



PRATA DA CASA

escritas e depoimentos sobre
gênese, trajetória e perspectivas do Grupo MAIS

Grupo MAIS – Modelo de Atenção Integral à Saúde

PRATA DA CASA 6

escritas e depoimentos sobre
gênese, trajetória e perspectivas do Grupo MAIS

**1ª edição
São Paulo
OBORÉ
2013**

2013. OBORÉ Projetos Especiais em Comunicações e Artes Ltda.

Coordenação editorial

Sergio Gomes

Ana Luisa Zaniboni Gomes

Organização e edição

Ana Luisa Zaniboni Gomes

Entrevistas, preparação de originais e revisão

Luana Copini

João Paulo Brito

Assistente de produção

Cristina T. Cavalcanti

Fotos

Adyr Akira Tsukamoto

Carolina Vivas

Clayton Januzzi

Enio Brauns

Fernando Murray Loureiro

Francisco de Paula

João Paulo Brito

Luana Copini

Marcos Santos

Marcos Zaniboni

Milton Bellintani

Monira Samaan Kallás

Nivaldo Silva

Capa, diagramação, artefinal e produção gráfica

Guto Veloso

Tiragem desta edição: 2.000 exemplares

São Paulo, setembro de 2013

Reprodução permitida, desde que citada a fonte.

Muitos dos textos desta edição foram produzidos a partir de entrevistas e depoimentos escritos e são de responsabilidade de seus autores, que aprovaram sua divulgação após revisão de originais.

Solicitação de exemplares: 55 11 5090-5000 // comunicacao@grupomaissaude.com.br

Este material encontra-se também disponível no www.grupomaissaude.com.br

*Porque se chamavam homens
também se chamavam sonhos
e sonhos não envelhecem*

Milton Nascimento e Lô Borges

ÍNDICE

07 APRESENTAÇÃO

PARTE A - Porque há vontade, há um caminho

- 11 Um relato histórico e biográfico do Grupo MAIS
Por Samir Salman
- 18 Hospital Premier e parceiros - uma conquista em Cuidados Paliativos
Por Kleber Lincoln Gomes
- 21 As voltas que o mundo dá
Por Sergio Gomes
- 25 Grupo MAIS: histórico e realizações
Por David Braga Jr.
- 30 A construção dos fundamentos estratégicos do Grupo MAIS: uma visão retrospectiva cinco anos depois
Por David Kallás
- 35 Hospital Premier, uma experiência em Cuidados Paliativos
Por Dalva Yukie Matsumoto
- 41 A contribuição da São Paulo Internações Domiciliares no desenvolvimento dos serviços da assistência domiciliar no Brasil
Por Marcio Sampaio
- 43 A implantação da ProAtiva na prevenção da saúde e na integralidade da assistência
Por Guto Veloso
- 45 ProAtiva Monitoramento: a experiência do Programa de Promoção de Saúde para Idosos
Por Marilia Bense Othero

PARTE B - A construção de uma identidade

- 49 Depoimentos

PARTE C - Um sonho sonhado junto

- 79 Sessão Averroes & Prata da Casa: o cinema e as letras tratando da vida
Por Ana Luísa Zaniboni Gomes
- 92 Como Averroes chegou até o Premier e continuou a fazer história
Por Sergio Gomes
- 100 Aqui, o idoso sempre tem vez
- 107 Curso de Músicos Atuantes em Hospitais e Instituições de Longa Permanência
- 116 Música e Saúde no Premier
Por Ivan Vilela
- 119 Humanamente musicar
Por Marcelo S. Petraglia
- 122 Desafios do nosso tempo: a parceria com o Instituto de Estudos Avançados da USP no debate sobre os idosos do Brasil
Por David Braga Jr.



APRESENTAÇÃO

É com grande orgulho que apresentamos a sexta edição da revista Prata da Casa, abrindo afetosamente nossa casa para um balanço histórico e oferecendo a palavra rememorada de cada um dos nossos parceiros e colaboradores de caminhada.

Temos muitos bons momentos a recordar. Que tenhamos inúmeros desafios futuros a vencer.

Boa leitura a todos.

Os editores

Parte A

Porque há vontade, há um caminho

1

Um relato histórico e biográfico do Grupo MAIS

Por Samir Salman

Diretor Superintendente do Grupo MAIS



O projeto do que hoje chamamos Grupo MAIS – Modelo de Atenção Integral à Saúde - começou em 2003. Tínhamos uma empresa de atendimento domiciliar cuja clientela era predominantemente de pacientes idosos crônicos. Um dia surgiu a oportunidade desta empresa locar um prédio - aliás, onde hoje funciona o Hospital Premier - para atender e cuidar dos pacientes de maneira contínua. O que geralmente acontecia era que o paciente era atendido em casa mas nas intercorrências clínicas ele era encaminhado para algum dos diversos serviços de pronto-socorro da cidade, o que gerava uma descontinuidade do tratamento. Essa questão nos fez pensar em também cuidar deste paciente no momento da intercorrência clínica. E assim foi.

Em setembro de 2004 inauguramos o Hospital Premier. Ele tinha apenas 20 leitos. Ainda não sabíamos ao certo o que íamos fazer mas sabíamos o que não queríamos. Explico: o que existia de atendimento ao idoso na cidade de São Paulo até então, na sua ampla maioria, era um serviço negligente. Nesses lugares o idoso era visto como uma “coisa” e sofria na pele as consequências de estar na condição de um ser improdutivo e sem possibilidade de se defender.

O fato é que visitando vários espaços em busca de um modelo de atenção que imaginávamos minimamente adequado, nos sur-

preendeu a baixa qualidade do atendimento à pessoa idosa. Estamos falando da maior e mais rica cidade do Brasil. Nem gosto de imaginar o que acontece nos outros cantos do país porque não é exagero dizer que os idosos estavam e estão acomodados em lugares que são verdadeiros depósitos de gente. Em decorrência disso ficou pulsando em mim uma inquietação: como construir uma assistência eficiente que tenha sustentabilidade financeira? Sim, pois não adianta a ideia ser maravilhosa e não se sustentar.

Essa inquietação permaneceu até 2005, quando, após um ano de funcionamento do Premier, conheci o professor Marco Tullio de Assis Figueiredo e a filosofia dos cuidados paliativos. Foi quando imaginei que era isso mesmo que o Hospital deveria fazer. Então, em abril de 2006, conheço a doutora Maria Goretti Maciel e faço o convite para que ela monte a primeira equipe de cuidados paliativos do Premier. E a gente começa assim, muito modestamente.

O contato com profissionais dos cuidados paliativos de outras partes do mundo só reforçava nossas convicções que era esse modelo mesmo que tínhamos que trazer para o nosso Hospital e para o nosso país. Antes de ser uma prática médica, o cuidado paliativo é uma filosofia que recomenda aos profissionais da área da saúde que cuidem do doente

e enxerguem o doente em sua multidimensionalidade - biológica, psicológica, biográfica, social e espiritual, que todo mundo é.

Para quem entende minimamente do assunto e para quem quer fazer as coisas de verdade, imagina o tamanho da complicação que arrumei ao assumir essa proposta ampla de acolhimento do paciente. Sabe, a gente está trabalhando com profissionais do mercado despreparados para atuar em outro modelo que não o padrão hegemônico. Nunca canso de repetir que as escolas médicas, as escolas de enfermagem, em geral todas as escolas que preparam profissionais para a área da saúde preparam profissionais para uma atuação sem se preocupar com esta amplitude do ser humano. Há um automatismo, um intervencionismo, um tecnicismo, um exagero de alocações de recursos inapropriados e que não respondem aos desafios que os cuidados paliativos nos impõem.

Sabemos que cerca de 75% da população brasileira morre de doenças crônicas. E o que é uma doença crônica? Uma doença longa que vai fazendo com que o doente morra aos poucos, e com muita dificuldade. Então, nós mudamos o paradigma do atendimento. A gente sai de uma medicina curativa para uma medicina do cuidar. E como é isso? Como lidar com esse ser humano novo, longo e com tantas doenças? É um fenômeno que está se dando no mundo e também no Brasil. Encarar este problema baseado na medicina hipocrática, na medicina curativa, numa equipe de saúde centrada apenas no médico é estar fadado ao fracasso. Nós precisamos é reunir todas as nossas forças, todos os saberes possíveis para dar conta deste ser humano. Porque não é uma questão de curar, a questão é que não se pode lutar contra os determinismos da natureza. Lutar contra o envelhecimento, lutar contra a morte é lutar contra os determinismos. Não é possível que as pessoas tenham a ilusão de que não envelhecerão e que não morrerão. E por incrível que pareça,

a gente vive numa sociedade em que muita coisa fica para ser resolvida no final de vida, aumentando a complexidade do atendimento.

Então, ter o Hospital Premier funcionando como base de apoio para um atendimento domiciliar e para um atendimento de monitoramento é a ideia de uma rede de assistência à saúde, não um serviço de saúde ou um produto de saúde. É a possibilidade de um idoso poder ser assistido pela mesma equipe, pelo mesmo médico, pelo mesmo prontuário, de uma forma continuada. Não é possível que um idoso hoje tenha que recontar sua história como se ele tivesse nascido ontem. E fica sendo violentado o tempo todo em nome não sei do que, para relatar as suas doenças, mesmo estando registradas.

Em síntese: construir uma rede de assistência à saúde era a nossa missão. Inauguramos o Hospital em 2004, conheço o professor Marco Tullio em 2005, chega a doutora Maria Goretti, montamos a primeira equipe em 2006 e graças à sua ousadia e coragem começamos a trabalhar. Mas acho que podemos definir o ano de 2008 como a criação, o nascimento mesmo do grupo MAIS. Porque na verdade todas estas experiências faziam parte de um pensamento geral mas não tinham se materializado. Por mais que eu pensasse neste atendimento longitudinal em 2004, 2005, ele só se materializa em 2008.

Isso porque em 2008, quem vem compor a equipe é o professor Kleber Lincoln Gomes. Ele é professor de psiquiatria, foi diretor da Faculdade Medicina de Itajubá (MG), um querido amigo e companheiro de primeira hora. É quando ele entra no jogo, efetivamente, e até hoje vem dando uma colaboração valiosa para a construção desta inteligência.

Também em 2008 eu vou procurar o Sergio Gomes, jornalista, diretor da OBORÉ, um querido amigo já desde 2002 e levo a ele a ideia da importância que os cuidados palia-

tivos poderiam ter para o país. E ele, sempre muito idealista, é alguém que eu considero fundamental para a consolidação deste ideal do grupo MAIS. Eu me lembro da primeira visita que ele fez aqui ao hospital, em fevereiro de 2008. Depois de ter visitado o vestiário dos funcionários, ele volta e entra na minha sala e me pergunta se eu não tinha vergonha de dizer que eu cuidava de gente. Ele tinha razão porque na época o vestiário era um lixo mesmo. Depois desta fala dele, eu disse: essa é a pessoa que eu preciso do meu lado. Porque geralmente as pessoas se cercam de quem não as contrariam. Mas eu, que vivo num exercício de autocritica permanente, gosto do contrário, das pessoas que estão o tempo todo com a sua autonomia intelectual preservada, falando o que pensam.

E através do Sergio Gomes conheci o doutor David Braga, que é uma figura raríssima. Um sujeito que entende de medicina e entende de gestão. Vi então que assim estava montado o que eu denominei de Conselho Idealizador do Grupo: a Goretti, o Kleber, o Sergio e o David. Eles ajudaram a construir essa história e inclusive foram convidados a lembrar, aqui comigo, essa trajetória que é de todos nós.

Então tudo isso ganha corpo em 2008. Porque aí a gente cria massa crítica, as pessoas que estão no atendimento domiciliar junto com as que estão no monitoramento, junto com o Hospital, pela primeira vez se reúnem para decidir que o MAIS - Modelo de Atenção Integral à Saúde - tem como ideia central que

o doente que estiver nesta rede seja assistido desde o momento que entrar até o óbito, de uma maneira coerente, de uma maneira que a gente leve em consideração os aspectos biológicos, psicológicos, biográficos, sociais e espirituais desse paciente. É quando se define a missão, visão e valores do grupo MAIS. Crava no papel, documenta tudo e torna público, fixando nas paredes aqui da instituição. Nessa época, damos um salto quantitativo: o Premier sai de 24 para 70 leitos.

Em 2009, esta mesma equipe se reencontra e define o mapeamento estratégico do Grupo. E este mapeamento pressupõe a adequação de equipamentos, infraestrutura e a consolidação de uma equipe de alto nível. E tem como pilares os cuidados paliativos, que são norteadores do nosso trabalho estratégico. Os outros pilares são cuidar do paciente e contribuir com soluções para o sistema público, ou seja, que as nossas experiências sejam passíveis de reprodução no sistema público brasileiro.

A entrada dos meus irmãos como sócios do Hospital também foi um marco importante para a consolidação do Grupo. Primeiro foi o Adel, o meu irmão mais velho, em 2009. Ele é médico, detém conhecimentos de gerenciamento de obras e teve uma participação decisiva na construção física do hospital. E, em 2011, foi a vez da entrada do meu outro irmão, o Adnan, também médico, que não mediu esforços para me incentivar nessa caminhada. Eu posso dizer que tenho o apoio

Começamos com a São Paulo Internações Domiciliares, em 2003; depois inauguramos o Hospital Premier, em 2004; fundamos a ProAtiva em 2006 e, em 2010, criamos o Saber Mais, que é um instituto de pesquisa que visa fomentar o ensino, a educação e o conhecimento entre os profissionais do Grupo. Nós, que lidamos com saúde, estamos condenados a ter que estudar o tempo todo porque as transformações são permanentes no mundo e os conhecimentos se renovam e se ampliam. Então, essas quatro estruturas que existem hoje - o Hospital Premier, a São Paulo Internações Domiciliares, a Proativa e o Saber Mais dão sustentação ao Grupo MAIS e consolidam a ideia do Modelo de Atenção Integral à Saúde.

incondicional dos dois. Nada seria possível sem o apoio deles, não só o apoio financeiro, espiritual, pessoal, mas a carta branca para as decisões e isto tem sido responsável para o meu equilíbrio emocional. Para mim, é um prazer enorme tê-los comigo porque me ajudam em todos os sentidos. Somos sócios de uma história.

Somos um contraponto ao modelo hegemônico

É preciso entender que esta empresa, apesar de inserida num contexto capitalista, tem um forte componente social e tem um ideal. Evidente que não podemos menosprezar a sustentabilidade financeira, mas não são os valores capitalistas que estão nos dirigindo.

Importante esclarecer também que entendo os cuidados paliativos como proposta filosófica, o exercício do cuidar incondicional, não só o cuidar do paciente mas o cuidar do companheiro do lado, o cuidar da faxineira, o cuidar da auxiliar de enfermagem, o cuidar do ser humano incondicional. O exercício do cuidar tem que ser cultivado porque senão as pessoas não desenvolvem este olhar atento.

Então, eu estou reforçando este tipo de pensamento para deixar claro que quando você adota os cuidados paliativos como norteadores, você está sinalizando para a comunidade quais são os valores que devem reger a nossa convivência. São valores que fizeram parte do que existe de mais nobre no pensamento humano. Basta dizer que a gente tem que cultivar a solidariedade, a fraternidade, a dignidade entre todos.

Entendo que a construção deste modelo que ousa ser um contraponto ao modelo hegemônico caminha pelo fio da navalha o tempo todo. Estamos numa sociedade onde o ser humano está a serviço de uma lógica capitalista que o incentiva cada vez mais a uma cultura individualista e consumista, temperados com

uma divulgação permanente do medo. Isso faz com que as pessoas acreditem num modelo excludente - “cada um para si e Deus para os que atingirem suas metas”.

Muitos sabem do enorme desafio que nos impusemos no momento em que nos manifestamos publicamente sobre o nosso conjunto de valores e assumimos compromissos na direção de um projeto ousado. A complexa combinação do alto número de variáveis anuncia-va obstáculos previsíveis, principalmente ao nosso Conselho Idealizador.

Como as intenções ficam num campo subjetivo e só começam a ganhar contornos palpáveis no decorrer do tempo, neste sentido, mesmo longe do que temos de compromissos assumidos com a sociedade, já existem circunstâncias interagindo e com isso possibilitando concretude nas ações pensadas. Como na natureza, as transformações não se fazem de maneira instantânea. Os processos obedecem inexoravelmente ao encadeamento de eventos cronológicos: não haverá frutos se não houver flores. A observância de nossa realidade não deve nos assustar: temos que sobreviver mas não podemos perder a esperança da transformação.

Considerando somente o realizado, as várias atividades exercidas pelo nosso Grupo demonstram uma vontade de querer transformar e influir no nosso meio. Esta vontade presente no núcleo dirigente deste grupo começa a contaminar os seus membros, trazendo bons presságios. Muito longe da pretensão do convencimento fácil das mensagens otimistas, tento estar conectado, mesmo com as minhas limitações, ao meu tempo de viver.

Conquistas passadas inspiram as lutas futuras

Vejo o futuro com muito otimismo mas com uma enorme responsabilidade e consciente do imenso desafio. Não subestimo o automa-

tismo. Pelo contrário, estou em permanente reflexão sobre tudo: sobre o modo de trabalhar, a maneira como a saúde é remunerada e olhar para o futuro e ter otimismo é difícil. Porque estão nos roubando todos os direitos: de sonhar, de ser. Oxalá a gente consiga ser uma trincheira, sem nenhum tipo de certeza acabada, sem nenhum valor pronto. Enquanto houver esta possibilidade de luta, eu acho que temos que lutar.

Se o nosso projeto deixasse de existir hoje, ele já teria muita história, e isso nos serve de alento. Eu sempre faço esta retrospectiva como forma de alimentar a minha alma na luta: olhar o que era isso há oito anos e o que é hoje. Porque para continuar, a gente tem que buscar forças o tempo todo nessa inspiração. É o que dá sentido para a vida. Na minha opinião, são esses os valores que me importam. Não se trata de discutir o certo ou errado mas reconhecer que é sobre esse mar que navegamos. Estou consciente do enorme caminho a ser percorrido, mas prazeroso e orgulhoso pelo que já foi alcançado até agora.

VALE A PENA CONHECER

Desafios à vista

1. Formar profissionais no conceito de atenção integral

Preocupados com a formação de profissionais capazes de atuar no modelo de atenção a que nos propusemos desenvolver, o Hospital Premier dá início, neste ano, a um curso de pós-graduação em parceria com a Faculdade de Medicina de Itajubá (MG). Trata-se de uma atividade de especialização, formatada para dois anos, que visa formar profissionais da saúde com estes conceitos integrais a partir da proposta de um modelo de atenção integral. Eu acho que a gente está muito longe do que imagino que seja minimamente correto

para os pacientes. Apesar dos nossos imensos esforços, temos muita dificuldade ainda no acolhimento do paciente. Melhoramos muito, mas a melhora deve ser contínua e temos que ter uma autocrítica permanente.

2. Gerenciar um modelo de saúde que foge à lógica mercantilista

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define cuidados paliativos como um conjunto de atitudes, de abordagens que visa acolher o ser humano como um ser biopsicosocial e, agora, espiritual. Então, na medida em que isso não gera lucro para a indústria, recoloca o paciente como protagonista da história. É um grande desafio posto aqui para a gente. Basta dizer que a The Economist, uma revista importante, numa edição de 2010, traz uma pesquisa sobre a qualidade de morte feita em 40 países e o Brasil ficou em 38º lugar. Ou seja, nosso país tem um dos piores índices de qualidade de morte do mundo. Nós só ficamos na frente da Uganda e da Índia. E o que isto significa? Que aqui existe uma negação da morte, uma ignorância sobre a possibilidade das pessoas morrerem melhor. E os cuidados paliativos trazem estas questões para a gente discutir. Hoje, a possibilidade de você ter uma política de saúde pública não envolve recursos, envolve inteligência, envolve acolhimento. Então a gente deixa de usar opióides para cuidar de um doente, em nome de um tabu, de um estigma até mesmo dos próprios profissionais da área da saúde, e no entanto o paciente está com dor, precisa ser bem tratado, nem que seja o último dia de vida dele. Nós temos que estar preocupados não em prolongar a vida mas cuidar para que haja dignidade enquanto houver vida. Como gestor, enfrento dificuldades no sentido de gerenciar um modelo de saúde dentro de um contexto totalmente mercantilista, onde a medicina está pautada por intervencionismos, por medicamentos. Já os cuidados paliativos trazem, no seu bojo, na sua essência, a ação do ser humano, inclusive multiprofissional -

médico, enfermeira, terapeuta ocupacional, psicóloga, assistente social, assistente espiritual, estamos falando de outra lógica.

3. Equilibrar sustentabilidade e reconhecimento aos trabalhadores

Como gestor, também alinho como um dos principais desafios a questão do equilíbrio da sustentação financeira. Vou explicar isto melhor. Tenho refletido muito sobre o fato de que todos nós, que de alguma maneira trabalhamos no hospital, estamos hospitalizados, estamos sob a regência de uma situação insalubre. Diferente do paciente que fica 24 horas por dia internados, nós ficamos 10h, 12h, e as auxiliares de limpeza também. Então esta comunidade é de pessoas doentes. Isso significa que não podemos idealizar a morte, ou idealizar que o ambiente é todo feliz. Ao contrário, é um ambiente duro, inóspito, principalmente para as pessoas mais humildes na cadeia do atendimento. É nítido que nisso há um sofrimento muito grande. Outro dado: 80% das pessoas que trabalham aqui, trabalham para comer. De fato, todas as políticas corporativas existentes atualmente servem para maquiagem uma situação limite a que os trabalhadores estão sujeitos pois precisam dos seus empregos e se submetem a qualquer situação para se manterem empregados. Então eu reflito muito em como achar um ponto de equilíbrio no sistema capitalista capaz de fazer com que as pessoas trabalhem e também gostem do seu trabalho. Mas é muito difícil. Imaginar que 80% da comunidade do hospital trabalha para comer é algo que me incomoda profundamente. Outro dia eu fiz um estudo georreferencial dos meus funcionários. Eles andam 3h ½ de ônibus todos os dias para ir e voltar do trabalho. E eu fiquei me imaginando no lugar de uma pessoa dessas, como eu me comportaria. Se eu, com uma vida sofrida assim, seria capaz ainda de cuidar de alguém. Ninguém tão violentamente atacado, com uma vida tão sofrida, conseguiria cuidar. A gente tem feito políticas aqui de melhoras:

adequamos os vestiários, estamos entregando cesta básica nas residências, mas acho muito difícil resolver isso de uma vez porque senão no mês que vem a gente fecha e vai ser mais uma boa ideia que morreu. Este é um dos desafios que coloco como prioridade: se aproximar da realidade do pessoal da limpeza, da cozinha, dos auxiliares de enfermagem, que são as mais fragilizadas do contexto, e tentar, com engenho e arte, encontrar compensações para eles. Ainda não sei qual é a solução, não a considero fácil, mas posso afirmar que isto já está em pauta para a nova diretoria. Essa é uma questão que vem me preocupando bastante.

4. Ter o paciente como protagonista

A outra situação que eu acho fundamental colocar na ordem do dia é ter o paciente como protagonista. O Premier vem desenvolvendo uma atuação importante, que nos envaidece. Nosso trabalho hoje é referência mas ainda está longe do que a gente ambiciona. Não gostaria de generalizar, mas posso afirmar categoricamente que a maioria dos hospitais não tem o paciente como protagonista da história. O protagonismo está muitas vezes no medicamento, está na intervenção. O ser humano está lá no final da fila das prioridades e nem se leva em consideração o acolhimento deste ser humano na integralidade que ele merece. Então, um grande desafio de nossa instituição é fazer com que os nossos mecanismos de inteligência estejam voltados para o quadro biográfico de cada paciente que passar por nós. Este paciente, geralmente fragilizado, está sem independência, mas muitas vezes com total autonomia intelectual para decidir o que ele quer. Temos que criar condições para que esta experiência que a gente tem em curso continue sendo exercida na plenitude. Participei de uma reunião clínica, semanas atrás, onde isso ficou muito claro. Na reunião estavam discutindo a história de um paciente com câncer de intestino incurável, já há muitos anos. Ele estava nos seus

últimos dias. E a discussão era, por conta da restrição ao potássio, se ele podia comer mamão ou banana, como se isto fosse alterar o seu destino. Todos muito preocupados com a doença se esquecendo do doente e seu contexto. Por sugestão minha, por uma provocação, o chefe de cozinha acabou fazendo um risoto de funghi para este paciente. De acordo com o relato de algumas pessoas, no sábado o paciente comeu esse risoto como se fosse um manjar dos deuses. Na segunda-feira ele faleceu. Então é isso: essa pessoa está sob os nossos cuidados e temos que estar de corpo e alma no exercício da alteridade; não importa se ela vai ficar viva por dois ou três dias. Enquanto houver vida nós devemos estar preocupados em atendê-la. Então é esse tipo de situação que parece simples mas não é. Se a gente for observar o modelo de saúde institucionalizado, ele é demarcado por valores que não os valores do paciente. São os valores das indústrias farmacêuticas, das dietas. Então, resgatar a história das pessoas,

fazer com que elas vivam bem, proporcionar este prazer, promover a ativação de memórias afetivas através de alimentos, é uma das questões que estão colocadas para o futuro. Na essência dos Cuidados Paliativos temos como proposta principal a observância da finitude humana como determinismo da natureza. Portanto, mesmo com todos os avanços tecnológicos não a evitaremos, podemos prolongá-la a um custo que não nos interessa. Contudo sabemos, por conta da nossa prática profissional, as implicações aos pacientes e seus familiares. Neste contexto, atuamos apelando para a **razão**, evitando o misticismo, ou seja, devoção exagerada que envolve a era do “tecnocentrismo”. No modelo de atenção à saúde geriátrica, da mesma forma apelamos para a **razão** quando propomos um modelo que se respeite a inexorabilidade do envelhecimento.



Cerimônia de assinatura do termo de cooperação técnica em que Hospital Premier, representado por Samir Salman, e Faculdade de Medicina de Itajubá, na figura de Kleber Lincoln Gomes, assumem a promoção do curso de especialização lato sensu sobre cuidados paliativos em um modelo de atenção integral à saúde. O encontro, onde foram apresentados ementa e grade curricular, reuniu cerca de 80 convidados no dia 23 de agosto de 2013, em São Paulo.

2

Hospital Premier e parceiros - uma conquista em Cuidados Paliativos



Por Kleber Lincoln Gomes

*Titular da Disciplina de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Itajubá (MG),
Conselheiro Consultivo do Grupo MAIS*

No início de 2008, fui convidado pelo Dr. Samir Salman, ex-aluno de nossa Faculdade, a fazer parte da equipe do Hospital Premier e do home care SP Internações Domiciliares, de São Paulo, ambos especializados em cuidar de pacientes chamados terminais ou crônicos, sem possibilidades de cura. Não tinha até então conhecimento desta arte. Aceitei a missão, em especial para fazer a supervisão do grupo de profissionais que compunham o seu staff pois estavam encontrando dificuldades para lidar com a complexa dinâmica dos pacientes e seus grupos familiares.

A partir deste momento percebi a grandeza do trabalho e me envolvi com a equipe, passando a fazer parte da gestão dos empreendimentos que se propunham a propagar os conceitos dos Cuidados Paliativos, seja para os profissionais da saúde em geral, seja para a população.

Desde então uma série de ações foram criadas pelo Grupo MAIS - Premier, em associação com vários parceiros tais como a Faculdade de Medicina de Itajubá, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, o Instituto Paliar, a OBORÉ e a Cinemateca Brasileira, por exemplo. Desta profícua união surgiu a série de eventos que descreverei abaixo, num resumo da trajetória desta luta em prol da implantação, nos serviços de saúde em geral, de uma

nova maneira de abordar os pacientes que requerem cuidados permanentes, denominada Cuidados Paliativos. E também, como a Faculdade de Medicina de Itajubá aderiu a este projeto.

Um belo dia em que estava com o Samir em São Paulo, convidou-me para conhecer um jornalista de nome Sergio Gomes, da OBO-RÉ, e visitar um antigo matadouro que havia se transformado na Cinemateca Brasileira, um local onde recuperavam e conservavam tudo o que era feito em filmes no país. Conhecendo aquele lugar maravilhoso, vimos logo a relação que havia entre o trabalho deles com filmes e o nosso com pessoas. Vislumbramos, então, refletindo no almoço e tomando um chopp gelado, que poderíamos ser parceiros daquele lugar e divulgar os Cuidados Paliativos através de filmes e mesas de reflexão. A partir daí foi só (com muita dificuldade) convencer os dirigentes da Cinemateca a serem nossos parceiros.

Surgiu daí, em setembro de 2008, o primeiro Ciclo de Cinema e Reflexão - Aprender a Viver, Aprender a Morrer. Neste evento foram projetados vários filmes, seguidos de mesas de discussão sobre o tema Cuidados Paliativos. Além dos filmes foi também realizada uma Jornada Científica abordando os conceitos

básicos a respeito do mesmo tema. Neste ano foi criado o Prêmio Averroes (em homenagem ao filósofo, jurista e médico andaluz, nascido em Córdoba, na Espanha muçulmana, em 1126, considerado um dos pais da medicina e pioneiro na forma humanitária de tratamento de doentes), que premiaria profissionais que se destacaram por seu pioneirismo e espírito compartilhador, nas várias áreas da ciência.

A partir daí tanto o Ciclo quanto o prêmio foram acontecendo anualmente: já foram premiados Marco Tullio de Assis Figueiredo, pioneiro no ensino do Paliativismo no Brasil (2008); a educadora Ausônia Donato (2009); o pesquisador e médico Luiz Hildebrando Pereira da Silva (2010); a professora, escritora e pesquisadora da USP, Eclea Bosi (2011) e professor e jornalista Manuel Carlos Chaparro em 2012. Neste ano, o homenageado é o médico José Eduardo de Siqueira, expoente em Ética e Bioética no Brasil e no mundo.

A partir do primeiro ciclo, que vem ocorrendo anualmente desde então, o Premier iniciou um projeto mensal de cinema e reflexão, que ocorre toda última segunda-feira do mês (atualmente toda última terça), na Cinemateca, a que denominou Sessão Averroes, onde é projetado um filme com temática pertinente e montada uma mesa de reflexão com ilustres convidados dos vários meios da ciência e das artes em geral.

Como ex-aluno fiel e ciente da importância de sua Faculdade de origem, o Dr. Samir propõe e realiza no salão nobre da Faculdade de Medicina de Itajubá, em outubro de 2008, o I Ciclo Satélite de Cinema e Reflexão - Aprender e Viver, Aprender a Morrer, seguindo o modelo realizado em São Paulo. Foi apresentado o filme “O Escafandro e a Borboleta”, um longa comovente do diretor francês Julian Schnabel e foram proferidas várias palestras, pelos profissionais do Premier. Este evento é o marco do início da trajetória dos Cuidados Paliativos na nossa Faculdade.

