação o envelhecimento da população, o aumento de pacientes crônicos, a superlotação hospitalar e o custo elevado de internações.

Processo de admissão do cliente ao serviço domiciliar

O médico titular do paciente, mediante uma análise cuidadosa do caso, decide que o paciente é um candidato a receber os cuidados necessários em regime de home care. O médico conferencia com o paciente ou cuidador legal sobre a possibilidade de dar continuidade ao tratamento em regime de home care com a aceitação e autorização do paciente e ou cuidador legal. O médico responsável escreve uma prescrição médica detalhando os cuidados a serem executados em regime de home care e esta prescrição deve detalhar todos os recursos a serem utilizados, conforme a necessidade do cliente.

A prescrição e justificativa, cuidadosamente escritas pelo médico responsável, são passadas à Enfermeira da ala, que informa a Assistente Social do Hospital ou entra em contato com o familiar para, juntos, enviarem à fonte pagadora (Plano de Saúde ou outra fonte) o pedido de transferência do paciente ao regime domiciliar.

Feita a solicitação, o caso será avaliado pela Assistente Social e pelos profissionais do Home Care, que aceitarão ou não o pedido, de acordo com as condições que viabilizam este tipo de assistência: residência fixa com condições pré-estabelecidas para receber o paciente; pelo menos uma pessoa responsável como cuidador, paciente usando medicações adaptáveis ao serviço domiciliar.

Captações

A captação pode ser ativa (baseados no histórico clínico de cada paciente, os médicos dos hospitais ou ambulatorios solicitam o serviço, enviando os dados e relatórios para a central do Home Care) e passiva (os médicos

captadores realizam visitas hospitalares avaliando os pacientes em condições de assistência domiciliar).

Captação Ativa

O início desse processo ocorre por meio do monitoramento do censo hospitalar. Neste censo, há a identificação de pacientes com tempo de permanência hospitalar maior ou igual a 30 dias. Nesta captação, é preenchida uma ficha de avaliação a fim de verificar o grau de dependência e a elegibilidade para a desospitalização. Depois é verificado o cadastro de empresas de home care e se inicia o fluxo de notificação.

Captação Passiva

É quando o paciente chega ao home care por indicação do seu médico, da família ou da operadora do plano de saúde. O ideal é que a captação possa ser passiva, pois o serviço já vem recomendado. A equipe de captação conta com enfermeiras, fisioterapeutas, nutricionistas e profissionais de relacionamento com o cliente.

Indicação

- Indicação espontânea do médico assistente;
- Concordância do médico junto aos familiares ou paciente, se possível;
- Internação hospitalar prolongada com baixo risco de reagudizações ou necessidade de UTI;
- Ventilação mecânica invasiva estabilizada;
- Paciente crônico de longa permanência hospitalar.

Abordagem do cliente na instituição hospitalar

Uma captação se inicia na recepção da instituição, na apresentação pessoal em nome da empresa do home care ou do plano de saúde. A captação engloba:

- Coletânea de dados do prontuário: dados pessoais, história clínica, prescrição médica.
- Exame físico do cliente (paciente), podendo ser coletado apenas do prontuário, conforme normas da instituição hospitalar.
- Fornecimento de informações aos familiares ou pacientes sobre o serviço de home care, conforme solicitadas.
- Após a coleta dos dados, finalizar a captação enviando o orçamento para a fonte pagadora (plano de saúde).

Coletas de dados com os profissionais de enfermagem responsáveis

O tempo médio despendido no cuidado, conforme o grau de dependência do paciente e segundo os instrumentos de classificação, pode ser assim considerado:

dependência total – 24 horas de assistência / dia / paciente;

dependência parcial – 12 horas de assistência / dia / paciente;

dependência moderada – 6 horas de assistência / dia / paciente ou realização de procedimentos.

Equipamentos, materiais e medicamentos são fornecidos conforme a necessidade do cliente e o contrato com a fonte pagadora (Plano de saúde). O tempo de atendimento de enfermagem varia de 30 minutos a internação de 24 horas.

A realização do planejamento e a avaliação do quantitativo de recursos humanos de enfermagem é pré-estabelecida pela Score do NEAD - Núcleo Nacional de Empresas de Assistência Domiciliar. (Vide anexo 1)

Prestar assistência domiciliar não é apenas concretizar uma nova modalidade de assistência à saúde mas, sim, tornar possível às pessoas experienciarem uma nova forma de atenção aliada a conhecimento e tecnologia. É realizar assistência baseada na realidade de cada indivíduo, proporcionando cuidado individualizado e mais humanizado.

Referências

<http://www.portalhomecare.com.br/pagina.php?pagina=161> - 09/07/2010 – 23:10

http://susanaalamy.sites.uol.com.br/psicopio_n3_13.pdf – 09/07/2010 – 00:00

<http://www.hospitalarhomecare.com.br/img/Pryscila.pdf> – 10/07/2010 – 10:30

<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a16v19n1.pdf> – 10/07/2010 – 11:50

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000500004&script=sci_arttext - 10/07/2010 – 00:36

Fonte: Nead, 2004

Anexo 1: Tabela de Avaliação para Internação Domiciliar - NEAD

Dimensionamento de assistência de Enfermagem em Home Care - Score de Admissão

GRUPO A		GRUPO B		GRUPO C	
Internações no último ano		Alimentação		Secreção Pulmonar	
0 - 1 internação	0	sem auxílio	0	ausente	0
2 - 3 internação	1	assistida	1	peq/mod. quantidade	1
mais de 3 internações	2	por sonda	2	abundante	2
		por cateter central	3		
Tempo desta Internação		Curativos		Drenos / Catet. / Estomias	
menos de 10 dias	0	ausentes ou simples	0	ausentes	0
10 - 30 dias	1	médios	1	presente c/ família apta	1
mais de 30 dias	2	grandes	2	presente c/ família inapta	2
		complexos	3		
Deambulação		Nível de Consciência		Medicações	
sem auxílio	0	consciente e calmo	0	VO ou SNE	0
com auxílio	1	consciente e agitado	1	IM ou SC 1 ou 2x/dia	1
não deambula	2	confuso	2	IM ou SC mais 2x/dia	2
		comatoso	3	EV 1 ou 2x/dia	3
				EV mais 2x/dia	4
Plegias		Sub-Total B 2 (x2)		Quadro Clínico	
ausentes	0			estável	0
pres. c/ adaptação	1			instabilidade parcial	1
pres. s/ adaptação	2			instável	2
Eliminação Vesical		Totais	Programa		
		< 8	sem indicação Int.		
sem auxílio	0	8 a 15	ID. c/ visitas de		
com auxílio ou sonda	1	16 a 20	ID. c/ até 6h de	Padrão Respiratório	
sem controle esfinc.	2	21 a 30	ID. c/ até 12h de	eupneico	0
sondagem intermit.	3	> 30	ID. c/ até 24h de	períodos de dispnéia	1
				dispnéia constante	2
				períodos de apnéia	3
Estado Nutricional				Dependência de O2	
eutrófico	0			ausente	0
emagrecido	1			parcial (resp. esp.)	1
caquético	2			contínua (resp. esp.)	2
				vent. mecânica interm.	3
				vent. mecânica contínua	4
Higiene					
sem auxílio	0				
. com auxílio	1				
. dependente	2				
SUBTOTAL 1(x1)		TOTAL 1+2+3		SUBTOTAL 3(x3)	

Fonte: Nead, 2004

Menor que 8 pontos – Sem indicação para internação domiciliar

8 a 15 pontos – ID – Apenas visitas domiciliares

16 a 20 pontos – ID – Plantão de 6hs

21 a 30 pontos – ID – Plantão de 12hs

Acima de 30 pontos – ID – Plantão de 24hs

ACOMPANHANDO O ATENDIMENTO DOMICILIAR DO INÍCIO AO FIM

DEBORAH KEIKO

GRADUADA EM ENFERMAGEM PELA FACULDADE SANTA MARCELINA. ENFERMEIRA VISITADORA PELA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES.

deborah_keiko@yahoo.com.br

A São Paulo Internações Domiciliares (SPID) é uma empresa de segmento de assistência domiciliar que atua no mercado desde o final da década passada. Hoje, configura-se como uma das maiores empresas de Home Care do Brasil, atuando na assistência primordial, primária, secundária e, até mesmo terciária em conjunto com o Hospital Premier.

Através do enfermeiro visitador, busca a qualidade de atendimento da assistência domiciliar. Na visita de inclusão de atendimento de Home Care, o enfermeiro qualifica o esclarecimento sobre a assistência e o processo de trabalho da empresa. Em outras palavras, a visita do enfermeiro na residência significa cuidar do paciente dentro do seu quadro clínico, administrativo e sociopsicorrrelacional.

Vou contar sobre o caso de uma paciente que, em 2008, iniciou atendimento de Home Care com a SPID. Como enfermeira visitadora, eu realizava visitas semanais e acompanhei o atendimento domiciliar desta paciente até o seu óbito.

Paciente K. C. C. M. com antecedentes de Neoplasia de Mama Esquerda (mastectomizada) desde 2004 e submetida ao tratamento de quimioterapia e radioterapia com estabilização do quadro por dois anos, evoluindo com metástase óssea e em sistema nervoso central. Igualmente tratada com quimioterapia e radioterapia, com avanço progressivo da doença e acometimento cerebral progredindo com sequela motora com Hemiparesia à E e diminuição da força motora, Carcinomatose Meníngea.

Encaminhada ao PS do hospital por apresentar queda do estado geral associado à algia em membro inferior esquerdo e queda da saturação, foi internada para tratamento e acompanhamento médico. Durante a última internação, a paciente apresentou períodos de oscilações do quadro clínico e sinais de início de depressão, muito introspectiva e calada, mas evoluiu com melhora do estado geral, sendo indicado atendimento em Home Care para restabelecimento do quadro geral, ou seja, acompanhamento em fase final de vida.

Fazendo uso de medicações via oral (VO), alimentando-se por VO sem engasgos, com acesso venoso central por Porth-o-Cath não sendo utilizado (foi utilizado para realizar tratamento com quimioterapia), permanecendo sem sinais

flogísticos e sendo heparinizado uma vez por mês para manter acesso venoso central pérvio e para ser utilizado quando houver necessidade. Antes da alta hospitalar, ainda manteve quadro de introspectiva e quieta, deambulando com muita dificuldade e auxílio, se apoiando em outras pessoas, mesmo com déficit motor do lado esquerdo. Após estabilização dentro de seu quadro clínico, iniciou com atendimento em Home Care em 31/10/2008 com equipe de enfermagem, médica e de fisioterapia.

No dia 1º de novembro realizei visita de enfermagem e, ao conversar com seu esposo, fiquei sabendo que a paciente não sabia da fase terminal de sua vida e que ele não iria contar pois ela tinha muita fé e isso é que a fazia continuar vivendo. Ele relatou que a equipe médica tinha dado muito pouco tempo de vida para a mulher. Também informou que, por trabalhar de segunda a sexta, nesse período sua mãe e a mãe da paciente ficariam como cuidadoras.

Ao explicar que a paciente entraria em cuidados paliativos e que faríamos de tudo para confortar a ela e aos familiares, deixei claro que antes de qualquer atitude em relação à paciente, ele seria consultado e a palavra final seria dele.

Lembro-me como se fosse hoje: encontrei a paciente ainda consciente, perdida somente no tempo, mas calma, tranquila, verbalizando, alimentando-se via oral e respondendo ao estímulo doloroso. Queixava-se de algia na região da escápula, do tórax do lado esquerdo (bem na região da mastectomia), nos joelhos direito e esquerdo, na região cervical, nas articulações de MMSSII, região inguinal direita e esquerda, muita sensibilidade à manipulação e cefaléia. Fazia uso de Tylex, conforme prescrito pelo médico em caso de dor muito forte.

Porém, recordo que o Tylex foi pouco utilizado, pois aos poucos a paciente foi ficando confusa, evoluindo com muita sonolência e prostração, pouco respondendo aos estímulos dolorosos. Aos poucos, também evoluindo sem evacuar espontaneamente e necessitando realizar fleet enema (lavagem intestinal) de quatro em quatro dias até a lavagem não apresentar resultado satisfatório.

Em dezembro de 2008, o quadro evoluiu com dificuldade na deglutição, apresentando muitos engasgos com líquido e necessidade da passagem da sonda nasoenteral (SNE) para conseguir suprir a necessidade da paciente. Porém, me lembro que tivemos muita resistência por parte da família. O marido da paciente contou que seu filho não mais se lembrava do aspecto da mãe antes de seu adoecimento e que a sonda iria mudar muito mais a sua aparência, o que poderia mexer muito com o aspecto psicológico da criança.

Diante disso, orientei a conversar com o seu filho sobre a necessidade da sonda. Mas o esposo decidiu iniciar uso de espessante nos líquidos e adiar ao máximo o uso da SNE. Neste momento percebi que, apesar do esposo ter a ciência da fase terminal da paciente, ele não aceitava o quadro. O fato é que conseguimos manter a paciente sem a SNE até maio de 2009 mas, após ter apresentado um engasgo muito feio e não mais conseguir se alimentar, foi autorizado pelo esposo a passagem da sonda.

Aos poucos, evoluindo com piora do quadro pulmonar, foi necessário o uso de oxigênio esporádico, de CPAP no atendimento da fisioterapeuta e aspiração de vias aéreas quando necessário. Com dificuldade para urinar e evoluindo para uma sondagem vesical de alívio (SVA), passou para sonda vesical de demo-

ra (SVD) em agosto devido à retenção urinária. No dia dois de setembro iniciou com quadro febril e foi orientado pela base administrar antitérmico. Em seguida, o médico visitador orientou o uso de antibiótico. Deixei os familiares cientes de que o quadro febril teria melhora entre 48 e até 72 horas após ter iniciado o uso da medicação.