Como representante da Faculdade de Medicina e orgulhoso de participar deste processo, não posso desvincular a nossa trajetória daquela do Premier. Assim, em março de 2009, agora também focada na relevância do cuidar do sofrimento alheio como uma das missões básicas da área da saúde, principalmente na formação de seus alunos, a Faculdade de Medicina de Itajubá cria também uma sessão mensal, no mesmo modelo da Sessão Averroes, com convidados tanto da faculdade como de outras entidades da comunidade afins ao tema. Com o título “Cuidados Paliativos na Sétima Arte - Ciclo de Cinema e Reflexão”, o evento tem como proposta difundir o tema tanto no nosso meio acadêmico quanto em todas as demais instituições, de ensino ou não da comunidade, que tenham como palco a prestação de serviços de saúde. Para dar nome a cada sessão, escolhemos uma figura eminente, nacional ou internacional, apresentando sua biografia, para que todos possam conhecer as pessoas que há tempos batalham na implantação do paliativismo no mundo.

As sessões foram promovidas pela parceria da FMIIt com a Liga de Psiquiatria e a Liga de Cuidados Paliativos, onde fui curador. Nestas sessões foram homenageados até o presente: Dra. Cicely Saunders, Dra. Elizabeth Kubler-Ross, Prof. Dr. Marco Tullio de Assis Figueiredo, Dr. Vitorio Ventafrida, Dra. Mirian Marteleite, Dr. Alois Alzheimer, Dra. Dalva Matsumoto, Dr. Derek Doyle e Dra. Maria Christina Anna Grieger.

Em agosto de 2009, em mais um avanço em nossa história, a convite da Faculdade, mudam-se para Itajubá duas eminências consagradas dos Cuidados Paliativos no Brasil e no mundo - o Prof. Dr. Marco Tullio de Assis Figueiredo e sua esposa, Profª Maria das Graças Mota Cruz de Assis Figueiredo. Eles se incorporaram ao projeto de desenvolvimento e criação das disciplinas acadêmicas de Tanatologia e Cuidados Paliativos, além da criação e promoção de outros projetos na área, sejam

na Faculdade, no Hospital Escola ou para a comunidade em geral. Neste mesmo semestre ambos promoveram um “Curso de Extensão: Tanatologia e Cuidados Paliativos”, aplicado para alunos e interessados da comunidade.

A partir de outubro de 2009 e sempre neste mês nos outros anos, é apresentado um Sarau em comemoração ao dia Mundial de Cuidados Paliativos, promovido pelo Projeto Cultural da FMIIt em parceria com a Liga de CP e outras entidades da comunidade, como Academia Itajubense de Letras e grupos da terceira Idade.

Em fevereiro de 2010, após um trabalho acadêmico-administrativo persistente da Diretoria da Faculdade para a aprovação nos colegiados de curso deste novo projeto, através da Prof^a Dra. Maria Christina Anna Grieger, Vice-diretora e Coordenadora de Ensino, incentivadora do Projeto iniciado e proposto pelo Prof.Dr. Kleber Lincoln Gomes e com a assessoria técnico-científica na montagem da programação e na Coordenação do Curso dos Profs. Marco Tullio e Maria das Graças, inicia-se, de forma curricular e oficial, o “Curso de Tanatologia e Cuidados Paliativos”. O curso de Tanatologia nasceu como o primeiro curso curricular do país e o de Cuidados Paliativos, o segundo. O curso será aplicado em três níveis de complexidade, na primeira, segunda e quarta séries do Curso Médico.

No mesmo ano letivo o Dr. Marco Tullio cria, também, O “Centro de Estudos em Tanatologia e Cuidados Paliativos Dr. Derek Doyle”, idealizado para o estudo de temas científicos em Tanatologia e Cuidados Paliativos para a formação dos profissionais do Hospital Escola, sejam alunos, enfermeiros, médicos, farmacêuticos etc, para a futura implantação do atendimento em cuidados paliativos no hospital. O Serviço de atendimento a pacientes terminais foi realizado, desde então, pelo Prof. Marco Tullio, tanto nas enfermarias como em ambulatório e residências, até sua recente par-

tida. Hoje o trabalho se reinicia sendo desenvolvido pelo Dr. Henrique Parsons.

Em 2011, além do desenvolvimento regular do Curso de Tanatologia e Cuidados Paliativos, da Liga de Cuidados Paliativos, coordenada pela Dra. Graça, do Grupo de Estudos Derek Doyle no HE, surge um novo projeto, denominado “A Arte do Cuidar”, realizado com alunos, que em grupos escrevem sobre temas de CP e publicam anualmente um manual, já tendo sido realizados três volumes.

Enquanto a história não para, o Hospital Premier cresceu muito em vários aspectos, tanto no sentido de cuidar, como na evolução das equipes, na área física, científica, cultural, sendo hoje um dos alicerces do paliativismo no Brasil, em parceria com as grandes instituições públicas e privadas nas áreas da saúde e educação. Num próximo passo, em convênio com a Faculdade de Medicina de Itajubá, está sendo montado um curso de pós graduação lato senso com vistas a uma formação profissional integral e multiprofissional de uma ação de saúde.

Por tudo isto, por mim em particular, e pela nossa Faculdade, sinto-me orgulhoso de ter saído de uma acomodação enrijecida no afã de curar para atuar no sentido do cuidar da vida de maneira integral, de forma física, psíquica, social e espiritual, respeitando a saúde, doença, a morte e o morrer.

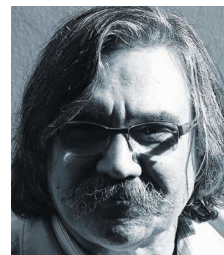
A história tem nos ensinado que a humanidade tem se constituído de lutas e caminhadas coletivas e não individuais. Portanto, toda a trajetória de conquistas deste grupo deve ser atribuída a pessoas que não se cansam de ter esperança no futuro: um grande maestro, como o Dr. Samir, colocou seu espírito de luta e sua índole compartilhadora a serviço de uma sinfonia que se realiza com a excelência de grandes e seletos parceiros. Agradeço sempre pela oportunidade de participar deste time, a serviço de uma nova humanidade.

3

As voltas que o mundo dá

Por Sergio Gomes

Jornalista, Diretor da OBORÉ, Consultor de Planejamento de Comunicação do Grupo MAIS



Há anos atrás, fui com o José Luiz Del Roio até o Teatro Brincante, do grande Antônio Nóbrega, na Vila Madalena. Era uma noite em que estavam apresentando um espetáculo sobre Música Popular Brasileira. E lá, de repente, aparece no palco um violeiro chamado Ivan Vilela. Ele se apresenta e ficamos absolutamente encantados com a sua viola, pois nunca tínhamos visto nada parecido. Terminado o espetáculo, Del Roio e eu fomos cumprimentar o artista. Depois desse dia, começou uma longa amizade com esse que é, sem dúvidas, um dos maiores instrumentistas do mundo. Ele estava lançando um disco chamado “Paisagens”.

Nessa época, Ana Luisa, Del Roio e eu participávamos da animação de uma entidade luso brasileira chamada “Centro Cultural 25 de Abril”, que veio a ter sede neste mesmo prédio em que fica a OBORÉ. E o Ivan Vilela também se apresentou aqui algumas vezes, nos Saraus que promovíamos. Fizemos uma série de encontros, como a da viola brasileira com a guitarra Portuguesa. E ele um dia chega e nos apresenta um amigo seu desde a época de juventude, lá de Itajubá: o Dr. Samir Salman. Estávamos em meio a uma das atividades do Repórter do Futuro - os cursos com estudantes de Jornalismo que fazemos na OBORÉ - e queríamos fazer algumas camisetas. Foi uma surpresa que esse rapaz, Samir Salman, chamou a si a responsabili-

de e mandou confeccionar várias dúzias de camisetas num esquema que ele tinha com fornecedores do Brás. Em menos de 24 horas estávamos com as camisetas prontas. Era a transformação em camiseta das capas dos cadernos de jornalismo, aquelas que tem as charges do Laerte.

A partir daí, o Samir passou a participar de várias coisas ligadas ao Centro Cultural e à OBORÉ, sobretudo as que eram ligadas à música. Nessa época, ele morava em Guarujá e nós não sabíamos, mas ele estava passando por uma fase reflexiva, de repor e redirecionar a vida dele. Pelo jeito, várias coisas que aconteceram aqui nesses encontros, coisas que foram faladas, a gente não tinha a menor ideia que estavam sendo muito úteis para ele. O fato é que ele foi recolhendo essas ideias e isso teria sido muito útil pra ele, mais tarde.

Até que um dia, se não me engano, em março de 2008, o Samir chega aqui e nos disse “olha, eu estou vindo aqui, quero muito conversar com você, mas não quero que você fale. Eu quero falar!”. E então ele contou que estava colocando de pé um projeto chamado Hospital Premier. Que esse hospital era diferente dos outros porque iria se conduzir pela filosofia dos cuidados paliativos, e eu nem sabia o que era isso. Falou também que ele tinha concebido que a forma de gerenciar o hospital era através de uma equipe multidis-

ciplinar, onde o médico era apenas mais um, junto com enfermeira, psicólogo, assistentes sociais. Eu gostei dessa ideia de se ter um colegiado multiprofissional. Ele disse também que finalmente tinha conseguido com seus sócios poder de decisão sobre quem demitir e quem contratar e que, afinal, vinha aqui com poder de contratar. Queria saber se a OBORÉ topava dar assessoria de comunicação para ele.

Então, perguntei mais sobre a natureza do trabalho e ele ia aos poucos me explicando que a ideia era humanizar a relação dos profissionais da saúde com pacientes em estado terminal ou com doenças crônicas incuráveis. Fiquei pensando e disse a ele que uma simples assessoria de comunicação não resolveria. Me parecia que o trabalho necessário para um projeto como esse era coisa da comunicação e também das artes.

Ele pediu que fizéssemos uma proposta. Fizemos. Propus ao Samir que o dinheiro que nos fosse pago incluiria uma consultoria por mês com o médico David Braga, que era diretor do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, colega nosso de uma série de atividades que a OBORÉ vinha desenvolvendo no Ministério da Saúde na implantação da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde. A meu juízo, este é um dos raros médicos que entende de doença mas também entende de saúde e de gestão. Então, me parecia que esse médico poderia ser muito útil nesse projeto. Depois esse contato evoluiu, o Samir percebeu a importância do David e aí tem toda uma história de como o David entra nesse trabalho, seja pensando coisas para o hospital, seja pensando e realizando uma série de serviços de consultoria e acompanhamento dos pacientes das Classes Laboriosas, por exemplo. Mas essa proposta ultrapassava o que ele podia nos pagar e a gente acabou estabelecendo que faríamos esse trabalho pelo tanto que ele podia pagar. E começamos a trabalhar.

Como o método da OBORÉ é este em que o plano de ação é que determina o plano de comunicar a ação, precisávamos saber qual era o plano de ação do hospital. Então a primeira etapa do nosso trabalho foi tomar conhecimento de quem eram as pessoas que estavam lá. Foi a época em que conhecemos a doutora Goretti, fomos saber o que era esse trabalho no Hospital do Servidor Público Estadual, onde ela dirigia uma enfermaria dedicada aos pacientes terminais. Fomos conhecer a doutora Dalva, no Hospital do Servidor Municipal e o professor Marco Tullio, na Unifesp.

Estávamos no começo deste trabalho, deixando claro que a comunicação que faríamos não seria uma comunicação espetacular, publicitária, mas que o nosso projeto seria de educação e marketing cultural. Portanto, a coisa mais importante era formar. Era o que uma pessoa diz para outra, que diz para outra, que diz para outra, não é botando anúncio e ser assunto durante um dia ou colocar uma peça de três minutos no Fantástico, da Globo. Porque isso brilha e depois se consome, passa rápido. O que propunhamos era outra coisa.

Íamos aos poucos conhecendo as instalações do Premier quando o Samir comentou a sua ideia de que era preciso melhorar o ambiente do Hospital para torná-lo mais agradável, sobretudo porque são pacientes que ficam lá muito tempo e os que o acompanham praticamente moram no hospital. Então havia uma ideia de decoração abarcando cores, iluminação, quadros, jardins... Foi quando sugerimos que o Samir fosse conversar com a arquiteta Rita Vaz, da Teúba Arquitetura. A Rita foi lá. A partir de então ela começa a idealizar um projeto que é transformar o prédio do Premier em um “transatlântico”, com deques, com jardins, ou seja, propõe o aproveitamento de todos os espaços. É a hora em que ela concebe que este hospital está no meio de um bairro, que tem pouco movimento de carro, as ruas são muito largas e arborizadas e, então, o bairro seria uma extensão do hospital

para que os pacientes que pudessem caminhar, caminhassem, e que o bairro, que tem muitos idosos, também pudesse frequentar as atividades do hospital. Ou seja, o objetivo era a interação entre o hospital e o bairro e vice-versa.

Só depois a gente vai descobrir que este conceito de “bairro amigo do idoso” é uma coisa que estava se desenvolvendo na Vila Clementino, bairro onde fica a Cinemateca Brasileira, porque lá fica a Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, e por ali estava começando o primeiro projeto na cidade, conforme a recomendação da Organização Mundial da Saúde.

Nas instalações antigas do hospital havia um antigo auditório e eu propus que fizéssemos ali encontros periódicos que se chamavam “Encontros para ver e compreender melhor o mundo”. A ideia era trazer artistas, filósofos, antropólogos, psicanalistas, jornalistas, cineastas, de tal maneira que a gente pudesse ter uma atividade em que a pessoa pudesse sair dessa rotina do dia a dia e conseguisse ter uma visão mais distanciada das coisas. À medida que você vê mais o conjunto, você consegue perceber onde está sobrando e onde está faltando e então você resolve o problema. Enfim, ter uma visão mais geral, a chamada visão da “pólis”. Assim foi que começamos a desenvolver esse trabalho.

Bom, começamos a fazer o Ciclo de Cinema e Reflexão, a Sessão Averroes, e a gente vai vendo os filmes, vai debatendo, e aprendendo que quando se tem uma longa terminalidade, como uma doença crônica que neutraliza a pessoa durante muito tempo, não se trata apenas de cuidar do paciente, tem também que cuidar dos parentes em volta. Porque uma parte deles acaba tendo sua vida amputada para ficar dedicada a essa pessoa acamada.

Antigamente, quando você tinha muitos filhos, em geral dois ou três desses filhos não

tinham vida própria e ficavam acompanhando os velhos até a morte. Mas agora como isso é possível? Precisamos de lugares para que estas pessoas tenham o melhor possível ao longo do dia inteiro. E não ficar na situação em que o sujeito trabalha com o coração apertado porque a mãe está sozinha em casa. A sociedade ainda não avançou o suficiente para perceber que a sua população envelheceu e cada vez mais terá gente mais velha e cada vez teremos mais doenças crônicas. Disso surge uma ideia recorrente de montar um modelo de atendimento integral à saúde.

O Samir tinha o hospital em construção, em formulação, e tinha também o serviço de atendimento em casa, um home care. Tinha um serviço de acompanhamento, de você ter o cadastro dos pacientes e se, de repente, de madrugada, acontecesse alguma coisa, seria possível verificar quem é o paciente e, de lá, o médico fazia o diagnóstico e evitava que a pessoa fosse direto para o pronto socorro em situações desnecessárias. Ou seja, um serviço de ajuda a distância. Havia também a ideia de uma empresa que alugasse camas, equipamentos temporários, porque não tem sentido o sujeito comprar uma cama de hospital, que custa 20 mil reais, o preço de um carro. Não havia empresas que prestavam este tipo de serviço. O Samir concebeu também a criação de um centro de estudos e pesquisas, enfim, um grupo de empresas que integram um conjunto de serviços com este conceito de Modelo de Atenção Integral à Saúde.

Minha participação foi ajudar na idealização do projeto porque trabalho com a ideia de que para cuidar de uma pessoa, que está numa situação infeliz, não basta ter médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, Nutricionista. Tem que ter também arquiteto para pensar o espaço; tem que ter músico para melhorar a vida, tem que ter gente que gosta de fazer comida boa porque não está escrito em lugar nenhum que comida de hospital tem que ser sempre sem gosto. Então tem que ter

jornalistas, cineastas, poetas, artistas plásticos porque tudo isso na verdade é o conjunto da vida e deve haver vida perto de quem lida com a morte.

Importante dizer que nem tudo do que foi bolado já foi implementado. O projeto está em obras porque ainda não se tem recursos humanos e financeiros para fazer tudo isso. Imagina o gasto para transformar um prédio comum para outro com este conceito de “transatlântico”, um lugar em que todos os espaços tenham coisas interessantes - seja um jardim, uma horta, sejam paredes transformadas em galeria, como acabar com o telhado e fazer uma laje e aquilo se transformar em um solarium, como fazer com que o espaço que seria apenas de terapia seja uma área de convívio, como entrosar naturalmente o hospital com o bairro e os moradores do bairro poderem frequentar as atividades do hospital. É uma complexidade danada e um desafio que estamos enfrentando com muito gosto.

Repito: isso não é prática comum. Estamos falando de uma série de coisas que são novas e que estão se implantando. Fazer estas obras enquanto o hospital está funcionando gera barulho, poeira, não é uma coisa singela.

VALE A PENA CONHECER



Hospital Premier: cenas parciais da fachada principal, quarto, corredor do segundo andar, jardim de entrada e cobertura lateral.

4

Grupo MAIS: histórico e realizações

Por David Braga Jr.

Médico, Conselheiro Consultivo do Grupo MAIS e Diretor Médico da Associação Auxiliadora das Classes Laboriosas (AACL)



Em agosto de 2008 foi publicado o primeiro número da revista Prata da Casa. Nele se destacavam os resultados do Planejamento Estratégico realizado em julho daquele ano em que, coletivamente, organizou um conjunto de definições pactuadas entre os dirigentes administrativos e técnicos das empresas então existentes - SP Internações Domiciliares e Hospital Premier. Isso foi o que abriu o caminho para a incorporação de novas atividades dentro de um conceito denominado Modelo de Atenção Integral à Saúde - MAIS.

Sintonizados com o conjunto de valores do Grupo MAIS, os profissionais da São Paulo Internações Domiciliares atenderam ao chamado silencioso da responsabilidade e, em 2009, novamente foram à obra: realizaram o segundo número da revista. Seus artigos retratavam a vida da organização, seus conflitos internos e a maneira como reagia às mudanças políticas, econômicas, administrativas, culturais e tecnológicas provocadas pelas permanentes transformações na sociedade. Revelavam a magnitude, a complexidade e a velocidade com que ocorriam alterações nos processos de trabalho, nas carreiras e profissões. Expunham a dissociação entre o que a sociedade clamava e o que a organização se dispunha a oferecer. Todos esses são fatores que interferem de maneira preponderante na

execução de políticas públicas a ponto de facilitar ou impedir a sua implementação.

Entretanto, ao qualificar os processos de gestão e gerenciamento das organizações que compõem o Grupo MAIS, abrem espaço e criam condições para a implantação e implementação de uma política pública na área da Seguridade Social. Pela sua complexidade e importância, apontam para uma atuação cada vez mais focada na área da Saúde do Idoso. Contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços saúde que estão voltados para as situações incapacitantes dos doentes crônicos e das condições sociais e familiares delas decorrentes é contribuir para a consolidação da nossa democracia republicana.

Importante destacar que o Grupo MAIS pauta suas atividades e relacionamentos de acordo com os seguintes valores:

- Respeito às necessidades das pessoas e de seus familiares;
- Verdade e clareza do Grupo com os diferentes públicos;
- Valorização dos profissionais e do trabalho em equipe;
- Inovação via soluções de vanguarda com respaldo científico, pautadas na eficiência, eficácia e efetividade;

- Ousadia de ser contraponto ao modelo hegemônico de atenção à saúde,
- Compartilhar conhecimento dentro do grupo, na comunidade científica e na sociedade,
- Corresponsabilidade na contribuição na elaboração de programas socioculturais e de políticas de interesse público.

Ao todo, a edição 2009 da Prata da Casa apresentou 32 trabalhos. Toda a vastidão de conhecimentos e habilidades necessárias para a execução da complexa tarefa de cuidar dos doentes, de seus familiares e dos cuidadores fora do ambiente hospitalar tradicional foi estudada, a literatura especializada foi consultada e as referências bibliográficas cuidadosamente selecionadas.

Os artigos, agora mais elaborados, guardaram uma relação matricial entre si, provavelmente alinhados pelo referencial teórico que norteava o Mapa Estratégico do Grupo MAIS, emblematicamente desenhado no formato de uma casa - a nossa casa, a casa onde trabalhamos e nos aperfeiçoamos a cada dia e a cada cuidado.

Na edição de 2010, a Prata da Casa destacou o lento trabalho de tecer muitos fios para falar da trama da vida que aproxima gente que cuida, gente que é cuidada e gente que trabalha intensamente para que toda esta lógica de cuidados faça sentido na vida real. A terceira edição reuniu 39 trabalhos sendo 25 artigos técnicos e administrativos e 14 peças de auto-expressão materializadas em relatos, contos, crônicas e poesias. O fio condutor da edição seguiu na linha dos Cuidados Paliativos e da Atenção Domiciliar buscando integrar conceitos e técnicas, conceber, produzir e socializar experiências no cuidar de pessoas em condições de doenças terminais.

A integralidade da ação de cuidar de gente nesta condição de sofrimento vai além da técnica e alcança o que tem de melhor no

profissional de saúde que é o de proporcionar acolhimento solidário e competente no alívio das dores do corpo e da alma do seu paciente.

A edição seguinte, de 2011, reuniu 40 autores através de 18 textos técnicos, 11 relatos de experiências e 7 reflexões de cunho poético. O mote foi o pensar em por quê escrever, para quem escrever e sobre o quê falar. A edição foi precedida por um curso Cultura Científica: módulo preparatório destinado a estimular os profissionais a relatarem suas experiências, vivências e repertórios através de textos produzidos sob orientação de técnicas, métodos, suportes conceituais e recursos facilitadores do ensino aprendizagem ministrados por educadores, jornalistas, médicos entre outros.

Já na quinta edição, de 2012, a ênfase dada foi de estímulo à escrita na formação e desenvolvimento profissional na área da saúde. Perceber, olhar, ver, anotar, relatar, descrever, analisar, concluir e depois contar aos outros essa experiência que, de única, passa a ser de todos.

Entendo que, chegando o seu sexto número, o momento é de fazer um balanço institucional. Mas entendo também que seu próximo desafio editorial seja refletir o cuidado e a evolução do conceito do MAIS para atender seu grande objetivo: preparar e desenvolver profissionais de saúde comprometidos com as necessidades dos seus pacientes e de seus familiares e de introduzir na sociedade conceitos técnicos e éticos voltados para a prevenção, promoção, reabilitação das condições de saúde, atenuação de riscos e redução de sofrimentos.

Para acompanhar o passo a passo do conjunto da obra desenvolvida ao longo destes seis anos, descrevemos abaixo as principais atividades, programas e parcerias do Grupo MAIS.

Hospital Premier

Atuando desde 2002 no cuidado a pacientes crônicos de alta dependência, em 2006 o Hospital Premier se reinventa com a incorporação dos conceitos dos Cuidados Paliativos. Foi neste ano que a Dra. Maria Goretti Sales Maciel, pioneira e reconhecida liderança na área em nosso país, foi recrutada para iniciar a transição de um modelo quase asilar para um modelo de atenção paliativa integral.

A transição aconteceu de forma natural, visto que o perfil de pacientes internados em nossa instituição era de pacientes claramente elegíveis para Cuidados Paliativos – uma grande proporção de idosos com síndromes demenciais ou sequelas neurológicas, e um menor grupo com neoplasias em estágio avançado, todos com grandes necessidades de cuidado, embora com características individuais bastante diferentes. Naquele momento, o Hospital contava com apenas 14 leitos de internação e uma pequena unidade semi-intensiva com 4 leitos. Foi neste ambiente que a filosofia dos Cuidados Paliativos floresceu e deu frutos.

Baseado em uma atenção realmente integral, que reconhece o ser humano como um ser biográfico mais do que apenas um ser biológico, o Premier passou a ter como norteador das práticas o conceito de Cuidados Paliativos da OMS – “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes e suas famílias quando frente aos problemas associados doenças limitadoras da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento pela identificação precoce e avaliação e tratamento impecáveis da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.” Um amplo conceito ancorado na manutenção da qualidade de vida, a despeito do diagnóstico e/ou prognóstico do paciente, fornecendo a ele e sua família a possibilidade de viver com dignidade todos os momentos, até o final da vida.

Com o objetivo de garantir a “identificação precoce” dos problemas, tão necessária na atenção aos pacientes que sofrem, por vezes em silêncio por opção ou por impossibilidade de comunicação, bem como a “avaliação e tratamento impecáveis”, o Hospital entende que deve haver um investimento maciço nas equipes de cuidado. Mais do que isso, o Hospital abraçou o conceito de multiprofissionalidade por acreditar que a única forma de fornecer o cuidado que este tipo de paciente merece é através da combinação de olhares treinados de diferentes profissionais com o pano de fundo dos cuidados paliativos. Além da equipe médica especializada, foram agregadas várias equipes como de enfermagem (técnicos de enfermagem e enfermeiros), de saúde mental (composta por psicólogos e terapeutas ocupacionais), fisioterapia, fonoaudióloga e nutricionista.

Uma atuação sólida e séria, baseada mais em princípios que em lógicas comerciais, permitiu ao Hospital crescer e atingir sua estrutura física atual: aos 70 leitos de internação e uma unidade de cuidados semi-intensivos com sete leitos somam-se espaços abertos ajardinados que permitem o contato dos pacientes, cuidadores e familiares com o mundo exterior, auxiliando na humanização do cuidado. Uma sala de reabilitação fisioterápica foi agregada à estrutura física, facilitando o acesso a equipamentos que não poderiam ser utilizados em atendimentos nas unidades de internação.

São Paulo Internações Domiciliares

A SP Internações insere-se no contexto da atenção domiciliar na saúde suplementar, contexto este em que as operadoras introduzem novas tecnologias de cuidado à saúde para fazer frente aos seus altos custos operacionais, decorrentes do modelo tecnoassistencial predominante na produção de procedimentos.

É o segmento de atenção domiciliar do Grupo MAIS que se caracteriza por um conjunto de ações e estratégias de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

Assim, o ambiente domiciliar e as relações familiares aí instituídas, que diferem da relação estabelecida entre equipe de saúde e paciente, tendem a humanizar o cuidado, (re) colocando o usuário no lugar mais de sujeito do processo e menos de objeto de intervenção um novo “espaço de cuidado” que pode remeter a uma identificação e proximidade do cuidador para além da função técnica e da instituição hospitalar.

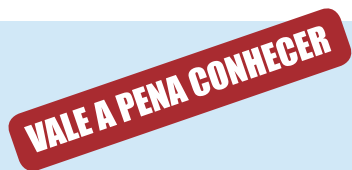
ProAtiva Saúde

A ProAtiva atende clientes de vários portes e segmentos e seu foco é promoção da saúde e prevenção de doenças. Constituída por uma equipe multidisciplinar - Médico Epidemiologista, Cirurgião-Dentista, Enfermeira, Terapeuta Ocupacional, Psicóloga, Fisioterapeuta, Nutricionista e Educador Físico -, dispõe de metodologia cientificamente consistente e adequada a diversos ambientes corporativos.

Utiliza-se de amplo instrumental para as suas intervenções, que consistem de palestras de sensibilização, dinâmicas, organização de SIPATS, Screenings, além de monitoramento de condições crônicas de saúde dos funcionários. Dentre suas atividades, destaca-se a preocupação no estabelecimento de uma cultura de proteção à saúde nos ambientes corporativos, oferecendo soluções e produtos adequados a cada realidade e respeitando a estrutura epidemiológica de cada população de colaboradores.

O caráter transdisciplinar da ProAtiva confere aos seus programas de prevenção caracte-

terísticas da integralidade, sustentabilidade e efetividade. Ao mesmo tempo, sua abordagem epidemiológica assegura a contextualização das ações e a aferição de resultados práticos, a curto e médio prazos.



Desde 2008, o Grupo MAIS organiza e participa de ações de mobilização social, educação popular e profissional com o intuito de divulgar amplamente os Cuidados Paliativos e questões relativas ao envelhecimento, terminalidade da vida e relações humanas:

1. Sessões Averroes de Cinema e Reflexão

Aberta ao público e destinada sobretudo a profissionais e estudantes da área da saúde, envolve a exibição de um filme seguido de uma mesa de reflexão com convidados das mais diversas áreas do conhecimento com o objetivo de ponderar, examinar e debater a condição humana, a vida e sua terminalidade. Até julho de 2013, cerca de 4.000 pessoas já haviam passado pelas Sessões Averroes, que continuam a atrair grande público na noite da última terça-feira de todos os meses na Cinemateca Brasileira, em São Paulo.

2. Ciclos de Cinema e Reflexão Aprender a Viver, Aprender a Morrer

Tem o objetivo de promover, anualmente, no mês de setembro, um grande encontro para debater o envelhecimento e a terminalidade da vida composto por exibição de filmes seguidos por mesas de reflexão e atividades técnico-científicas e culturais.

3. Jornadas de Cuidados Paliativos

Eventos técnicos, focados na difusão do conhecimento formal acerca dos cuidados paliativos, sempre contando com a presença de renomados profissionais da área de diversos países. As jornadas ocorreram em 2008, 2010 e 2012, sendo que já está em organização a Jornada de 2014.

4. Encontro Brasileiro de Serviços de Cuidados Paliativos

Sua primeira edição foi organizada em 2012, com a participação de 31 serviços de todo o Brasil. Seu objetivo é permitir a troca de experiências entre os serviços atuantes na área, de forma a promover a integração e facilitar a expansão desta filosofia de cuidados em nosso país.



5. Fóruns com o Conselho Federal de Medicina (CFM)

Organizados em 2008 e 2012, com previsão para nova realização em 2014, estes eventos gratuitos e abertos ao público contam com a presença da diretoria e presidência do Conselho, bem como com membros da Câmara Técnica sobre Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos para discutir, em uma tarde, assuntos relacionados a estes temas tão presentes em nosso tempo.

6. Revista Prata da Casa – Escritas do Cotidiano de uma Equipe que Cuida

Publicação anual que busca sistematizar as narrativas e práticas cotidianas dos profissionais que atuam no Grupo MAIS - Hospital Premier, São Paulo Internações Domiciliares e Proativa – promoção da saúde.

7. Ciclo de Palestras “Idosos no Brasil – estado da arte e desafios”

Produzidos em parceria com o Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo (IEA/USP), nove eventos realizados em 2010 com o intuito de fomentar as discussões acerca do envelhecimento populacional em nosso país. Estes eventos culminaram na criação, em curso, de um Grupo Permanente de Estudos sobre o Envelhecimento Populacional no IEA, coordenados pelo Hospital Premier/Grupo MAIS.



8. Saber MAIS – Centro de Educação e Pesquisa

Criado em 2011 com o intuito de albergar as atividades de ensino e pesquisa do Hospital Premier e fomentar iniciativas de educação na área dos Cuidados Paliativos. Foi o organizador da terceira Jornada de Cuidados Paliativos e do primeiro Encontro Brasileiro de Serviços de Cuidados Paliativos, que foi apresentado em sessão plenária no 13º Congresso Mundial de Cuidados Paliativos da Associação Européia de Cuidados Paliativos em Praga, República Tcheca.