Nesta que seria a última visita de enfermagem, dia quatro de setembro de 2009, conversei por telefone com o esposo da paciente sobre a sua decisão final, ou seja, se ela seria removida para o hospital ou se o óbito aconteceria na própria residência. Ele referiu que iria pensar no caso pois está percebendo o final da vida de sua esposa. Esse já era um assunto com o qual o esposo vinha me questionando há algum tempo. Quanto a mim, sempre deixei bem claro que não era possível estipular o tempo de vida pois cada pessoa reage de uma forma. Ele sempre dizia que a expectativa de vida que os médicos haviam dado era bem curta mas que a paciente vinha resistindo muito mais tempo do que o esperado. Já tinha a informação de que, para o quadro atual da paciente, nenhum tratamento iria mais surtir efeito.

Recordo que o esposo ficou de pensar durante o final de semana sobre a possibilidade de levar ou não a paciente para o hospital. Na manhã do domingo, dia seis de setembro, recebo a ligação da auxiliar de enfermagem informando que, durante a madrugada, a paciente teve uma parada cardiorrespiratória, sendo reanimada na residência, encaminhada para o hospital e evoluindo para óbito.

A paciente residia em Mogi das Cruzes. Toda sexta-feira era dia da visita de enfermagem. Ela era a minha primeira paciente do dia por causa da distância. Mas com sol, chuva ou neblina, lá estava eu toda sexta de manhã na casa dela. Sempre fui muito bem recebida pelos familiares e a equipe de enfermagem era super dedicada ao trabalho com ela. Uma colega auxiliar de enfermagem ficou tão envolvida com o quadro da paciente que solicitou a sua saída do atendimento domiciliar: sabia que não conseguiria encarar este óbito. Quanto a mim, enfermeira visitadora, quando recebi a notícia de sua morte, tive uma sensação de impotência. Será que poderia ter feito algo a mais pela paciente?

Este foi um caso que acompanhei até o enterro. Passados alguns dias, entendi que a nossa equipe tinha feito tudo o que estava ao nosso alcance e que tínhamos conseguido, sim, confortá-la até o final de sua vida. Dias depois do óbito, o esposo da paciente entrou em contato com a SPID agradecendo o atendimento prestado e referiu que se não tivesse tido o nosso suporte, não teria aguentado a situação tão angustiante de sua esposa. É muito gratificante perceber que, com o meu trabalho, pude, de alguma forma, ajudar e contribuir.

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

SARAH LORETTA

GRADUANDA DO CURSO DE ENFERMAGEM NA UNINOVE. SUPERVISORA DE ESCALA DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES.
escala@spinternacoes.com.br

Introdução

As mais remotas referências em medicina descrevem cuidados domiciliares e hospitalares começando por um médico chamado Imhotep, que na terceira dinastia do Egito Antigo (século XIII a.C.) atendia o paciente tanto no domicílio como em um consultório/hospital, sendo o responsável pelo atendimento do Faraó nas dependências do palácio. Na Grécia Antiga, o médico Asklépios atendia na residência do paciente e seus seguidores atendiam em templos, onde dispunham de medicamentos e materiais especiais para a cura. Esses locais podem ser considerados como a primitiva estrutura que, mais tarde, seria denominada de hospital. No século V a.C, Hipócrates descreve no seu célebre tratado *Ares, águas e lugares* a eficiência de se atender no domicílio pois tal cuidado propiciava um bom êxito, segundo suas observações. Ao final do século XVII, o fundador da homeopatia, Samuel Hanneman, passou a visitar os enfermos por acreditar que o médico tem o dever de lutar, sem descanso, contra a enfermidade, independente do local onde se travava essa luta. Ele permanecia junto aos leitos de seus doentes, no domicílio, a maior parte do tempo possível (Amaral, 2001).

A atenção domiciliar é definida por Carletti e Rejani (apud Duarte & Diogo, 2000) como “o serviço em que as ações de saúde são desenvolvidas no domicílio do paciente por uma equipe interprofissional, a partir do diagnóstico da realidade em que o mesmo está inserido, assim como de seus potenciais e limitações. Visa à promoção, manutenção e/ou restauração da saúde e o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a favorecer o restabelecimento de sua independência e a preservação de sua autonomia”.

Segundo Amaral (2001), a forma organizada de cuidados em Assistência Domiciliar tem como primeira referência o Dispensário de Boston, no ano de 1796, hoje New England Medical Center. Em 1850, sob a liderança de Lilian Wald, com a determinação de promover ações de saúde em domicílio, foi criado o programa que mais tarde denominou-se Public Health Nurse.

Já no Brasil, o primeiro sistema de Assistência Domiciliar foi criado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, em 1967. Seu objetivo principal era reduzir o número de leitos ocupados e para tanto foi implantado um tipo restrito de atendimento domiciliar, englobando os cuidados de baixa complexidade clínica. Nos dias de hoje, tem havido um crescimento no número de empresas privadas do sistema de ADS, passando de cinco empresas, em 1994, para uma marca superior a cento e oitenta empresas, em 1999. Esse aumento caracteriza um modismo que privilegia o lucro fácil, sem a devida estrutura para

o correto atendimento, o que leva muitas dessas empresas a serem desqualificadas pela seleção natural da concorrência.

O atendimento domiciliar tem sido uma alternativa cada dia mais evidente na assistência à saúde suplementar. Exige que os profissionais sejam qualificados e capazes de oferecer atendimento digno individualizado e humanizado, respeitem os preceitos ético-legais e os desejos dos indivíduos, reconheçam o ambiente domiciliar como uma unidade de saúde e também as diferentes manifestações de cada indivíduo frente a situações de dor, sofrimento e fim da vida. Exige que os profissionais reajam com compreensão, humanidade e respeito, além de entender fundamental o trabalho em equipe, considerando que todos são igualmente responsáveis pelos resultados, garantindo a satisfação total dos pacientes e familiares.

Para otimização do processo de gestão de pessoas, houve uma reestruturação produtiva do setor tanto no que se refere à gestão de pessoas quanto às inovações, mantendo os profissionais qualificados, satisfeitos e direcionados, diminuindo assim a rotatividade de profissionais e os custos da empresa. Automaticamente, aumentando a autonomia no setor e reduzindo insatisfações tanto dos pacientes como dos profissionais, por definição este modelo difere a empresa no mercado e contribui para a fixação de sua imagem e competitividade.

Atualmente, o principal modelo de gestão de pessoas é a Gestão por Competências, que visa instrumentalizar o departamento responsável por essa função a realizar gestão e desenvolvimento de pessoas, com foco, critério e clareza. Suas ferramentas são totalmente alinhadas às atribuições dos cargos e funções de cada organização. Através do mapeamento das necessidades dos clientes/pacientes, são identificadas as competências comportamentais e técnicas necessárias para a execução das atividades a fim de que a pessoa atinja os seus objetivos naquela função. O mapeamento e mensuração por competências é a base da gestão por competências. Portanto, deve-se tomar muito cuidado com as metodologias subjetivas existentes no mercado, baseadas no “acho” e “não acho”, “gosto” e “não gosto”, “pode” e “não pode”, “o ideal seria”, etc. Essas metodologias promovem grandes equívocos na obtenção do perfil ideal do cargo.

Através da seleção por competências é identificado se o perfil comportamental e técnico dos colaboradores de uma corporação estão alinhados ao perfil ideal exigido pelos cargos/funções. Através do ranking dos auxiliares de enfermagem, por exemplo, é aperfeiçoado e potencializado o perfil de cada colaborador através de ações de desenvolvimento.

Apresentação da Instituição/Serviço

A São Paulo Internações Domiciliares (SPID) é um empresa de assistência domiciliar há dez anos no mercado e pertence ao Grupo MAIS (Modelo de Assistência Integral à Saúde). Fazem parte do Grupo o **Hospital Premier** (especializado em cuidados paliativos), a **Pró-Ativa** (prevenção e promoção à saúde), o **PremiOdonto** (soluções odontológicas para paciente e empresas) e o **Premier Atende** (atendimentos pontuais em pronto-socorro a pacientes gerenciados pelo Grupo MAIS).

Conta com uma equipe multiprofissional no atendimento em diversos segmentos da saúde como enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, terapeuta ocupacional, psicólogas, nutricionistas, além de assistente social, trabalhando em harmonia para o atendimento dos pacientes desde a pediatria até a

geriatria, incluindo todas as fases da vida do ser humano até sua terminalidade.

A instituição atua em São Paulo, Litoral Sul e Norte, Interior, Região Metropolitana, além de outros estados como Santa Catarina, Mato Grosso, Rio de Janeiro, Minas Gerais, entre outros.

Caracterização do trabalho/atividade a ser descrita

Analogicamente ao corpo humano, o setor de escala torna-se o sistema nervoso central do organismo chamado Home Care. Seu funcionamento controla os demais sistemas (domicílios), sendo o bem estar do paciente o resultado final de suas ações.

Para o controle desse complexo sistema, o setor dispõe de auxiliares e técnicos de enfermagem, classificados conforme a complexidade dos pacientes. Esses profissionais integram as cooperativas de trabalho que prestam atendimento pela São Paulo Internações Domiciliares.

O setor escala conta com 4 cooperativas de saúde que enviam profissionais da área da saúde e também profissionais da área administrativa que nos auxiliam internamente, todos com o mesmo objetivo: atender os pacientes conforme suas necessidades, complexidade e adaptação.

Cabe à supervisão da escala de enfermagem analisar se o profissional está ou não dentro do perfil exigido pela complexidade do paciente, devendo estar devidamente qualificado e supervisionado também pelos enfermeiros visitantes, incluindo-os sempre neste processo. Essa análise técnica e comportamental dos auxiliares/técnicos de enfermagem que atuam no domicílio do paciente ocorre através de uma ferramenta implementada no sistema de gerenciamento dos paciente, além de foto dos auxiliares de enfermagem disponibilizadas no mesmo sistema - exigência dos familiares e dos próprios pacientes.

Essa avaliação ocorre para todos os pacientes que possuem em seu domicílio auxiliares/técnicos de enfermagem e é reaplicada a cada 2 meses, em média, pelos enfermeiros visitantes. O auxiliar/técnico iniciante no domicílio é sempre imediatamente avaliado. As avaliações ocorrem conforme escala abaixo:

Plano terapêutico de enfermagem	Tempo de reavaliação
24 hs	Mensal
12 hs	Mensal
6 hs	2 meses
Procedimentos pontuais	2 meses

A avaliação da equipe, chamada de ranking dos auxiliares, ocorre conforme modelo abaixo:

Avaliação de Desempenho - Auxiliares e Técnicos de Enfermagem					
Profissional:					
Nº COREN:			Cooperativa:		
Avaliador:			Data da Avaliação:		
Avaliação Descritiva do Desempenho do Profissional				Nota:	
Quesitos de Avaliação de Desempenho					
1 - Aspectos Técnicos					
Manutenção do prontuário			Nota:		
Controle de materiais e medicamentos			Nota:		
Curativo			Nota:		
Punção venosa			Nota:		
Aspiração VAS/TQT			Nota:		
Ventilação Mecânica			Nota:		
Cuidados e manipulação com sondas/drenos e cateteres			Nota:		
2 - Aspectos Relacionais					
Sociabilidade			Nota:		
Interação com a família			Nota:		
Flexibilidade			Nota:		
Liderança			Nota:		
3 - Aspectos Profissionais					
Iniciativa			Nota:		
Postura			Nota:		
Interesse			Nota:		
Apresentação pessoal			Nota:		
Responsabilidade			Nota:		
Curso de capacitação		Frequência		Nota:	
Atrasos		Frequência		Nota:	
Faltas		Frequência		Nota:	
VALOR FINAL DA AVALIAÇÃO			Calcular		

População Alvo

Profissionais da enfermagem que prestam serviços para a São Paulo Internações Domiciliares.

Impacto da atividade/serviço junto à população

Após a implementação das medidas, foram observadas as seguintes melhorias no setor:

Redução de Custos - com a descentralização das atividades desenvolvidas pelo setor no que tange à equipe interna, bem como a suspensão de uma das vagas, observou-se uma redução dos custos de aproximadamente R\$ 1.600,00 mensais. O custo anual total anterior a essa medida, R\$ 39.600,00, passou a ser de R\$ 19.200,00. A redução foi de R\$20.400,00.

Satisfação de profissionais referente ao retorno financeiro (repassa em datas antecipadas) - com a reestruturação de RH do setor, os prazos para entrega das planilhas de fechamento de produtividade puderam ser antecipados. Há uma

programação anual das datas de entregas do fechamento de todas as cooperativas, sendo estes antecipados, em média, em 10 dias. Anteriormente, o fechamento era enviado ao financeiro por volta do dia 20 de cada mês. Hoje, o prazo máximo para entrega é todo dia 10. Essa entrega antecipada proporciona ao setor financeiro maior prazo para programação dos pagamentos e como consequência, sua antecipação para as cooperativas, que realizam em dia o repasse dos valores aos profissionais, o que causa maior satisfação a todos.

Satisfação dos pacientes e familiares quanto à rotatividade dos profissionais do domicílio - com a aplicação do Ranking dos Auxiliares, a adequação da equipe do domicílio e intensificação da supervisão da escala, percebeu-se, empiricamente, uma diminuição da rotatividade dos profissionais do domicílio, melhorando a avaliação do setor e da satisfação dos pacientes.

Reunião com as gestoras das cooperativas e redução de custos - após a reestruturação do setor, foi estabelecido na agenda de atividades da supervisora de escala reuniões quinzenais com as gestoras das cooperativas a fim de readequar a quantidade de horas de prestação de serviços disponíveis para a empresa. Anteriormente, a gestora da cooperativa X, por exemplo, permanecia disponível 80h mensais. Elas foram reduzidas para 30h. Mensalmente, a redução de custos com a gestora foi de R\$ 850,00, sendo a redução anual foi de R\$ 10.200,00

Reorientação de profissionais do domicílio - o resultado do Ranking dos Auxiliares culmina em identificação das necessidades de reorientação dos profissionais em suas respectivas cooperativas. Esse retorno garante maior qualidade dos profissionais alinhando-o aos princípios e expectativas da empresa.

Redução anual de custos total com o setor – atualmente, com a estratégia de redução das horas da gestora bem como a reestruturação do setor de escala, projeta-se uma redução de custos anual no valor de R\$ 30.600,00.

Considerações finais

Podemos concluir que as ações estratégicas implementadas no setor vêm ao encontro dos processos de mudança vividos pela empresa - ações essas com características intrínsecas do sistema, como simplicidade e facilidade de compreensão dos processos. O sistema de gestão por competências desponta como alternativa real de estruturação das ações do setor voltadas à redução de custos, melhoria dos processos e busca contínua da qualidade dos serviços prestados.

Referências

- 1- Revista de Enfermagem – Coren – SP nº80: caderno de gerenciamento – programa gestão de qualidade.
- 2- Marcia Gomes Braz - O mercado de trabalho da enfermagem frente às transformações sociais.
- 3- Biblioteca digital – São Paulo Internações Domiciliares.
- 4- Dal Ben, LW: Instrumentos para dimensionar horas de enfermagem residencial.
- 5- Revista de Administração Contemporânea - Gestão de pessoas por competências: o caso de uma empresa do setor de telecomunicações - Joel Souza Dutra; José Antonio Monteiro Hipólito; Cassiano Machado Silva.

IMPACTO DA OTIMIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DOMICILIAR NO BRASIL

VANDA OLIVEIRA SANTOS CONSTANTINO

GRADUANDA DE PEDAGOGIA PELA UNIARARAS. ATUA EM GESTÃO DA QUALIDADE NA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES.
recepcao@spinternacoes.com.br

SARAH LORETTA

GRADUANDA DO CURSO DE ENFERMAGEM NA UNINOVE. SUPERVISORA DE ESCALA DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES.
escala@spinternacoes.com.br

Introdução

O atendimento domiciliar compreende uma gama de serviços realizados no domicílio do paciente de acordo com a real necessidade de cada um. São prestados os mais diversos serviços de saúde que vão desde cuidados pessoais de suas atividades de vida diária (higiene íntima, alimentação, banho, locomoção e vestuário) até cuidados com sua medicação e realização de curativos, cuidados com escaras e ostomias. Nesses cuidados também se incluem o uso de alta tecnologia hospitalar como nutrição enteral/parenteral, diálise, transfusão de hemoderivados, quimioterapia e antibioticoterapia, e os serviços médicos e de enfermagem 24 horas, além de uma rede de apoio para diagnóstico e para outras medidas terapêuticas.

O crescimento do atendimento domiciliar no Brasil é recente, datando da última década do século XX. A difusão desta modalidade de prestação de serviços ocorre tanto no setor privado quanto no setor público, fazendo parte da pauta de discussão das políticas de saúde que, pressionadas pelos altos custos das internações hospitalares, buscam saídas para uma melhor utilização dos recursos financeiros.

No atendimento domiciliar podemos contar com diversificados tipos de serviços de saúde, sem que o paciente tenha que se locomover para uma unidade de saúde.

A visita domiciliar é realizada através de um contato pontual entre profissionais da saúde e os doentes e seus familiares. Eles coletam informações, dão orientações, controlam e evitam o agravamento do estado de saúde do paciente, além de proporcionar uma segurança e conforto aos familiares.

Há também o atendimento domiciliar de caráter preventivo ou assistencial, com participação de mais de um profissional da equipe multiprofissional e onde são desenvolvidos procedimentos de relativa complexidade, contando com até três horas de assistência oferecida ao paciente em sua residência. Este tipo de atendimento geralmente é dirigido a pacientes impossibilitados de comparecer

nos serviços de saúde para realizar tratamentos, porque estão acamados e dependentes de equipamentos específicos.

E há também a internação domiciliar que tem como característica a continuação das atividades, com tecnologia e recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos para portadores de quadros clínicos mais complexos, fazendo assim um ambiente semelhante ao hospitalar.

O atendimento domiciliar, além de contribuir para a reintegração do paciente em seu núcleo familiar, promove assistência humanizada e integral e objetiva uma maior aproximação da equipe de saúde com a família. Isso estimula a participação da família no tratamento proposto, visa também contribuir para a otimização dos leitos hospitalares e o atendimento ambulatorial, com grande redução de custos.

Assim, os benefícios do atendimento domiciliar definem-se pela diminuição das reinternações, dos custos hospitalares, do risco de infecção hospitalar e da manutenção do paciente no núcleo familiar, o que aumenta a sua qualidade de vida e de seus familiares. Além do mais, para o idoso o domicílio é um lugar seguro, protegido, e evita a sua institucionalização tanto em nível hospitalar quanto asilar.

O atendimento domiciliar se otimiza devido aos aspectos de estabilidade clínica; rede de suporte social (cuidador, família, amigos, voluntários); ambiente apropriado, avaliação profissional das demandas existentes e o suporte financeiro.

Objetivos

Mostrar a importância do atendimento domiciliar e seus benefícios aos pacientes, famílias e operadoras de saúde.

Metodologia

Baseia-se em um estudo bibliográfico no qual os artigos científicos foram pesquisados na Bireme (biblioteca virtual), na base de dados Lilacs, de acordo com os seguintes descritores:

- “Home Care no Brasil” - foram encontrados 116 artigos não focados e onze deles selecionados para análise;
- “Assistência Domiciliar no Brasil” - foram encontrados 99 artigos dos quais seis selecionados. Os demais ou fugiam do foco ou eram repetições do primeiro descritor;
- “Benefícios do Home Care” - foram encontrados seis artigos e dois selecionados;

A partir dos artigos selecionados, foram identificados trechos pertinentes ao estudo, após aproximação por similaridade de discurso.

Resultados

Após análise dos 19 trabalhos selecionados, observamos que a assistência domiciliar está cada vez mais presente no Brasil, principalmente a partir da última década do século passado. Isto se deve a diversos fatores, sendo a redução de custo o principal deles. Todavia, outros fatores foram determinantes para

o crescimento desta modalidade de atendimento em saúde no Brasil:

- otimização dos leitos hospitalares e do atendimento ambulatorial;
- reintegração do paciente em seu núcleo familiar e de apoio;
- assistência humanizada e integral;
- maior aproximação da equipe de saúde com a família;
- maior participação do paciente e de sua família no tratamento proposto;
- promoção da educação em saúde;
- tornar-se um campo de ensino e pesquisa;
- redução do risco de infecção hospitalar;
- manutenção do paciente no núcleo familiar;
- aumento da qualidade de vida do paciente e de seus familiares;
- supervisão clínica (monitoramento) evitando, com isso, sua institucionalização (tanto em nível hospitalar quanto asilar).

Conclusão

A partir deste estudo bibliográfico concluímos que o atendimento domiciliar tem se otimizado vertiginosamente no setor privado a partir da década de 1990. Trata-se de importante ferramenta de cuidados de saúde aos pacientes e familiares, sendo também um importante meio da redução de custos: segundo as próprias fontes pagadoras, a redução de custos proporcionado pela assistência domiciliar é da ordem de 52% se comparado ao tratamento hospitalar. Trata-se também de recurso importante na otimização dos leitos hospitalares, humanização da assistência, adesão ao tratamento proposto, promoção da educação em saúde e autocuidado. Proporciona redução do risco de infecção hospitalar e aumento da qualidade de vida do paciente e de seus familiares.

Referências

CECCIM, R.; MACHADO, N. Contato domiciliar em saúde coletiva. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1995 (digit.).

CREUTZBERG, Marion. Vivências de famílias de classe popular cuidadoras de pessoa idosa fragilizada: subsídios para o cuidado de enfermagem domiciliar. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000 (Dissertação de Mestrado);

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira, "Atendimento Domiciliar: Um enfoque gerontológico", São Paulo, Atheneu, 1ª ed, 2000.

GORDILHO, Sérgio J, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espindola N, et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000;

LACERDA, Maria Ribeiro. O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar.

SANTOS, B. et al. O Domicílio como espaço do cuidado de enfermagem.

MENDES, W. Home care: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2001.

TRABALHO EM EQUIPE: FORMAÇÃO, COMPLEXIDADE E CONSTITUIÇÃO DO COMUM¹

VALDIR PIEROTE SILVA

TERAPEUTA OCUPACIONAL DO DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL PIRAJUSSARA. REVISOR DA REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA USP. TERAPEUTA OCUPACIONAL VISITADOR DA PROATIVA.
v.pierote@yahoo.com.br

Existe uma fábula indiana que narra a chegada de um circo numa pequena cidade onde havia um monastério formado apenas por cegos. A maior atração do circo era um grande elefante, que todos quiseram conhecer, inclusive os monges que não enxergavam. Assim, um grupo de religiosos desceu à cidade a fim de conhecê-lo para, em seguida, repassar a experiência aos que permaneceram reclusos. Para entender que animal era aquele, o grupo o tocou, sentindo-o com as mãos. O primeiro cego pegou nas patas e pensou: “esse bicho se assemelha a grossas colunas”. O outro, tocou a comprida tromba e logo concluiu se tratar de algo muito parecido com uma cobra. O terceiro apalpou a cauda e imaginou o elefante como um chicote. O quarto, por sua vez, segurou as presas e teve a impressão do animal como um bastão maciço. Por fim, o último apalpou as orelhas e teve a certeza que o elefante era como um grande e flexível leque.

O conhecimento a respeito das coisas depende do lugar de onde as pessoas as “pegam” e dos meios de que dispõem para apreendê-las. No caso dos cegos, o sentido tátil foi utilizado para compreender a realidade, constituída pela experiência prática de cada um. Mas só puderam conhecer o elefante parcialmente, por limitados que eram dos lugares de onde estavam, bem como pelo limite do seu instrumento (tato). O elefante, além de não ter sido obviamente visto em sua dimensão, também não foi percorrido integralmente pelas mãos dos monges, que sentiram apenas partes do animal: orelhas, patas, cauda...

Como mostra a fábula, o conhecimento dos fenômenos depende do ângulo de visão particular, constituído pela formação, pela perspectiva de mundo e pela história singular de cada indivíduo. Sempre, contudo, será uma forma restrita de ver, pois em alguns casos trata-se apenas de perceber a “tromba”, enquanto noutros enxerga-se apenas as “patas”. É inviavelmente humano apreender a realidade por inteiro, na medida em que nunca existirão os meios suficientes para esgotar a sua compreensão. Como, porém, minimizar essa ontológica característica de homens e mulheres — a impossibilidade de entender a realidade por inteiro — a fim de se criar uma assistência integral, seja no campo da saúde, do social ou da educação? Como construir práticas que não sejam fragmentadas e que cuidem apenas de “orelhas” ou “presas”, em detrimento das “trombas”, “caudas” e “patas”?

Para superar esse dilema, o sociólogo e historiador francês Edgar Morin (2001) sugere a adoção de um pensamento complexo no relacionamento com os fenômenos. Para ele, trata-se de recusar a tradicional fragmentação e reducionismo que marcam o saber científico, especialmente o paradigma biomédico, em

favorecimento de uma ação transversal entre os campos do saber, de modo que a criatividade e o “tecer junto” substituam a objetividade simplória e o individualismo positivista.

Com efeito, é fundamental promover uma cultura de cooperação entre os diferentes olhares, bem como criar diálogos democráticos e sem hierarquias entre os campos do conhecimento. Com isso, se busca ultrapassar o limite das inúmeras disciplinas, possibilitando uma prática mais complexa e integral. É eminente, para tanto, uma recusa às especialidades fechadas em si mesmas, que elegem objetos de estudo exclusivos, os quais, por sua vez, são inevitavelmente reduzidos e descolados do seu contexto original.

A questão que se coloca é como “tecer junto” a complexidade de uma prática integral e comprometida com as populações-alvo. Essa problemática, sem dúvida, passa necessariamente pela discussão do trabalho em equipe, essencial para qualquer assistência que se propõe complexa. Nesse tipo de trabalho, pois, entra em cena aquilo que o filósofo italiano Toni Negri (2005) denomina de “constituição do comum”, que é o modo como coletividades produzem ativamente um trabalho prazeroso, singular e de resistência às formas hegemônicas de sujeição. Trata-se, igualmente, de agir com afeto positivo, de modo a estimular as interações e promover a criatividade comum a todos.

O desafio está em inserir desde a formação básica dos estudantes de graduação estratégias que promovam a “constituição do comum” no trabalho em equipe, sendo extremamente interessante a comunicação entre os diversos cursos em experiências conjuntas. Claramente, isso iria contribuir sobremaneira para uma formação mais humana, ética e cidadã. Contudo, em sua maioria, as graduações ainda apresentam a evolução do curso por meio de grandes blocos disciplinares que, por vezes, pouco se comunicam.

De fato, para construção de novas e inovadoras profissões, é necessário que estudantes e profissionais sejam igualmente conscientizados da relação de poder que invariavelmente se estabelece entre o profissional/equipe e a pessoa atendida, e que possam dimensioná-la num atendimento no qual o saber do outro é valorizado, bem como sua história, contexto e desejos.