5

A construção dos fundamentos estratégicos do Grupo MAIS: uma visão retrospectiva cinco anos depois



Por David Kallás

Administrador de empresas, Consultor, Docente e Pesquisador

Conheci o Samir na década de 80 quando ele estudava Medicina em Itajubá (MG) junto com meu irmão, Esper. Se eles eram jovens, eu era ainda um menino. O tempo passou e cada um seguiu seu caminho. Eu dediquei toda minha carreira à administração de empresas, área em que trabalho como consultor, docente e pesquisador.

Nossos caminhos voltaram a se cruzar em 2008, num daqueles dias meio estranhos (por que não dizer, malucos) em que você questiona a lógica da vida. Por uma série de coincidências pelas quais não vou aqui me estender, nos reencontramos em um lugar insólito onde ambos estávamos pela primeira vez: nas dependências do presídio feminino do Carandiru, acompanhando o Esper e o Drauzio Varella que, uma vez por mês, leva os carcereiros para um happy hour.

Entre as ricas histórias que ouvimos (nunca saberei se são verdadeiras ou não), conversamos sobre nossas próprias histórias e decidimos nos encontrar novamente (dessa vez em um lugar menos heterodoxo) para falar sobre a situação em que as empresas do Samir (que ainda não se chamava grupo MAIS) se encontravam. Nesse dia, decidimos que a

KC&D iria apoiar o grupo na formulação de seu planejamento estratégico.

Quando se fala de consultoria estratégica, existem dois tipos de abordagem. A primeira abordagem, mais tradicional e conhecida, é onde os consultores especialistas trazem conhecimento e know-how. Entendem e analisam o problema de seus clientes e trazem uma recomendação. A segunda é onde os consultores constroem a solução em conjunto com o cliente, atuando como facilitadores do processo. Nossa abordagem é a participativa. Acreditamos que, quando ouvidas, as pessoas se envolvem e legitimam as escolhas feitas. Adicionalmente, a qualidade das análises e decisões também é melhor. É como diz o velho ditado: duas (ou várias) cabeças pensam melhor que uma.

De acordo com a abordagem escolhida, partimos para a primeira etapa. Quinze profissionais de diversas funções no grupo foram entrevistados. São eles, em ordem alfabética: Abdo, Dalva, David, Débora, Goretti, Guto, Hassan, Kleber, Marcelo, Márcio, Marília, Pedro, Samir e Vanessa. O objetivo dessas entrevistas era o de entender a visão particular de cada pessoa sobre a situação atual da

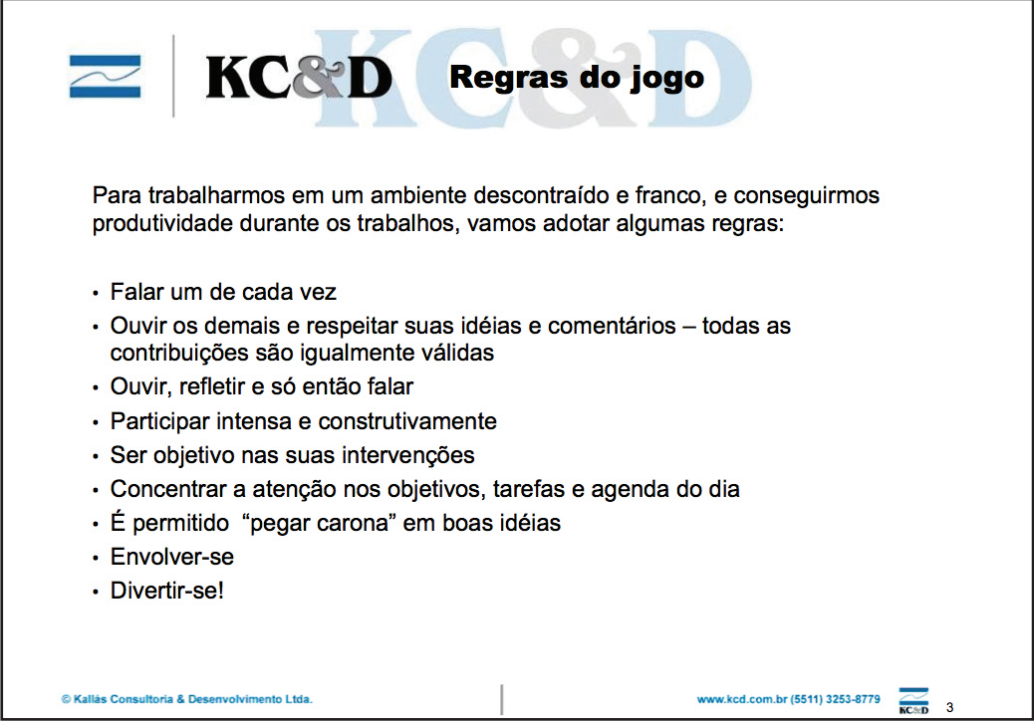
organização, seus pontos fortes, fracos, oportunidades e, principalmente, sobre o propósito e visão de futuro da organização. Outro intuito foi o de captar quais os pontos de consenso e de não concordância entre as diversas entrevistas. As entrevistas foram muito ricas, diversas e compiladas de forma comparativa entre os consultores.

A partir desse material, realizamos um workshop no dia 4 de julho de 2008 para construir os fundamentos estratégicos do Grupo MAIS (nesse momento, já tínhamos o nome, sugestão dada pelo David Braga em sua entrevista). Também estiveram presentes, além da maioria dos entrevistados, Angélica, Akira e o Sergio Gomes. Aliás, deixo, desde já, minhas sinceras desculpas a eventuais nomes que eu tenha deixado de lado nesse ingrato exercício de memória. Todos os equívocos são de minha inteira responsabilidade.

Começamos o evento com a apresentação das regras do jogo (vide Figura 1). A ideia era convidar todos os participantes a expressarem-se de forma livre e desprovidos de hierarquias. Todas as contribuições eram igualmente válidas. E, de fato, o convite foi aceito. As discussões ocorreram no mais alto nível de abertura, transparência, e bom humor. Coube a mim, a Flávia Ribeiro e ao Gustavo Buoro a tarefa de mediar as ricas discussões e registrar as conclusões.

As organizações sustentáveis são aquelas que constroem valores e propósitos que se mantêm fixos enquanto as estratégias mudam e se adaptam ao mundo em constante mudança (Collins & Porras, 1996).

A esses valores e propósitos centrais, representado pela tríade missão/visão/valores dá-se o nome de fundamentos estratégicos.



 **KC&D** **Regras do jogo**

Para trabalharmos em um ambiente descontraído e franco, e conseguirmos produtividade durante os trabalhos, vamos adotar algumas regras:

- Falar um de cada vez
- Ouvir os demais e respeitar suas idéias e comentários – todas as contribuições são igualmente válidas
- Ouvir, refletir e só então falar
- Participar intensa e construtivamente
- Ser objetivo nas suas intervenções
- Concentrar a atenção nos objetivos, tarefas e agenda do dia
- É permitido “pegar carona” em boas idéias
- Envolver-se
- Divertir-se!

© Kallias Consultoria & Desenvolvimento Ltda. www.kcd.com.br (5511) 3253-8779  3

Figura 1 – “Regras do jogo” dos workshops de planejamento estratégico do Grupo MAIS

A missão, primeiro elemento, é a declaração do propósito distintivo de uma organização. Explica qual o negócio da organização e a filosofia básica de sua operação, bem como mostra como a organização cria valor para seu cliente e demais grupos de interesse (Kluyver & Pearce, 2008). Abaixo segue a missão do grupo MAIS, construída pelo grupo entrevistado e presente no workshop.

O Grupo Mais – Modelo de Atenção Integral à Saúde, é um conjunto de empresas que tem como missão:

- *Oferecer melhoria na qualidade de vida das pessoas e suas famílias, otimizando as ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças, de terapêutica e dos cuidados paliativos.*
- *Gerar e difundir conhecimento, formar profissionais e contribuir para a construção de um modelo de organização de serviços de saúde.*
- *Valorizar a atuação em equipe de profissionais qualificados, comprometidos com a sociedade e o meio ambiente.*

Valores são os princípios essenciais e duradouros de uma organização. São um pequeno conjunto de princípios eternos e fundamentais que não necessitam de justificção externa, pois têm valor intrínseco e importância para aqueles dentro da organização (Collins & Porras, 1996). Valores são inegociáveis e emergem das pessoas da organização, em especial seus fundadores e líderes.

O Grupo Mais pauta suas atividades e relacionamentos de acordo com os seguintes valores:

- *Respeito às necessidades das pessoas e de seus familiares;*

- *Verdade e clareza do Grupo com os diferentes públicos;*

- *Valorização dos profissionais e do trabalho em equipe;*

- *Inovação: soluções de vanguarda com respaldo científico, pautadas na eficiência, eficácia e efetividade;*

- *Ousadia: ser contraponto ao modelo hegemônico de atenção à saúde;*

- *Compartilhar conhecimento: dentro do grupo, na comunidade científica e na sociedade;*

- *Co-responsabilidade: contribuição na elaboração de programas sócio-culturais e de políticas de interesse público*

O conjunto de missão e valores compõem a ideologia central de uma organização. Essa ideologia funciona como a “cola” que mantém a organização e as pessoas unidas ao longo do tempo (Collins & Porras, 1996). Não é de se estranhar que a grande maioria das pessoas que estiveram no evento se mantém ainda no grupo ou estão, de uma maneira ou outra, próximas. Adicione-se a isso o fato de que se trata de uma proposta inovadora e ousada, que vai contra o contexto da saúde brasileira, onde o modelo vigente incentiva comportamentos perversos e disfuncionais.

O último componente principal dos fundamentos estratégicos é a visão de futuro. Ela consiste de duas partes: uma meta audaciosa de longo prazo e a descrição vívida de como gostaríamos de atingir tal meta (Collins & Porras, 1996). Uma meta desafiadora tem o poder de concentrar as atenções e esforços das pessoas nas melhorias necessárias (Kaplan & Norton, 2000). E, quando o prazo é longo, restrições atuais se tornam desafios e incentivos a mudança (Kluyver & Pearce, 2008).

Segue abaixo a visão de futuro do Grupo MAIS acordada em 04 de julho de 2008:

Ser um modelo de atenção à saúde no qual o público assistido se perceba cuidado por uma equipe que respeite suas necessidades nas ações de promoção da saúde, na atenção adequada no adoecimento e nos cuidados ao final da vida.

Ser um centro de referência em pesquisa e desenvolvimento de profissionais.

Ser sustentável, ter um ambiente ético, motivador e inovador: a melhor empresa do setor para se trabalhar.

Cada uma das declarações da visão do Grupo MAIS já é um desafio individualmente. Conjugadas, representam ainda mais: uma mudança drástica em relação à realidade do momento em que estava o Grupo. Mas o fato de ser ter, a partir daquele momento, um ponto focal único já representava um excelente avanço. A partir daquele momento, os

profissionais tinham as respostas para muitas perguntas que até então não haviam sido feitas. Uma visão clara em mãos, apesar de estar direcionada para o longo prazo, direciona as ações cotidianas das pessoas.

O próximo passo foi o desenho do mapa estratégico. Trata-se da representação gráfica da estratégia da organização, com objetivos encadeados em uma relação de causa e efeito. Cada objetivo é a declaração de ação que esclarece como implementar a estratégia e quais as prioridades da organização. Para essa etapa do processo inspiramo-nos nos conceitos do balanced scorecard (Kaplan & Norton, 1992, 1996, 2000, 2004, 2006, 2008), com devidas adaptações para o contexto.

A Figura 2 apresenta o mapa estratégico do Grupo MAIS. As duas bases da estratégia do grupo são a sua equipe e sua infraestrutura. Todo e qualquer processo demanda tais habilitadores. Baseado em tais alicerces, seguem os pilares do Grupo: o atendimento humano, o relacionamento com clientes e formadores

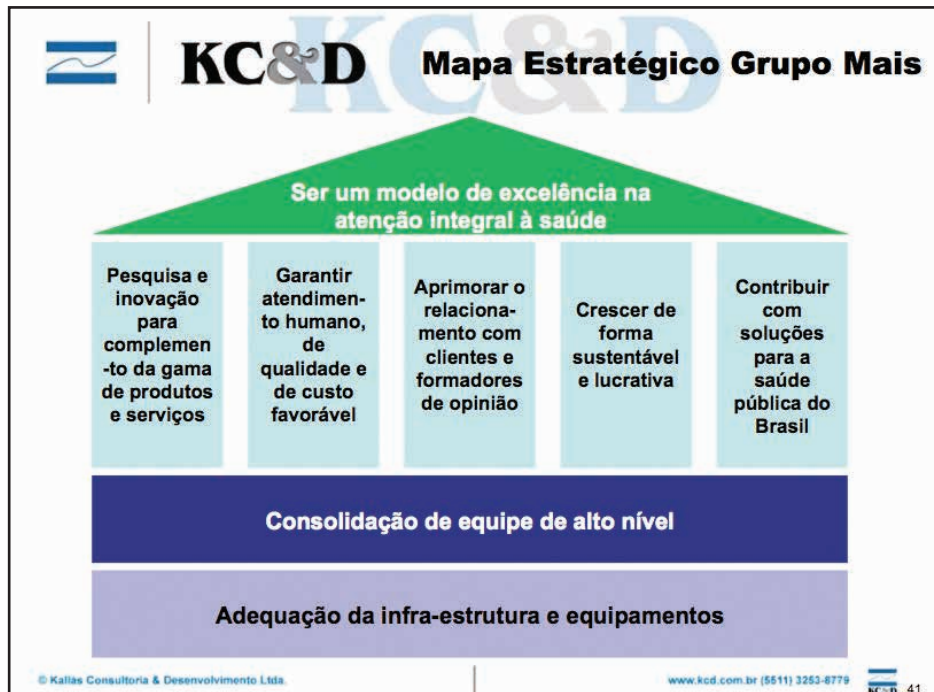


Figura 2 – Mapa Estratégico do Grupo MAIS

de opinião, o crescimento, a pesquisa e a atuação proativa para a melhoria da saúde pública brasileira. Esses pilares sustentam a visão de futuro.

Finalmente, ainda achamos tempo para elencar e priorizar os projetos estratégicos do Grupo. Tais projetos seriam as ações prioritárias que cada área deveria se encarregar no sentido de caminharmos em direção à visão de futuro escolhida.

Meses depois, realizamos em 12/12/2008 um segundo workshop onde cada responsável pudesse apresentar o trabalho desenvolvido nesse tempo e suas metas para os próximos anos. Junto ao grupo que participou do primeiro evento, somaram-se os seguintes profissionais: Andrea, Fábio, Marcelo, Marina, Monira e Vitor. A partir daí, foi possível estabelecer uma rotina sistemática de gestão que pudesse proporcionar aos gestores a oportunidade de avaliar constantemente o andamento de suas iniciativas estratégicas, bem como seus respectivos resultados.

Anos depois, vemos com grata satisfação que muitos passos foram dados na direção desejada nesses dois workshops. Várias iniciativas estratégicas foram realizadas, hospital cresceu, novas unidades surgiram em torno do conceito da atenção integral à saúde (Saber MAIS, Ambulatório, Ponto Atendimento, Premiodonto) e a imagem do Grupo está cada vez mais consolidada no meio, seja pela atuação dos seus profissionais em suas atividades de pesquisa, ensino e atendimento, seja pela atuação institucional (Sessão Averroes, Prata da Casa, Bairro Amigo do Idoso e muitos outros). E a tal “cola” funcionou. Ao olharmos para trás, alegro-me em perceber que a grande maioria das pessoas citadas continua por perto. É claro que nem tudo foram flores.

Houve uma série de dificuldades ao longo do caminho e nem tudo o que foi planejado foi de fato executado. Para o futuro, outros lon-

gos e grandes desafios restam. E são esses os desafios que nos motivam a sairmos de casa todos os dias.

Todos saímos diferentes de como entramos nesse processo. Como consultores, estamos acostumados a conduzir projetos semelhantes em várias empresas em diferentes setores. Mas confesso que o que foi feito no Grupo MAIS foi diferente por uma série de aspectos. O primeiro foi a riqueza e diversidade do grupo. Foram envolvidos excelentes profissionais da saúde em seus diversos temas (medicina, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, odontologia e outros), sendo que muitos deles estavam tendo a primeira experiência com temas relacionados a gestão e a estratégia. Outro ponto foi a maneira transparente e aberta que as pessoas se dedicaram ao projeto. Mas o ponto crucial que une todas essas pessoas foi o idealismo e a paixão com que o Samir se entrega a esse projeto. É essa a característica principal de ótimos líderes. Eles nos inspiram. Costumo sair energizado todas as vezes em que encontro o Samir. A ele agradeço a confiança depositada e a oportunidade de participar de um projeto cujo propósito é tão nobre e inspirador.

Referências

- Collins, J. C., & Porras, J. I. (1996). Building your company's vision. *Harvard business review*, 74(5), 65.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992). The balanced scorecard—measures that drive performance. *Harvard business review*, 70(1), 71–79.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). *The balanced scorecard: translating strategy into action*. Harvard Business Press.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2000). *The strategy-focused organization: How balanced scorecard companies thrive in the new business environment*. Harvard Business Press.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2004). *Strategy maps: Converting intangible assets into tangible outcomes*. Harvard Business Press.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2006). *Alignment: Using the balanced scorecard to create corporate synergies*. Harvard Business Press.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2008). *The execution premium: Linking strategy to operations for competitive advantage*. Harvard Business Press.
- Kluyver, C. de A., & Pearce, J. A. (2008). *Estratégia: uma visão executiva*. Pearson Prentice Hall.

6

Hospital Premier, uma experiência em Cuidados Paliativos



Por 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 (HSPM), Diretora do Instituto Paliar e da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) 2009/2010 e 2010/2013

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, nos uníssemos nesta jornada.

Apresentação do Premier

O Hospital Premier nasceu como uma necessidade de complementação ao serviço de homecare 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 70 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 15 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, além de uma psiquiatra e uma fisiatra.

Compõem esta equipe fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, sendo uma estomaterapeuta, técnicos de enfermagem, psicólogas, odontólogos, fonoaudióloga, nutricionista, farmacêuticos, assistente social e odontólogo. A coordenação técnica é realizada por dois diretores médicos com formação

e experiência na prática e ensino dos Cuidados Paliativos que também atuam como orientadores e consultores.

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 conhecermos melhor nossos pacientes, identificar as principais síndromes e propormos um modelo de manejo, em 2007 foram realizadas reuniões com a equipe, lideradas pela Dra Maria Goretti Sales Maciel, diretora clínica na época. Participaram destas reuniões Débora Genezini psicóloga, Marília Bense Othero terapeuta ocupacional, Maria Madalena Araújo, 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 comorbidades. 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. Constatam 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 capacidade funcional 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, visita e prescrição diárias, 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, além de atenção ao sofrimento e bem estar do cuidador familiar ou formal.

Núcleo de reabilitação (médico fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional): todos os esforços devem ser direcionados na recuperação da funcionalidade e independência do paciente, além de estímulo à socialização e inclusão social/familiar.

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, sala de reabilitação física).

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 a 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 pre-

venção 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. .

Perfil 3 - pacientes 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.e. dosagem de glicemia por dígito punção), edequando a frequência de checagem de sinais vitais.

Psicóloga: atenção às crises de necessidades, a 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.

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. O farmacêutico 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, coordenada por um médico infectologista e duas enfermeiras especializadas garante os processos de controle, treinamento, vigilância e procedimentos adequados de toda a 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 facilita o manejo por parte da equipe que deve manter um trabalho cooperativo e um discurso uníssono. 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 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.

Uma nova estruturação do corpo médico com

diaristas com carga horária estendida com atuação na enfermagem, assistência domiciliar e futuramente no pronto atendimento permitirá uma assistência horizontalizada aos pacientes que terão efetivamente seu médico de referência numa tentativa de recuperar a figura do médico de família, importante no processo de humanização e qualidade no processo de cuidar.

Aliando técnica e arte, procuramos oferecer um cuidado abrangente e resolutivo, com otimização dos recursos, respeitando e estimulando a autonomia dos nossos pacientes 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.

7

A contribuição da São Paulo Internações Domiciliares no desenvolvimento dos serviços da assistência domiciliar no Brasil



Por Marcio Sampaio

Bacharel em Enfermagem e Coordenador da São Paulo Internações Domiciliares

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 doente tanto no domicílio como em um hospital, sendo responsável pelo atendimento do Faraó nas dependências do palácio.

Na Grécia Antiga, o médico Asclepius atendia na residência do paciente e seus seguidores atendiam em templos, onde dispunham de medicamentos e materiais especiais para a cura. No século V a.C., Hipócrates descreve em Tratado sobre os ares, as águas e os lugares a eficiência de atender-se no domicílio pois tal cuidado propiciava um bom êxito, segundo suas observações (Amaral, 2001). No Brasil, o primeiro sistema de atendimento domiciliar foi criado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, em 1967, tendo como objetivo principal reduzir o número de leitos ocupados, englobando nestes atendimentos cuidados de baixa complexidade clínica (Freita, 2005).

Em geral, Home Care significa atenção à saúde no domicílio. Há vários termos utilizados como sinônimos, tais como home health care,

domiciliary care, atendimento domiciliar, nursing care, cuidados médicos domiciliares, entre outros. No entanto, no Brasil, a oferta desses serviços, bem como as atividades realizadas, tem significados diferentes.

Com base na Resolução RDC nº 1, de 26 de janeiro de 2006 da Anvisa e com o Ministério da Saúde, em Documento Preliminar publicado em 2004, Lacerda (2006) refere que a atenção domiciliar comporta as seguintes modalidades: a atenção domiciliar, o atendimento domiciliar, a internação domiciliar e a visita domiciliar.

Segundo Schutz (2007), visita domiciliar seria aquele contato do profissional da saúde com a população de risco, no intuito de coletar informações ou de realizar orientações visando a promoção da saúde. Internação domiciliar é relacionada ao o cuidado intensivo e multiprofissional no domicílio, caracterizado por deslocamento de uma parte da estrutura hospitalizada para a casa do paciente. Já o atendimento domiciliar é considerado um componente do cuidado por meio dos quais os serviços de saúde são oferecidos ao indivíduo e/ou sua família na residência em caráter preventivo ou assistencial.

Atenção domiciliar, termo usado por Amaral (2001) para abranger todas as outras, isto é, o atendimento, a visita e a internação domiciliar, de modo que todas as ações que possam vir a influenciar o processo saúde-doença das pessoas, é a modalidade de maior amplitude, definida por ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, desenvolvida no domicílio.

Em quase todos os países ocidentais, um progressivo e constante aumento da esperança de vida e um acelerado processo de envelhecimento populacional têm sido observados ao longo das últimas décadas. Essa conjunção de fatores é uma das principais razões do aumento da prevalência de agravos severos e persistentes, doenças crônicas e incapacidades nas sociedades contemporâneas. A isso se associam mudanças profundas na estrutura e dinâmica familiares, bem como a percepção de que a atual organização dos cuidados e os tradicionais modelos de atenção ao idoso respondem com dificuldades às exigências de uma população cada vez mais envelhecida.

Esse cenário pauta indagações que exigem respostas com características diferentes das usualmente dadas pelos sistemas e serviços de saúde dos países. Aspectos do financiamento da atenção à saúde do idoso e de outras modalidades de cuidado e apoio que extrapolam o campo de intervenção da saúde apresentam-se com vigor e urgência e exigem o esforço de implementação de políticas inter-setoriais, sejam no âmbito público ou privado e, neste contexto, os cuidados domiciliares surgem como importante alternativa para tratamento e plataforma para desospitalização e cuidados de pacientes em suas residências. Os pacientes com doenças crônicas são o alvo desse programa de atenção à saúde, com necessidade de longa permanência no leito e que por qualquer motivo estejam incapacitados de exercerem sua independência, apresentando estes, em geral, problemas sociais e econômicos, além dos problemas de saúde.

O segmento de atenção domiciliar do Grupo MAIS

A São Paulo Internações Domiciliares (SPID) insere-se no contexto da atenção domiciliar na saúde suplementar, contexto este em que as operadoras introduzem novas tecnologias de cuidado à saúde para fazer frente aos seus altos custos operacionais, decorrentes do modelo tecnoassistencial predominante na produção de procedimentos.

A SPID é o segmento de atenção domiciliar do Grupo MAIS que se caracteriza por um conjunto de ações e estratégias de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. Assim, o ambiente domiciliar e as relações familiares aí instituídas, que diferem da relação estabelecida entre equipe de saúde e paciente, tendem a humanizar o cuidado, (re) colocando o usuário no lugar mais de sujeito do processo e menos de objeto de intervenção um novo “espaço de cuidado” que “pode remeter a uma identificação e proximidade do cuidador para além da função técnica e da instituição hospitalar”.

Trata-se da “empresa mãe” do Grupo MAIS, a pioneira, responsável pelas demais que posteriormente vieram, constituíram e deram forma e densidade ao projeto.

Esta empresa sempre teve grandes equipes, compostas por diferentes atores e “alquimistas”, capazes de transformar ideias em grandes projetos. Um exemplo disto são as edições da revista Prata da Casa, idealizadas nas trincheiras do cuidar domiciliar. A SPID já deixou sua marca na história do home care nacional, protagonizando inúmeras participações e premiações em eventos específicos do setor e contribuindo significativamente para o desenvolvimento e melhoria da qualidade dos serviços da assistência domiciliar do Brasil.

8

A implantação da ProAtiva na prevenção da saúde e na integralidade da assistência



Por Guto Veloso
Gerente de Marketing do Grupo MAIS

A Proativa começou em meados de 2005 como um programa de orientação à saúde da SP Internações Domiciliares cujo nome era POS - Programa de Orientação à Saúde. Teve até a participação, neste primeiro momento, do Henrique Parsons, antes dele ir para os Estados Unidos. Posso dizer que ela nasceu como resposta à necessidade dos convênios de identificar possíveis doentes nas populações de grandes empresas e desenvolver uma proposta de prevenção. Com essa demanda declarada foi possível, internamente, criarmos este programa de orientação à saúde.

Nossa proposta inicial, na época, era produzir algumas cartilhas de mobilização, e então começamos com dois cases que eu me lembro bem - o da empresa Bimbo, de repostura global, parte de saúde da mulher e do homem e stress. Fizemos uma série de palestras e material próprio para esta ação, com logotipia da empresa e da corretora que nos procurou, a March.

Foi depois que a gente criou todo este material que o Samir teve a ideia de criar a empresa. Por que não ter uma empresa de promoção da saúde? Foi assim que surgiu. Vamos criar esta empresa, vamos criar um nome, e o nome ProAtiva veio da ideia de tentar fazer com que as pessoas fossem mais proativas mesmo

e começassem a olhar e a se cuidar melhor a partir de uma simples motivação interna. Pois a maioria das pessoas que trabalham são sedentárias, tem stress, desenvolvem pressão alta, diabetes por não terem uma vida ativa e não olharem para a saúde, só para o trabalho.

Logo chegou o Pedro Vilaça, epidemiologista, e montou uma equipe bem afinada. Começamos a divulgar esta parte de medicina preventiva, que é vender um modelo de serviço para um convênio ou uma corretora. Nele você identifica os possíveis doentes, indica quem poderá desenvolver alguma patologia, ou não, apenas desenvolve algum tipo de atividade a título de prevenção mesmo, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do colaborador das grandes empresas, diminuindo o custo do plano de saúde.

Eu me lembro muito bem - só para ilustrar mesmo essa lembrança e entender melhor como foi que tudo aconteceu - a gente fez um case junto com a Marítima, que é uma operadora de saúde, dentro de uma metalúrgica, e conseguimos diminuir o uso de consultas ortopédicas só com ações de terapia ocupacional e blitz ergonômicas. O resultado foi excelente. O pessoal tinha muita dor nas costas. Fizemos um screening, que é o rastreamento de todos os funcionários, com medição de gli-

cem, medicação de circunferência abdominal, para você ter um mapa e saber onde deve agir, identificar estas pessoas e até colocá-las em monitoramento, que é uma segunda parte que a Proativa faz também. Então, neste primeiro momento, foi esta demanda mesmo de identificar estes grupos dentro das empresas e propor atividades de prevenção. E este caso teve muito sucesso, até para a operadora. A gente conseguiu diminuir o custo da carteira, eles alcançaram seus objetivos e os funcionários também foram beneficiados.

A partir deste momento, começamos a vender palestras para várias empresas, vários planos de saúde compravam pacotes de palestras para serem ministradas dentro do RH destas empresas e como ação do próprio plano de saúde. Então a gente diferenciou bem o leque de produtos, que foram palestras, screening, blitz ergonômicas, workshops de lanches saudáveis e ginástica laboral. Com isso montamos uma empresa mesmo. Compramos bonecos para demonstração, projetores, montamos uma equipe de psicólogos, terapeuta ocupacional, médicos, enfermagem, um staff grande para esta fatia de mercado que ficava ali entre a internação domiciliar e a identificação, ou seja, esta orientação antes de entrar em monitoramento.

Com esta demanda, vem para a equipe a Marília Othero, terapeuta ocupacional. Isso porque são identificados possíveis doentes nesses programas de screening e tínhamos que colocar essas pessoas em monitoramento, ou seja, receber uma ligação de enfermagem por mês para monitorar, para evitar internações desnecessárias. Tivemos dois grandes casos de monitoramento de idosos que nos chegaram através de planos de saúde, e que foram muito bem sucedidos – um programa feito com a GEAP e outro com as Classes Laboriosas. (ver próximo artigo).

Posso sintetizar dizendo que a Proativa é um braço do MAIS, de todo este aparato com-

plexo que visa, um dia, possibilitar que a história de um paciente seja registrada em um prontuário único. Queremos mostrar para as operadoras de saúde que elas podem começar a cuidar destas pessoas muito cedo e evitar sofrimento para muita gente. Se os pacientes forem monitorados, se forem bem assistidos, então não será apenas um benefício financeiro, será um benefício para o usuário e para o plano de saúde.

Hoje, a Proativa ficou dividida em duas partes - a parte de monitoramento e a parte de prevenção da saúde. Monitoramento para paciente com alguma patologia, alguma doença pré-desenvolvida ou com idade já avançada, e a outra Prevenção da Saúde, que a gente oferece para medicina de grupo, para grandes empresas.

A Proativa atende clientes de vários portes e segmentos e é constituída de uma equipe multidisciplinar - médico epidemiologista, cirurgião-dentista, enfermeira, terapeuta ocupacional, psicóloga, fisioterapeuta, nutricionista e educador físico. Dispõe de metodologia cientificamente consistente e adequada a diversos ambientes corporativos. Seu caráter transdisciplinar confere aos seus programas de prevenção características da integralidade, sustentabilidade e efetividade.

9

ProAtiva Monitoramento: a experiência do Programa de Promoção de Saúde para Idosos¹

Por Marilia Bense Othero
Terapeuta Ocupacional



A Promoção da Saúde envolve ações interdisciplinares e intersetoriais, tendo seu campo de ação bastante amplo.