Nessa perspectiva, espera-se que o cenário que ainda persiste nos cursos de graduação e nas práticas assistenciais em saúde, cujo cotidiano é quase sempre fragmentado e impessoal, se transforme. Transformação que deve ser em favorecimento de práticas conjuntas, que dialoguem continuamente com a sociedade e seus problemas e que busque, sobretudo, capacitar profissionais para um fazer ético-político complexo, “tecido junto” e “constituído entre comuns”, cuja preocupação central seja a promoção de autonomia e o cuidado integral dos diversos segmentos populacionais atendidos.

Referências

MORIN, Edgar. Os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2001.

NEGRI, Toni. A Constituição do Comum. Vídeo. Conferência pronunciada em Brasília em 24 de outubro de 2005.

¹Artigo baseado em texto apresentado na Oficina do Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS), ocorrida no XI Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional (Fortaleza, 2009). O texto original e integral também foi publicado nos Anais do XI CBTO.

PARTE 2

Relatos, Contos, Crônicas & Poesia

PARTIR

ANDREA FRANCISCO BRITO

FONOAUDIÓLOGA COM ESPECIALIZAÇÃO EM VOZ E APERFEIÇOAMENTO EM TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA CLÍNICA E HOSPITALAR. ASSISTENTE DO DEPTO. DE FONOAUDIOLOGIA DO HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA – CLÍNICA IVAN F. BARBOSA E COORDENADORA DO DEPTO. DE FONOAUDIOLOGIA DO GRUPO MAIS.

andreafono@premierhospital.com.br

Morrer é morrer!
Há vida e prazer?
Há prazer em viver?

Sozinho no quarto,
no quarto sozinho.
Eu fico pensando...
Por que é assim?

A vida é tão bela,
a vida é tão linda,
a vida é a vida.

O sonho acaba,
acaba o sonho.
E eu?
Sozinho no sonho.

Só quero viver,
se for sem sofrer.
Só quero comer,
se for sem doer.

Eu quero viver,
não quero partir.
Se for pra partir,
eu quero dormir.

Eu estou morrendo,
mas estou vivendo.

Que fechem os olhos e
derramem as mágoas.

TRÊS MULHERES BONDOSAS

DALVA YUKIE MATSUMOTO

MÉDICA ONCOLOGISTA. DIRETORA CLÍNICA DO HOSPITAL PREMIER. COORDENADORA DA SEÇÃO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA E DA HOSPEDARIA DE CUIDADOS PALIATIVOS DO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SÃO PAULO. DIRETORA DO INSTITUTO PALIAR. DIRETORA DA ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP-2009/2010).
dalvayukie@uol.com.br

Eu adoro flores. Gosto de todas, as mais simples e singelas são as que mais me comovem. Mas existe uma flor, que não vemos com muita frequência por aqui, nem nos jardins, nem nos vasos nem nas floriculturas, que é a íris. Quando eu era criança, lembro-me que meu avô conseguiu uns bulbos e os plantou num canteiro. Tivemos íris azuis, cor rara entre as nossas flores e durante algum tempo pude contemplá-las no quintal, suaves e delicadas, como pequenos pássaros prestes a alçar vôo. Os japoneses chamam esta flor de ayame e minha recordação predileta é daquelas que foram pintadas por Van Gogh.

Hayame recebeu esse nome, pois lembrava uma flor delicada e foi registrada assim com H por um escrivão de cartório que achava que um nome japonês deveria ser assim grafado. Terceira filha de um casal de imigrantes que veio para o Brasil atrás da promessa de trabalho e progresso. Como a enorme maioria dos imigrantes japoneses que aqui chegaram no início do século vinte, foram trabalhar na lavoura para os grandes proprietários de terras, no interior do estado de São Paulo. Aqui, os pais de Hayame tiveram seus filhos, oito ao todo, trabalharam muito e morreram pobres.

O pai, Uichiro queria que seus filhos tivessem a “alma grande” e acreditava que isso aconteceria se vivessem num grande país. Este foi um dos motivos pelo qual escolheu o Brasil. Ele também sempre acreditou que o maior legado que poderia deixar para seus filhos seria a educação. A mãe, Chiyono, aparentemente frágil e delicada, trabalhou a terra com a mesma coragem e determinação que utilizou para moldar o caráter dos filhos.

Os primeiros anos dessa grande família foram muito difíceis. Muito trabalho pesado, muita luta contra as intempéries, as pragas da lavoura, as dívidas que acumulavam, as muitas mudanças a procura de terras mais férteis e melhores condições de trabalho. E assim, os filhos mais velhos trabalhavam para que os mais novos tivessem a oportunidade de estudar.

Hayame gostava de estudar, de aprender coisas novas, tinha facilidade. Só conseguiu cursar um ano do ensino fundamental quando a família passou este período trabalhando em uma fazenda onde havia uma escolinha. Uma das filhas do fazendeiro, professora, adorava ensinar os filhos dos colonos e tinha um carinho especial por aquela japonesinha mirrada e tímida, mas que tinha uma enorme vontade de aprender. Hayame adorava a professora, achava-a bonita, com seus cabelos negros e sempre bem penteados. Gostava do seu cheiro, tão diferente do cheiro de gente da roça, gostava dos seus modos gentis e da sua voz suave. A professora chamava-se Dalva e Hayame admirava sua capacidade de transmitir conhecimento, de ensinar como se fosse um jogo divertido e ficou muito triste por ter que deixá-la e a sua escola, pois seu pai planejava mais uma mudança. Nunca mais conseguiu frequentar aulas regulares, mas aprendeu so-

zinha a ler e a escrever em português e japonês. Lia tudo que lhe caía nas mãos: jornais esquecidos nos bancos das praças por onde passava quando iam à cidade para vender hortaliças, ela e seu pai, bulas dos agrotóxicos e fertilizantes usados na lavoura, raros livros das bibliotecas públicas. Aprendeu a fazer as contas na sua prática diária, desde muito pequena. Ninguém lhe passava a perna nas compras e vendas.

Sua irmã mais velha aos quinze anos foi para a cidade grande, São Paulo, prometida num casamento arranjado, como era tradição na colônia japonesa. Assim que casou teve que assumir uma pensão dos seus sogros, que recebia conterrâneos que vinham à cidade para estudos, compras, negócios. Após alguns anos, Hayame vem para ajudar a cuidar de seus sobrinhos e para aprender corte e costura e outras habilidades que toda moça casadoura deveria saber. Chegando à cidade grande, sentiu-se assustada e acuada. Já quase uma adolescente, achava-se muito feia, mal arrumada no seu vestido grande demais para o seu pequeno tamanho. Vestido que sua mãe com muita habilidade tentara ajustar ao seu corpo, sobras de alguma coisa que já fora bela e nova há muito tempo, em outros tempos, e que pertencera à outra pessoa, que nem se lembrava mais, alguma mulher de algum fazendeiro que num gesto de caridade resolveu dar suas roupas fora de moda para os “pobres colonos”. E foi assim, se sentindo um bicho do mato, que conheceu Hilda, filha de um alfaiate, vizinho da pensão. Hilda vestia o vestido mais lindo que já tinha visto, bem cortado, bem ajustado, o tecido macio, a saia caindo em pregas perfeitas. No cabelo preso em rabo de cavalo, uma linda fita de cetim - na época, Hayame nem sabia que era assim que se chamava aquele pedaço de tecido que mais se parecia com um raio de luz. Hilda a recebeu com um abraço, quis saber tudo a seu respeito: de onde vinha? Tinha outros irmãos? Do que gostava? Quer ser minha amiga? E em seguida-maravilha!- pegou-a pela mão e levou-a pela rua em direção a outras meninas. Colocou as mãos sobre seus ombros e disse em alto e bom som: “esta é Hayame, minha amiga, ela é nossa nova vizinha”. Naquela noite Hayame chorou de saudade dos pais, da casa na roça, do cachorro que deixou pra trás, mas chorou também de alegria por ter conhecido sua primeira amiga na cidade grande.

Os anos foram passando, os irmãos chegando um a um para estudar. No sítio comprado com dificuldade, lá no interior, só ficaram os pais e o irmão mais velho já casado e com a incumbência de ajudar na lida do campo.

Com quase 23 anos, Hayame já passava da idade de se casar. Costurava qualquer tipo de roupa, bordava lindamente e sabia cozinhar com muito talento. Fazia tudo isso com muito prazer para os irmãos e sobrinhos. Precisava de um marido. Sem fugir às regras e à tradição, sua irmã mais velha e seu cunhado trataram de lhe arranjar um bom casamento. Articularam o encontro com o filho mais velho de um dos hóspedes habituais da pensão, um senhor bom e sorridente, que tinha um pequeno negócio ligado à manutenção de barcos de pesca e que tocava com ajuda de seus dois filhos. Rapidamente o casamento foi tratado e realizado.

Sem conhecer bem seu pretendente, sem sua mãe por perto para aconselhá-la, Hayame se viu diante de mais um desafio e mais uma grande mudança na sua vida. Casada, mudou-se para o litoral, onde seu marido Hirashi e sua nova família moravam. Novas pessoas, novos hábitos, era a primeira vez que via o mar. No início, o calor e a maresia a deixavam enjoada. Os caiçaras eram tão

diferentes dos caipiras da sua infância, mais desinibidos, falavam mais alto, riam muito, o sotaque era diferente, algumas palavras não conseguia sequer entender. Também muito diferentes dos paulistanos mais contidos e elegantes. O clima era oposto ao da cidade, na época, início da década de cinquenta, São Paulo era a terra da garoa.

Passado o susto inicial, o tempo também trouxe coisas boas. A convivência com as primas e tias do seu marido proporcionava momentos de intimidade familiar e Hayame foi se sentindo acolhida. A sogra era pouco amistosa, exigente com a nora. Seu sogro, no entanto, acolheu-a como um pai e com ele pode ter uma relação de afeto, respeito e confiança. Ele foi seu grande conselheiro e seu apoio nas situações mais difíceis.

Nove meses após seu casamento, nascia sua primeira filha. O trabalho de parto foi longo e doloroso. O Hospital era um lugar hostil e o obstetra, um luxo na época, frio e distante. Surgindo como um raio de sol no meio da tormenta, a parteira, que auxiliava o médico e acompanhava o trabalho de parto, permaneceu ao seu lado, segurando sua mão, dizendo palavras de conforto, num tom de voz suave e carinhoso. Chamava-se Inês e era uma mulher ao mesmo tempo forte e doce. Sempre com um sorriso nos lábios, animava-a e apoiava-a durante as contrações. Já quase noite, exausta, com o parto caminhando a passos lentos, sentindo que suas forças se acabavam, recebeu a visita de seu marido, tão jovem, tão inexperiente, tão perdido diante desse novo papel que deveria brevemente assumir. Inês, ao vê-lo disse:” como seu marido é forte e bonito! Você deve ter muito orgulho dele! Seu filho que vai nascer deverá ser forte e belo também”. E assim, Hayame até se esqueceu da dor.

Hayame teve mais duas filhas. Três mulheres. A elas deu os nomes de Dalva, Hilda e Inês, pois queria que suas filhas tivessem as qualidades que tanto admirava nas mulheres que fizeram a diferença e que de alguma forma, mudaram a sua vida. Ela as criou independentes, deu-lhes estudo, como era o sonho do seu pai e passou a ser o seu também. Mostrou a elas a importância do amor, da caridade, da solidariedade e do bem querer ao próximo. Ensinou a elas a importância de serem boas para serem belas, pois era isso que queria para suas filhas, que fossem mulheres bondosas e de alma bonita.

Hayame contou-me estas histórias alguns meses antes de morrer, no decorrer de um ano de luta para tratar um Linfoma que acabou vencendo a batalha. Nesses últimos meses fiquei sabendo de várias coisas que ela guardava a sete chaves, nunca compartilhadas com ninguém. Soube que seu sonho era ser enfermeira para “cuidar das pessoas”. Sonho que não pode realizar e que não ousara contar às filhas “para não influenciá-las”. Contou-me como ficou feliz quando elas escolheram serem médicas, mesmo sem conhecerem seu desejo secreto. Contou-me do orgulho que sentia delas, menos pela profissão, mais pelo fato de, a seu ver, terem se tornado mulheres bondosas.

Hayame, sem talvez nunca tiver se dado conta disso, foi uma mulher bondosa e muito bela. Sem o saber, reconhecia e valorizava nas outras mulheres qualidades que na realidade eram suas e que transpareciam em cada gesto, cada palavra, cada atitude.

Tenho saudades dela, dos seus ensinamentos, da sua força e do seu caráter. Tento me espelhar nela. Hayame era minha mãe.

AO SOM DE AVE MARIA

VIVIANE CRISTINA ROZELLI

BACHAREL EM ENFERMAGEM E ESPECIALIZAÇÃO EM DOCÊNCIA PARA ENSINO SUPERIOR PELA UNINOVE.
GERENTE DE ENFERMAGEM DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES.
viviane@spinternacoes.com.br

Era inverno em 2009, uma tarde chuvosa, quando recebemos a notícia do falecimento da Sra. J.L.D. Paciente, 92 anos, diagnóstico médico de Mal de Alzheimer e Broncopneumonia, encontrava-se em atendimento domiciliar em nossa empresa desde janeiro de 2006.

A doença da paciente fora descrita na literatura médica pela primeira vez em 1906 pelo Dr. Alois Alzheimer. Tal patologia acomete inicialmente a parte do cérebro que controla a memória, o raciocínio e a linguagem. Isso pode ocorrer em todos os grupos de sociedade, não tendo influência a classe social, sexo, grupo étnico ou a localização geográfica. Conhecida mundialmente com o nome de Mal de Alzheimer, em decorrência de seu descobridor, a doença ainda tem sua causa desconhecida, sabendo-se, apenas o que não a causa, como por exemplo endurecimento das artérias, pouco ou muito uso do cérebro, sexo, infecções, envelhecimento, exposição ao alumínio ou outro metal.