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

O Programa ProAtiva foi um programa desenvolvido entre 2011 e 2012, destinado a indivíduos com mais de 60 anos, tendo como objetivo a promoção da saúde, prevenção de agravos futuros e monitoramento das condições clínicas atuais, com orientações específicas.

Era composto por uma equipe multiprofissional capacitada no atendimento a idosos, voltado à promoção de saúde, contando com: enfermeiras, nutricionista, terapeutas ocupacionais, psicóloga e médico.

Tal programa foi cadastrado e aprovado na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, ganhando um prêmio como um dos melhores programas de promoção a saúde do idoso no Brasil pela ANS.

As atividades desenvolvidas

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

- Avaliação Multiprofissional: presencial e realizada por um enfermeiro e um profissional da equipe de saúde mental, tornando possível uma avaliação global da saúde do idoso
- Consulta com geriatra
- Atendimento presencial de enfermagem
- Atendimento presencial de nutrição
- Grupo de Promoção de Saúde
- Grupo de Qualidade de Vida: tem como objetivo a socialização e produção de recursos de enfrentamento do envelhecimento, além de orientações de saúde
- Grupo de Memória: tem como objetivo estimular e preservar a cognição de pacientes que apresentam algum tipo de prejuízo cognitivo
- Monitoramento telefônico

- Informativos entregues via correio: os informativos já desenvolvidos pela equipe e enviados aos associados foram: Prevenção de Doenças Respiratórias; Prevenindo a Desidratação; Alimentação Saudável; Prevenção de Quedas; Importância da Promoção da Saúde; Dengue

Além das atividades programáticas, o usuário do programa ProAtiva tinha à disposição Central de Relacionamento, na qual pode contatar a equipe para tirar dúvidas, receber orientações adicionais, reagendar atendimentos, e saber sobre as atividades desenvolvidas.

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

Como resultados do programa, foi possível observar melhoria da qualidade de vida dos idosos participantes, maior adesão às propostas da equipe, melhoria da satisfação com as atividades oferecidas e diminuição dos índices de internação. Estes resultados eram, inclusive, enviados semestralmente para a ANS, que faz acompanhamento contínuo dos programas de promoção da saúde nela cadastrados.

Considerações finais

A promoção da saúde não é uma tarefa fácil; mudança de hábitos de vida e conscientização da importância de ações preventivas é algo bastante complexo. Os principais norteadores teóricos para o programa são: a integralidade, a humanização e a interdisciplinaridade. As

ações envolvem, como já mencionado, um dos planos de ação da Promoção da Saúde: o desenvolvimento de habilidades pessoais; porém, outras devem ser realizadas concomitantemente para a verdadeira mudança e melhoria da qualidade de vida dos idosos.

A equipe do Programa ProAtiva trabalhou, ao longo deste tempo de trabalho, no desenvolvimento de fluxos e estratégias para melhoria da qualidade do trabalho; nas reuniões semanais, há discussões clínicas, pesquisas e leituras de textos, aulas etc.

1- Para mais informações consultar o artigo: Programa ProAtiva Monitoramento: Relato de Experiência sobre um Programa de Promoção de Saúde para Idosos, publicado no Prata da Casa 2012 e escrito por Marília Bense Othero, Paula Adriana Nobile, Dayane, Arielen, Fabiana, Lais, Henrique Parsons, Mariane Pereira

Parte B

**A construção de uma identidade
(Depoimentos)**

Abdo Seifeddine *Compras*



Estou no Premier desde antes da sua inauguração, em 2004. Portanto, participei da sua elaboração. Minha formação é em Administração e, no Grupo, sou responsável por todas as compras do Hospital e da São Paulo Internações Domiciliares.

Acredito que o principal trabalho que o grupo desenvolve é a humanização do ambiente hospitalar. E por ser assim, humanizado, acho que este é um trabalho muito importante para a sociedade porque ajuda a tirar este clichê de que todo hospital é uma coisa ruim, fechada. Nosso trabalho aqui ajuda a mudar o entendimento do público do que pode vir a ser um bom ambiente hospitalar.

De 2004 até hoje, o hospital cresceu bastante. Já era um lugar muito bonito na época e agora é muito mais. Era pequeno e foi crescendo, tomando essa dimensão. Quando começamos era só um hospital. Hoje o vejo como um referencial no ramo da saúde, uma coisa diferente do que se vê por aí. Penso que, hoje, somos exemplo de como tratar um paciente.

No meu trabalho, respondo tecnicamente por todo o material e todo o medicamento que é utilizado tanto no hospital quanto no home care. Não respondo pela aquisição, mas pela padronização destes materiais e medicamentos e também pelo uso deles dentro do hospital. Considero minha função como um apoio: quando temos um paciente chegando, costumo verificar a prescrição do hospital de origem e sinalizar à diretoria clínica ou à supervisão de enfermagem que determinado material ou medicamento não é padrão, isto é, não está no meu estoque e então mostro quais são as opções de substituição. Ao mesmo tempo, de acordo com a prescrição do paciente, também posso verificar se tal medicamento está criando efeitos antagônicos no tratamento ou se associações de medicamentos podem ser prejudiciais ou arriscadas para determinado paciente ou determinada faixa etária de paciente.

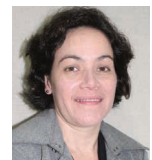
O Grupo avançou muito comparado ao que era quando entrei. As escalas de poder estão mais descentralizadas, atendemos no home care com mais qualidade e o desenvolvimento do hospital é nítido – é possível ver novas instalações, setores e andares recém-criados. Implantaram agora o sistema de conselheiros executivos, criando maior dinamismo na tomada de decisões e fluidez nos serviços. Porém, sabemos que ainda há muito por fazer.

Adyr Akira Tsukamoto *Farmácia*



Sou farmacêutico bioquímico, pós-graduado em farmácia hospitalar e farmácia clínica. Eu ingressei no Premier há cerca de quatro anos e hoje atuo como coordenador do serviço de farmácia do Hospital e também como coordenador da São Paulo Internações Domiciliares, na parte de farmácia.

Andrea Brito *Fonoaudiologia*



Sou formada em 1999, pela São Camilo e há mais ou menos 10 anos entrei no Grupo. Comecei fazendo visita domiciliar de um paciente, depois passou para dois, três... Eu vinha receber meu pagamento aqui. Na parte do antigo estacionamento, aonde hoje é o jardim e fazemos nossos eventos, havia uma estru-

tura que parecia aqueles guichês de estádio, era muito engraçado. Na época não existia o hospital só o atendimento domiciliar.

Nesta época, quando eu encontrava o Dr. Samir ele falava: “Andrea, vamos construir um hospital e quando estiver construído, você vem atender aqui”. E assim foi. Conforme foi crescendo o serviço de homecare, fui assumindo três, quatro, cinco, muitos pacientes, mas não tinha ninguém que coordenava o serviço de fonoaudiologia do homecare. Na verdade, até tinha uma pessoa, da área administrativa, que respondia para as operadoras de saúde, mas esta pessoa começou a ter dificuldades porque não sabia justificar o motivo de um exame solicitado ou aumento das sessões de fonoaudiologia. Perguntavam a ela: “por que é que a fonoaudióloga está pedindo uma válvula de fonação?” E ela não sabia responder. Teve um paciente que pedi autorização para fonoterapia diária, a operadora de saúde ficou indignada e me ligou dizendo que era um absurdo e expliquei que em 15 dias conseguiria reabilitar o paciente e consegui em 10 dias dando alta fonoaudiológica. Foi quando comecei a atender mais pacientes e coordenar este serviço para o homecare.

Neste mesmo período o hospital começou a ser construído. De início, tinha um andar só. Um dia, o Rosalvo, auxiliar de enfermagem, me ligou: “Oh, Andrea, tem um paciente no hospital pra você avaliar”. Fiz a avaliação e dei continuidade aos atendimentos deste paciente e outros que foram chegando. Então, eu continuei coordenando o serviço do home, fazendo o atendimento domiciliar e fazendo atendimentos no hospital.

Nesta época, eu tinha consultório e trabalhava na Beneficência Portuguesa. Era possível conciliar tudo porque o trânsito não era tão caótico. Mas as coisas mudaram em pouco tempo. Comecei a ficar a cada dia mais no hospital e por isso decidir fechar meu consultório. Assumi a Diretoria Executiva e por

conta disso, optei por me desligar da Beneficência Portuguesa.

Quando aconteceu o primeiro ano do curso do Instituto Paliar eu iniciei, depois de duas aulas falei para a Marília Othero: “estou saindo do curso, pois estou vivendo os Cuidados Paliativos com o adoecimento do meu avô e neste momento não cabe o curso”. Foi quando meu avô ficou internado no Premier em 2009, e faleceu aqui.

Depois fui fazer o Curso Pallium de Cuidados Paliativos na Argentina. Fiz o curso introdutório e eu queria fazer o avançado também, mas eles não sabiam se iriam me aceitar porque eu era a primeira fonoaudióloga a fazer o curso avançado. Então, depois de fazer o primeiro módulo, tive que ir lá conversar com a coordenação do curso e fiz todo o curso.

Acho o trabalho do Grupo MAIS muito interessante, humanitário e que visa o atendimento global do paciente de diversas especialidades pensando no que é o cuidar desta pessoa que está envelhecendo. Tem tudo para funcionar 100%. O que precisa é de envolvimento das pessoas (das equipes) e que elas entendam que o paciente deve ser acompanhado não importando o local que ele esteja.

Em alguns momentos em casa quando o paciente está mais estável, em outros momentos um atendimento que demanda um pouco mais das equipes, sendo necessária a internação hospitalar, e em outros momentos o atendimento ambulatorial é suficiente. É um sonho ser atendido por um profissional em casa e o mesmo profissional fazer o atendimento hospitalar. Não precisar contar novamente seu histórico de doenças ou internações anteriores, pois os profissionais saberão o que aconteceu com este paciente nos últimos anos. Sempre associo o idoso a um “carro velho”, sempre precisa estar no mecânico dá uma ajustadinha aqui, uma arrumadinha ali e depois vai embora.

Meu trabalho no Premier é voltado a reabilitação: transição da dieta enteral para a dieta oral e desmame de traqueostomia; em alguns casos manter mínimo prazer oral, pois muitos pacientes já não tem condição de manter dieta por via oral; organizar eventos com a equipe para a socialização dos pacientes e orientação as famílias. Neste projeto de monitoramento, os pacientes não são tão graves, mas normalmente quando eles são levados a um grande hospital, o que ele ganha? Uma sonda de alimentação. Tentamos juntos, equipe e família, definir momentos da suspensão da dieta e não utilizar via alternativa para a alimentação, é um trabalho muito difícil já que a comida tem um fator social. A comida une as pessoas. As festas, reuniões e eventos da nossa vida estão sempre relacionados à comida sobre a mesa. Para isso tentamos reproduzir esse acolhimento familiar em eventos mensais no Premier como lanches, almoços e jantares.

O projeto do Grupo Mais começou com uma sementinha que foi crescendo devagarinho, onde a ideia é que todas as equipes se conheçam e que acompanhem o que está acontecendo com o entorno do paciente. Muita gente conhece as residências dos pacientes mas não sabe o que tem no hospital e tem muita gente no hospital que não sabe o que existe nas residências. São diversos profissionais nas ruas atendendo várias pessoas.

Na gerência do atendimento domiciliar de fonoaudiologia sempre mantenho a pessoa que fez o atendimento informada do que acontece com o paciente, mesmo que tenha atendido o paciente há muito tempo. Um dia você apareceu na vida deste paciente, realizava visitas periódicas na residência deu alta fonoaudiológica e não sabe mais dele, que fim levou? Sempre mantenho as pessoas bem informadas do que está acontecendo.

Acho que o diferencial do Grupo é exatamente este atendimento humanitário. Tem uma paciente que está aqui, eu indiquei o Premier

há mais de um mês. Fui avaliar a paciente em casa, o filho estava muito nervoso com as limitações da mãe e a dificuldade de lidar com um doente em casa. Há necessidade de uma boa estrutura para manter um idoso em casa, principalmente financeira e emocional. A paciente teve alta de um grande hospital com sonda de alimentação e muita dependência.

Fui até lá, falei que no momento a idosa precisava de um pouco mais de assistência, que seria interessante a internação no Premier, expliquei que ela precisava naquele momento de uma assistência mais de perto, e no outro dia ela foi transferida para lá. Hoje esta paciente está de alta hospitalar, o filho extremamente contente com a evolução da mãe, e o nosso trabalho hoje é auxiliá-lo a levar a mãe para casa com tranquilidade. Ela será acompanhada em casa por nossa equipe.

Um fato que me chama muito a atenção é que estamos recebendo com frequência cartas de agradecimento de familiares que passaram por aqui, e em geral estas cartas são de pacientes que morreram no Premier. O que fizemos de especial por estas famílias? O nosso atendimento é diferenciado e individualizado, aqui você não é mais um. O paciente é uma pessoa, conhecemos um pouco sobre sua biografia, conhecemos seus familiares, resgatamos um pouco de sua vida em atividades e em hábitos alimentares. O tempo que hoje as pessoas não têm mais é um dos o melhores remédios para os pacientes e para as famílias.

Vários pacientes e famílias já me disseram: “nossa, você me ajudou tanto”! Muitas vezes pensei: “acho que não fiz nada – só parei e escutei”. Hoje percebo o quanto fazemos por estas pessoas.

Branca Maria Braga

Relações Públicas



Minha formação é em Comunicação Social e tenho pós-graduação em Comunicação Organizacional. Comecei a trabalhar no Premier, em junho de 2008, para organizar o primeiro Ciclo de Cinema e Reflexão. Escrevo matérias para o site, cuido dos eventos do Grupo, da produção do seu material interno e da assessoria de imprensa. Juntamente com a equipe da Comunicação, cuidamos da organização de cursos e palestras. Recebemos visitantes, familiares de pacientes, profissionais de saúde e outras pessoas que querem conhecer o trabalho da instituição.

A comunicação é importante porque dá visibilidade ao trabalho de todas as outras áreas. Digo isso porque somos, por definição, um setor catalisador do trabalho das outras pessoas. A nossa equipe grava alguns casos no hospital e com isso produz vídeos, imagens, matérias etc, o que deixa bem claro que, com o nosso trabalho, conseguimos divulgar o trabalho de uma equipe inteira. Acho que esta é a coisa principal que a gente faz aqui.

Acho que o diferencial deste modelo de atenção que adotamos no Premier é ele ser personalizado para a faixa etária cada vez maior no país, que é a sociedade de idosos. Cada vez mais as pessoas nos procuram para saber o que fazer com seus parentes idosos, com a tia que ficou doente, com a mãe que está doente. As pessoas não sabem o que fazer com os mais velhos. Nós não temos todas as respostas, mas estamos trabalhando para descobrir como é que se faz. Muitas vezes, por meio dos eventos de sensibilização que promovemos, conseguimos trocar experiências e, desse jeito, abrir portas para as pessoas terem aonde procurar, com quem conversar, sobre esse novo mundo envelhecido que se

aproxima, em definitivo, para grande parte da população do Brasil.

Este hospital não é feito só de práticas médicas. A gente desenvolve um trabalho científico baseado em arte e cultura, letras, cinema e educação, por exemplo. Publicamos uma revista anual chamada Prata da Casa; fazemos, todo ano, um ciclo de cinema e reflexão, que dura quatro dias, com filmes, palestras, estudos de caso; fazemos sessões mensais de cinema e reflexão para discutir envelhecimento e terminalidade; fazemos também cursos de música para capacitar músicos para atuarem em hospitais e instituições de idosos.

Acho que fazemos a nossa parte. Já que a gente não consegue mudar a cidade de São Paulo, tentamos mudar pelo menos o nosso bairro, a Vila Cordeiro, promovendo atividades que os idosos tenham interesse em participar. Assim, eles podem formar um meio deles, um convívio. Além de criarem uma rede social, eles fazem atividades físicas, de cognição, como aula de inglês, de computação; também desenvolvem a capacidade intelectual, aumentam a autoestima, às vezes uma delas traz uma comida boa, o que também ajuda a elevar a autoestima deles.

Ou seja, eles se sentem importantes dentro do grupo. Esta atividade do bairro é importante para estes idosos, com certeza é um diferencial na vida deles. Os idosos têm horários e as pessoas do grupo sentem falta um do outro quando se ausentam, então isso faz com que eles voltem a ter uma função social. E vê que isto dá bastante resultado. Nós começamos com cinco pessoas fazendo uma atividade de dança e hoje temos atividades três vezes numa semana de cinco dias. Eles passam a tarde toda dentro do hospital e as atividades reúnem por volta de 20 pessoas.

Desde 2008, o Grupo MAIS evoluiu. Temos mais funcionários, atendemos mais pacientes, mas o que mais evoluiu foi o entendimento sobre idosos e sobre cuidados paliativos.

Pelo menos quem está ligado a nós de alguma maneira, hoje em dia tem muito mais familiaridade, respeito e conhecimento sobre estes temas. Todos adquirimos mais conhecimento sobre o que é ser idoso, como deve ser tratado, quais são as dificuldades, as deficiências, as especificidades desta população. E quem pode tratar especificamente com eles não são apenas os profissionais da saúde. Como cidadão, qualquer pessoa pode melhorar a qualidade de vida dos idosos. Por exemplo, quando a gente passa a saber que um idoso não é lento porque quer, mas porque não consegue ser mais rápido; que ele não tem uma dieta cheia de restrições porque ele quer, mas porque ele não pode ou consegue comer certos alimentos, podemos levar isto para dentro da nossa própria casa. Pelo menos aos nossos idosos a gente vai conseguir proporcionar uma vida mais digna e melhor.

Dalva Yukie Matsumoto
*Diretora Clínica do
Hospital Premier*



Desde o começo dos anos 2000 eu comecei a me interessar por cuidados paliativos e lá no Hospital do Servidor Público Municipal, aonde eu trabalho, a gente levou uma proposta para organizar o serviço. Esta proposta foi amadurecendo no decorrer destes anos todos e em 2004 eu consegui inaugurar um serviço no Hospital do Servidor, que é uma casa que dá apoio aos pacientes do hospital e que abriga os pacientes portadores de doenças avançadas.

A partir daí eu acabei conhecendo algumas figuras muito importantes nos cuidados paliativos no Brasil que puderam me orientar e me nortear neste caminho, pois não existia uma formação oficial, existia só um curso na época, um curso argentino que era mais próximo da gente que formava alguns profissionais da

área de cuidados paliativos. Mas eu conheci duas figuras que foram muito importantes na minha vida e principalmente no meu caminho de cuidados paliativos, que foi o professor Marco Túlio de Assis Figueiredo, da UNIFESP, que tinha um serviço, e a doutora Maria Goretti Maciel, que tem o serviço dela no Hospital do Servidor Público Estadual.

E a partir daí a gente começou todo um movimento, a construir uma associação, que foi a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, que começou as suas atividades em 2005, e começar militando nesta área para tentar desenvolver a assistência em cuidados paliativos e também desenvolver a ideia de uma forma extra muros de hospital.

Em 2006 a Dra. Maria Goretti me convidou para vir aqui para o Premier. Ela havia sido contratada para organizar o serviço, que basicamente era voltado para pacientes muito idosos, sequelados neurológicos, pacientes com demência, mas sobre esta orientação e sobre a filosofia dos cuidados paliativos.

Eu vim aqui e conheci o Dr. Samir Salman, que era um administrador com uma visão muito interessante, inovadora e corajosa e me fez muito lembrar o meu superintendente da época quando eu organizei o meu serviço no Servidor Municipal, que também é uma pessoa que tem uma visão administrativa muito grande, uma percepção, uma facilidade de entender a necessidade de qualidade e humanização no trabalho hospitalar, e eu me identifiquei muito com a proposta.

Para mim foi um grande desafio vir para o Premier, porque até então o meu foco era o paciente oncológico, pela minha experiência pessoal, e a procura por cuidados paliativos foi por causa de uma angústia pessoal de não me sentir preparada para dar conta do sofrimento humano. Porque nós médicos somos treinados para curar, e a única coisa inspirada como sucesso é a cura, a morte não está nos

planos. E a gente não tem uma formação e nem um suporte adequado na nossa formação básica, e mesmo na nossa prática diária, para poder lidar com isso. Então isso me angustiava muito, me fazia sentir muito impotente, e questionar sobre uma série de coisas e conhecimentos que eu não tinha e aí eu procurei obter.

Conhecendo estas pessoas eu optei por buscar conhecimento, fiz o curso Pallium junto com várias pessoas que estavam iniciando o projeto e o processo de cuidados paliativos no Brasil. E aqui no Premier eu encarei como um grande desafio, justamente porque era o paciente idoso, que era uma experiência que eu não tinha, e era um desafio de aprender, como era este paciente, como ele funciona, qual é a atenção que a gente deve dar. E eu comecei aqui quando tínhamos apenas um andar funcionando, eram 22 leitos e nós ainda trabalhávamos em regime de plantão e eu comecei dando plantão. Eu ficava 12 horas aqui, uma vez por semana, passando visita.

Junto com a Dra. Maria Goretti, Elisa Aires também, que veio pra dar assistência na questão de infectologia e que tinha já uma experiência em cuidados paliativos com AIDS no hospital Emílio Ribas, a gente tentou esboçar e arquitetar como este hospital poderia funcionar, e tentar elaborar um projeto que fosse viável, porque tinha várias coisas no cuidado paliativo que não eram contempladas do ponto de vista comercial num hospital de crônicos junto a operadoras de saúde. A gente ainda trabalhava com um modelo muito parecido com os hospitais gerais, tinha uma diária não diferenciada e todas as questões de insumo, medicamento de alto custo, procedimentos eram cobrados a parte.

E a gente entendia que no cuidado paliativo a equipe multidisciplinar é fundamental, ter um plano de cuidados que abranja esta equipe é muito importante, e tentar mostrar para as operadoras de saúde que se tem que

remunerar de acordo, porque o grande trunfo do cuidado paliativo é o recurso humano, menos o tecnológico, principalmente para o modelo de paciente que nós atendemos aqui. Claro que a gente tem necessidade de abordar agudamente, temos que ter tecnologia e os insumos a nosso favor do ponto de vista de exame laboratorial e de imagem, de especialistas. Mas nós tínhamos que focar a necessidade dentro de uma equipe multiprofissional, recursos humanos.

E como fazer para cobrar isso de uma operadora que só conseguia remunerar procedimentos e medicamentos? Então foi todo um processo de construção no qual eu me sinto muito orgulhosa de ter participado, com apoio e aval do Dr. Samir. E então conseguimos elaborar um modelo para o Hospital Premier, e foi a partir da elaboração deste modelo que pôde se vender a ideia para as operadoras, que pudemos convencer as operadoras que é importante pagar uma terapeuta ocupacional, uma psicologia, fonoaudióloga, fisioterapeuta, e que não só ligada a questão dos medicamentos de alto custo e procedimentos complexos. Até porque os nossos pacientes não necessitam deste tipo de intervenção, raramente precisam.

Então eu acho que este foi o maior ganho, pra mim pessoalmente como profissional que foi uma experiência absolutamente diferente do que eu já estava habituada. Eu já tinha me aventurado na administração hospitalar, fiz o curso, e trabalhei quatro anos como diretora no Hospital do Servidor Público Municipal, na assessoria da diretoria, então vir pra cá e assumir uma coordenação complementou bastante a minha prática, e principalmente diante deste paciente que era completamente diferente do que eu estava habituada.

E a partir daí as coisas só foram crescendo, à medida que você tem uma ideia, e uma ideia que é compartilhada por várias pessoas, que tenta fazer uma boa prática, mostrar isto para

as operadoras não foi tão difícil. Claro que tivemos que superar várias barreiras, mas se hoje o hospital está colocado no mercado como uma referência para este tipo de atendimento ao paciente crônico, é porque nós tivemos a preocupação no decorrer de toda a história do Premier em nos basear em fatos concretos, em conhecimento técnico e elaborar um projeto que fosse de muito benefício pro paciente, que fosse viável comercialmente, afinal de contas nós somos uma empresa privada, e mostrar para as operadoras porque a gente cobra de forma diferenciada o papel destes profissionais.

A gente só está começando, mas eu vejo que de 2006 até hoje o quanto que a gente já conseguiu crescer, e o quanto que as operadoras já estão percebendo que isto pode ser um modelo bastante interessante. É que as empresas querem visar lucros, claro que as pessoas estão preocupadas com qualidade, mas o lucro ainda numa sociedade capitalista é o que conta. E eles estão percebendo que a médio e a longo prazos, se você investe nisto, você vai ter, talvez não lucros, mas minimizar e tentar principalmente distribuir o recurso de uma forma um pouco mais adequada, para atingir o objetivo maior que é o bem estar do paciente e da família.

Nós somos o futuro e que bom que o Hospital Premier começou antes e de hoje a gente poder até servir como modelo para muitas outras empresas e profissionais que querem desenvolver um trabalho semelhante. Baseado no envelhecimento da população, que no Brasil segue a tendência mundial e com um viés muito interessante e preocupante, porque nós somos um país que estamos envelhecendo numa rapidez muito maior do que era previsto, inclusive muito maior do que nos países europeus e, no entanto, nós estamos envelhecendo pobres. Nós ainda não temos políticas públicas de saúde suficientemente abrangentes para acolher esta população que envelhece e principalmente para dar qualidade de vida para esta população envelhecida.

Então participar de um projeto como o Grupo MAIS, que tem parceria com o Bairro Amigo do Idoso, que tem outras parcerias com a sociedade, abriu as suas portas para a comunidade, para poder oferecer um pouco de qualidade de vida para pessoal com mais de 60 anos, oferecer algum tipo de lazer, por tudo isso, é medicina preventiva. Porque se você consegue acolher estas pessoas, oferecer qualidade de vida, você está prevenindo algumas questões de adoecimento, fora alguns projetos específicos de prevenção mesmo que o Grupo MAIS consegue desenvolver.

Tentar conjugar a assistência hospitalar, com a assistência em domicílio, com ambulatório, com pronto atendimento, isto vai tornar nossa assistência muito mais abrangente e horizontal, para a gente poder de verdade acompanhar horizontalmente este paciente, desde a sua prevenção, monitoramento, necessidade de internação, ou eventual necessidade de continuar em casa.

Há alguns anos atrás existia uma visão muito equivocada, de achar que o melhor lugar para o paciente é na sua residência. A gente não pode ignorar que hoje as famílias encolheram e que as residências também. E que a maior dificuldade que nós encontramos para manter um paciente em casa é ter um cuidador formal ou familiar que possa arcar com as responsabilidades do paciente. A grande política deveria prever instalações de média ou baixa complexidade que pudessem atender estas pessoas fora do domicílio com uma medicina que fosse abrangente mas sem grande investimento em tecnologia de alto custo desnecessárias, é importante dizer que isso seria desnecessário, fútil para o paciente. Mas lembrando que a nossa sociedade está mudando e que nós temos que acolher estas pessoas da melhor maneira possível. Eu lembro que há dez anos a gente falava que o melhor lugar para morrer é em casa, hoje eu costumo dizer que o melhor lugar para você viver, que a morte faz parte da vida, é aonde você se sente seguro e confortável. E muitas

vezes isto pode ser uma instituição, pode ser um hospital.

Eu fico muito feliz e orgulhosa ao perceber o quanto que nós conseguimos oferecer este tipo de acolhida para os pacientes e para os seus familiares, e isto a gente percebe pelo retorno que a gente obtém destas famílias, informações e todo o carinho que estas famílias desenvolvem com a gente, e mantém mesmo depois da morte destes pacientes, acredito que seja a maior recompensa.

Eu vejo para o Hospital Premier e o Grupo MAIS um grande futuro, eu acho que a gente está puxando uma fila, um bloco e a gente tem mesmo é que continuar fazendo muito barulho, divulgar a parceria com a Cinemateca Brasileira, as Sessões Averroes, o Prêmio Averroes, o ciclo de cinema, já no ano passado a gente conseguiu congregiar e agregar e trazer vários serviços do país inteira, então a gente não pode ser apenas um promotor da saúde, mas principalmente um divulgador do cuidado paliativo, e quem sabe um formador daqui pra frente. Eu acho que a grande meta do Hospital é também ter essa visão de ensino, da gente aqui também ser campo de treinamento, de estágio, pra gente poder colocar no mercado profissionais que estejam aptos a dar assistência a este tipo de paciente que nós temos aqui.

Fico muito orgulhosa, fico muito feliz e tenho muita satisfação em poder trabalhar em um lugar onde eu sei que estou contribuindo, de alguma forma, não somente para aqueles pacientes que eu atendo, mas para a sociedade ao meu redor. Eu tenho prazer de vir aqui. Primeiro porque foi um lugar que eu fiz grandes amigos na minha vida e que me permitiu conhecer outras tantas pessoas que hoje fazem parte do meu círculo de amizades. Eu sou absolutamente apaixonada pelo que eu faço, com todas as dificuldades que a gente enfrenta no nosso dia a dia e com todos os desafios que a gente tem, mas tenho muito

orgulho, muito carinho e sou muito grata ao Dr. Samir e a Dra. Goretti que me permitiram vir aqui para desenvolver este trabalho que eu acho que é fundamental.

Débora Genezini Costa *Psicologia*



Sou psicóloga especialista em psicologia hospitalar. Recém-formada, tive a oportunidade de atender dentro de um hospital geral (como especializanda) pacientes de diferentes idades e patologias. Por aquelas contingências curiosas reservadas pela vida, tive muitas solicitações para atendimento a pacientes oncológicos. Estava diariamente em contato com o sofrimento de pacientes e familiares imposto pela trajetória da doença e comecei a me incomodar com o tipo de assistência e atendimento que eles recebiam. Passei a entender a necessidade de uma assistência em saúde mais humana e estudando a respeito, encontrei referências ao Cuidado Paliativo.

Na época, esta área era quase inexistente aqui no Brasil. Existiam 2 ou 3 iniciativas sendo consolidadas. E novamente as contingências da vida me colocaram dentro de um aprimoramento no Hospital do Servidor Público Estadual, que tinha inaugurado há pouco a primeira enfermaria de cuidados paliativos do Brasil.

Meu primeiro contato com esta enfermaria e com a prática em Cuidado Paliativo foi muito interessante porque tinha uma psicóloga que atuava na enfermaria e no dia seguinte de seu desligamento do serviço, uma paciente que eu estava acompanhando na oncologia foi transferida para a enfermaria de cuidados paliativos. A equipe se surpreendeu: “já tem outra psicóloga no cuidado paliativo?”. Então, criei um vínculo com a equipe, já que sempre

gostei de atender os pacientes com este perfil. Dra. Goretti foi muito receptiva e a equipe passou a solicitar várias interconsultas para psicologia.

Foi a própria Goretti depois de um tempo que me convidou para trabalhar no Premier, pois ela tinha sido convidada a montar a equipe multiprofissional e a empatia pessoal e profissional que criamos no Servidor perdura até hoje. Fiquei encantada com a proposta do Premier. Nesta época havia voltado de uma tentativa frustrada de morar em outro estado há menos de 1 semana e ao ligar para Goretti e contar que estava de volta à SP, recebi o convite. Mais uma vez as contingências da vida!

Então, em 2006, eu era a única profissional de psicologia com uma equipe muito diferenciada que estava ali à frente dos cuidados paliativos, coisa que ainda estava engatinhando no Brasil. Comecei a desenvolver um trabalho com uma população diferente da que eu estava acostumada: eram mais idosos, com síndromes, demências, problemas neurológicos. Mas me encantei e fui fazer mestrado em gerontologia para entender mais sobre a questão do envelhecimento, da cronicidade de algumas doenças. Fiquei por cinco anos no Hospital Premier e o meu trabalho foi aumentando porque fui também abraçando um pouco do homecare e também da Preventiva, como chamava na época a ProAtiva de hoje.

Este período foi muito rico e prazeroso porque eu pude ampliar a equipe, contratar pessoas para construir um serviço de psicologia que ficou sólido. Seria injustiça eu não citar a Terapia Ocupacional (TO) deste grupo como uma grande aliada da psicologia. Construímos uma equipe de saúde mental, psicologia e TO, fazendo várias atividades com os idosos, cuidadores e famílias.

Eu participei uma época do conselho consultivo com o Samir, que é um visionário. O

Samir já está pensando na cobertura quando as pessoas ainda estão no alicerce. Trabalhar com ele é um constante aprendizado. O profissional que passa por lá tem experiência completa e integrada tanto na assistência em saúde quanto na educação das pessoas e da comunidade.

O vínculo que tenho com o Grupo MAIS é sólido porque eu me sinto ainda como parte do projeto. Lá cuidei de vidas e de mortes. Samir faz questão que a tônica do cuidado com a vida das pessoas, da qual a morte também faz parte, ultrapasse os muros do Premier e do grupo MAIS. Fiquei durante cinco anos como coordenadora do serviço de psicologia, depois por uma questão de momento de vida, final de mestrado e um outro trabalho que estava conciliando, eu achei que iria comprometer a qualidade do trabalho, por isto que resolvemos, de comum acordo, meu “afastamento”.

Como disse, o projeto ultrapassa os muros do Premier. É uma das poucas empresas, um dos poucos grupos que se propõe a falar de uma questão que é tabu, que é o envelhecimento e a morte, que ninguém quer, que todo mundo nega, que todo mundo marginaliza e que o Grupo MAIS se propõe a fazer esta reflexão. Esta é a grande riqueza. Minha bagagem ficou mais completa neste projeto e espero continuar conectada sempre, até porque é meu ideal de vida e profissão cuidar de vidas!

Felip Busquets *Gastronomia*



Sou gastrônomo do Premier e responsável por tudo que envolve comida por aqui. Faço parte da Hotelaria, o mais novo setor do Hospital. Venho da área da saúde, me formei em educação física, depois em gastronomia e

consegui juntar a área da saúde com a minha paixão, que é a gastronomia.

Atuei em restaurantes, basicamente, e este é o primeiro hospital em que trabalho. Faço a gerência deste posto desde 2011. Cuido dos cardápios dos eventos e da comida do dia a dia do Hospital. Confesso que me cativa mexer com o prazer - porque comer é um prazer enorme, e me sinto feliz em proporcionar momentos assim aos outros. Pensar que eu possa preparar a última refeição de uma pessoa é algo que me deixa emocionado, pois sinto que estou contribuindo um pouquinho para que esta passagem seja cercada de todas as formas de afeto possíveis. É também uma responsabilidade grande, mas muito gratificante.

A atuação do Grupo MAIS é importante pela humanização a que se propõe enquanto filosofia de trabalho. Acho que é a coisa mais importante da sua história e só faço parte deste grupo por causa disso. É uma visão humana, da qual a gente pode se aproximar e estar em contato direto com o paciente oferecendo o que a gente tem e que é fruto direto do nosso trabalho.

Giuliana Salatino *Nutrição*



Sou formada em Nutrição pelo Centro Universitário São Camilo, onde também fiz a pós-graduação em nutrição clínica. Fiz aprimoramento em cuidados paliativos para equipe multiprofissional do Instituto Paliar, e costumo ir em congressos de nutrição para atualização.

Antes do Hospital Premier, trabalhei em homecare por dois anos. Quando entrei no Grupo MAIS, fui contratada como nutricao-

nista da Proativa, e passei a fazer palestras e atendimentos para funcionários de empresas e doentes crônicos no domicílio. Vim para o Premier com a saída da antiga nutricionista tendo que assumir na época a cozinha e a clínica, o que foi bem difícil e um grande aprendizado.

Esta experiência foi bastante enriquecedora pois a cozinha nunca foi a minha especialidade e, por não ter a estrutura de cozinhas modelo acabou me fazendo aprender ainda mais, me fez trabalhar com as adversidades.

Pouco depois desenvolvemos a estrutura da nutrição clínica com a ajuda da diretoria clínica da época, Marília Othero, e o chef Felip Busquets assumiu a gerencia da cozinha.

A vivência que tive em outros hospitais era a dependência que o nutricionista tinha do médico, em especial do nutrólogo, tanto para alterar a consistência de uma alimentação quanto a manipulação de dietas enterais. Já no Hospital Premier temos liberdade, para exercer todo conhecimento que tivemos em 4 anos de faculdade mais anos com especialização, como alterar dietas via oral ou enteral, adicionar suplementos, calcular gasto energético e etc. Sempre é claro utilizando protocolos e interagindo com equipe multidisciplinar.

O perfil de pacientes que temos no Premier vem mudando e a equipe está mudando junto com eles. Antes recebíamos pacientes em cuidados paliativos, porém normalmente em fase terminal ou então pacientes demenciados ou sequelados neurologicamente que ficavam internados por longo período. Hoje recebemos pacientes com possibilidade de reabilitação, mesmo estando em terminalidade, pois o nosso foco é proporcionar qualidade de vida a este paciente, e familiar, no momento em que não podemos mais curá-los e sim cuidar para que não sinta dor ou qualquer desconforto físico e espiritual.

Até a cozinha necessita mudar com todo o crescimento que o Premier está passando. Onde antes tínhamos aproximadamente 20% dos pacientes alimentando-se via oral, hoje temos por volta de 50%. Onde tínhamos uma cozinha pequena com tercerização da produção das grandes refeições, hoje precisamos produzir diversos tipos de alimentação (consistências, restrições de nutrientes). Atualmente com a quantidade de pacientes que temos com alimentação via oral há necessidade de uma grande variedade para atender a individualidade.

No entanto, estamos neste meio do caminho, onde cada dia é um aprendizado, em que cada dia somos apresentados a uma nova pessoa e não a uma nova doença. Temos muito a caminhar, mas estamos no sentido certo.

Gleice Maria Maciel
Caputo
Hotelaria



Sou Graduada em Turismo com Ênfase em Hotelaria pela UNAERP de Guarujá e Especialista em Gestão da Hospitalidade em Serviços de Saúde pelo SENAC, São Paulo.

Quando pensamos no setor de hospitalidade, consideramos normalmente os hotéis e restaurantes, mas seu verdadeiro significado é de escopo muito mais amplo. Refere-se não somente às instituições que oferecem serviços de hospedagem e alimentação – ou ambos – como também inclui as instituições que fornecem outros tipos de serviços àqueles que se encontram fora de seus lares.

A palavra hospitalidade, em inglês, é derivada de hospice – palavra claramente relacionada a hospital – que tanto pode significar casa medieval destinada ao repouso de viajantes e peregrinos como casa de tratamento de saúde.

Uma das razões que me fez interessar pela área da saúde foi o fato de conviver com diversos profissionais médicos na família, o que me ajudou a refletir sobre esse novo campo de conhecimento e a mudar meus planos de carreira, desenvolvendo um trabalho que fosse compatível com a minha formação e ao mesmo tempo, tivesse algo a ver com a minha realidade naquele momento.

Em 2010, iniciei meu trabalho no Hospital Premier gerenciando a área de suprimentos. Ao trabalhar nesse setor, fui descobrindo a importância do setor de suprimentos para o bom desempenho do hospital. A eficiência continua de todas as etapas de atendimento dependia, em grande parte, da boa organização e da boa gestão dos recursos materiais. Nesses dois anos, pude aprender bastante mediante observação cuidadosa, coletando informações valiosas do que era a organização de um hospital, como funcionava cada setor e melhor dimensionar o mundo real do trabalho assistencial. Eu não tinha noção alguma de como era esse funcionamento, mesmo porque eu vinha da área de turismo, fazia roteiros, excursões, eventos – era outro campo de atuação.

Mas, o mercado de trabalho exige conhecimentos e atualização constante, portanto, não parei de estudar. Estudava sobre hotelaria, governança, higiene e limpeza, e fui adquirindo mais conhecimentos teóricos, porque prática mesmo eu realmente não tinha. Observando o que a teoria me mostrava e o que na prática acontecia, fui me inserindo neste ambiente no qual hoje já estou mais familiarizada.

Em maio de 2013, fui convidada a implantar o departamento de hotelaria no Hospital Premier. Minha primeira proposta foi incorporar o novo setor ao organograma formal do hospital e com isso fazer a diferença dentro da organização, pois entendo o papel da hotelaria como um agente modificador de pessoas, que agrega valor e qualidade aos serviços

básicos do hospital.

Antes disso, o serviço de hotelaria era gerenciado pela enfermagem, que apesar de possuir conhecimentos técnicos de infecção hospitalar, sobrecarregava com tantas coisas para elas fazerem ao mesmo tempo.

Quando a enfermagem desvia o olhar do paciente para ficar focada em serviços de limpeza, de nutrição e de governança deixa de priorizar o que realmente é essencial, a assistência ao paciente.

O conceito de hospitalidade envolve o desejo de humanizar o atendimento, de fazer com que o hóspede, cliente, visitante ou residente se sinta bem-vindo e confortável, e para aprender o negócio da hospitalidade, deve-se trilhar o caminho direto: trabalhar na área e adquirir as habilidades necessárias para operar o sistema. Assim, a diferenciação crucial torna-se o serviço – geralmente na forma de serviço pessoal. Ou seja, a hospitalidade é uma atitude individual e o seu produto é a experiência do hóspede.

Seja um hotel ou um hospital, qualquer estabelecimento de hospedagem tem a oportunidade de prestar serviços de alta qualidade, que possam atender e exceder as expectativas dos clientes. À medida que os consumidores exigem cada vez mais resultado de sua experiência na hospedagem, maior será o desafio para a hotelaria do Hospital Premier, de se ajustar às necessidades e preferências de seus clientes e de oferecer serviços especiais que constrói a lealdade de seus hóspedes.

O tempo para se implantar os serviços de hotelaria no ambiente hospitalar depende de mudanças fundamentais: necessita trabalhar os setores individualmente, organizar e estabelecer direções, criar rotinas, treinar, motivar e inspirar as pessoas para representar eficazmente a organização. É um trabalho bastante extenso e de muita responsabilidade

para o gerente de hotelaria que deve ter experiência e grande capacidade de adaptação.

Considero a hotelaria hospitalar uma forma inovadora de acolher aqueles que chegam, os que trabalham e os que estão aqui diariamente, como os pacientes, os cuidadores e os funcionários. Todos são importantes e a hotelaria tem esta missão: olhar para todos e integrar os setores para que tudo funcione de forma harmoniosa. Portanto, a proposta da hotelaria será sempre o de proporcionar um ambiente seguro, agradável e confortável, voltado para outras lembranças que não a do ambiente hospitalar.

Guto Veloso *Comunicação e Marketing*



Sou formado em Comunicação Social com ênfase em Publicidade e Propaganda pela Universidade Anhembi Morumbi e tenho especialização e MBA em Marketing Executivo. Minhas experiências de trabalho foram na Agnello Pacheco, uma agência de publicidade, e na F3 Propaganda.

Eu ingressei no Hospital Premier em 2003, bem no início do projeto. Na primeira semana que o Samir chegou aqui sozinho, a primeira pessoa que ele contratou acho que fui eu. Estava trabalhando em agência, um pouco insatisfeito, e ele me ligou e fez uma proposta legal.

No início do projeto foi bem difícil, pois isso aqui não tinha estrutura nenhuma de empresa, era só serviço de remoção e homecare. Não existia nem o projeto do Premier ainda: era São Paulo Home Care a antiga razão social. Também não tinha a São Paulo Internações Domiciliares. Não era possível ter uma área de marketing sem um projeto definido. Por

isso, tudo foi caminhando junto e só a partir de 2005, com a vinda do Premier, começamos a ter o que falar sobre comunicação.

Hoje, sou gerente de marketing e comunicação do Grupo, responsável por conteúdos, publicações internas e externas, website, contatos com as operadoras de saúde, propostas para clientes e apresentações institucionais.

A grande maioria dessas coisas passa pelas minhas mãos para que haja uma unidade gráfica e para que a parte comercial seja bem efetuada. Nosso departamento de marketing não conta com uma agência de publicidade, fazemos tudo internamente.

Eu também sou responsável pela criação, como anúncios, comunicados internos, jornais internos e da própria revista Prata da Casa. E a partir deste ano, estou assumindo a diretoria-executiva do Grupo. Então, será uma equipe formada por três novos diretores que estão na empresa há mais de seis anos para tentar construir uma base mais rígida nos serviços que o hospital presta ao usuário final.

Acho que o Grupo MAIS está começando a ser, de fato, um produto comercial, com espaço no mercado e que pode ser espalhado para outros lugares. Independentemente de todas estas ações culturais e sociais, falo do negócio em si, falo do Grupo MAIS como um futuro CNPJ e provedor de receita com este modelo integral. Nesse sentido, ele é embriônico. E é um trabalho difícil porque a gente está dando vida a um nome, a uma marca, a um conceito que precisa ter um suporte. No mercado, uma marca não tem ressonância se não tiver um porte, um lastro grande. Como negócio, a gente já está começando a ter um lastro importante no mercado e sendo reconhecido por isso.

Até então, tratamos muito da marca do ponto de vista sentimental e agora, com a minha vinda para a diretoria executiva, estou tratando

do desta marca do ponto de vista de desempenho, aplicando um bom trabalho que dê retorno a tudo o que construímos nestes cinco anos. Temos que dar firmeza para isto, que significa cuidar do trabalho de atendimento no Hospital, o dia a dia, montar esta equipe, ter recursos humanos necessários para isto tudo funcionar. Digo isso porque até há pouco tempo, a gente falava e falava, mas chegava no Hospital e, muitas vezes por falta de equipe ou de estrutura técnica, não conseguíamos fazer o que realmente queríamos. Agora, não. A coisa mudou.

Acho que somos contraponto a tudo o que existe no mercado. Primeiro, a gente leva em consideração não só o paciente, mas tudo que o cerca, como a família, sua história etc. Nossas experiências têm demonstrado - em qualquer lugar que a gente se apresenta, as pessoas se surpreendem. Então é mesmo um contraponto a todo esse sistema implantado nas grandes instituições. Aqui, além de toda esta parte de abordar os cuidados paliativos de uma forma correta e responsável, tem a questão da responsabilidade social com a saúde pública do país. Temos atenção ao idoso, atenção ao bairro. Se há cuidados paliativos hoje no Brasil, o Premier foi peça muito importante nessa implantação.

Hassan Salman *Financeiro*



Sou formado em Economia pela FAAP, trabalhei na Nestlé, onde fui auditor, e na Caixa Econômica Federal, como estagiário. Também trabalhei no ramo de tecidos, no comércio da família.

Ingressei no Hospital Premier em 2004 a convite do Samir, que precisava de uma pessoa para cuidar da parte financeira. Na época, a

empresa estava iniciando, estávamos terminando a construção do Hospital e ele achou que a experiência que eu tinha em negociação com fornecedores seria importante. E este foi meu papel este tempo todo em que estou aqui: negociar. Negociei muito com fornecedores, bancos. Faço a parte financeira, contas a pagar e contas a receber. Hoje, o departamento é composto pela área financeira, onde tenho dois colaboradores e a área contábil, onde também temos dois colaboradores.

As coisas que o grupo faz me parecem ser muito interessantes. A gente escuta, às vezes, relatos de pacientes nos corredores e relatos de familiares, e isso me convence de que a história do grupo é muito bonita. É um trabalho que realmente fará a diferença. Pode ser que hoje ainda não apareça tanto, mas deve fazer um diferencial daqui a pouco tempo.

Se este trabalho der certo e conseguir conjugar o financeiro e o social, acho que a sociedade vai ter neste hospital um ponto de referência. Até para poder exigir o mesmo tratamento de outras instituições, que elas não sejam apenas um depósito de pessoas ou de idosos.

Do ponto de vista da gestão financeira, este trabalho aqui não é fácil. Qualquer pessoa que faça gestão e venha analisar a empresa, irá falar: “você está loucos! A empresa não pode continuar desta forma!”. Mas essa é a filosofia do Samir e eu acho que ele tem uma visão sempre acima da média. Hoje ele mostra que está certo em muitas coisas que pensa e já nos falava há cinco, seis, sete anos atrás.

Uma vez escutei o Samir falando para um enfermeiro: “Trata do paciente como se ele fosse seu pai ou sua mãe”. Isso me fez entender que o que importa é a dor do paciente, não importa o quanto vai custar, importa é que o paciente não sinta dor ou desconforto. Se o paciente está com dor agora, então o atendimento tem que ser imediato. Isto é

um diferencial. Hoje, as empresas de saúde não pensam assim, elas só querem ver o lado financeiro. Depois que resolvem a questão financeira, procuram fazer alguma coisa na área social. Mas o Samir, não. Primeiro, o social e depois o financeiro.

Irailde de Sousa Ferreira Neves *Enfermagem*



Sou formada em enfermagem e atuo há 15 anos nesta área. Há três atuo em supervisão, e no Hospital Premier, estou há 8 meses. Tenho pós-graduação em clínica médica cirúrgica em pronto socorro, e agora desejo me especializar nesta área dos cuidados paliativos.

Para mim está sendo uma experiência muito nova porque até então eu conhecia os cuidados paliativos, mas não atuava diretamente com isso. É tudo muito diferente, são novos desafios, e acho que tem sido muito bom poder lidar com estes pacientes e familiares que requerem muito mais cuidados da equipe da enfermagem.

Hoje estou na supervisão onde coordeno toda a equipe de enfermagem, um total de 105 funcionários, e o dia a dia requer atenção. Delegar, supervisionar, coordenar diretamente significa estar presente sempre, observando os pacientes e com isto perceber suas necessidades.

Este trabalho que desenvolvo com o Grupo MAIS abriu horizontes pra mim. É uma vida nova, um conceito novo, ideias diferentes, que hoje a gente pouco vê e que daqui a pouco isso vai estourar. Essa questão de você se deparar a particularidade de cada paciente e saber que pode ajudá-los, nem que seja pelo menos um pouquinho, com um simples olhar, é fazer a diferença no cuidar.

Marcelo Ursini *Fisioterapia*



Sou responsável pelo setor de Fisioterapia do Grupo MAIS. Desde maio deste ano também faço parte da diretoria executiva do Grupo. Eu me formei em 2000 em Fisioterapia e sou especialista em pneumologia pela Unifesp.

Atualmente estou cursando especialização em geriatria. Iniciei meu trabalho em atendimento domiciliar e UTI. Estou na empresa desde dezembro de 2003. Iniciei meus trabalhos como coordenador da equipe de fisioterapia em assistência domiciliar na São Paulo Internações Domiciliares, empresa do Grupo Mais. Na época não havia o Hospital, a empresa prestava serviço de assistência domiciliar e remoção de ambulância.

Entre 2006 e 2007, o hospital já estava funcionando, apesar de estar com apenas um andar. Neste período, além da assistência domiciliar, assumi a fisioterapia do Hospital, mas ainda com 80 % do meu trabalho vinculado ao serviço de homecare, que era o carro chefe da empresa nessa época.

Em 2008, com a construção do segundo e terceiro andar, e um número bem maior de leitos, as coisas se inverteram. Passei a trabalhar quase que em tempo integral no hospital. Nesta época conseguimos contratar outra pessoa que pudesse dar este suporte ao homecare. Nossa equipe no hospital, em 2007, começou com quatro fisioterapeutas e hoje é formada por 16 profissionais. Foi um dos setores que mais cresceu.

Como estou na empresa desde 2003, pude acompanhar desde o começo o desenvolvimento do hospital. O Dr. Samir já idealizava este projeto, mesmo quando a empresa atuava somente na assistência domiciliar.

Hoje, na assistência domiciliar, nosso trabalho está mais voltado ao gerenciamento e cuidado aos pacientes crônicos. O sistema de internação domiciliar acabou diminuindo um pouco e fomos nos direcionando para o segmento de geriatria e cuidados paliativos.

Hoje, temos uma carteira muito grande de pacientes muito idosos.

Acho que a importância deste trabalho para sociedade está clara: a população está envelhecendo e não estamos preparados de forma alguma para esse novo momento. Ainda temos a cultura de um país jovem, um país em que a maioria da população é produtiva e isto está se invertendo. Daqui a 20, 30 anos, seremos um dos países com o maior número de idosos do mundo e não estamos preparados para isso.

Hospitais com foco no “cuidar”, como é o caso do Premier, são poucos, e os que estão sendo criados têm algumas propostas um pouco diferentes. Aqui a nossa preocupação está muito relacionada ao cuidado com os pacientes, com a filosofia dos cuidados paliativos. Somos hoje um hospital com 63 leitos e contamos com uma equipe multiprofissional completa.

Em 2010, tive a oportunidade de ficar 12 dias em Portugal e conhecer os serviços de cuidados paliativos e os serviços de cuidados a pacientes crônicos e idosos de lá. A gente tentou trazer algumas ideias aqui para São Paulo. Vimos que lá é um país menor, mas que tem uma população idosa já estabelecida. Se você pensar hoje em colocar um paciente idoso em um local para que ele seja cuidado por uma instituição pública você não vai achar. Então, você vai fazer o que? A gente ainda está nesta fase.

Quanto ao Hospital, acho que evoluímos muito. Hoje a gente tem, pelo menos, a espinha dorsal da empresa e da equipe que já está

aqui há mais de 6 ou 7 anos, que já vivenciou toda esta transição do homecare para a internação hospitalar. A rotatividade de todos os setores já diminuiu muito. O hospital cresceu e as equipes foram crescendo junto. É um aprendizado diário até hoje e acho que a cada caso novo a gente aprende uma coisa nova.

Márcio Sampaio *Coordenador da SP Internações Domiciliares*



Eu me formei em 2003 pela Universidade de São Paulo. Sou especialista em Gerenciamento em Enfermagem, capacitado em Estratégias de Redução de Custos pela Universidade de Notre Dame e mestrando em Gerenciamento de Serviços de Saúde.

Desde a minha formação, sempre me identifiquei com homecare. Atuei quase um ano em um hospital geral, num concurso público que eu havia passado, mas este tempo foi o suficiente para eu perceber que não era em hospital tradicional que eu queria atuar.

Eu ingressei no Grupo em agosto de 2005, sendo a terceira empresa de homecare na qual trabalhei. Aqui me foram dadas muitas oportunidades de desenvolver meu potencial através de inúmeros projetos (que tinham fina sintonia com muitas coisas que eu filosoficamente achava importantes) e, por conta disso, me fixei aqui.

A porta de entrada no Grupo MAIS foi o homecare, através da São Paulo Internações Domiciliares. Inicialmente atuei como Enfermeiro Visitador, que é aquele profissional que realiza consultas domiciliares atuando em algumas regiões específicas da cidade. Além da atuação clínica propriamente dita, o Enfermeiro Visitador também dá conta da dimen-

são administrativa (gestão dos recursos materiais, medicamentos) de recursos humanos da residência e do suporte à família. Ele é capaz de fazer escuta terapêutica da família e equipe, dimensionar os materiais e medicamentos que serão suficientes até a próxima entrega, que pode ser em uma semana ou trinta dias. Este profissional tem que fazer a gestão de escala de recursos humanos, inclusive capacitá-los e avaliar se eles são tecnicamente hábeis para dar conta daqueles cuidados prescritos pelo Enfermeiro. Isto porque existem pacientes de diferentes complexidades; alguns demandam mais cuidados e outros menos, sendo o Enfermeiro Visitador o responsável pelo planejamento do cuidado destes pacientes.

Após seis meses atuando na empresa, recebi uma proposta para trabalhar internamente em funções administrativas e, depois disto, muitas outras oportunidades foram surgindo e novos desafios lançados no decorrer dos meses, passando pela Supervisão, gerência de enfermagem e, ainda, coordenação geral do serviço.

No primeiro trimestre de 2011, a Superintendência do Grupo MAIS montou um modelo de gestão no qual as empresas do MAIS eram coordenadas por um Conselho Executivo, composto de três pessoas, e eu fiz parte dele, permanecendo até o primeiro trimestre de 2013. Quando a Diretoria foi renovada, retomei minhas funções no homecare. Atualmente, além de fornecer suporte administrativo ao homecare, também trabalho em frentes como: renegociação de contratos; reajustes de operadoras de saúde; relacionamento com prestadores e fornecedores, entre outros.

Eu acho que o trabalho desenvolvido pelo Grupo é pioneiro, importantíssimo e ousado. Pioneiro porque não temos na saúde suplementar do país, que não seja por meio de uma operadora de saúde, um trabalho privado com um arsenal de ferramentas (hospital, gerenciamento de crônicos, centro de reabilitação,

homecare, ambulatório, pronto atendimento) exclusivamente pensando na saúde dos idosos. Somos pioneiros e isso não é fácil: tem todos os desafios de desbravar um território desconhecido, nunca antes explorado, todos os ônus e também os bônus inerentes a isto... é como lançar-se ao mar e içar as velas, sem muitas certezas, mas atento e sedento por novas descobertas e por contribuir para a produção de novos conhecimentos. Somos assim.

O que o Grupo MAIS desenvolve é um trabalho que a sociedade brasileira precisa, os idosos precisam. Poucos são os idosos que têm – quando passam mal – uma referência; a grande maioria vai a um pronto-socorro geral que, por muitas vezes, desconsidera toda a trajetória de atendimento do idoso, sua prescrição, suas especificidades e suas necessidades. Poucos são os idosos que são atendidos por geriatras nos PA's do país. Há necessidade de serviços específicos para atendimento de idosos em situações de emergências clínicas e que estejam inseridos em um conjunto de serviços para que possam prestar um atendimento integral.

Quando removemos nossos pacientes com alguma intercorrência para um pronto-socorro de um hospital geral, o paciente tem que recontar toda a sua história, sua prescrição é alterada (não raramente suspendem medicamentos que ele usava há anos e/ou incluem outros protocolarmente), e quem altera muitas vezes não é o geriatra.

Frequentemente quem o atende no PA não é o especialista, mas sim o clínico geral que assume o desafio de dar conta daquela demanda, não levando em consideração toda a complexidade que existe no cuidado e na prescrição do idoso, com suas singularidades e especificidades. Não culpo os profissionais de saúde por estes descompassos (muitas vezes, iatrogênicos). Culpo o sistema de saúde sobre o qual está alicerçado este modelo. Neste sentido, considero nosso trabalho importante por-

que estamos tentando estruturar um modelo no qual sejamos capazes - nos diferentes momentos e necessidades deste paciente – de dar conta de suas demandas, não só no momento de uma intercorrência clínica, mas também numa consulta ambulatorial, no momento em que ele precisar de uma reabilitação, de um atendimento dentro de sua residência ou, ainda, do próprio ambiente hospitalar.

Estamos estruturando um modelo de atenção à saúde do idoso de tal forma que possamos cuidar dele desde a prevenção da doença, diagnóstico, o atendimento de uma intercorrência clínica até a fase final de sua vida. E, dentro de um contexto de atendimento (mesmo que em diferentes serviços) tenha um prontuário eletrônico longitudinal consultado pelos diferentes profissionais nos diversos serviços (ambulatório, centro de reabilitação, gerenciamento de crônicos, pronto atendimento, homecare ou hospital) para que não tenha que recontar todas as vezes sua história, para que sejamos mais assertivos nas condutas, para que estejamos atentos antecipadamente às iatrogenias, para que possamos atender as suas demandas com resolutividade e sensibilidade necessárias e indispensáveis a quem se propõe a cuidar de idosos.

Estamos construindo algo novo, pois hoje o atendimento ao idoso é segmentado. Se fizermos uma analogia, no campo da sistêmica, a gente trata um idoso como uma árvore isolada, com outras próximas, mas espaçadas; algumas maiores, outras menores. O modelo de saúde contemporâneo no qual o idoso está inserido é incapaz de percebê-lo como de fato é: uma árvore rodeada por tantas outras formando uma floresta imensamente interligada a tantas outras coisas. O idoso deve ser visto em sua plenitude e complexidade. Neste sentido, a melhor maneira de concluirmos esta analogia seria olhar o idoso sim, como uma árvore, mas a partir de suas raízes, olharmos por baixo a partir de um corte longitudinal; se fizermos isto, certamente não vamos conse-

guir identificar o local exato onde está aquela árvore, perceberemos um enorme emaranhado, uma infinita e complexa teia na qual não se sobressairão as partes formadoras do todo, mas sim, o infinito todo em destaque. Conseguiremos ver um monte de coisas conectadas, seria mais ou menos assim o idoso: ele é extremamente complexo, conectado a tantas outras “árvores”, inserido em uma complexa teia.

Porém, no modelo de saúde atual, o idoso ele é visto/tratado de forma isolada e, não raramente, esta “árvore” é segmentada. Já a nossa proposta é que não segmentem a árvore, que o idoso seja percebido como um elemento com infinitas intersecções, como as raízes de uma floresta, mesmo.

O sistema de saúde do país precisa de modelos que pensem e tracem modelos de atendimento voltados para as necessidades da pessoa idosa, pois a população está envelhecendo. Atualmente, devemos ter 11% de idosos na população mundial, até 2030 teremos quase 17%. Hoje nós temos mais idosos no Brasil do que toda a população de Portugal; e estima-se que este número dobre até 2030. Nossa taxa de fecundidade é menor do que a média mundial e a cada dia se aproxima mais dos números de países desenvolvidos: estamos em plena transição demográfica e a nossa pirâmide populacional também está se aproximando de uma pirâmide de países desenvolvidos (suas bases estão estreitando e seu topo alargando), ou seja: a população idosa cresce e os nascimentos diminuem.

Estamos tendo cada vez menos filhos, estamos vivendo cada vez mais (uma das grandes conquistas da humanidade contemporânea) e precisamos compreender este fenômeno, além de traçar estratégias para que possamos nos preparar para cuidar dessas pessoas que estão cada vez mais frágeis e demandando recursos específicos, serviços específicos e modelos específicos, estes tão raros em nosso

país. E é justamente isto que fazemos: propomo-nos a cuidar da pessoa idosa, em suas infinitas dimensões e intersecções.

**Maria Fernanda
Cassavia**
*Conselheira da
Superintendência*



Há 33 anos participo da formação de médicos. Eu era a titular da Psicologia na Faculdade de Medicina de Itajubá e, em função disso, passei a coordenar o serviço de psicologia hospitalar do Hospital Escola, que é da faculdade.

Estou no Grupo MAIS desde 2009. Minha vida acadêmica e minha vida profissional foram sempre pautadas por esses aspectos da psicologia hospitalar. Tenho uma vivência de muitos anos dentro de hospitais e, mesmo antes de me formar, também tive uma vivência muito grande dentro de hospital psiquiátrico, onde fiz um estágio bastante longo e foi o que me deu experiência para entender as necessidades que a gente vai tendo ao longo deste processo todo de formação, atendimento e humanização.