Os sintomas podem ser mais bem entendidos no contexto dos estágios de seu desenvolvimento, sendo divididos em: inicial, intermediário e avançado. Nem todos os portadores terão os mesmos sintomas – não existe um padrão único de evolução para todos os vitimados pela doença. A determinação de estágios ou fases serve como guia para verificar a progressividade da doença e ajudar os familiares/cuidadores a conhecerem os problemas potenciais, permitindo assim que seja feito um planejamento das necessidades futuras.

O estágio inicial da doença é frequentemente negligenciado e incorretamente considerado como “processo normal do envelhecimento”. Como o desenvolvimento da doença é gradual, fica difícil identificar exatamente o seu início. Neste estágio, a pessoa pode apresentar dificuldades com linguagem, desorientação de tempo e espaço, dificuldades para tomar decisões, dificuldades para lembrar fatos recentes, perda de iniciativa e motivação, sinais de depressão, perda de interesse nos hobbies e outras atividades.

Com o progresso da doença (estágio intermediário), os problemas se tornam mais evidentes e restritivos. Seu portador tem dificuldades com as atividades do dia-a-dia, além de esquecimento de fatos recentes e nomes das pessoas; maior dificuldade em administrar a casa ou negócios; necessita assistência na higiene pessoal; maior dificuldade na comunicação verbal; apresentar problemas de vagância (andar sem parar) e alterações de humor e de comportamento como agitação, agressividade (física e/ou verbal), delírios (acreditar que está sendo roubado, que é traído pelo cônjuge, etc.), apatia, depressão, ansiedade, desinibição (despir-se em público, indiscrições sexuais, linguagem maliciosa, etc.).

Já no estágio avançado a dependência se torna mais severa, os distúrbios de memória são mais acentuados e o aspecto físico da doença se torna mais aparente. O portador pode apresentar dificuldades para alimentar-se de forma

independente, não reconhecer familiares, amigos e objetos conhecidos, dificuldade em entender o que acontece ao seu redor, dificuldade de locomoção, incontinência urinária e fecal, comportamento inadequado em público, agressividade e agitação. Nesse estágio, devido a dificuldades de se alimentar, o paciente recebe a alimentação através de dispositivos (sondas) para essa finalidade.

Conhecidos os sintomas, o início do tratamento torna-se indispensável para a manutenção da qualidade de vida para esses portadores. É sabido que não existe tratamento curativo, porém existem medicamentos que podem estabilizar e até mesmo retardar a progressão da doença, bem como podem ajudar a minimizar a frequência e a gravidade dos distúrbios de humor e comportamento.

No caso da Sra. J.L.D, a doença, após início do atendimento, já encontrava-se em estágio avançado e a paciente já fazia uso de sonda nasointestinal para se alimentar, além de encontrar-se acamada e totalmente dependente para seus cuidados.

Todos os cuidados eram acompanhados pela sua única filha, Sra. R., que permanecia em sua assistência 24h por dia. Os cuidados eram rigorosos e a paciente, muito bem assistida, tinha toda a sua necessidade suprida por essa filha. A dedicação, carinho, amor e cuidados eram imensuráveis.

Durante todos os anos de acompanhamento, poucas foram as necessidades de intervenção da equipe multiprofissional para o atendimento de intercorrências, sendo que a paciente não necessitava de uso de antibióticos para o tratamento de infecções, pois essas eram raras.

Não havia nenhuma lesão de pele, estando a mesma sempre muito bem hidratada e perfumada. Não havia no domicílio aquele cheiro característico de maus tratos e cuidados.

Todos esses cuidados geram custos, os quais parte eram absorvidos pela operadora de saúde e a maior parte por sua filha, que encontrava-se em situação financeira um tanto complicada. A Sra. R., já aposentada, dispunha de todas as suas reservas no Banco S., em aplicações rentáveis, porém não seguras (poupança, por exemplo). Devido à crise financeira instalada no país, o banco em questão decretou falência e todas as reservas de seus clientes foram perdidas. A situação que já era complicada para a Sra R., ficou ainda pior. Não havia nenhum outro parente próximo a quem poderia recorrer para auxílio no tratamento e acompanhamento dos cuidados com sua mãe.

O único apoio que ainda tinha era da equipe multiprofissional do Home Care, a qual lhe orientava a buscar auxílio de instituições públicas para o fornecimento de dietas, fraldas e medicamentos.

A situação fora mantida estável e o tratamento transcorria normalmente até que a operadora de saúde iniciou o processo de “retirada” de alguns membros da equipe de atendimento, trazendo mais angústias para a cuidadora, Sra R.

Ao ver-se novamente desamparada, sem recursos para pagar para a manutenção desses profissionais, a cuidadora recorreu à Justiça, conseguindo o que chamamos de Liminar Judicial para que o atendimento da paciente fosse mantido da forma como ocorrera até a presente data.

Por mais alguns anos após a Liminar, o atendimento transcorria sem nenhum problema até que a paciente apresentou quadros recorrentes de infecções e necessidades de uso de antibióticos. A manutenção do atendimento domiciliar

era impraticável e ocasionaria o óbito da paciente, não estando sua filha preparada para esse momento.

O óbito de fato ocorrera após uma semana de internação em ambiente hospitalar (unidade de tratamento intensivo). A Sra. R., que acompanhava a paciente até o momento de sua hospitalização, fora impedida de permanecer com sua mãe pois estava também em tratamento de uma infecção pulmonar.

Ao retornar ao domicílio, após o horário de visita, a Sra. R. recebera um telefonema do hospital para retornar e levar alguns documentos da paciente, bem como conversar com a médica que a assistia. A equipe do Home Care acompanhara todo esse processo e sabia do óbito da paciente no hospital, após o rotineiro monitoramento de todos os pacientes.

Aguardávamos apenas a ligação da Sra. R., que mantínhamos em assistência, pois era sabido que iria necessitar de um suporte emocional e psicológico devido à perda de seu único objetivo de vida, sua mãe.

E naquela mesma tarde chuvosa de inverno recebemos a ligação dessa cuidadora confirmando o óbito de sua mãe e nos informando que a mesma seria cremada no dia seguinte no Crematório de Vila Alpina.

A ligação de toda a equipe era muito intensa para que o atendimento fosse encerrado de forma tão abrupta. A equipe de enfermagem que já a acompanhava, compareceu para sua despedida.

Aguardamos a chegada da Sra. J.L.D. no crematório. Poucos amigos da Sra. R. estavam presentes e o momento era muito triste. Os poucos presentes choravam copiosamente, tentando consolar e amparar aquela amiga de tantos anos.

Não cabiam palavras, mas apenas gestos e abraços para o conforto da Sra. R. E assim, abraçada a todos, fora encaminhada para a sala de oração (podemos assim chamá-la) para aguardar a subida do caixão ao som de “Ave Maria”. Seriam apenas dez minutos para essa despedida.

Diria até que dez minutos eram ínfimos para 92 anos de vida. Choros copiosos ouviam-se junto com a música escolhida. Porém, me pareceram longínquos, onde o sofrimento se estendia.

Despedida, momento triste para a cultura ocidental, porém de felicidade e de comemoração para a cultura oriental. Vivemos em um mundo ocidental, onde, independentemente de nossa religião, seja ela católica, evangélica ou espírita, o sofrimento é inerente e inevitável.

Momento no qual veremos nosso ente querido, amigo e até mesmo inimigo, pela última vez. Podíamos estender esses dez minutos para horas, dias, meses ou até mesmo anos, porém pareceriam ínfimos para uns e longínquos para outros. O sofrimento também seria proporcional ao tempo dessa despedida.

Nossa cuidadora precisava de suporte e de apoio para essa despedida, o que ocorrera através da equipe de enfermagem. Não há experiência profissional que nos auxilie nesse processo, apenas nossas experiências pessoais, nossas vidas e os conhecimentos que adquirimos com nossos pais.

Essa despedida, não digo da paciente, mas sim da cuidadora, não ocorreria com o fim dessa cerimônia, mas se estenderia até os dias de hoje, quando ainda damos um suporte por telefone, encaminhamos um profissional de psiquiatria para acompanhá-la e medicá-la, comparecemos a seu domicílio apenas para conversar e tomar um chá da tarde.

Momentos como esses serão sempre inesquecíveis e nos farão lembrar que somos seres humanos com sentimentos e com necessidades pessoais que devem sempre ser respeitadas.

Despedidas não ocorrem com o óbito desses pacientes e não ocorrerão jamais dessa forma. Lembremos sempre dessa experiência e nos inspiremos a continuar em nossa jornada diária de vida.

O VERDADEIRO TESOURO

EVERLY ROSARIA DE SOUZA

TÉCNICA EM ENFERMAGEM DO DEPARTAMENTO DE CONTAS MÉDICAS DO GRUPO MAIS.
everly@premierhospital.com.br

“... Porque onde está o teu tesouro, lá também está teu coração...” Mt, 6: 21

Atuar em um grupo onde eu aprendo cada vez mais, e, o mais importante, aprendo a valorizar cada dia de vida. Assim tem sido meus últimos três anos: muito trabalho, muitos desafios. Antes, era somente mais um dia de trabalho. Até o dia em que conheci, de verdade, uma senhora de 69 anos, cuidadora de uma paciente de 91, a senhora R.L.D.

Uma cuidadora muito exigente, muitas vezes alterada emocionalmente, e que, sinceramente, me deixava estressada e de muito mau humor em apenas quinze minutos de conversa. Ela normalmente exigia até a cor da unha e do cabelo das técnicas de enfermagem. Eram encaminhadas cerca de sete auxiliares para aprovação de uma. Não adiantava ser assistente social ou enfermeiro visitador pois quem escolhia a profissional era sempre ela. Eu fazia tudo o que podia (ou o que eu acreditava ser tudo que podia), mas ela nunca estava satisfeita. Eu nunca sabia nem entendia o que realmente ela queria. Para mim, nada justificava tanta ignorância, nervosismo, voz alterada.

Um dia, em uma das muitas ligações dessa senhora, a supervisão do setor fez escuta da ligação e me chamou para reorientação. Eu estava indignada: como podia ser reorientada quando, na verdade, era ela quem precisava de reorientação! Tudo me foi explicado de várias formas e maneiras, mas eu não conseguia me convencer. Até que, ao término da reunião, ouvi um conselho em tom de ordem: que eu não tivesse preconceito com a cuidadora, que eu rompesse uma parte do muro que existia entre a gente - entre a cuidadora e eu - pois só assim conseguiríamos nos enxergar melhor.

Mesmo sabendo que não adiantaria, tive que seguir a orientação já que era uma ordem do meu superior. Por coincidência, no dia seguinte, minha mãe teve um problema de saúde e ficou hospitalizada para fazer vários exames, o que me impossibilitou de comparecer ao trabalho. Como não era nada de grave, ela recebeu alta no fim da tarde e, portanto, no dia seguinte, eu já estava novamente trabalhando.

Na primeira ligação do dia, logo pela manhã, a telefonista me informou que era a senhora R.L.D. Quando eu ia lamentar a ligação, lembrei do muro que teria que romper e atendi a cuidadora imediatamente, agora mais disponível para ouvir do que para falar.

Surpreendentemente, a voz da cuidadora estava mais suave do que das outras vezes. E para minha maior surpresa, ela me ligou para saber notícias da minha mãe. No dia anterior, ela havia feito contato e como a telefonista disse que eu não tinha ido trabalhar, isso a deixou preocupada pois, em outras ocasiões, eu já havia atendido o telefone quase sem voz, não me sentindo muito bem, mas

comparecido ao trabalho normalmente. Frente à dúvida, questionou a telefonista até que ficou sabendo do motivo da minha falta, o que a deixou preocupada.

Ela conseguiu chegar ao meu ponto fraco, o único e real motivo para eu faltar ao trabalho e mudar toda minha rotina: minha mãe. E apenas com um pedaço do muro rompido, finalmente consegui enxergar que aquela senhora e os cuidados que tinha com a sua mãe era o meu espelho. Tudo que ela queria era a segurança e o bem-estar da pessoa mais preciosa que ela tinha, sua mãe.

Os dias foram passando, fui conhecendo um pouco da história da senhora R.L.D. e, a cada voz alterada dela, eu respondia com meu trabalho e esforço para atendê-la pois, finalmente, depois do muro rompido por completo, consegui enxergar a importância que aquela paciente tinha em sua vida - uma vida cheia de abdições da qual ela não se lamentava pois sabia que valeria a pena.

Nós tínhamos o mesmo tesouro. Ao invés de ignorá-la e me ofender com suas palavras (que na maioria das vezes vinham sem pensar), passei a admirá-la. Admiração essa, que será para sempre, como o amor delas, uma pela outra.

UM CONTO DE NATAL

GUILHERME KRÄHENBÜHL

GRADUANDO DE ENGENHARIA NA ESCOLA POLITÉCNICA DA USP. ANALISTA FINANCEIRO DO GRUPO MAIS.
guilherme@spinternacoes.com.br

A janela estava embaçada, mal se podia ver a neve que caía friamente do lado de fora. Era véspera de Natal e a única criança da casa estava triste. Sabia que não ganharia presentes nesse Natal, como nos treze anteriores. Deixou cair uma lágrima.

Ao pensar nos presentes se esquecia do frio e da fome que a assolavam. Queria tanto uma bicicleta...

Os pais estavam na cozinha. Conversavam sérios:

— Querida, a situação deste ano está ainda pior. Coloque mais água na sopa. Vovó passará aqui conosco desta vez.

— Não sei mais onde pôr água. A sopa já nem mais é sopa. É água quente. Se bem que com este frio, há de fazer bem...

— Verei se encontro algo para colocar na sopa pela rua, já volto.

— Não esqueça o casaco, Walter querido.

Pegou um casaco todo roto e abriu a porta. Foi quando o menino virou-se para ele e disse:

— Papai, onde você vai? Posso ir junto?

— Está frio lá fora, Tim. Fique em casa com sua mãe. --- E fechou a porta com um estrondo.

Ventava muito. O vento cortava sua face, fazendo seus lábios sangrarem. Pensava na sopa quente e se esquecia de todo o resto. Encolheu-se e continuou andando pela calçada escorregadia e suja. Uma mistura de neve com lama impregnava todo o chão. Andou duas quadras e virou num beco, a fim de evitar as rajadas diretas de vento.

Avistou um lixo próximo à porta de um restaurante, já fechado. Abriu a grande tampa. Algumas baratas fugiram assustadas com a agitação. Encontrou uns restos de batata frita. Pegou-as e as analisou à luz; jogou fora. Não teria coragem de dar aquilo a seu filho. Não se sujeitaria a isso. Quis chorar, mas o frio não permitia.

Revirou mais um pouco e encontrou uns legumes. Quase sorriu. Teve um calafrio quando encontrou um repolho inteiro. Já podia voltar para sua casa.

Fez todo o caminho de volta, lamentando-se por toda essa situação constrangedora. Reminiscências de toda uma vida sofrida passaram por sua cabeça, mas logo seus pensamentos voltaram à sopa quente.

Ao chegar em casa, todos estavam sentados ao redor da mesa, inclusive sua mãe. Ela possuía no olhar o abatimento trazido pelos anos. Um tal traço estampava em seu semblante uma vida de consternações. Às vezes parecia que desejava a morte. Silenciosamente. Entre um gesto e outro.

Sua esposa fez os preparativos necessários. Era quase meia-noite e todos estavam famintos. Seria a primeira refeição do dia.

Sorveram a sopa ruidosamente. De tal modo, em questão de minutos,

secaram o enorme caldeirão. Para eles, aquilo era felicidade. A mãe passou lentamente a mão sobre a cabeça de seu filho e sorriu levemente. O tempo poderia parar ali. Então a criança fitou por uns instantes sua mãe e protestou baixinho:

— Eu gosto tanto do Natal, mamãe, que todo dia poderia ser Natal. — Sua expressão denotava um quê de melancolia.

— Ah, querido, eu gostaria tanto que você pudesse ganhar um presente, como tantas outras crianças... — Parou de acariciar seu filho, suspirou e começou a retirar os pratos da mesa, como se tivesse voltado à realidade.

— Mas, mamãe, eu não me importo, porque eu não sou como as outras crianças. Eu posso me divertir com o pouco que eu tenho. E de nada me serviria uma bicicleta agora, com essa neve lá fora...

— Isso é bem verdade. — Replicou o pai. E continuou:

— Bom, já está tarde, e amanhã acordarei cedo. — Fez uma pausa. — Sairei em busca do nosso almoço...

Arrastou a cadeira e se dirigiu a seus aposentos. Estava tão cansado e fazia tanto frio que mal encostou na cama e já adormeceu. Teve um sonho que não foi em tudo um sonho.

Recebera uma visita durante seu sono. Tal ser misterioso falava diretamente em sua mente. Suas palavras eram etéreas e pareciam ecoar pela sua cabeça.

— Quem é você?

— Eu de fato não sou um amigo, mas das suas esperanças eu sou a última.

— Quem é você? — Repetiu. — Eu estou sonhando?

— A vida é um sonho atrás do outro. Tudo é ilusão.

Seis luzes verdes se acenderam nesse momento, revelando um salão hexagonal feito de largos tijolos. As velas que queimavam não aparentavam ser deste mundo. Walter suava frio, ao olhar ao redor. Estava no centro da sala.

A voz continuou, vibrante:

— Alguns me chamam de espírito do Natal, outros ainda de fantasma ou morte, mas eu sou mesmo o diabo.

Walter deixou escapar um soluço. Balbuciou algumas palavras:

— Onde está você, que não o vejo?

Um clarão tomou conta do recinto, seguido por um estrondo. Uma imagem quase evanescente de um lagarto sobre duas pernas apareceu em um dos cantos da sala. Uma névoa surgia do chão e inundava aos poucos o ambiente lúgubre.

— Aqui estou, bem diante de você.

Involuntariamente Walter pôs sua mão na frente dos olhos. Não desejava ver.

— Que espécie de monstro você é? Você não pertence a esse mundo!

— Decerto que não.

— O que você quer de mim?

— Eu não quero muita coisa. O que eu quero de você é... sua alma!

— Minha alma? Mas sem minha alma, como supostamente eu viveria?

— Ah, dá-se um jeito. Mas fique tranquilo. Não trocarei a sua alma por nada. Você poderá pedir qualquer coisa em troca. Eu disse... qualquer coisa! —

Fez uma pausa e sorriu sem mostrar os dentes. — Há apenas três regras: não se pode desejar mais pedidos, e não se pode solicitar nem amor nem a morte de alguém.

— Bom, eu não sei. Há tanto o que pedir. Dê-me algum tempo.

— Amanhã eu retornarei novamente em seus sonhos. E que isto daqui seja o nosso segredo, sim?

Antes que Walter pudesse responder, todas as luzes se apagaram de uma vez, fazendo-o acordar assustado num sobressalto. Já era de manhã. A neve continuava a cair do lado de fora enquanto finos raios de luz penetravam pela pequena janela do quarto.

— Tudo aquilo foi um sonho? — Perguntava-se em pensamento.

Sua esposa já havia acordado e estava tricotando grossas roupas de lã. Aquele inverno prometia muito frio pela frente.

— O que é minha alma? O que ele faria com ela? Devo eu trocar minha alma por algo? — Estas perguntas ecoaram pela sua cabeça o dia todo. Mal conversou com sua esposa ou seu filho. Tinha medo de contar a eles. Sabia que não deveria.

Não resistiu. Pouco antes de adormecer acordou a esposa. Ela não entendia nada — ele falava rápido demais e dizia coisas aparentemente sem sentido. Quando enfim a esposa conseguiu acalmá-lo, ele contou tudo demoradamente, com todos detalhes possíveis. Sua esposa concluiu:

— Querido, foi apenas um pesadelo... Volte a dormir, sim? Amanhã discutiremos isso. Temos passado por dificuldades. É normal que tenha sonhos desse tipo!

— Não foi um sonho. Eu sei que não foi...

— Volte a dormir, Walter querido.

Ela o embalou até ele cair num sono entorpecente. Quase instantaneamente as luzes verdes se reacenderam. Estremeceu. Preferiria morrer a olhar para aquela figura sinistra novamente.

E lá estava o diabo, em um dos cantos. A mesma névoa fina ao redor dele. O mesmo tom etéreo e vibrante ao falar:

— Você não cumpriu com sua palavra. Pagaré por isso! E tenho dito. Sua alma agora me pertence. E não terá direito a pedido algum.

— Mas senhor...

— Cale-se! Tenho mais a dizer. Ainda esta noite, em sonho, farei uma visita a seu filho.

Tão logo o diabo desapareceu, Walter sentiu um vento gelado rodopiando ao seu redor. As luzes verdes se misturavam com o ar e criavam um vórtice que entrou por sua garganta e tirou-lhe o único bem que ainda possuía — sua própria alma.

Acordou tentando tragar profundamente o ar. Não conseguia mais respirar. Sua mulher, assustada, batia em suas costas, numa vã tentativa de fazê-lo respirar.

Na pequena cama ao lado, Tim sonhava irrequieto, sem saber o que se passava ao seu redor. Agora era ele quem estava no meio da câmara hexagonal. Não se assustou quando o diabo apareceu, estava antes curioso do que com medo. Pronunciou um olá tímido.

— Olá. — Respondeu o diabo, que completou: — Você sabe quem sou eu?

— Papai ontem estava a falar de um tal diabo que aparecia em sonhos. Eu não entendi muito bem, até poder ver você agora.

— Um garoto tão esperto para um pai tão burro. Você sabe o que eu quero de você? — Seus olhos faiscavam.

— Não. Mas você não pode querer muita coisa. Na verdade mesmo, não tenho muito a oferecer...

O diabo gostava de crianças. Eram almas fáceis de se corromper. Além do mais, nunca pediam algo realmente difícil de se conseguir. Mas só podia entrar nos sonhos das crianças quando em posse da alma do pai ou da mãe.

— O que eu quero de você é a sua alma. Alma é o que faz você ser quem você é. Você, para viver, não precisa dela. Você, para viver, precisa de brinquedos! — A língua do diabo se tornava especialmente afiada quando lidava com crianças.

— Eu tenho uma alma?

— Todos tem. E você pode trocar a sua alma por qualquer coisa que queira. Eu disse... Qualquer coisa!

— Eu posso pedir qualquer coisa mesmo?

— Bom, você apenas não pode pedir mais desejos, nem a morte ou amor de alguém...

— Eu aceito! E eu desejo... — Parou por uns segundos... — Eu desejo ser o próprio diabo!

Um olhar inconformado foi a última expressão do diabo, antes de esvanecer por completo.

Agora que Tim era o próprio diabo, era possuidor de um grande montante de almas. Tinha tantos poderes, mas nem tinha por que utilizá-los. Aprendeu com os anos a não esperar muito da vida. A não desejar o que não podia ter... Era um garoto sem pretensões. E agora era o diabo.

No momento, encontrava-se perdido. Perdido pela vida. Logo, lembrou-se de seu pai, que costumava guiar seus passos sempre. Saiu do sonho e caminhou lentamente até o leito dele. Seu pai se achava tão branco e sua mãe e avó choravam tanto... Logo percebeu o que tinha se passado. Lamentava veementemente. Lembrou-se, então, de que poderia fazer qualquer coisa — mas o sorriso de seu rosto desaparecia gradualmente, ao lembrar-se também de que o combustível para seus poderes ilimitados eram almas.

Tomado por uma atitude impensada, trocou sua alma pela vida de seu pai. Não teria coragem de tirar a alma de ninguém mais dali, senão a sua própria...

Seu pai despertou como de um transe profundo, gritando pelo nome de seu filho, o qual o fitou com ternura pela última vez, antes de adormecer para sempre.

APRENDIZADO E RESPEITO

PATRICIA ALVES CERQUEIRA

GRADUANDA DE ENFERMAGEM NA UNINOVE. TÉCNICA DE ENFERMAGEM NA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES.

pcerqueira@spinternacoes.com.br

Gostaria de deixar registrado mais uma das experiências vividas em minhas atividades enquanto funcionária da São Paulo Internações Domiciliares. Tive a oportunidade de presenciar, ou até mesmo participar da história deste paciente, vivida nesta instituição.

Em 2007, a empresa começava a acompanhar o tratamento do Sr. M.E.S, 47 anos, homem jovem, branco, alto e de boa aparência, portador de HIV e cujo quadro evoluiu para encefalopatia, ficando totalmente dependente para suas atividades cotidianas. No início do atendimento deste paciente, tivemos muitos conflitos familiares que eu não conseguia entender tais como abandono e maus tratos. Qual seria a pessoa tutora à qual a equipe deveria se direcionar para tratar sobre os cuidados deste paciente? Havia um desencontro de informações e uma ação judicial entre a mãe do paciente e a esposa.

No relato da mãe, a esposa o maltratava e não prestava os cuidados necessários. Ficamos indignados com tal informação e então pensávamos porque será que esta mulher ainda está brigando pela guarda deste homem doente? Se a esposa não tem interesse de prestar os cuidados que ele precisa, julgamentos e questionamentos foram sendo criados. Porque esta mãe faz tantas acusações a esta esposa que está se propondo a cuidar do marido doente? Em ligações para ambas o estresse era o mesmo e sempre igual, com palavras que demonstravam rancor, tristeza e aborrecimento.

Com o passar do tempo, ouvimos e conhecemos a história das duas partes. Finalmente os preconceitos foram sendo quebrados. Passamos a conhecer o lado da esposa, que após alguns anos de convivência com o marido ficou sabendo por acaso que ele já fazia tratamento para HIV mesmo antes de se casar. Ele nunca havia contado que era portador mas, em resultados laboratoriais solicitados por seu médico, veio a surpresa: paciente soropositivo... Passei a entender porquê essa esposa expressava tanto ressentimento em relação ao seu marido doente e o motivo de sua suposta intenção de maus tratos. Quanto à mãe, entendemos que mesmo que o filho tivesse agido de forma inadequada, ela só estava querendo protegê-lo de todos os que, aparentemente, pudessem machucá-lo, de alguma forma.

Então, pude aprender a criar novos conceitos sobre os três personagens desta história real e sobre a postura da equipe que prestava atendimento no caso. Em um primeiro momento, sentimentos de raiva também partiram contra aquele que, naquele momento, era apenas um doente. Percebi que nada mais importava: a traição, a contaminação, o sentimento de vingança, as acusações da mãe à esposa e vice-versa.

A partir deste momento, fui trabalhando dentro de mim um sentimento de compreensão por cada um deles: o mais importante era fornecer uma qualidade de vida para aquele que, mesmo agindo de má fé, merecia ser respeitado e cuidado por todos até o fim de seus dias. Assim, entendia que sua mãe apenas usava palavras grosseiras porque estava preocupada com seu filho tão amado. O fato é que, desde então, percebo que os erros, muitas vezes, não podem ser corrigidos, mas podemos e devemos quebrar todas as barreiras e fazer prevalecer o amor e o respeito.

UM DIA DE UMA VIDA INTEIRA

ALESSANDRA SANTOS

GRADUANDA EM BIOMEDICINA PELA UNINOVE. AUXILIAR DE ENFERMAGEM RESPONSÁVEL PELO SETOR DE EXAMES E REMOÇÕES DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES.
exames@spinternacoes.com.br

Em uma manhã de nuvens claras e eu estava a caminho da empresa, no meu primeiro dia de trabalho. Feliz por ter conseguido um emprego na área de Enfermagem, cheguei e logo fui apresentada para toda a equipe do Home Care. Orientada pela Gerência, eu deveria antes realizar treinamento em todos os setores até chegar ao meu posto.