Porque o grande desafio da psiquiatria é cuidar. Trata-se de uma especialidade que dificilmente lida com a cura para uma determinada doença, mas atua sempre no sentido de cuidar daqueles pacientes, cuidar daquelas famílias, cuidar de toda uma interação social, de todo um aparato que um doente mental necessita.

O nosso objetivo final aqui, é o nosso cliente, ele é um ser humano, então muda toda uma visão administrativa pra mim. Então a gente estar participando junto com os profissionais que estão tendo que enxergar este paciente final, este cliente, eu não gosto de ficar falando em cliente que parece que é um termo empresarial, mas é o nosso cliente final, que

é o paciente, eu tenho que ter uma visão totalmente diferente daquela visão que eu vou aprender em termos de administração. Então quem eu escolho para trabalhar aqui? Quais são as características que as pessoas têm que ter para estar trabalhando com a peculiaridade do nosso hospital, que esta coisa da gente estar cuidando.

Cuidando de qualquer forma, cuidando da morte ou cuidando da recuperação, ou da vida, porque cuidar de vida e morte é a mesma coisa, mas eu tenho que atender aquilo que o paciente estiver precisando naquele determinado momento. Então todos os funcionários têm uma participação muito importante nisso, que é uma visão muito mais ampla que tem que ter de todo aquele processo que está ocorrendo dentro do hospital.

Então eu comecei aqui trabalhando com a equipe multiprofissional e ajudando o Dr. Kleber na supervisão do grupo cabeça, que eram as pessoas chave que iriam atuar dentro do projeto do hospital. Ou seja, eu entrei para atuar com esta equipe dentro de todo o projeto que o Samir vem desenvolvendo, com toda a luta na questão dos cuidados paliativos, na questão dos cuidados que os pacientes precisam. Aí depois comecei a participar do processo de seleção das pessoas que trabalham aqui.

A importância do grupo lá fora, hoje, é ser um contraponto a tudo aquilo que as pessoas conhecem, porque nós estamos dentro de uma proposta inversa, até mesmo, da formação médica. A formação médica está visando sempre o que? A cura. E nós não estamos prometendo cura para ninguém, estamos prometendo aquilo que podemos fazer para alguém.

É totalmente diferente aquilo que se está propondo porque é para pessoas que precisam de cuidados. Então a gente está não fazendo um discurso, mas construindo uma prática possível dentro da formação dos profissionais de

saúde, porque nós temos aqui médicos, nutricionista, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, quer dizer, nós temos uma equipe completa de saúde, digamos assim. E estamos mostrando para a sociedade que o que o ser humano precisa é de cuidado, e o que nós podemos fazer para os pacientes está sendo feito.

Marília Othero *Terapia Ocupacional*



Sou terapeuta ocupacional e atualmente faço doutorado na Faculdade de Medicina da USP e trabalho, já há alguns anos, com cuidados paliativos, além de ser professora nesta área. Trabalho no Grupo MAIS desde 2006, porém neste ano estou com uma carga horária pequena, para focar mais no doutorado, que é uma demanda importante para mim. Em 2006, eu comecei a trabalhar no Hospital Premier, e nesta época se iniciava a montagem da equipe de cuidados paliativos. A Dra. Goretti Maciel, diretora clínica do Hospital, tinha necessidade de um terapeuta ocupacional para trabalhar com os pacientes e, por meio de conversas com o Dr. Henrique Parsons, na ocasião plantonista do hospital, apareceu o meu nome. Fui fazer uma entrevista e comecei a trabalhar lá.

A primeira etapa do meu trabalho foi de atendimento a estes pacientes graves que estavam com doença avançada, muitas vezes no final de vida. Também trabalhei com os objetivos da terapia ocupacional, que é resgatar as atividades cotidianas que eles deixaram de fazer por conta da doença, poder proporcionar conforto físico, proporcionar maior integração a partir do que eles buscaram, a partir da vida e não a partir da doença, ou seja, através de diversas atividades.

Num segundo momento, a coisa começou a crescer e outros profissionais da minha área começaram a ser necessários por que o Hospital cresceu e a gente passou a fazer trabalhos também na assistência domiciliar. Então, entramos num segundo momento em que eu comecei a organizar esta equipe de TO.

Depois que a psicóloga Débora Genezini saiu, eu assumi o que a gente chamou de equipe de saúde mental, tanto do Hospital quanto da assistência domiciliar. Em seguida, assumi um programa de monitoramento que fizemos em parceria com as Classes Laboriosas, que durou até o ano passado, e com isso, passei a fazer parte do conselho executivo da instituição, por um ano.

O que acho de mais importante neste trabalho é cuidar de um tipo de população, um tipo de doente, que ainda é excluído dos principais modelos de assistência à saúde, que é o doente crônico, de longa permanência, um doente que muitas vezes não tem recuperação, mas também não está em terminalidade. Doentes neurológicos, por exemplo, é um tipo de população que acaba sendo excluída muitas vezes do sistema de saúde.

Outra coisa que sempre achei importante do Grupo MAIS foi a ideia do trabalho em equipe, da autonomia, das diferentes profissões no seu trabalho, do investimento no trabalho multiprofissional e na formação dos profissionais.

Por último, o desenvolvimento da pesquisa, passar isso para as outras pessoas. O Prata da Casa também tem um pouco deste objetivo, de não concentrar o conhecimento que é produzido dentro da equipe, mas compartilhar isso.

E a própria ideia do Grupo MAIS, de um modelo novo de assistência, que possa pegar o paciente e a família desde o começo do adoecimento até o final. Então, acho que isto

também é uma questão bastante inovadora e muito importante dentro deste projeto.

Monira Samaan Kallás *Odontologia*



Minha formação é de dentista, com especialização e mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Ingressei no Hospital Premier em julho de 2008, com o objetivo de montar o serviço de Odontologia no Grupo MAIS. Tudo começou com a preocupação do Dr. Samir em oferecer cuidados bucais para os pacientes do hospital, principalmente para ajudar na prevenção de infecções como a pneumonia broncoaspirativa. A equipe de Odontologia já existia e, com indicação de David Kallás, que na época conduzia um projeto de consultoria e estratégia no Grupo MAIS, escrevi um projeto de prevenção e fui convidada a fazer parte da equipe.

Este trabalho que desenvolvo no departamento de Odontologia, atua nos diferentes setores do Grupo MAIS. Esse departamento também conta com o trabalho da Dra. Agda Moura, doutora em prótese pela faculdade de odontologia da Universidade de São Paulo, e Vanuzia Nunes de Souza, técnica em saúde bucal pela APCD - Associação Paulista de Cirurgias Dentistas.

No Hospital Premier, atendemos os pacientes internados. Nosso trabalho tem como premissa os cuidados paliativos e foca-se na remoção de focos infecciosos bucais, como dentes quebrados, tártaro e placa bacteriana, os quais muitas vezes podem comprometer ainda mais esses pacientes que tem a imunidade diminuída pela doença de base. Também fazemos a promoção de conforto bucal, através

da prescrição de um protocolo de higiene bucal individualizado, o que inclui a hidratação com produtos específicos para pacientes que apresentam boca seca por causa das medicações que usam. Somos também responsáveis pela adaptação ou confecção de novas próteses em pacientes que voltam à dieta via oral, pacientes que se comunicam e pacientes que tem risco de apresentar lesões orais de auto injúria, e, por fim, também fazemos o acompanhamento através de consultas de retorno.

Junto ao Saber MAIS, desenvolvemos pesquisas sobre nosso trabalho no hospital, e com a ProAtiva desenvolvemos um projeto de soluções em odontologia, onde através de um diagnóstico inicial da condição bucal de colaboradores de empresas, oferecemos a melhor solução curativa e preventiva.

Acho este trabalho que desenvolvemos importante porque todo corpo tem uma boca: tratou-se de uma aposta humana e inovadora incluir a saúde bucal como cuidado em pacientes que muitas vezes não verbalizam seus sintomas e cujas doenças de base têm grande correlação com muitas doenças orais.

Ricardo Tavares de Carvalho

Diretor Técnico do Hospital Premier



Sou médico cardiologista de formação, tenho especialidade em terapia intensiva e bioética pela Faculdade de Medicina da USP e trabalho na área de cuidados paliativos desde 2006.

Quando comecei este trabalho ainda estava ligado à terapia intensiva, no HC, e pude participar da confecção, do que posso chamar de “material de base” para que este trabalho pudesse existir lá. E isto hoje é uma realidade. Funciona e existe um serviço sendo consti-

tuído, na área de cuidado paliativo, graças a este trabalho que começou naquela época.

Em 2008, eu vim trabalhar no Hospital Premier, mais amplamente no Grupo MAIS. O meu trabalho sempre foi feito dentro do hospital, até neste momento, em que eu assumo uma função mais global no projeto.

O Hospital Premier e o Grupo MAIS tem uma filosofia de trabalho na qual eu particularmente acredito muito que é a de prestar uma assistência que seja devida e apropriada para os pacientes portadores de doenças crônicas voltadas especificamente, ou de uma forma mais frequente, para a população geriátrica. Não é só a população geriátrica que tem necessidade de um atendimento apropriado e condizente com as suas necessidades, mas o nosso foco acaba sendo principalmente este.

A filosofia de trabalho do Grupo MAIS vem de encontro a uma necessidade que está cada vez mais evidente dentro da assistência à saúde que é a de perceber que o desenvolvimento técnico-científico que ocorreu mais ou menos na segunda metade do século XX, foi muito importante, pois promoveu o aumento no tempo e na qualidade de vida para as pessoas. Entretanto trouxe alguns problemas, se é que se pode chamar desta maneira, ligados inentemente a esta prática.

Com esta hipervalorização do tecnicismo, do olhar que é voltado para o agudo, para emergência, para a resolução das situações, para salvar as vidas, se criou uma situação em que indivíduos, para os quais estas tecnologias não são necessariamente aplicáveis, as recebam, e isto faz com que se configure um quadro, que a gente vê claramente hoje em dia no desenrolar da prática médica, que é um distanciamento do profissional de saúde, principalmente do profissional médico, com relação ao seu paciente, à família, com relação aos interesses reais destas pessoas, principalmente no que diz respeito à promoção

da qualidade de vida e alívio do sofrimento.

Tudo se voltou para uma grande obrigação, um grande sentido de salvar a vida a qualquer custo, sem que se pense em quais são os desejos destas pessoas ou sobre o que esta pessoa está disposta a se submeter ou enfrentar quando estamos tentando reestabelecer uma condição de saúde.

Então vira uma obstinação pela tentativa de cura, pela tentativa de promover uma vida ou um resgate de uma qualidade de vida de com uma funcionalidade que frequentemente não é mais possível. E quando isso não é possível, quando se emprega técnicas ou meios inapropriados pra isso, o que se acaba conseguindo é agregar um grande sofrimento a estas pessoas e deixá-los afastados da sua estrutura familiar, por exemplo, dentro de uma UTI ou um hospital que não tem este tipo de visão.

Com a percepção de que isto é uma realidade, a proposta do Grupo MAIS, de promover uma assistência que promova de fato qualidade, de fato uma assistência que seja devida no sentido de promover a recuperação e a qualidade de vida dentro de condições possíveis, e usando o trabalho de uma equipe multiprofissional, que frequentemente é negligenciado, por este outro modelo de medicina, vamos chamar de tradicional. Esta filosofia de trabalho traz um diferencial muito importante, pois consegue resgatar um olhar para estes pacientes e estas famílias no sentido de promover o que de fato eles precisam.

Esta promoção de uma medicina de qualidade, além de trazer bons resultados, acaba tendo um efeito, que vamos chamar de colateral, que acaba sendo interessante para o sistema, que é uma racionalização de aplicação do recurso. Você tem com isso a possibilidade do emprego de recursos técnico ou tecnológicos, que são pertinentes pra quem de fato precisa deles e que não vão ser aplicados para quem não vai ter nenhum tipo de benefício.

Quer dizer, com isso a gente consegue ir olhando para estas famílias e estas pessoas, com um olhar mais próximo e envolvido, podendo observar se eles estão na casa deles, se estão em hospital, se estão em uma estrutura ambulatorial, se esta estrutura que ele está fazendo uso no momento é de fato a mais apropriada para ele ou se ele precisa de outro recurso que o sistema pode dar. Ele recebe, por exemplo, recurso hospitalar, faz uso dele e, no momento que isso não é mais indicado, retorna à sua condição, ou em casa, ou ambulatório, para que possa ser conduzido ao longo da evolução da sua doença.

No momento da evolução posterior, e que por algum motivo e por diversas circunstâncias, se observa que o momento do final da vida se aproxima, em que a condição de saúde fica tão complexa que provavelmente não vai poder ser manejada de uma forma simples, a estrutura do hospital entra como uma possibilidade de poder agregar um recurso adicional, e dentro deste recurso existe a intenção muito forte de poder se reconhecer limites e fazer com que mesmo dentro de uma estrutura mais especializada este ente possa receber o que de fato ele precisa e o que de fato vai beneficiá-la, caso se considere, tecnicamente, que não há uma condição de resgate, que a fase final, da terminalidade da vida, é chegada. O desejável, talvez, fosse que as pessoas pudessem morrer em casa, junto com suas famílias... Mas isso é bem mais romântico do que factível, em muitos casos, na realidade.

Neste momento, essas pessoas precisam de um olhar que a gente chama de assistência à terminalidade, que está completamente dentro da filosofia de trabalho do Grupo, e que é a filosofia de Cuidado Paliativo, redefinida de uma forma muito clara pela OMS em 2002: promover qualidade de vida para pacientes e famílias que enfrentam problemas decorrentes de doenças graves ameaçadoras da vida, através da promoção e alívio de sofrimento.

**Sônia Regina
Candalo Durães**
Governança



Trabalho no Hospital Premier há 4 anos, onde entrei como recepcionista e ocupei este cargo por 6 meses até receber a proposta para ser líder de governança, onde estou até hoje. Deu certo, gosto muito do que faço e estou batallhando para crescer cada vez mais. Antes, eu era bancária, trabalhei 16 anos nessa área, em horário comercial e totalmente diferente do que eu faço hoje. Nunca me imaginei trabalhando em um hospital.

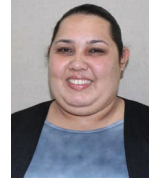
O Premier me trouxe um conhecimento muito grande do que é ser humilde, carinhoso, afetuoso. Me ensinou a lidar com cada pessoa, cada tipo de emoção. Às vezes as pessoas estão irritadas, chorosas, alegres, então tem que saber como lidar com cada pessoa. O Premier, para mim, é uma lição de vida.

A minha função é gerenciar a limpeza, proporcionar locais limpos, adequados para uma família que chega. Eu preparo o quarto para o paciente que vai chegar, desde pintura a troca de algo que quebra. Atendo as famílias quando precisam de uma mesa, uma cadeira, uma televisão, mas também escuto familiares que precisam de atenção e que começam a conversar comigo, como um desabafo. Nestes casos, oriento um profissional adequado para resolver a situação. A governanta deve estar em todas as equipes. Quando ela for chamada, ela precisa estar presente, e esse é o meu trabalho aqui.

Acho que dentro do Premier todos os profissionais são importantes e o nosso diferencial, que eu não vejo em outro hospital, é que além de a gente trabalhar para um crescimento ainda maior, temos um lado humano, de atenção, do carinho, de ser prestativo. Isto é o diferencial do Premier, a humanização. A equipe está

sempre trabalhando junto, então isto pra mim é muito gratificante. Ver o retorno de uma família que nos agradece, nos dá um sorriso, isto é um dia ganho.

Tatiana Arini
Terapia Ocupacional



Eu me formei na São Camilo em 2007 e ingressei no Hospital Premier em junho de 2008. Comecei no homecare como visitadora, mas no mesmo ano fui para o Hospital.

Quando foi inaugurado o segundo andar, a Marília Othero me convidou para trabalhar como terapeuta ocupacional. Continuei nestas funções, TO e visitadora, até 2011 em que parei de fazer as visitas domiciliares nas casas e passei a coordenar o serviço de terapia ocupacional do homecare. Hoje, eu trabalho com a organização da rotina da equipe, atendendo os pacientes, faço elaboração dos grupos dos pacientes e o levantamento de compras de materiais que são necessários para as oficinas.

Quanto ao atendimento, o paciente chega e sou avisada por e-mail, então, informo para uma das TOs, que fazem uma avaliação inicial do paciente, verificando tudo o que é preciso emergencialmente. Elas entram em contato com a família, para realizar um levantamento da história de vida do paciente e em cima desta história procuramos trazer na sua hospitalização atividades que lhe sejam significativas.

A partir desta avaliação inicial, a gente classifica o paciente dentro de um plano de acompanhamento:

Reabilitação: Atenção máxima da TO – resgate de atividades significativas, reabilitação

cognitiva, treino de atividades de vida diária, enriquecimento do cotidiano, promoção de interações, etc.

Atendimentos individuais: Treinos de AVD e memória, orientação ao cuidador, independência e autonomia – podem ser feitos no quarto ou na sala de TO; Atendimentos em grupo: Grupo (a partir de avaliação e critérios de inserção) oficinas, bingos e jantares.

Paciente crônico com algum grau de funcionalidade: Atenção máxima da TO – resgate de atividades significativas, manutenção da capacidade funcional, enriquecimento do cotidiano, promoção de interações, estimulação sensorial, etc. Atendimentos em grupo devem ser priorizados; Atendimentos individuais (no quarto ou na sala de TO), a depender do caso: família/paciente resistente ao grupo, necessidade de maior atenção do terapeuta, impossibilidade de atividades em grupo, etc.

Paciente crônico totalmente dependente: Atenção média da TO - enriquecimento do cotidiano, observação da resposta aos estímulos, avaliação de possibilidades de interação/comunicação, orientação ao cuidador quanto aos estímulos; posicionamento e conforto.

Para alguns pacientes crônicos a gente tenta levar músicas, porque não nos interessa se ele está em coma ou não. Ele é um paciente e está ali, vivo. Então, a gente tenta, mesmo neste quadro, resgatar a história de vida dele, trazer fotos da família, trazer coisas que eram importantes pra ele. Achemos isso importante porque os únicos estímulos que ele recebe no quarto são troca de decúbito, troca de fralda, aplicação de injeção, ou seja, estímulos negativos e dolorosos. Então, a gente tenta levar algo positivo, que resgata o que ele foi no passado.

Fazemos também oficinas abertas para todos os pacientes, cuidadores e familiares. Isso é muito importante para o cuidador que fica

24h dentro de um quarto com o paciente doente. Nesses momentos, a gente tenta ficar o maior tempo possível com os pacientes para que os cuidadores fiquem livres.

Acho que o diferencial do Grupo MAIS é que ele consegue ter este olhar sobre o paciente antes da deformidade e tentar construir um atendimento de uma forma que ele não tenha aquele problema. Outra coisa é que o hospital mantém a autonomia dos pacientes, para que ele se alimente sozinho, para que ele tome banho sozinho, isto é muito importante para o paciente. Muitas vezes pra gente é algo pequeno, mas para o paciente é muito importante.

Vanessa Fischer
Contas Médicas



Eu sou enfermeira formada em 2005, na USP. Entrei para o Grupo em junho de 2006 e foi o meu primeiro emprego. Entrei como enfermeira case do homecare. Eu era responsável por um grupo de pacientes que eram atendidos no domicílio, aí eu acompanhava visita médica, envio de material e medicamentos, se ele precisava fazer exame ou ser removido para algum lugar. Era meio que concentrando a assistência de um grupo de pacientes.

Depois de oito meses de trabalho, aconteceu que o modelo do homecare foi mexido pela primeira vez e eu acabei saindo de enfermeira case e fui para enfermeira da escala. A escala, na época, tinham três cooperativas que trabalhavam com a gente e mandavam auxiliar de enfermagem para os pacientes de São Paulo inteiro e até de outros Estados. Aí a gente mudou a escala, tiramos as cooperativas aqui de dentro, mandamos as escaladoras cada uma para a sua cooperativa, aí isso reduziu custo com instalação, computador, tudo que a gente fornecia

naquela época.

Foi quando passei num concurso público, e comecei a trabalhar num pronto-socorro. Fiquei quatro meses como enfermeira de PS. Como na época de faculdade eu queria trabalhar com emergência, só quando estava lá no pronto socorro que comecei a perceber que estava cuidando das pessoas não do jeito que eu acreditava que era o jeito certo. Eu estava cuidando das pessoas do jeito que a gerente de enfermagem acreditava, o administrativo do PS acreditava. Sempre falo isso porque foi o que marcou muito o que eu passei lá: enquanto eu tinha que trocar o curativo do piercing do umbigo da filha do vereador, o baleado esperava na fila do corredor para ser atendido na sala de emergência. Não tinha espaço para pensar ou questionar porque a supervisora de enfermagem não era acessível.

Não era permitido conversar entre nós. Nem aos domingos, quando a supervisora não estava, a gente não conseguia porque naquele sistema não podíamos fazer nada. Tinha sempre alguém de olho, sempre alguém dando bronca e também tinha sempre muita gente com benefícios. E estamos falando do SUS, então eu começava a entrar em conflito com minha própria formação, tudo que aprendi sobre “equidade” e “universalidade”.

Foi quando o Márcio Sampaio, que era coordenador do homecare, me ligou pedindo uma ajuda para fechar uma folha de pagamento de cooperativa, que era o que eu fazia antes.

Como eu trabalhava dia sim e dia não, fui até o homecare ajudar o Márcio e acabei encontrando o Samir, que me falou que estava reestruturando o Contas Médicas e que queria me trazer de volta. Minha resposta foi: “ah, meu Deus do céu! Eu também estou doida para voltar. Não aguento mais ficar naquele lugar. Estou pirando!” E eu estava passando mal mesmo. Foi quando voltei.

Assim, em 2008, voltei para trabalhar para o Contas Médicas. O Premier era muito pequeno, tinha pouco mais que 20 leitos, mas o Home

Care era muito grande, com 180 pacientes. Havia duas pessoas que naquela época faziam o fechamento das contas e enviavam para os convênios. Só que essas pessoas não analisavam as contas que enviavam, e não havia conhecimento e fluxo estabelecido com relação às glosas, que é quando um convênio não paga o valor cobrado. Então, nunca ninguém tinha recusado: cobravam cinco mil e o convênio pagava três e aqueles dois mil ninguém corria atrás. Foi então que decidi começar a fazer as glosas, estudar os contratos e acabei entrando no faturamento.

Hoje no Premier, onde tudo era feito em Excel, desde 2008 já estamos fazendo todo o faturamento através do sistema. No arquivo, que era uma sala inteira para guardar papeis, armazenamos os DVD's, onde salvamos atualmente os documentos, hoje temos tudo sobre contas em sistema. Reduzimos um monte de coisas e organizamos os processos de trabalho.

Conforme o Premier foi crescendo, com ele foram crescendo os problemas na hora de fazer o fechamento das contas. Eu precisava de prontuários, de autorizações e tinha muita coisa que ainda estava nas mãos da gerência de enfermagem, sobrecarregada, que não conseguia fornecer o material que o faturamento precisava. Foi quando acabei assumindo todo o setor administrativo. Passei, então, a cuidar das contas, da internação, das autorizações, do arquivo de prontuários, enfim, tudo o que precisa para mandar a conta certa acabou ficando sob os meus cuidados. Montamos uma equipe e tudo passou a funcionar bem. Continuo até hoje como gerente de contas, reviso todas as contas antes delas saírem, faço todos os recursos de glosa, discuto orçamento e reajuste de contrato com os convênios.

Em 2011, o Samir teve a ideia de criar o Conselho Executivo e me convidou. De início, ninguém quis, mas no fim acabamos ficando o Márcio Sampaio, a Marília Othero e eu. Pouco depois a Marília deixou de trabalhar no hospi-

tal, mas o Márcio ainda está no Home. Então passei a ser do Conselho Executivo, enquanto também era do Contas Médicas. Aconteceu também da nossa gerente de enfermagem sair e acabei ficando com enfermagem também.

Como Conselho Executivo dou suporte para todas as outras áreas. Já mexemos, por exemplo, na manutenção e na gastronomia. Tudo que aconteceu de mudanças desde 2011, o Conselho Executivo acabou participando.

Agora está assumindo uma diretoria nova pra ajudar. O Marcelo, a Andrea e o Guto, cada um cuida de um grupo de setores, e a ideia é que a gente consiga organizar os processos. Esse é o trabalho.

Na minha visão, o Grupo se preocupa com as pessoas. Pensando na situação dos idosos hoje, que é o nosso foco, pensando no que o convênio oferece para as famílias, no que acontece nestes prontos-socorros da vida em que o idoso procura com um problema, e realizam várias intervenções, e medicações, e depois encaminham para nós, quando o idoso já está muito mal. A visão que eu tenho é de realmente tentar mudar esta realidade, é do Grupo conseguir, e não sei o quanto a gente está perto ou longe, às vezes eu acho que a gente está perto, mas às vezes acho que falta muita coisa ainda, mas eu acredito que a gente vai conseguir mudar mesmo a visão do sistema de saúde pra atender esta população, e eu quero quando envelhecer ser atendida de um jeito diferente do que é feito hoje.

Eu gostaria que o modelo do Premier fosse acessível para todo mundo, e que não ficasse dependendo de questões como se convênio cobre, convênio não cobre. Muita coisa mudou aqui com relação ao convênio. Antes a autorização para fazer qualquer coisa, paciente precisando de alguma coisa, ficava esperando. Hoje a gente faz o que o paciente precisar, e o contas se entende com os convênios. Não dá pra esperar uma semana para vir uma autorização para dar um antibiótico para o paciente.

O Premier é diferente, ele é único. O que a gente tem hoje de serviços disponíveis é casa de repouso, hospital de retaguarda, casa de repouso às vezes tem equipe de enfermagem que ajuda com medicação, trocas, mas não tem suporte médico, não tem discussão de caso, não tem acompanhamento, não tem ciência por traz, é simplesmente cuidado. É legal? É legal. Mas têm muitos pacientes que precisam mais do que isso, eles são pacientes, estão doentes, eles precisam de uma equipe de saúde envolvida, com planos de cuidados traçados e que devem ser seguidos.

Hoje não tem um comparativo no mercado como o Premier. Muita gente ainda enxerga o Premier como hospital de retaguarda. Hospitais de retaguarda servem para liberar leitos em grandes hospitais, e recebem pacientes que não têm mais quadro complexo, normalmente pacientes que “não têm mais o que fazer”. Não, aqui tem muito o que fazer com o paciente, tem muito o que fazer com a família. Buscamos fazer com que eles se sintam confortáveis, acolhidos, livres de seus sintomas desagradáveis, presentes em um espaço físico bonito, cercado de pessoas que ele gosta e sendo cuidado por pessoas que se preocupam com ele.

Eu acho que o grande diferencial do grupo é a preocupação, é o cuidado que a gente presta, isto está ficando cada vez mais claro. Muitas famílias que internam aqui os pais e parentes, ou porque o paciente tem alta e melhorou, ou mesmo se o paciente vai a óbito, as famílias voltam para falar com a gente, mandam carta, agradecem, ligam no convênio e elogiam os nossos serviços. Mesmo que o final tendo sido um óbito - que não é bom, não vou falar que morrer é lindo, porque não é, morrer é feio, ver a pessoa definhando, sem comer, com dor, respirando mal, não conseguindo controlar suas fezes e urina, não é bonito. Mas as famílias voltam, mesmo as que perdem alguém aqui elas voltam pra agradecer. Assim, o processo de morte tem ficado uma coisa mais natural, e é o que a gente faz. A gente está vendo este retorno.



Grupo que, em 2010, participou do 1º Curso de Introdução à Escrita Científica para produzir a primeira edição da revista Prata da Casa - escritas do cotidiano de uma equipe que cuida.



Parte da equipe que participa do 1º Curso de Pós-Graduação sobre Cuidados Paliativos, em 2013. Com eles, essa história deve continuar...

Parte C

Um sonho sonhado junto

10

Sessão Averroes & Prata da Casa: o cinema e as letras tratando da vida*



Por Ana Luisa Zaniboni Gomes
Jornalista, pesquisadora e diretora da OBORÉ

Relatamos aqui duas importantes experiências desenvolvidas no âmbito do Grupo MAIS que se utilizam do cinema e das letras como recursos geradores e socializadores de conhecimentos. Referimo-nos a sessões de cinema que incentivam reflexões sobre o envelhecimento e a terminalidade da vida e a publicações com narrativas de equipe multiprofissional focadas no atendimento a pacientes terminais.

A primeira delas é a Sessão Averroes de Cinema e Reflexão: atividade mensal, gratuita e aberta, desenvolvida na Cinemateca Brasileira, em São Paulo. Ali acontece, toda última terça-feira do mês, projeção de uma obra cinematográfica seguida de mesa de reflexão com especialistas das mais variadas áreas do saber. Seu intuito é refletir sobre o cinema enquanto recurso de ensino-aprendizagem, difusão, troca e ampliação de conhecimentos sobre temas ligados à vida e sua terminalidade, ao envelhecimento e aos desafios dos cuidados paliativos.

A segunda experiência refere-se à revista Prata da Casa – escritas do cotidiano de uma equipe que cuida - produzida a partir de relatos de profissionais que atuam com pacientes atendidos em cuidados paliativos.

Criada em 2008 o intuito da revista é socializar saberes e práticas sistematizados a partir da vivência das equipes multiprofissionais que atuam no Grupo MAIS.

Olhando o mundo que nos cerca

A ideia de promover atividades de cunho educativo e mobilizador que conseguissem tangenciar as grandes questões relacionadas à vida e à morte nasceu do compromisso assumido por um grupo de profissionais da saúde, jornalistas, artistas, arquitetos e pesquisadores de aportar mais visibilidade social aos temas que envolvem o envelhecimento, as condições de saúde dos idosos no Brasil e, mais fortemente, a finitude da vida e os cuidados paliativos.

Capitaneados pelo Hospital Premier, este grupo multidisciplinar inicia, em 2007, suas primeiras discussões sobre a importância de atividades que, mais que aprender e ensinar, pudessem sensibilizar a sociedade acerca dos Cuidados Paliativos.

Torna-se, assim, missão institucional do Hospital dialogar com a sociedade através de ações que envolvam as artes, as ciências, a comunicação e a cultura a fim de que as

práticas paliativistas sejam mais conhecidas do público leigo como um direito humano inalienável.

Com o pressuposto de que ao lado das políticas públicas, das ações de governo, das entidades e das empresas, é preciso generalizar na sociedade um sentimento de solidariedade e colaboração com os milhões de idosos solitários e esquecidos, algumas estratégias foram adotadas para aproximar, inicialmente, segmentos profissionais já envolvidos no assunto e a população da cidade de São Paulo que vive a fase idosa ou convive com idosos no seu cotidiano.

A primeira atividade estratégica foi organizar exibição de filmes com debates abertos aos hospitais, faculdades, instituições e personalidades dedicadas aos idosos, aos pacientes crônicos e quem mais tivesse interesse em tais assuntos.