Ao chegar ao setor onde deveria realizar meu primeiro treinamento, eu já estava acompanhando tudo: parecia um “bicho de sete cabeças” e eu estava apavorada com todo o sistema e programas da empresa. Não via a hora de chegar o horário do almoço para sair de dentro dali, um lugar totalmente fechado e sem nenhuma vista para o lado de fora.

Ao meio-dia, fui almoçar em um restaurante ao lado da empresa e, depois disso, conversar com uma funcionária da recepção para desabafar: disse que estava com muito medo de não conseguir alcançar os objetivos da empresa pois não queria decepcionar a colega que havia me indicado para a vaga de Técnica de Enfermagem. A recepcionista me confortou dizendo que no começo era assim mesmo, tudo parece um “bicho de sete cabeças” mas logo eu me adaptaria à rotina, ao programa de trabalho e à equipe de funcionários. Ela me tranquilizava dizendo que eu não teria nada a temer pois todos ali eram muito prestativos. Em caso de dificuldades, bastava perguntar.

Ao voltar para o treinamento, fui chamada pela Gerência. Uma enfermeira e eu deveríamos acompanhar o quadro da paciente G.S., 90 anos, que estava hospitalizada a três quarteirões da base. Chegando ao Hospital, fiquei impressionada com o ambiente. Tudo parecia de brinquedo: pequeno por fora mas enorme por dentro. Tudo bem organizado, bem pintado, decorado.

Subo para o segundo andar e vejo, logo na entrada, os filhos da paciente, que nos receberam muito bem. Passados uns trinta minutos, chega no quarto da paciente o Dr. J.N., um homem bem vestido, carismático, que conversava muito bem. Realiza sua avaliação, verifica se a paciente obteve melhora e solicita outro Fleet Enema. A Enfermeira aplica a massagem abdominal para melhorar as dores abdominais da paciente e, em seguida, faz o Fleet Enema, conforme solicitado pelo médico. Ficamos novamente aguardando o término da medicação.

Nesse período, acabamos conversando com a dona Aparecida, filha da paciente, que conta que a sua mãe é uma mulher muito guerreira. Filha de pai espanhol e mãe portuguesa, não teve um vida muito fácil: com nove anos perdeu o pai devido a uma pneumonia e, em seguida, perdeu a mãe no parto de seu terceiro filho, fruto de um outro casamento com Carioca Negro.

Fiquei sabendo que seu avô por parte do pai não a aceitava. Sua avó por parte da mãe falava para o avô por parte do pai que se ele não levasse os sete filhos, incluindo os dois filhos do Carioca Negro, ela também não aceitaria que

levasse nenhum. Então, acabou levando todos os netos para morar com ela.

Mas sua avó por parte de mãe maltratava todos os netos. G.S. é que cuidava de todos os irmãos: comida, roupa lavada, costura das roupas e ainda cuidava da roça da família. Aos 18 anos, ela conheceu Romão, filho do fazendeiro vizinho. Sua avó, mesmo achando que Romão era um bom partido, não aceitava que ela se casasse com o filho do fazendeiro pois era ela quem fazia tudo na casa. Por não aceitar esse casamento, sua avó acabou queimando todo o enxoval de G.S. que, mesmo muito brava com atitude da avó, continuou morando com ela.

E assim, conheceu o Olímpio e acabou se casando com ele por raiva das atitudes da avó. Olímpio sempre foi um homem simples, gostava de cuidar de tudo: do pasto, da casa, da esposa e dos filhos. Seu único defeito era ser mulhengo; com o tempo, acabou se esquecendo da esposa. G.S., mesmo sabendo dos casos do marido, sempre lutava para manter seu casamento. Mas um dia adoeceu com câncer no útero. Saiu de Catanduva, interior de São Paulo, veio se tratar na capital, no Hospital Santa Catarina, e acabou retirando o útero. Após o tratamento, voltou para sua terra.

Olímpio decidiu morar em São Paulo e começou a trabalhar de acompanhante de caminhoneiro. E não deixava de se envolver com mulheres. Ele nem se importava se ganhava dinheiro ou perdia o salário. Com isso, acabou perdendo tudo e toda a sua família teve que morar de aluguel. Ele continuava trabalhando com seus irmãos, que como ele também gastavam com mulheres.

Osvaldo, um dos irmãos de Olímpio, entregava o salário do Olímpio para G.S. cuidar da casa. Ela sempre trabalhando fora, lavando e passando para ajudar nas despesas. Mesmo morando com o esposo, G.S. já não tinha por ele o mesmo afeto. Havia uma vizinha viúva que sempre “deu em cima” do seu marido até que ele não pensou duas vezes e lá foi ele morar com a vizinha, abandonando G.S. e seus filhos.

G.S. ficou 40 anos sem contato com Olímpio. Levava a sua vida sozinha, cuidando dos filhos, sem se esquecer do que Olímpio tinha feito. Tinha tanta raiva dele que não queria nem vê-lo na sua frente. Mas depois de muito tempo, os dois se reencontraram. A raiva dela por Olímpio já tinha passado. Ele, arrependido do que fez, teve vontade de voltar no tempo e refazer a sua vida ao lado da G.S.

Mas era tarde demais. Depois de um tempo, Olímpio faleceu de pneumonia por causa do fumo e de depressão. G.S., sabendo do falecimento do Olímpio, ficou deprimida, triste e quis morar novamente sozinha na sua casinha. Como viu que não era possível, em três meses adoeceu.

A filha Aparecida levou a mãe a vários hospitais para descobrir a sua doença. Depois de passar por vários médicos e exames sem nada descobrir, Aparecida acabou optando por tratamento alternativo, com diversos chás medicinais. Mas G.S. não voltou a ser como antes. Estava dependente de seus filhos para a alimentação, o banho e a troca de roupa.

Foi assim que a família solicitou ao convênio atendimento em home care e G.S. passou a ser cuidada pela São Paulo Internações Domiciliares. Seus filhos sempre ficam por perto da mãe, com esperança de que a sua dor se amenize e que tudo melhore.

PRECISA-SE DE ENFERMEIROS LOUCOS

MARCIO SAMPAIO MENDES

BACHAREL EM ENFERMAGEM PELA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP, ESPECIALISTA EM GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM PELA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM (SOBRAGEN) E COORDENADOR GERAL DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES.

marcio@spinternacoes.com.br

Perdoe-me indefesa caneta por fazê-la registrar algo tão triste quanto a descoberta de que estás “indo embora”, que tua tinta estás esvaindo e que, brevemente, não mais poderás redigir e percorrer profundas declarações de amor, participar do primeiro rabisco de uma criança, outorgar tratados de paz..

Andávamos apressados. Nossos apreensivos passos entre as pessoas no metrô de São Paulo refletiam nossa aflição: não queríamos nos atrasar para a aula. Mesmo assim, atrasamos. Faltou energia. O metrô parou (parecia mau presságio). As pessoas estavam muito próximas. Ninguém se falava, tampouco, se olhavam. Pensei, “que engraçado, algumas pessoas se conhecem há mais de dois anos e não ficam tão próximos assim”.

Chegamos à faculdade. A preocupação ocupava lugar de destaque em nossas faces. As mãos umedeciam o Sobotta¹. Sentíamos medo. O atraso era inaceitável. Aprenderíamos a respeito de humanização.

Quando adentramos no estacionamento, ficamos surpresos. Algo... algo havia mudado. Ficamos ainda mais aflitos por não saber do que se tratava. Caminhamos vacilantes entre os carros até cansar... sentamos... levantamos e andamos novamente. Olhamos para o céu que estava totalmente azul... Então, chorei. Era isso: o azul do céu. Quando ingressamos na faculdade costumávamos, daquele ponto, ver o céu verde, não azul. As folhas verdes das árvores confundiam-se com o azul celeste e caíam aos nossos pés, enquanto os galhos mais altos pareciam gargalhar com as carícias do vento. Era isso: o verde do céu havia sido extirpado pelo azul.

“Não importa em quantos pedaços seu coração fora partido, o mundo não parará para que você o conserte”, desculpe-nos Shakespeare, paramos. Neste momento, refleti e perguntei à onisciente Gaia² se poderia trazer as árvores de volta... Ela nada respondeu. Perguntei também se a pessoa que fizera aquilo tinha o Seu consentimento... silenciou. Insistente, perguntei ainda se Ela considerava os carros mais belos do que uma árvore. Neste momento, as nuvens derreteram-se e o céu sofreu conosco: chorou também. Suas lágrimas lavaram o meu rosto e confundiram-se com as minhas. Os ventos não mais farfalhavam as penas dos pássaros, as formigas deixaram de trabalhar, as borboletas perderam seus matizes.

Durante a graduação, nos ensinaram sobre a Guerra da Criméia³, onde Florence⁴, certamente, acomodou muitos doentes e feridos à sombra de árvores, e lhes cuidou; quando Wanda Horta⁵ aprendia os ofícios da Enfermagem, já lhe era oferta-

da sua sombra. Indagamos: como podemos desrespeitar algo tão antigo quanto a própria existência dessa Instituição? O frescor de suas sombras era oferecida ao mais elevado cargo desta renomada Escola até a pequenina formiga.

Aprendemos a cuidar, orientar e, juntamente com esses dogmas, deparamo-nos com o paradoxo quando amputamos da Mãe Terra um de seus seios que nos nutria fornecendo sombra, proteção e indizível beleza.

Da mesma forma que, capciosamente, algumas pessoas recorrem a artifícios humanísticos, vimos a vida se esvaecendo em favor dos cavalos de aço munidos de air bag.

Machados em riste, gritos ensurdecedores de motosserras confundiam-se com o copioso choro dos pássaros perplexos da estrutura metálica das sacadas, pois a terceira vítima havia sido apunhalada. Inquietos, não suportaram a barbárie e voaram sobre o pátio central entre os esguios pinheiros, que ainda lamentavam o indigesto fato.

Algumas pessoas esquecem de que todos nós somos parte da Terra e que ela também é parte de nós; não compreendem que a seiva que percorria o corpo da árvore carregava as lembranças dessa Instituição e, agora, mistura-se com as lágrimas de Gaia no asfalto.

Eu ainda chorava. Ainda chovia. Entramos na aula em busca de consolo. Ficamos com “meia presença”. Estávamos encharcados. Fomos motivo de risos. Saímos da sala depois de dois longos minutos. Resolvemos não assistir a aula. Corremos bastante, muito, como nunca. Precisávamos de amparo... abrimos os braços e fomos abraçados pelo vento.

A aula prosseguia ao galopante som dos cavalos de aço que se amontoavam no local do homicídio. De longe, ouvimos: Seus loucos!!!

Continuamos correndo.

Referências

1. Sobotta: Atlas de Anatomia Humana.
2. Na mitologia grega, Gaia é a deusa da Terra.
3. Guerra as Criméia (1853 a 1856): Uma coalizão formada por Reino Unido, França, Sardenha (Itália) e Império Turco-Otomano (atual Turquia), com o apoio da Áustria, reagem às pretensões expansionistas russas.
4. Florence Nightingale: É considerada a mãe da Enfermagem Moderna.
5. Wanda Horta: Foi aluna e professora da Escola e Enfermagem da USP, criadora do modelo SAE (Sistema tização da Assistência de Enfermagem).

CUIDAR É APRENDER

PATRÍCIA FERNANDES DOS SANTOS

TÉCNICA EM ENFERMAGEM. DEPARTAMENTO DE CONTAS MÉDICAS DO GRUPO MAIS.
pfernandes@spinternacoes.com.br

Dia 30 de dezembro de 2008. Eu jamais poderia imaginar que receberia aquela ligação. Surpreendentemente, no final da tarde, ela me ligou. Beatriz, uma auxiliar de enfermagem de uma paciente da instituição onde eu trabalho.

Ela era bastante conhecida por todos os funcionários. Era uma das auxiliares mais difíceis daquela residência. Me lembro quando atendi a sua primeira ligação: ela gritava no telefone e dizia que não falava com auxiliares, somente com enfermeiros. Nem ao menos deixava que nos identificássemos. Menos ainda conseguíamos triar a ligação.

Todas as vezes que atendia ligações da Beatriz, era um tormento para mim. Quando os enfermeiros estavam em outra ligação, atendendo intercorrências de outros pacientes, ela não entendia, dizia que iria aguardar na linha pois só passaria suas solicitações para um enfermeiro.

Até que por conta de algumas mudanças que ocorreram internamente no meu setor, passei a auxiliar o atendimento da região daquela paciente. Foi aí que as coisas começaram a mudar. Devido à regionalização, a demanda de ligações por auxiliar diminuiu, o que nos permitiu maior contato com nossos pacientes e nos deu maior autonomia na resolução de alguns problemas.

Quando Beatriz ligava para fazer solicitações, passei a orientá-la para me dizer tudo o que precisava que eu iria anotar e direcionar tudo, e que ela não tinha que se preocupar tanto porque esse era o nosso trabalho. Conforme o tempo foi passando, fui conquistando sua confiança e mostrando a ela que era mais fácil resolver as coisas conversando. Por outro lado, também entendi o porquê de tanta ansiedade em seus questionamentos. Em uma de suas ligações, ela me disse que tinha que fazer tudo direito pois a família da paciente confiava muito nela. Tudo o que ela fazia durante o seu plantão era questionado; se alguma coisa desse errado, era dela que família cobrava.