Coincidentemente, no começo de 2008, foi lançado em São Paulo o filme “Signo da Cidade”, escrito por Bruna Lombardi e dirigido por Carlos Alberto Riccelli, que trata delicadamente de dois temas desafiadores do nosso tempo: solidão e solidariedade. Propusemos que todos os colaboradores do Hospital assistissem à película no cinema de sua preferência e guardassem o tíquete do ingresso pois seriam reembolsados. E assim foi.

Nessa ocasião, o Premier já dispunha de um pequeno auditório onde dávamos partida a uma série de reuniões com profissionais da saúde e que foram batizadas de “Encontros para ver e compreender melhor o mundo”. Procuramos os produtores do “Signo da Cidade” e conseguimos que Bruna e Riccelli participassem de uma reflexão sobre o filme com médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, psicólogas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, enfim, com as

pessoas que cuidam dos pacientes do Premier. Foi assim que aconteceu uma jornada inesquecível que nos ajudou a todos a encontrar novas formas e posturas de relacionamento efetivamente humanizado quanto aos parentes e doentes em estado terminal ou submetidos a grande sofrimento.

Com essa experiência semente bem sucedida, fomos ao encontro da Cinemateca Brasileira - organização pública vinculada ao Ministério da Cultura e cujas instalações pertencem à Prefeitura Municipal. Com a imediata acolhida pela Diretoria ao nosso projeto embrionário, ali organizamos, em setembro de 2008, o 1º Ciclo de Cinema e Reflexão – Aprender a Viver, Aprender a Morrer co-realizado pela Cinemateca, Premier, OBORÉ e apoiado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos, Instituto Paliar e Faculdade de Medicina de Itajubá (MG).

Por sugestão do seu Diretor à época, Carlos Magalhães, a Cinemateca passou a sediar, mensalmente, uma sessão destinada a profissionais e estudantes das áreas da saúde, comunicação e humanidades, e a todos os interessados em refletir, examinar e debater a condição humana, a vida e sua terminalidade. São as chamadas Sessões Averroes de Cinema e Reflexão que, ao longo destes cinco anos, já atraíram mais de quatro mil pessoas oriundas de cerca de 150 diferentes instituições, contando com a participação do que há de mais destacado no mundo das artes, das ciências, do jornalismo, do cinema e da medicina em suas diversas mesas de reflexão.

As sessões foram assim batizadas para reverenciar a vida e a obra de Averroes - personagem islâmico ibérico que viveu em Al-Andalus (1126-1198) e que representou, no século XII, o ponto mais alto da cultura e da tolerância no ocidente. Foi dirigente político e religioso, atuou como jurista, médico e filósofo, foi tradutor e comentador

de Aristóteles e deixou textos da maior significação sobre Medicina, Física, Astronomia, Jurisprudência, Filosofia, Teologia, marcando profundamente a história do pensamento cristão, judaico e islâmico. Reconhecido como um dos pais da Medicina, a figura de Averroes simboliza o viver com ética, a sede do saber, a razão como método científico, a tolerância com outras culturas e a bondade em relação ao ser humano. A base de suas indagações filosóficas e políticas permanecem atuais.

Sessão Averroes de Cinema e Reflexão

A atividade, aberta e gratuita, incorporou-se à programação permanente da Cinemateca Brasileira, em 2009. Realizada mensalmente, seu público é formado por médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas e também estudantes. Seu maior objetivo é despertar a sensibilidade dos profissionais da saúde para a importância de uma abordagem humanística da Medicina, que aprimore a forma como são tratados pacientes terminais e reduza o sofrimento daqueles que estejam à beira da morte e também de seus familiares. Responsável pela preservação da produção audiovisual brasileira, a Cinemateca desenvolve atividades em torno da difusão e da restauração de seu acervo, um dos maiores da América Latina. São cerca de 200 mil rolos de filmes, entre longas, curtas e cinejornais. Possui também um amplo acervo de documentos formado por livros, revistas, roteiros originais, fotografias e cartazes.

Em pesquisa realizada em 2012 com frequentadores das Sessões Averroes, Branca Braga, Relações Públicas do Grupo MAIS, concluiu que tais atividades estão sendo úteis para que as pessoas em geral tenham uma experiência concreta de conhecer e refletir sobre as condições do envelhecimento e da terminalidade da vida. Desde a estreia,

em novembro de 2008, até o mês de julho de 2013, foram realizadas 40 sessões, com média de público de 115 pessoas.

Prata da Casa – escritas do cotidiano de uma equipe que cuida

A segunda atividade estratégica adotada para aproximar os vários subsistemas profissionais envolvidos com os cuidados paliativos foi o lançamento da revista Prata da Casa, especialmente concebida para socializar reflexões e práticas cotidianas voltadas a pacientes em cuidados paliativos e desenvolvidas na esfera de atuação do Home Care São Paulo Internações Domiciliares e do Hospital Premier. Os artigos são produzidos por autores com variados graus de formação a partir de suas vivências e experiências profissionais diárias com pacientes internados ou nos atendimentos domiciliares.

A revista é importante para o grupo de profissionais não só por ser um produto cultural mas pela forma com que é construída. De fato, antecede a cada edição um período preparatório em que os autores definem seus temas e organizam os caminhos de seus textos. Tais momentos de dedicação integram a carga horária funcional de cada um dos colaboradores, o que significa o reconhecimento de que a integralidade de um modelo de atenção à saúde depende também da busca de uma formação integral do ser humano que nele atua.

Os cursos de introdução à escrita científica, de cunho educativo não-formal, foram oferecidos gratuitamente aos interessados em desenvolver suas capacidades de escrita a partir de uma revisão dos princípios metodológicos que envolvem a elaboração de artigos escritos, técnicos ou científicos. Foram concebidos e ministrados de 2010 a 2012 pela OBORÉ, em parceria com o Departamento de Jornalismo e Editoração da ECA-USP.

Tomando como exemplo o curso do ano passado - realizado em oito encontros quinzenais entre os meses de março e junho de 2012 - a atividade reuniu 25 participantes e totalizou 48 horas de atividades presenciais, de leitura e de práticas de produção de texto. Recebemos no auditório Freitas Nobre da ECA e no auditório do Hospital Premier um seleto grupo de professores, pesquisadores e profissionais ligados aos campos da saúde e da comunicação: Ausonia Favorido Donato, pedagoga, sanitaria e pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; Aureliano Biancarelli, jornalista e escritor; David Braga Jr, médico e administrador público, diretor médico da Associação Classes Laboriosas; Henrique Afonseca Parsons, sanitaria e paliativista, diretor do Saber MAIS – Centro de Educação e Pesquisa; José Coelho Sobrinho, jornalista, professor e pesquisador do Departamento de Jornalismo da ECA/USP; José de Paula Ramos Jr., doutor em Literatura Brasileira, professor e

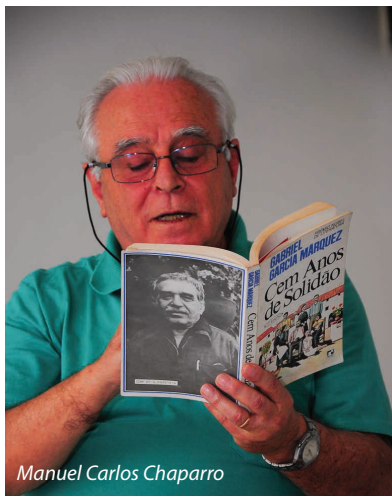
pesquisador do Curso de Editoração da ECA/USP; Manuel Carlos Chaparro, livre docente da ECA/USP e ex-presidente da INTERCOM - Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, e Marina Ruiz de Matos, cientista social, docente do Departamento de Medicina Preventiva da Unifesp e pesquisadora científica da Superintendência de Controle de Endemias da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

De forma generosa e compartilhadora, cada convidado abordou temas não só de caráter técnico mas também humanista, que muito contribuíram para a reflexão de cada um dos presentes acerca de suas práticas cotidianas. E, evidentemente, de como transpor para o papel alguns momentos de uma experiência vivida no dia a dia de suas profissões.

Ao longo de suas cinco edições, o Prata da Casa socializou 144 artigos de 96 autores das áreas da saúde e da comunicação.



** Resumo do artigo apresentado no Congresso Iberoamericano de Ciências da Comunicação (IBERCOM), em Santiago de Compostela, Espanha, em maio de 2013. Íntegra do texto em www.estudiosaudiovisuais.org*



Manuel Carlos Chaparro



José de Paula Ramos Jr.



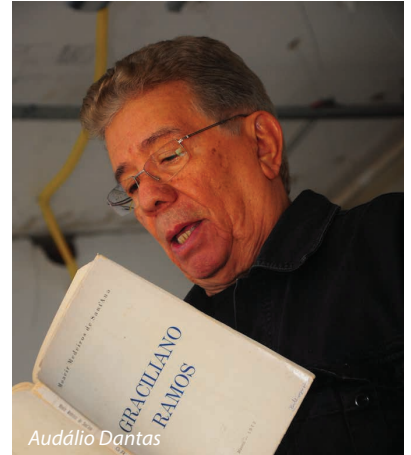
Angélica Yamaguchi



Ana Luisa Gomes



José Coelho Sobrinho



Audílio Dantas



Marina Ruiz de Matos



Marcelo Soares



Ausonia Donato



David Braga Jr.



Grupo do curso de 2012 com Aureliano Biancarelli

FILMOGRAFIA COMPLETA – SESSÃO AVERROES & CICLOS DE CINEMA E REFLEXÃO

2008	Filme	Mesa de Reflexão
1º CICLO DE CINEMA E REFLEXÃO – OUT/ 2008	Cazuza – O tempo não pára Direção: Walter Carvalho e Sandra Werneck (Brasil, 2004)	Kleber Lincoln Gomes, Ausonia Donato, Angélica Yamaguchi e Eliane Brum
	Fale com ela Direção: Pedro Almodóvar (Espanha, 2002)	Marília Bense Othero, Haroldo Cesar S. Filho, Regina Pilar Galhego Arantes e Dalva Yukie Matsumoto
	Viver Direção: Akira Kurosawa (Japão, 1952)	Maria Goretti Sales Maciel, Maria Júlia Kovacs, Débora Genezini e Wilson Freire
	ABC da greve Direção: Leon Hirzmann (Brasil, 1979)	Sergio Gomes, Maria Rita Khel, João Guilherme Vargas Netto, Carlos Augusto Calil e Célia Camargo
21 de novembro de 2008	Uma lição de vida Direção: Mike Nichols (EUA, 2001)	David Braga Jr, Rita Macieira e Sergio Gomes
2009	Filme	Mesa de Reflexão
16 de fevereiro de 2009	Trechos de filmes com temáticas de cuidados paliativos e terminalidade	Kleber Lincoln Gomes, João Batista de Andrade, Reinaldo Ayer e José Luiz Del Roio
30 de março de 2009	Minha Vida Sem Mim Direção: Isabel Coixet (Espanha / Canadá, 2003)	David Braga Jr., André Klotzel e Luiza Stermann Heimmann
27 de abril de 2009	O Jardineiro Fiel Direção: Fernando Meirelles (EUA, 2005)	Ricardo Tavares de Carvalho e José Ruben de Alcântara Bonfim
25 de março de 2009	Depois da Vida Direção: Hirokazu Kore-eda (Japão, 1998)	Maria Goretti Sales Maciel e Marcelino Freire
29 de junho de 2009	O Signo da Cidade Direção: Carlos Alberto Riccelli (Brasil, 2007)	Dalva Yukie Matsumoto, Jane Sayd, Bruna Lombardi e Carlos Alberto Riccelli
27 de julho de 2009	O Escafandro e a Borboleta Direção: Julian Schnabel (França/EUA, 2007)	Marília Bense Othero, Solange Tedesco e Manuel Carlos Chaparro
1º de outubro de 2009	Longe Dela Direção: Sarah Polley (Canadá, 1996)	David Braga Jr., Ausonia Donato e Milton Luiz Gorzoni
2º CICLO DE CINEMA E REFLEXÃO – OUT/ 2009	11 de Setembro - 11'09"01 Direção: diversos. Curta de Youssef Chahine (Egito, 2002, 11 minutos) e O Destino Direção: Youssef Chahine (Egito, 1997)	Sergio Gomes, José Luiz Del Roio e Rita Vaz
	Parente é Serpente Direção: Mário Monicelli (Itália, 1992)	Kleber Lincoln Gomes, Ruth Gelehrter e Maria Júlia Kovacs
	Duas Semanas Direção: Steve Stockman (EUA, 2006)	David Braga Jr., Pedro José Vilaça e Miriam Chnaiderman
	Illusion Direção: Michael Agoorjian (EUA, 2004)	David Braga Jr., Maria Fernanda Cassavia e Ana Luisa Zani-boni Gomes
	A Vida Secreta das Palavras Direção: Isabel Coixet (Espanha, 2005)	

	O Tempo que Resta Direção: François Ozon (França, 2005)	
	O Óleo de Lorenzo Direção: George Miller (EUA, 1992)	
	Menina de Ouro Direção: Clint Eastwood (EUA, 2004)	
	A Família Savage Direção: Tamara Jenkins (EUA, 2007)	
	Iris Direção: Richard Eyre (Inglaterra, 2001)	
	O Fim da Vida Documentário da BBC de Londres (Inglaterra, 1998)	
	Mar Adentro Direção: Alejandro Amenábar (Espanha, 2004)	
19 de outubro de 2009	Tia Danielle – Perversa e Perigosa Direção: Etienne Chatiliez (França, 1993)	Marcio Sampaio Mendes e Luiza Watanabe Dal Bem
30 de novembro de 2009	A Partida Direção: <u>Yojiro Takita</u> (Japão, 2009)	Olga Futemma, Leonel Braga e Marco Antonio Rocha
2010	Filme	Mesa de Reflexão
25 de janeiro de 2010	Liberdade de Imprensa Direção: João Batista de Andrade (Brasil, 1967)	João Batista de Andrade e Audálio Dantas
22 de fevereiro de 2010	Sicko - \$O\$ Saúde Direção: Michael Moore (EUA, 2008)	David Braga Jr., Gonzalo Veccina Neto, Luis Nassif e Leandro Saraiva
29 de março de 2010	Merchandising Social e Teledramaturgia Brasileira Saúde, Merchandising Social e Teledramaturgia (material didático)	Dalva Yukie Matsumoto, Márcio Ruiz Schiavo e Esther Império Hambúrguer
26 de abril de 2010	A Classe Operária Vai ao Paraíso Direção: Elio Petri (Itália, 1971)	Maria Maeno, Leny Sato e João Guilherme Vargas Netto
31 de maio de 2010	O Fim da Vida Parte 7 do documentário O Corpo Humano (Londres/BBC, 1998)	David Braga Jr., Marco Tullio de Assis Figueiredo e Maria das Graças Mota Cruz de Assis Figueiredo
28 de junho de 2010	O Conhecimento é o Começo Direção: Paul Smaczny (Alemanha, 2006)	Soraya Smaili, José Luiz Del Roio, Marcus Vinicius de Andrade e Ricardo Tavares de Carvalho
26 de julho de 2010	As Invasões Bárbaras Direção: Denys Arcand (Canadá, 2003)	José Henrique Rodrigues Torres, Reinaldo Ayer e Kleber Lincoln Gomes
30 de agosto de 2010	Frida Direção: Julie Taymor (EUA / Canadá, 2002)	Ricardo Luiz Smith, Cynthia Andersen Sarti e José Luiz Del Roio
3º CICLO DE CINEMA E REFLEXÃO – SET/ 2010	Com o passar do tempo Documentário da BBC (Londres, 1998)	Angélica Yamaguchi, Andréa Viude e Marcel Hiratsuka
	Uma Prova de Amor Direção: Nick Cassavetes (EUA, 2009)	Dalva Yukie Matsumoto, José Henrique Rodrigues Torres e Mariangela Petrosino
	A História de Louis Pasteur Direção: William Dieterle (EUA, 1935)	José Luiz Del Roio, Guiomar Lopes, Soraya Smaili e Esper Georges Kallás
	Fome de Viver Direção: Tony Scott (EUA, Inglaterra, 1983)	
	O Caso Alzheimer Direção: Erik Van Looy (EUA, 2005)	

	As filhas de Marvin Direção: Jerry Zaks (EUA, 1996)	
	Balada de Narayama Direção: Shohei Imamura (Japão, 1983)	
29 de novembro de 2010	Vênus Direção: Roger Michell (Reino Unido/EUA, 2006)	Carmita Abdo, Luiz Roberto Ramos, Dalva Yukie Matsumoto e David Braga Jr.
2011	Filme	Mesa de Reflexão
28 de fevereiro de 2011	Elsa e Fred – um amor de paixão Direção: Marcos Carnevale (Espanha / Argentina, 2005)	Sergio Paschoal, Gilberto Natalini e Rita Vaz
28 de março de 2011	Música em hospitais e instituições de idosos: uma experiência europeia Direção: Luiz F. Santoro e Victor Flusser (Brasil, 2011)	Victor Flusser, Luiz Fernando Santoro e Ivan Vilela
25 de abril de 2011	Almoço em Agosto Direção: Gianni di Gregório (Itália, 2008)	Dalva Yukie Matsumoto, Miriam Ikeda Ribeiro e Oswaldo Luiz Colibri Vitta
30 de maio de 2011	A Janela Direção: Carlos Sorin (Argentina, Espanha, 2008)	Maria Goretti Sales Maciel, Marília Cristina Prado Louvison e Marina Ruiz de Matos
25 de julho de 2011	Pai e Filha Direção: Yasujiro Ozu (Japão, 1949)	Kleber Lincoln Gomes, Maria Fernanda Cassavia, Marília Bense Othero e Olga Futemma
4º CICLO DE CINEMA E REFLEXÃO – SET/ 2011	Música em hospitais e instituições de idosos Direção: Luiz Fernando Santoro e Victor Flusser (Brasil, 2011)	Luiz Fernando Santoro e Ivan Vilela
	A outra mulher Direção: Woody Allen (EUA, 1988)	Dalva Yukie Matsumoto, Isaac Levensteinas, Milton Bellintani
	Dersu Uzala Direção: Akira Kurosawa (Rússia, Japão, 1975)	David Braga Jr., Luiz Roberto Ramos, Debora Genezini, Milton Bellintani
	Os sábios de Córdoba Direção: Jacob Bender (Espanha, EUA, Alemanha, 2009)	José Luiz Del Roio, Pedro Benitez, Soraya Smaili, Padre José Bizon, Anivaldo Padilha, Raul Meyer e Carlos Magalhães
	Eu me lembro Direção: Edgar Navarro (Brasil, 2005)	
	Cinema Paradiso Direção: Giuseppe Tornatore (França/Itália, 1988)	
	Dois Irmãos Direção: Daniel Burman (Argentina, 2010)	
	O Baile Direção: Ettore Scola (França, Argélia, Itália, 1983)	
28 de novembro de 2011	Poesia Direção: Chang Don-Lee (Coreia do Sul, 2010)	Cláudia Burlá, Maria Goretti Sales Maciel e Eliane Brum
2012	Filme	Mesa de Reflexão
27 de fevereiro de 2012	Biutiful Direção: Alejandro González Iñárritu (México, Espanha, 2010)	Kleber Lincoln Gomes, Dalva Yukie Matsumoto e Milton Bellintani
26 de março de 2012	Mamãe faz 100 anos Direção: Carlos Saura (Espanha / França, 1979)	David Braga Jr., Guiomar Lopes e Monica Yassuda
30 de abril de 2012	Copacabana Direção: Carla Camurati (Brasil, 2001)	Sergio Gomes, Luiz Ramos e David Braga Jr.
28 de maio de 2012	Você não conhece o Jack Direção: Barry Levinson (EUA, 2010)	Dalva Yukie Matsumoto, José Henrique Rodrigues Torres e Oswaldo Luiz Colibri Vitta

25 de junho de 2012	O Piano Direção: Jane Campion (Nova Zelândia, 1993)	Maria Goretti Sales Maciel, Ivan Vilela e Luana Viscardi
30 de julho de 2012	A última grande lição Direção: Mick Jackson (EUA, 1999)	Henrique Parsons, Cláudia Burlá e Débora Genezini
5º CICLO DE CINEMA E REFLEXÃO – SET/ 2012	O filho da noiva Direção: Juan José Campanella (Argentina, 2001)	Ricardo Tavares de Carvalho, Jorge Cláudio Ribeiro e Milton Bellintani
	Histórias mínimas Direção: Carlos Sorín (Argentina, 2002)	David Braga Jr. e Luciana Mussi
	O Escafandro e a Borboleta Direção: Julian Schnabel (França/EUA, 2007)	Kleber Lincoln Gomes, Marília Bense Othero e Dalva Yukie Matsumoto
	A Vida Por Um Fio Programa da série Caminhos da Reportagem – TV Brasil / EBC Direção: Bianca Vasconcellos (Brasil, 2012)	Audálio Dantas, Florestan Fernandes Jr., Bianca Vasconcellos e Aureliano Biancarelli
15 de outubro de 2012	Cortina de Fumaça Direção: Wayne Wang (EUA, Alemanha, Japão, 1995)	Olga Futemma, Isaac Leveinsteinas e David Braga Jr.
26 de novembro de 2012	Os Descendentes Direção: Alexander Payne (EUA, 2011)	Maria Goretti Sales Maciel, Eduardo Siqueira e Marcio Fabri
2013	Filme	Mesa de Reflexão
25 de fevereiro de 2013	Hanami – Cerejeiras em Flor Direção: Dóris Dörrie (Alemanha, França, 2008)	Henrique Parsons, Dalva Yukie Matsumoto e Isaac Levensteinas
25 de março de 2013	Caminhos do Alzheimer Programa da série Caminhos da Reportagem – TV Brasil / EBC Direção: Bianca Vasconcellos (Brasil, 2013)	Ricardo Tavares de Carvalho, Bianca Vasconcellos, Ricardo Nitrini e Manuel Chaparro
30 de abril de 2013	Minhas tardes com Margueritte Direção: Jean Becker (França, 2010)	David Braga Jr., Guiomar Lopes e Ecléa Bosi
28 de maio de 2013	Conversando com mamãe Direção: Santiago Carlos Oves (Argentina, Espanha, 2004)	Kleber Lincoln Gomes e Milton Bellintani
25 de junho de 2013	Desde que Otari partiu Direção: Julie Bertucelli (França, 2003)	Henrique Parsons e Débora Genezini
30 de julho de 2013	Late Bloomers – O Amor Não Tem Fim Direção: Julie Gravas (França, Bélgica, Reino Unido, 2010)	David Braga Jr., Ciro Pirondi e Guilherme Alpendre



Ao longo desses cinco anos, as Sessões Averroes já atraíram para a Cinemateca Brasileira mais de quatro mil pessoas oriundas de 150 diferentes instituições.

Os Ciclos de Cinema e Reflexão

Por Sergio Gomes

Jornalista, Diretor da OBORÉ, Consultor de Planejamento de Comunicação do Grupo MAIS

Em 2008, entrou em cartaz em São Paulo o longa produzido, estrelado e roteirizado por Bruna Lombardi e dirigido por Carlos Alberto Riccelli, chamado “O Signo da Cidade”. Ana Luisa e eu fomos assistir a este filme. Recomendamos ao Samir e à Gleice que fossem assistir também, porque nos parecia um filme importante, que dava conta dessa complexidade toda, a vida na cidade, essa questão da solidão e da solidariedade.

Eles assistem e ficam encantados, e aí o Samir topou que todos os funcionários do Hospital Premier, do médico ao cara da ambulância, fossem estimulados a assistir o filme, na hora e dia que pudessem, pegariam o canhoto do bilhete e o hospital os reembolsaria. Também que nós faríamos um esforço para trazer os atores para conversar sobre o filme. E isso realmente aconteceu: os funcionários assistiram o filme, a Bruna e Riccelli foram ao auditório do hospital e foi fantástico.



Bruna e Riccelli: filme gerou discussões profundas sobre solidão e solidariedade.

Então ali nascia a ideia de se fazer um trabalho de a gente escolher filmes que tivessem a temática ligada à questão da morte, sofrimento, pacientes crônicos e discutisse essa coisa da condição humana, que tem começo meio e fim.

Por coincidência, eu havia sido colega de faculdade, na ECA, na década de 1970, de uma das diretoras da Cinemateca Brasileira, a Olga Futemma. Éramos companheiros, inclusive, de militância política. Havia muitos anos que não a via e fui fazer uma visita, mas sem nenhuma relação de uma coisa com a outra. Na conversa descobri que a Cinemateca tinha criado uma fábrica de gelo, com energia elétrica consumida à noite, e essa fábrica de gelo abastece e refrigera aqueles grandes frigoríficos, que são indispensáveis, por conta da temperatura, para manter a conservação dos filmes. E olhando isso acabei descobrindo que a Cinemateca se comporta como um hospital, da mesma forma que se faz os cuidados paliativos.

Uma das coisas básicas para preservar filmes em celulóide é manter esses filmes nos frigoríficos sob uma baixa temperatura como se fosse uma geladeira e a Cinemateca tem mais de 300 mil rolos de filmes. E este frigorífico tem um consumo de energia enorme. Houve então o encontro da Cinemateca com a Eletropaulo que desafiou a Cinemateca a montar ali uma fábrica de gelo, que consumisse energia só à noite, cinco ou seis vezes mais barato. Esse gelo não apenas mantém os frigoríficos como todo o sistema de ar condicionado da Cinemateca.

Quando descobrimos isso estávamos justamente conversando sobre os gastos de se manter um hospital. Um dos itens que pesa de forma significativa nesse custo é a questão da energia e grande parte desta energia para gerar ar condicionado, conforto térmico para pacientes, vacinas, remédios, enfim.

O Samir se interessou em instalar no Premier uma fábrica de gelo que funcionasse só à noite, pagando pouco etc, e, de repente, esta poderia ser uma solução a ser apresentada aos hospitais grandes. Ou seja, deixa de gastar com energia para investir em outras coisas. Nesse trabalho no Hospital Premier sempre temos em mente desenvolver alguma atividade que possa ser, depois, reaplicada, exponenciada, desenvolvida no serviço público.

Bom, fomos então visitar a fábrica de gelo da Cinemateca. O Samir, que é um paulistano criado no Brás, ligado com a cultura popular da cidade, escola de samba, choro, ele se surpreendeu de como é que ele não conhecia essa instituição, que já tinha 70 anos. Fomos descobrir que existia a Associação de Amigos da Cinemateca, que precisava de recursos para desenvolver a restauração de alguns filmes específicos, que existiam arquivos de cineastas importantes, como no caso do Jean Claude Bernardet, que tinham doado suas coisas mas que era preciso organizar tudo isso, papeis, documentos. Um centro de documentação bem organizado é uma coisa cara porque é permanente. Nós fomos lá ver como era possível ajudar a Cinemateca. E durante essas visitas abriu-se essa possibilidade da Cinemateca também contribuir de alguma maneira.

Em cima da experiência que tínhamos tido no Premier de trazer a Bruna e o Riccelli, imaginamos um ciclo de cinema chamado “Aprender a Viver, Aprender a Morrer”. Esse nome chocou todo mundo: “como aprender a morrer?”, “sim, aprender a morrer, as pessoas têm como saber como é que vão morrer e há uma relação entre o tipo de morte que a pessoa terá com tipo de vida que a pessoa teve”. Portanto, essa ideia de não pensar na morte, fazer de conta que ela não existe, é uma ideia que acaba atribuindo à medicina esse papel de super herói que não existe. Porque a morte

sempre ganha. Então, essa discussão sobre o limite da vida, condição humana, era uma discussão que estava colocada também para o cinema.

Durante a conversa, perguntamos lá na Cinemateca se era possível fazer um levantamento de quantos filmes brasileiros e estrangeiros tratavam desta temática. A equipe de pesquisadores da Cinemateca pesquisou durante um mês e descobriu que tinham 17 filmes. Com isso, a nossa ideia foi de organizar, em setembro, um ciclo de cinema e reflexão com alguns destes filmes e chamar pessoas que pudessem dar uma contribuição avançando no pensamento a partir de cada um desses filmes. E isso foi feito. E foi um sucesso.



VALE A PENA CONHECER

Um belo filme em construção: a Sessão Averroes na Cinemateca Brasileira

*Por Olga Futemma
Cineasta, Documentarista
e atual Coordenadora
Geral Interina da
Cinemateca Brasileira*



A memória romantiza tudo. Por autoproteção, quando os fatos lembrados são insuportavelmente sombrios, ou por necessária valorização, quando luminosos. Assim, romanticamente, lembro-me da primeira vez que, há cinco anos atrás, tive a alegria de receber um grupo de médicos – Samir Salman, Kleber Lincoln Gomes, David Braga e Goretti Maciel – trazidos por meu ex-colega de faculdade e a quem não encontrava há 30 anos, o jornalista Sergio Gomes.

Associo hoje a imagem daquele pequeno grupo entrando pela portaria da Cinemateca Brasileira a cenas de filmes de faroeste – homens de bem chegando em uma cidadela. Traziam uma proposta de intersecção entre os campos da medicina – em especial, os cuidados paliativos – e o cinema. Eram portadores não apenas de uma abordagem transformadora da medicina; também acreditavam no potencial do cinema como recurso de sensibilização e de reflexão. Para mim, uma tarde de grande aprendizado e de renovação da confiança de que grandes transformações, muitas vezes, são deflagradas por ações de atordoante simplicidade.

Fizemos uma visita técnica às instalações da Cinemateca, onde o grupo conheceu o

trabalho realizado pelas várias equipes – todas contando com integrantes de grande experiência, ao lado de jovens em início de travessia profissional. Compartilhamos aflições semelhantes às que ocorrem em um hospital (claro, salvaguardadas as dimensões), pois também numa cinemateca existem as alas de cuidados intensivos, de salvamento, de recuperação, de informação, de condições terminais... de filmes.

Movimento seguinte, formalizamos a parceria junto à Diretoria da instituição – com o então Diretor Executivo, Carlos Wendel de Magalhães, e com a Diretora Adjunta, Patricia de Filippi. E o projeto caminhou, ininterruptamente, sobre o tripé Cinemateca, Hospital Premier e OBORÉ, e apoio da Faculdade de Medicina de Itajubá, do Instituto Paliar e da Academia Nacional de Cuidados Paliativos.

Da parte da Cinemateca, com o extenso arco de sua missão institucional – que se inicia na preservação e se completa na difusão da memória audiovisual – é permanente a reflexão sobre estratégias para a formação de público. Fazer uma programação regular que consiga abranger temas atraentes o bastante para trazer o espectador até as nossas salas de exibição; organizá-la tematicamente sem, no entanto, “escolarizar” a experiência cinematográfica; cobrir períodos, movimentos cinematográficos, autores, assuntos e tantas outras “entradas” possíveis... e ainda produzir a efetiva presença do filme na tela (prospecção, licenciamento, transporte, revisão do material, elaboração e revisão de texto, divulgação, manutenção de cabine, atualização de conhecimento da equipe das salas), é trabalho de monta.