A partir dessa conversa, me coloquei no lugar da Beatriz e fiquei imaginando o quando seria difícil para ela - e para todas as auxiliares que trabalham nas residências e que estão convivendo tão próximo das famílias e dos cuidadores, com toda a sua ansiedade e preocupação com o paciente que, muitas vezes, está debilitado. São as auxiliares que fazem plantão nas residências, são elas que estão na linha de frente e que sofrem uma pressão rotineira.

Então, quando Beatriz ligava, eu anotava tudo o que ela me falava. Assim como ela, passei a me empenhar ao máximo para atender as solicitações conforme suas necessidades. A cada dia, a nossa relação melhorava e, com isso, o nosso trabalho juntas também. Percebemos que era muito mais fácil trabalhar assim, com cumplicidade e companheirismo, já que nós duas tínhamos a mesma função: cuidar do paciente, ela na residência e eu, por telefone. E deu certo. Durante o período em que eu trabalhei atendendo a região onde residia a sua paciente, pudemos nos conhecer melhor e aprendemos a gostar e a confiar uma

da outra.

Como nada nessa vida é para sempre, mudei de setor. Fui enfrentar outros desafios e aprender novas coisas. Mas Beatriz não me esqueceu. Quando eu menos esperava, ela me ligou. Quando atendi o telefone, logo reconheci sua voz: “Flor, estou te ligando para dizer o quando você é especial para mim. Nunca me esquecerei de você e te desejo um feliz Ano Novo, cheio de muita paz. E que todos os seus desejos se realizem”.

Fiquei sem saber o que dizer. Meus olhos se encheram de lágrimas e minha voz nem saía de tanta emoção. Em um segundo se passaram muitas coisas em minha cabeça. Lembrei quando eu não conseguia me identificar no telefone e que, quando atendia, ela já pedia para falar com alguém superior a mim. Naquele momento, aprendi uma nova lição: que os desafios devem ser vencidos com humildade, respeito e perseverança. E que, quando conquistados, eles serão eternos e irão com você aonde for, te fortalecendo ainda mais para enfrentar aqueles outros que ainda estão por vir.

O OUTRO DOM

DANIEL RICARDO SANTANA MALTEMPI

AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES.
dmaltempi@hotmail.com

Em janeiro de 1984, meus pais aguardavam minha chegada na maternidade. O momento, planejado, era de muita festa. Nasci saudável e de olhos azuis. Crescia normalmente e meu desenvolvimento era normal para a idade. No entanto, algo estava diferente. Até os meus três anos não escutava e apenas balbuciava algumas palavras. Examinado mais de perto, identificaram um problema auditivo. Eu não escutava nada até então.

Passei por muitos especialistas e por fonoaudiólogos. Aprendi a fazer leitura labial para me comunicar com o mundo. Apenas aos 14 anos ganhei meu primeiro aparelho auditivo, o que abriu as portas para o mundo que eu passava a descobrir.

Deus nos priva de alguns de nossos sentidos porém nos fortalece em outros. Apesar de não ter a audição, pude desenvolver outras habilidades e à luz da razão, aprendi a linguagem de sinais. Fiz cursos e iniciei a busca no mercado de trabalho para desenvolver outras habilidades.

Muitos foram os “nãos” que recebi. Porém, nunca desisti. Hoje, sou presenteado pelo “sim” e posso contribuir com o aprendizado de muita gente. Minha “deficiência” (necessidade especial) não é empecilho para o meu trabalho. Nunca desisti de sonhar e nunca desistirei... pois “o sonho é o combustível da vida”.

Obrigado.

DESPERTANDO PARA O CUIDAR

DENNYS CLEBER PARMACENE

CURSANDO AUXILIAR E TÉCNICO DE ENFERMAGEM NA CRUZ VERMELHA DE SÃO PAULO. DEPARTAMENTO DE CONTAS MÉDICAS DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES.
parmacene1980@hotmail.com

Era mais um dia de trabalho e meu compromisso logo às oito da manhã era levar um material na residência de um dos nossos pacientes para que o técnico de enfermagem realizasse uma coleta de exames. Uma tarefa simples e rotineira, que tantas vezes eu já havia realizado: entregar o material, aguardar e realização da coleta do lado de fora e depois levar o material colhido para o laboratório.

Mas aquele dia foi diferente. Era um apartamento que eu nunca tinha ido. Ao chegar, o porteiro pediu para que eu entrasse e subisse pois já estavam à minha espera. Chegando ao apartamento, notei que o técnico de enfermagem ainda não estava ali. Olhei à minha frente e na sala estava o paciente R.P. na cama, imóvel, e a sua cuidadora. Nesse curto instante, a campainha tocou: era o técnico de enfermagem.

Ao chegar, disse bom dia e foi logo lavando as mãos e preparando o material da coleta. Permaneci observando como ele conversava com o paciente. Falava como se estivesse tudo bem mas o paciente não respondia. Só mais tarde descobri que ele estava em coma há muito tempo. Sua esposa ficava ao seu lado, dando-lhe atenção durante todo o procedimento. Continuei observando cada passo. Tudo pronto, o enfermeiro me passou a caixa com o material colhido e recomendou cuidado com o transporte.

Curioso, perguntei como era trabalhar na área de enfermagem. Ele me disse, dentre outras coisas, que estava muito feliz com que fazia, e completou: “Eu vi que você se interessou; deveria tentar.” Descobri nesse momento que eu não era apenas um motoboy: eu fazia parte de uma equipe de enfermagem, uma equipe que cuida das pessoas. Além disso, descobri que eu queria estudar enfermagem e estava certo disso.

Hoje, há mais de dez meses estudo para ser auxiliar técnico de enfermagem. No curso, aprendo como fazer procedimentos, como realizar exame físico e outras coisas para ser um profissional competente. Todos do hospital em que eu trabalho me dão muito apoio, confiam em mim como motoboy e sabem que vão poder confiar quando eu for enfermeiro.

Com eles, aprendo como cuidar do paciente de forma humanizada, valorizando e personalizando todo e qualquer atendimento. Formamos uma bela equipe, aprendemos juntos como nos ajudar e complementar nossas atividades. Sinto-me feliz e orgulhoso por fazer parte desta trajetória de conquistas.

UMA CLIENTE MUITO ESPECIAL

EDIMILSON ALTIVO SILVA

FORMADO EM TÉCNICO DE ENFERMAGEM PELO INSTITUTO CAIEIRAS DE ENSINO. TÉCNICO DE ENFERMAGEM NA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES.

Nesse longo tempo de trabalho na São Paulo Internações Domiciliares (SPID), venho aprendendo cada vez mais tanto pelo conhecimento técnico quanto pela convivência com pacientes, enfermeiros, médicos, auxiliares e administradores.

Em 2001, assim que iniciei meu trabalho na SPID, conheci uma senhora de 58 anos, S.L.R. Uma cliente de coração muito bom que, mesmo com dores, sempre solicitava e aguardava seus atendimentos de uma forma tranquila e educada. Às vezes, por apresentar muita dor generalizada, se alterava emocionalmente exigindo atendimento rápido e em altas horas da madrugada. Mesmo conhecendo bem a composição química e a reação dos fármacos em uso, ela exigia aplicações em horários que às vezes não estava prescrito pelo médico.

A senhora tinha acesso venoso muito ruim e por isso sempre solicitava um técnico de muita habilidade para a aplicação dos medicamentos por via endovenosa. Na maioria das vezes, o técnico de enfermagem não conseguia realizar o procedimento e a cliente era sempre orientada pelos médicos e enfermeiros a mudar a via de administração dos fármacos de endovenoso para intramuscular. Mesmo assim a cliente aguardava durante a madrugada o seu atendimento.

Sinceramente, aquelas exigências me deixavam muito nervoso e estressado. Não imaginava o quanto de dor a cliente sentia. Uma vez em atendimento, chorando, muito nervosa e com várias receitas nas mãos, a paciente desabafou relatando que a sua doença era crônica e muito difícil de ser tratada. Era somente com analgésicos fortes ou internação.

A partir daí aprendi a analisar o quanto S.L.R. era forte. O quanto ela sofria e precisava do meu atendimento de forma especial e atenciosa. Então, baseado nos atendimentos dessa senhora e em outras vivências, venho procurando sempre atender da melhor forma possível, prestando um atendimento profissional e de qualidade a esta cliente tão especial. Hoje, não mais em atendimento, a senhora S.L.R. sempre faz contato conosco agradecendo o atendimento prestado pela nossa equipe.

SUCESSO OU FRACASSO

MARCELA GONÇALVES

AUXILIAR ADMINISTRATIVO NOTURNO DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES.
marcelasg_13@yahoo.com.br

Oferecer um bom atendimento aos clientes pode ser o divisor de águas, a diferença entre o sucesso e o fracasso. Não basta apenas passar o problema adiante. Se quem está no atendimento não fizer um bom trabalho, dando um rumo para a solução do problema apresentado, dificilmente a ideia de “segurança” terá chegado até o paciente. Quando a finalidade é ouvir, acalmar e resolver. Trabalhar em Home Care exige muito mais que isso, exige trabalho em equipe, união, sempre visando o bem estar do ser humano bem como de sua família.

MENSAGEM

SIMONE FELIX GRAVE

BACHARELADO EM ENFERMAGEM PELA UNIBAN E ESPECIALIZAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA PELA UNIFESP. ENFERMEIRA ASSISTENCIAL NA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES.

simonegrave@hotmail.com

Tenho pouco tempo de experiência em Home Care. Aliás, no início, pensei: acho que não vou conseguir... Os dias foram passando e logo percebi que era muito bom atender pacientes, passar orientações e saber que, na maioria das vezes, o atendimento foi satisfatório. Isso trás uma satisfação e uma realização profissional muito boa. Agradeço muito aos meus superiores, nesta nova fase da minha vida, porque eles sempre acreditaram no meu profissionalismo, no respeito e na igualdade. Agradeço também as pessoas que estiveram e fizeram parte desta minha história. Hoje posso dizer que sou totalmente grata por me ajudarem a trabalhar numa área em que as rotinas são diferentes do âmbito hospitalar. Espero poder fazer ainda melhor pois todos os dias aprendemos um pouco mais. Tenho muito respeito por todos os profissionais da São Paulo Internações Domiciliares, onde fui muito bem recebida e tenho somente a agradecer por fazer parte do quadro de profissionais da empresa.

Conheça mais o MAIS

Conceber, organizar e fazer funcionar cotidianamente um modelo empresarial sustentável que contemple as circunstâncias econômicas, sociais, humanas e culturais globais, nacionais e locais não é tarefa fácil nos tempos atuais. Exige paciência e muita disciplina. Exige uma atuação no presente com o olhar no futuro. Exige também sabedoria: reconhecer as enormes dificuldades de transformar teoria em prática mas fazer, de fato, tudo o que tiver que ser feito para uma idéia virar realidade.

Em julho de 2008, dirigentes administrativos e técnicos das empresas São Paulo Internações Domiciliares, Premier Residence Hospital e ProAtiva Saúde reuniram-se para planejamento estratégico. Através de uma discussão bastante enriquecedora, foram construídos e pactuados conceitos gerais de estratégia para implementar uma organização que, além de agregar as empresas já consolidadas, pudesse incorporar novas empresas e novas atividades dentro um Modelo de Atenção Integral à Saúde.

Assim, sob o signo da ousadia e da clara intenção de crescer e frutificar, esta nova organização foi denominada MAIS, prefixo que, desde então, passou a acompanhar o nome das empresas ou atividades abraçadas pelo Grupo. Sua Missão, Visão, Valores e Diretrizes foram então elaboradas e as novas prioridades estabelecidas.

Aspectos fundamentais como logística, custo, racionalização e otimização das ações foram objetos de análise profunda, assim como também o foram as atividades ligadas à formação - capacitação regular e permanente, estímulo ao estudo, à pesquisa e à divulgação dos resultados do trabalho e da experiência prática dos profissionais – fator importante para obter resultados positivos na atividade de atendimento domiciliar no Brasil.

De olho no futuro mas calcado no conhecimento acumulado de mais de uma década de trabalho no campo da saúde, o Grupo consolidou e fundamentou as bases de uma atuação segura e competente no mercado de prestação de serviços, dentro de conceitos técnicos e administrativos irreparáveis, onde a atenção integral às necessidades dos pacientes, dos seus familiares e cuidadores é protegida pela competência técnica e ética de sua equipe de colaboradores.



A São Paulo Internações Domiciliares é uma das maiores empresas do segmento no Brasil e 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 com mais conforto, de forma individualizada, próximo da família e das pessoas que ama e com um risco de infecção muito menor.

A São Paulo Internações Domiciliares está capacitada a atender pacientes nos diversos níveis de complexidade clínica, desde atendimentos pontuais até pacientes com grande dependência dos mais variados diagnósticos.

Contamos com uma estrutura de Call Center com Retaguarda Médica 24h. Dispõe de Unidades Avançadas de Atendimento Móvel para suporte ao atendimento de Urgências/Emergências nos domicílios (APH - Atendimento Pré-Hospitalar).

www.spinternacoes.com.br



O Premier Hospital é especializado no atendimento a pacientes crônicos de alta dependência, especialmente idosos, portadores de patologias como neoplasias em estágio avançado, demências, sequelas neurológicas graves e outras doenças crônicas.

O trabalho segue os princípios dos Cuidados Paliativos. Segundo a Organização Mundial de Saúde, são o conjunto de medidas capazes de prover melhor qualidade de vida à pessoa com alguma doença que ameaça a continuidade da vida, bem como a seus familiares, com impecável controle de dor e sintomas desconfortáveis, e suporte emocional, social, espiritual em equipe multiprofissional.

www.premierhospital.com.br



A Proativa constitui-se numa equipe transdisciplinar 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.

www.proativasauade.com.br