E em relação ao público-alvo, além daquele difusamente chamado de “geral”? Sempre nos pareceu que, se conseguíssemos articular este geral com segmentos (por faixa etária,

por especialização, por áreas de interesse), lográriamos contemplar o maior público possível. Assim, em paralelo à programação regular, há anos a instituição trabalha com parcerias que desenvolvem projetos junto a alunos da rede pública, a grupos de idosos, a profissionais da fotografia cinematográfica, a curta-metragistas, a grupos de profissionais – como os psicanalistas, a professores e estudantes universitários (de cursos de cinema, de história, de ciências humanas). Entretanto, com o cuidado de não sufocar cada programação em sua “especialidade” – a endogamia é sempre asfixiante.

Ao observar o público motivado pelas Sessões Averroes, percebe-se que esta programação, pensada em um primeiro momento como direcionada aos profissionais da saúde, nas suas várias especializações – utilizando o cinema como recurso de compreensão e de fortalecimento de seus ofícios, conquistou uma vocação maior, que vai além desse variado domínio profissional,

sem dele se desviar. Assim, hoje, são sessões dedicadas a quem queira assistir a um bom filme, ou a quem se disponha a participar de discussões tanto sobre os temas suscitados pelas projeções quanto pela construção da linguagem apresentada na tela, ou a quem deseje viver a quase sempre renovadora experiência cinematográfica. Sessões dedicadas, enfim, a um público formado por pessoas que trazem seus percursos de trabalho e de vida – e que, a meio caminho da luz que incide sobre as sombras, que formam as imagens, fazem acontecer o espetáculo cinematográfico, essa fruição tanto pessoal quanto coletiva.

A Sessão Averroes possibilita que esta conjunção esteja a serviço da humanização da medicina, do trabalho, da arte, da vida e da morte. Não poderíamos almejar mais de uma parceria. Que ela perdure, que abra caminhos. Este belo filme já faz parte da história da Cinemateca Brasileira.



Cinemateca Brasileira: seu acervo de cerca de 200 mil rolos de filmes - o correspondente a 30 mil títulos entre longas e curtas - é um dos maiores da América Latina.

11

Como Averroes chegou até o Premier e continuou a fazer história

Por Sergio Gomes

Na preparação do primeiro Ciclo de Cinema e Reflexão, o Samir disse que queria fazer uma grande homenagem ao professor Marco Tullio, pioneiro nessa questão dos Cuidados Paliativos. Ele queria que ao final desse Ciclo houvesse um concerto com o Ivan Vilela e, em reconhecimento ao mérito do professor, que ele recebesse um troféu.

Então, atribuiu à OBORÉ pensar como é que poderia ser feito isso. Fui falar com o Del Roio, que é um homem verdadeiramente culto, que sabe muito, estudou muito, e ele foi fundamental nessa concepção.

A família do Samir é muçulmana, mas o propósito do Premier não é se colocar como um hospital nem religioso nem de etnia, como é praxe dos grandes hospitais de São Paulo.

Depois das quedas das torres em Nova Iorque o mundo passou a viver uma verdadeira guerra ao terrorismo. E o terrorismo era encarnado pelos árabes, pelo alcorão, pelo islã. Logo, a criminalização de um bilhão de pessoas. E sabemos que quando aparece algo desse tipo são os EUA querendo ganhar dinheiro com a guerra, já que 70% de sua indústria é direta ou indiretamente vinculada à indústria armamentista. Nossa ideia era baseada na luta pela paz, da convivência pacífica. Então,

pedimos ao Del Roio que pensasse em uma figura para dar nome ao troféu. Quem seria o Leonardo da Vinci árabe?

Ele nos disse que havia uma figura chamada “Averroes”, que nasceu em 1126, em Córdoba, que foi quem traduziu Aristóteles do grego para o latim. Portanto, o ocidente tomou conhecimento da cultura grega em grande parte por conta do trabalho do Averroes, que foi perseguido por isso. Averroes era amigo do Maimônides, que era um intelectual judeu, e durante oito séculos houve uma convivência relativamente pacífica e mutuamente enriquecedora entre judeus, mulçumanos e cristãos. Então essa coisa do convívio pacífico entre as diversas etnias, religiões e culturas não é uma utopia - isso já aconteceu, tem história concreta, tem território, tem lugar. Decidimos jogar luz sobre esse cara que foi pioneiro nessa discussão de que fé é uma coisa e razão é outra. Ninguém pode misturar fé com razão. A fé não desenvolve conhecimento científico.

Surgiu a ideia de ter um troféu que homenageasse quem era pioneiro e compartilhador. E o professor Marco Tullio era pioneiro nesta questão dos cuidados paliativos e procurou democratizar ao máximo o conhecimento que ele tinha. No

meio do caminho começamos a descobrir palavras que davam substância a isso. É caso de “*paliu*”, que em latim significa zelo, cobertor, capote. Então “cuidados paliativos” são cuidados dos cuidados, é quase uma redundância.

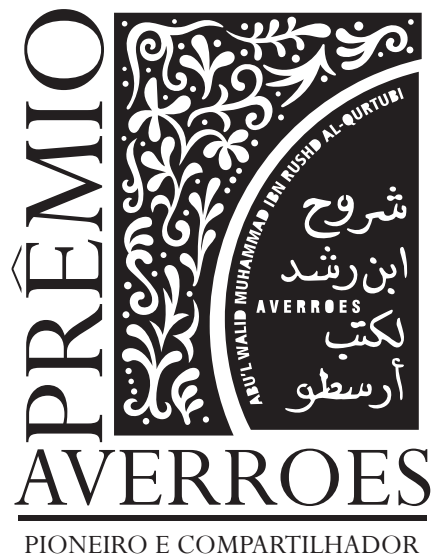
Nesse momento de especular, o nome do troféu, uma das coisas em que se avança com contribuição teórica importante do Del Roio é de que todas as religiões têm um núcleo ético, a dimensão humana, e todas elas falam que é preciso proteger os mais fracos. Os velhos, os doentes, quem está passando fome, frio etc. Portanto, “cuidar”. Algumas falam em compaixão, outras em caridade, outras em amor, outras em solidariedade, mas são palavras que querem dizer a mesma coisa: que é preciso que as pessoas cuidem umas das outras. Então decidimos que o Troféu iria se chamar Averroes e seria entregue para quem é pioneiro, compartilhador e tem um terceiro aspecto, que é quem não tem um reconhecimento público ainda à altura de sua importância.

Pensamos em chamar um artista para confeccionar o troféu. E o escultor que tinha a ver com a história da OBORÉ era Jaime Prades, que foi um dos criadores da OBORÉ. E aí se dá uma grande coincidência: o Jaime, que tem descendência espanhola, nos disse que foi exatamente no contato com a cultura islâmica, mulçumana, da Andaluzia, quando ele viu a Alhambra, é que ele se deu conta de que tinha que ser artista. Então quando perguntamos se ele conhecia o Averroes ele nos disse que sim, que já tinha tido algum contato com a história dele e que considerava um pensamento instigante e que tinha muito a ver com a cabeça dele, nós o desafiamos a fazer um troféu. Ele fez de uma forma tão bela que a própria peça sintetiza isso tudo, todo esse conceito.

À medida que o tempo vem passando está ficando cada vez mais claro que o escolhido,

que vai sendo consultado ao longo do ano, tem que ter essas três características: pioneiro, compartilhador e não ter reconhecimento à altura que merece. E que o “Prêmio Averroes” é, na verdade, cinco coisas: 1) um almoço de convívio e confraternização, na casa do Samir, com hora para começar e sem hora para terminar, onde a gente faz um grande empenho de, pelas costas do homenageado, levar parentes e amigos queridos para passar uma tarde juntos, que é uma das alegrias da vida; 2) a cerimônia de entrega do prêmio, sempre precedida por um documentário sobre a vida do homenageado; 3) um concerto musical, feito de propósito para agradar o homenageado; 4) a entrega do troféu, que faz uma grande empenho para que amigos e parentes se encontrem sempre ao final do ciclo de cinema; 5) e por último o homenageado ganha uma passagem com acompanhante para passar uma semana em Córdoba.

É toda essa beleza sem nenhum esforço de fazer grande repercussão, porque a ideia que a gente tem tido não é de ter nada espetacular. Tem a ver com a construção de relações confiáveis entre as pessoas, que é isso que tem que existir entre os profissionais da saúde e seus pacientes, incluindo os seus familiares.



VALE A PENA CONHECER

Sobre o Prêmio

*Por José Luiz Del Roio,
escritor ítalo-brasileiro e
criador do Prêmio*



Foi no final do ano de 2008 que comecei a discutir com a equipe da OBORÉ a equipe do Premier qual nome dar ao prêmio que estava nascendo. Averroes era médico, músico, filósofo, jurista e foi o seu pensamento que, substancialmente influenciou, de forma decisiva, toda a Idade Média. Estou falando da compaixão, da solidariedade e da compreensão. Aquela era uma época difícil, havia guerra entre o islã e o cristianismo, havia perseguição aos judeus, e mesmo assim Averroes não diferenciava as pessoas - nem como médico, nem como filósofo. Ele não criava diferenças religiosas, seus grandes amigos eram exatamente judeus e cristão e ele era chefe islâmico, um juiz islâmico, um Kadish, a mais alta personalidade islâmica. Então Averroes, mesmo sendo lá do fundo da história, um nome resgatado de mais de 800 anos atrás, ainda é um homem do nosso tempo, um contemporâneo, porque naquela sociedade mesclada, naquela sociedade cercada por violência, ele tinha alguma coisa para dizer e falou. E sobre o que ele falou, ele ainda tem para dizer até hoje para nós. O Prêmio que leva o seu nome tem esse sentido.



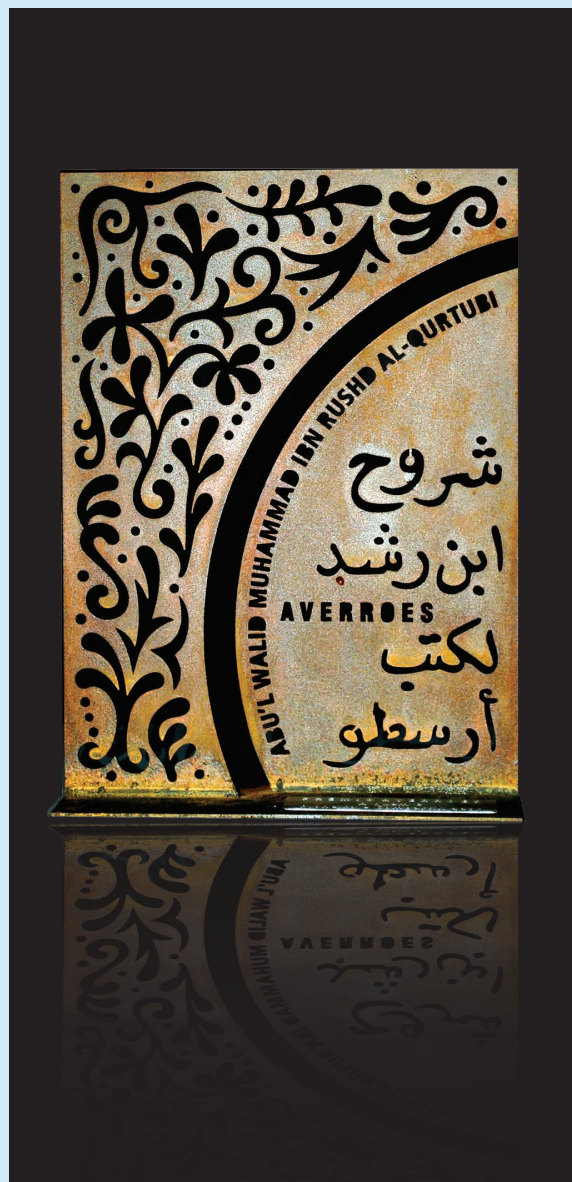
Sobre o Troféu

Por Jaime Prades, artista plástico



Desde o início percebi que eu deveria fugir da ideia de algo brilhante, convencional. Este prêmio é outorgado a personalidades que têm como patrimônio a sua própria história, sua própria vida. E nosso drama humano, que acontece entre o nascimento e a morte, é a própria evidência da efemeridade. Foi a partir dessa reflexão que propus que o material usado fosse aço oxidado, que é tecnicamente conhecido como aço de carbono, um aço extremamente ferroso. A oxidação representa simbolicamente a própria efemeridade das coisas. Por um lado, ela foge desse brilho que predomina na cultura dos troféus e prêmios, que tem também a sua justificativa, e questiona essa visão a partir da reflexão que coloquei sobre a fragilidade das coisas, da própria vida. A partir disso, eu fiz uma pesquisa sobre os arabescos do sul da Espanha. Até porque eu nasci na Espanha, morei lá por doze anos e isso faz parte do repertório da minha infância. Eu me lembrava dos arcos da Mesquita de Allhambra, em Córdoba, peguei fotos da Mesquita e fiz a curva do troféu porque os seus arcos não são redondos, eles são estranhamente ovalados, como uma espécie de ferradura. Minha ideia era, inicialmente, reproduzir algum arabesco, mas meu trabalho, que tem muito de linguagem urbana - porque sou um dos pioneiros dos "ratos de rua" do grafite - é muito gráfico. Então, como eu já tinha o costume de fazer alguns desenhos parecidos como arabescos, decidi inventar

os arabescos para esse troféu a partir de ficar olhando e olhando e olhando as referências. Fiz arabescos atualizados, numa linguagem contemporânea e urbana, porque esta obra é extremamente gráfica. Curiosamente a obra está muito alinhada com a linguagem urbana contemporânea, é praticamente uma máscara de grafite. Isso que dá terem contratado um grafiteiro para fazer um troféu... Na parte direita, que fica um pouco recuada, temos escrito o nome do Averroes nas três principais línguas, árabe, hebraico e latim. Na outra, você tem a coexistência das três culturas, das três religiões. Então é tudo muito simbólico - e arte é isso, é você aprender a ler, aprender a olhar e perceber estes detalhes que criam a poética das obras.



Premiados: um dia a recordar



2008

Marco Tullio de Assis Figueiredo

Ao longo de quase sete décadas, a medicina sempre foi o meu objetivo e a minha vida. Mas desde 1992, quando pela primeira vez entrei em contato com o “cuidar” do paciente e não somente o “curar”, percebi que esse era o coração da medicina. [...]. A ciência médica até hoje não cura doença crônica. Se pegar um livro do século XIX e um livro do século atual, se verá que as doenças crônicas continuam indenes. Nós não venceremos a morte. Nunca! Porque morte é vida. [...] Os cuidados paliativos estão tentando recuperar a arte perdida pelos médicos cientistas de amar. A característica dos profissionais que cuidam do ser humano doente baseiam-se estruturalmente em amar e tocar. O que mais fazemos é tocar o paciente, abraçar o paciente, escutar o paciente e isso resulta amor. [...] A minha preocupação é formar o futuro profissional da área da saúde, mormente médicos e enfermeiros. Porque não se ensina a amar o paciente em nenhuma escola científica do mundo ocidental. Cultiva-se a ciência e não o amor. Cuidados paliativos, a mim, pessoalmente, me fez um bem muito grande. Eu me considero um ser humano decente.



2009

Ausonia Donato

Muito obrigada! Hoje eu estou sendo premiada por algumas coisas pelas quais fui punida: muita demissão, muito afastamento etc. Que dialética! Vocês que estão aqui simbolizam as minhas escolhas, que eu tentei levá-las até o fim. Escolha não é para fazer de conta, se escolhe hoje e depois desiste. Isso não é escolher. Escolher tem que ter uma função. [...] Vocês representam a minha vida. Eu tenho aqui meus pequenos alunos, ex-alunos, que fazem parte da minha formação, que me ensinam o tempo todo que a gente pode acreditar que a educação é um dos instrumentos de transformação social de verdade. Vocês, alunos, nunca me deixam desistir. [...] E vocês, amigos do Equipe, vocês são cúmplices o tempo inteiro dos meus sonhos como educadora. [...]

Premiados: um dia a recordar



2010

Luiz Hildebrando Pereira da Silva

Eu gostaria de saudar com todo o coração e com todo o entusiasmo esse trabalho magnífico que foi aqui realizado. E não o tomo como sendo uma referência pessoal à minha trajetória. [...] A minha trajetória coincide com a trajetória de centenas de milhares de jovens que hoje atingem uma certa maturidade mas que olham para o passado e que olham para o futuro com a convicção de que a dignidade humana e a racionalidade e a coragem serão capazes sempre de vencer as dificuldades que se opõem à realização do sonho e dos projetos e dos ideais da humanidade racional iluminista, decendentes de Voltaire, que por sua vez são descendentes de Averroes e de outros para dar continuidade a essa magnífica trajetória da humanidade para o futuro. [...] Esta placa comemorativa vai ser instalada, a partir da próxima semana, na Amazônia, em prateleiras especiais do Instituto de Pesquisa de Patologias Tropicais, como uma prova de que a continuidade do trabalho do sonho, do projeto de Averroes, pode ter ecos até mesmo na longínqua Amazônia.



2011

Ecléa Bosi

Ofereço este lindo prêmio para os meus valorosos alunos da terceira idade, que depois de trabalharem tanto nesta cidade, vêm agora buscar o conhecimento. Como esta cidade de São Paulo seria agradável se ela fosse como estes alunos da terceira idade gostariam que fosse. Seria uma cidade povoada de lembranças. Uma cidade preservada nos seus lugares mais bonitos. Neste momento, eu gostaria tanto de me sentir revestida pela sabedoria destes meus alunos, pela sua coragem e pelas suas bênçãos. Então dedico este prêmio a estes alunos da terceira idade. É deles e só deles. É um mérito. E a eles devemos nossa gratidão.

Premiados: um dia a recordar



2012

Manuel Chaparro

Quem tem alguns privilégios como eu tive, de poder estudar e poder trabalhar em bons veículos jornalísticos, tem a obrigação de encontrar o seu lugar na sociedade, ser útil e se integrar a ela tendo algo a fazer, não só a receber. É isto que tento fazer ao longo do tempo, talvez por ter tido minha iniciação política, jornalística e cultural no movimento militante operário. [...] São várias coisas que se não são méritos meus, são heranças, são anterioridades, tanto no que se refere a aspectos profissionais quanto pessoais. Nós somos de alguma forma a soma das heranças que recebemos. [...] O jornalismo tem um grande potencial transformador e ele é importante por causa disso, é uma linguagem que possui propriedades que dão a notícia um poder importante na transformação das coisas. O que não tem potencial transformador não é notícia. Eu não entendo o jornalismo que não tenha a perspectiva da transformação, e por causa disto vale a pena continuar a estudar, questionar, pesquisar, evoluir nas ideias e renunciar a algumas verdades em que a gente já acreditou. [...] Eu acho que estas homenagens, que supostamente reverenciam a obra feita, elas são de alguma forma descabidas na medida em que a obra feita não tem importância. O que importa é a obra que é preciso fazer.



2013

José Eduardo de Siqueira

Eu vejo esta homenagem pelo prisma de Ortega y Gasset, pois quando perguntaram a Ortega y Gasset “quem sou eu?”, ele disse “eu sou eu, em minha circunstância”. E as minhas circunstâncias são vocês. Talvez a minha importância seja minúscula diante desse projeto que realmente representa uma coisa de alcance social extraordinário. [...] A obra de vocês é uma coisa que seguramente vai representar para o Brasil um ponto de referência no como o ser humano deve ser cuidado. Lamentavelmente, sabemos que a medicina avança muito na técnica. Entretanto, este avanço técnico é desamparado de uma reflexão ética humana. Este trabalho significa a recuperação do ser humano biológico, do ser humano psicológico, do ser humano social, do ser humano espiritual. [...]





Ivan Vilela no concerto Enlace (Cinemateca Brasileira, 2009)



Maestro Martinho Lutero na regência do concerto Tributo a Pasolini (Cinemateca Brasileira, 2008)



Concerto “Mosaico de Sons: pela vida e pela paz entre os povos”

Com Coro Luther King. Solista: Mouna Amari. Participação especial: Ivan Vilela e Grupo de Percussão Djembedon – Tambores Africanos. Regência: Martinho Lutero
Cinemateca Brasileira, 2009

Como nos tempos de Averroes, em Córdoba, o Concerto propôs uma viagem musical ao Oriente e Ocidente através de cantos corais Ibéricos, cantos de tradição moçárabe e cantos da tradição africana. Ao fundo surge a Missa Luba, composição dos anos 1960, originária do Congo, baseada nas partes cantadas da missa cristã em latim como tapete para a percussão dos mágicos tambores da Guiné - o Djembe, o Dumdum e seus companheiros. Junto a eles, o Derbaqui – tambor árabe, e a sobreposição de cantos muçulmanos na voz de Mouna Amari, cantora, compositora e alaudista muçulmana residente na Tunísia e uma das mais importantes instrumentistas de Lud: o pai de todos os instrumentas de cordas dedilhadas do ocidente. Participaram também Ivan Vilela e sua viola caipira, que dialogou com seu ancestral o Lud árabe tocado por Mouna. O grupo de percussionistas africanos e brasileiros, Djembedon, acompanhou os cantos de tradição africana.

Concerto “Eu... Luiz Hildebrando Pereira da Silva”

Com o Coro Luther King e a Regência do Maestro Martinho Lutero
Salão de Atos do Memorial da América Latina, 2010

Homenagem a esse ilustre personagem brasileiro, ganhador do Prêmio Averroes 2010. Contando passagens de sua vida convidou a plateia a conhecer um pouco de sua trajetória e de sua história, sempre permeada de música. O Coro Luther King desenhou um mosaico de sons baseados nestes relatos, cantando as águas de Córdoba, os gritos da ditadura, o silêncio do exílio, as cores de Paris, as matas brasileiras, a cultura indígena e a esperança no futuro. Teve a participação especial da cantora lírica Adélia Issa - soprano, dos artistas italianos Davide Rocca – barítono e Roberto Mingarini – piano, do Coral Aquarela – Biasi e do coro de crianças Guaranis da Aldeia Tonendé Porá.



12

Aqui, o idoso sempre tem vez

Localizada entre as avenidas Roberto Marinho, Santo Amaro, Morumbi e Chucri Zaidan, zona sul de São Paulo, a Vila Cordeiro passou a integrar as várias iniciativas organizadas na cidade para ser um bairro amigável também para a população mais idosa. A proposta, apoiada especialmente por políticas públicas nas esferas federal, estadual e municipal, é atuar no enfrentamento da problemática social que envolve o isolamento de pessoas em idade mais avançada. Por meio de ações interdisciplinares na promoção da saúde, educação e inclusão social, espera-se que a sociedade se sensibilize e passe a compreender o idoso como um ser autônomo, participativo, ativo e com pertencimento social significativo. Incentivador e grande apoiador destas iniciativas, o Hospital Premier desde 2010 abre seus portões para integrar pacientes e comunidade através de atividades físicas e culturais como música, cinema, ciclos de palestras e encontros para ver e entender melhor o mundo.

O Hospital Premier inaugurou, na manhã do dia 29 de novembro de 2010, um novo espaço em suas instalações para uso de seus pacientes, funcionários, parceiros e aberto à comunidade: *o Espaço de Convívio, Formação, Cultura e Artes “Vila Cordeiro - Bairro Amigo do Idoso / Organização*

Mundial da Saúde”. Com a inauguração deste espaço de convívio, o Hospital passou a oferecer alternativas de lazer aos moradores do entorno que, ao frequentar os ambientes públicos do hospital, terão também possibilidade de interagir com os pacientes e seus familiares.



A cerimônia contou com a presença de cerca de 80 pessoas ligadas à direção do hospital e do Grupo MAIS, parceiros, funcionários e colaboradores, além de professores, pesquisadores, gestores da saúde e lideranças políticas e sociais locais.



Momento em que Samir Salman, diretor superintendente do Premier, descerra a placa do novo Espaço, auxiliado por sua mãe, D. Soraya Salman, e D. Adelaide Gomes Bidarra, mãe do jornalista Sergio Gomes.



Concebido pela arquiteta Rita Vaz, o projeto consiste em um auditório com 50 lugares dotado de modernos recursos para projeção e gravação. Abriga uma sala multiuso para palestras, debates e outras iniciativas culturais como cinema e canto coral.

Os corredores do hospital foram pensados como galerias de arte para montagens de exposições como "D. Quixote por Portinari e Drummond", hoje instalada no 2º pavimento, e as ilustrações das primeiras edições dos livros infantis de Monteiro Lobato, de autoria de André Le Blanc, no 3º andar.

As coberturas estão sendo transformadas em solários e funcionarão como deck com espreguiçadeiras especiais, tanque com peixes, jardins, mesas para jogos ao ar livre e concha acústica para espetáculos musicais. Também está em projeto uma cozinha industrial que cumprirá dupla função: preparar as refeições de pacientes e atender a um restaurante aberto ao público voltado para um grande jardim.

Mas o projeto ultrapassou os muros do hospital: junto com a Prefeitura e a Câmara dos Vereadores, através da Subprefeitura de Pinheiros e do gabinete do vereador Gilberto Natalini, ampliou as calçadas do bairro, criando passeios acessíveis, jardins e áreas de estar para uso de todos, inclusive dos pacientes em condições de passear pelo bairro e interagir com os moradores.



Em 2011, a Câmara dos Vereadores disponibilizou verba para que a Vila Cordeiro ganhasse uma praça com direito a equipamentos de ginástica para a terceira idade. Assim, foi nascendo o projeto de um boulevard arborizado, um espaço de relacionamento entre o hospital, o bairro, pacientes e moradores.

Conta Lavinia Clara Del Roio, fisioterapeuta do Hospital Premier que coordenou o primeiro levantamento dos moradores do bairro, em 2011, que o desafio inicial foi começar a construir a rede social da região.

A associação dos moradores VivaCOR, a Pastoral da Saúde da Igreja do Sagrado Coração de Jesus, a UBS Meninópolis e a EMEF Dr. José Dias da Silveira tornaram-se, desde o princípio, parceiros imprescindíveis nessa caminhada. Além disso, a participação do Conselho de Segurança do Brooklin possibilitou o primeiro contato direto com os órgãos públicos da Subprefeitura de Pinheiros, da CET e da Ilume, o que culminou com a visita do Subprefeito e de sua equipe ao Hospital Premier, em novembro de 2011, e viabilizou a construção da praça.



A comunidade acompanhou o início das obras na praça, em 2011.



Inauguração da praça em 2012: mais uma conquista dos moradores da Vila Cordeiro.

Lavinia (na foto abaixo, com blusa amarela) também foi a responsável por organizar, a partir de setembro de 2011, no recém inaugurado Espaço de Convívio do Premier, projeções quinzenais de cinema, com participação, em média, de 15 pessoas por sessão.

Em 2012, começaram os encontros bissemanais de Lian Gong (prática corporal chinesa), práticas de meditação e palestras temáticas.



Aula de dança circular no Espaço de Convívio do Hospital Premier.



Presidente da Vivacord, Marcos Smetana Lopes, Vereador Gilberto Natalini, autor da emenda que viabilizou a Construção da praça, Samir Salman, do Premier e moradores do bairro: muito a comemorar.

Relatos de quem vive em um Bairro Amigo



Adriana Ricci

Sou professora de yoga e assumi a coordenação das atividades com os idosos do bairro em maio deste ano. Eu acho essa iniciativa do Hospital Premier importante porque oferece momentos de encontro entre as pessoas, oportunidade para trocar ideias, fazer atividades, descontrair, e até fazer fofoca, que também é gostoso! E a pessoa não se sente tão sozinha. É troca de experiências, de amor, de carinho e é pra não morrer de solidão. Se não tivesse este trabalho no bairro eles estariam em casa, talvez desenvolvendo uma depressão, uma doença qualquer. O fato é que ninguém quer se sentir só. A realidade é triste: tem muito filho que não está nem aí com os pais. Os idosos não querem ficar isolados e o amor e a solidariedade faz com que todos se sintam bem.



Aiuri Hori Nagao

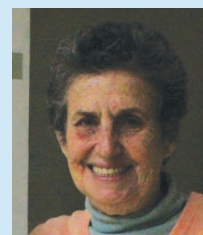
Tenho 76 anos, sou de Marília, onde fui professora primária. Participo das atividades do bairro oferecidas pelo Hospital e gosto muito do ambiente: a turma é boa de papo e de convívio, as atividades são interessantes. Passei a fazer ginástica e conheci a yoga, e isso foi fundamental para mim porque com os exercícios eu melhorei muito de saúde, muito mesmo. O espaço me proporciona um dia bastante agradável. Ali fiz muitas amigas e me sinto melhor do que ficar em casa. Por quê? Eu ficava em casa vendo televisão e

fazendo o serviço do dia a dia - não é grande coisa, todo mundo acha que isso é obrigação da mulher.



Ernesta T. Fernandes

Sou de Belo Horizonte, tenho 68 anos, quatro filhos, todos casados. Sou voluntária na Igreja, participo das atividades do bairro, faço casquinho pra doar, pinto e sou do lar. E venho pra cá e gosto daqui, gosto do pessoal todo. Aqui no Premier somos todas bem acolhidas, o pessoal é muito gente fina. Melhorei muito com as atividades, fiquei muito mais elástica do que eu já era. Espero que isso continue por bastante tempo pra gente porque é muito bom. E se pudesse ter mais atividades seria bom, porque tem muita gente que precisa. Largo tudo o que tenho que fazer pra vir pra cá. Disso, eu não abro mão.



Heloíza Carneiro Carrettiero

Sou desenhista aposentada. Participo do Lian Gong, canto, ginástica, e cinema, que é de 15 em 15 dias. Quando me aposentei, logo comecei a procurar alguma coisa para fazer. No início, a gente ficava se perguntando por que um hospital como o Premier estava se abrindo para atividades externas com a população do bairro. Ninguém entendia direito. Só depois a gente foi compreendendo: fazer atividades é uma forma de proporcionar mais saúde aos idosos. Acho que este Hospital é realmente especial porque deu abertura e acompanhou a

gente em várias situações. Foi perguntando o que a gente queria e implantando aos poucos. Então a direção do Hospital foi acatando as ideias e eu acredito que a princípio o pessoal era voluntário; depois parece até que contrataram uma profissional para trabalhar aqui, e também ajudaram na sua profissão momentaneamente. Tudo isso a gente reconhece.



Marcelina Agostinho

Estou com 83 anos e já faço o Lian Gong há uns 20 anos pelo menos. Comecei no Pão de Açúcar quando eles iniciaram o projeto, e depois fomos pra Casa Paroquial do bairro. Ali houve o convite para que eu ministrasse

as aulas. Agora vim para cá e fui trazendo o pessoal. Tem Lian Gong no posto de saúde também. Quem pode ir lá, vai; quem não pode, vem aqui. Sempre vou dando aquele empurrão. O que eu fiz pra mim, o que eu acho importante pra mim, gosto de passar para os outros. Já faz quase dois anos que estou aqui no Premier. Participo de todas as atividades, não perco nenhuma, mas para mim a melhor delas é o Lian Gong. As pessoas chegam com alguma dor e melhoram porque é uma técnica de alongamento. Pessoas que eu convidei para vir aqui se queixavam de dor, de solidão, de depressão. Pratico sempre. Com esta idade eu não tomo um remédio, apenas uma aspirina de vez em quando. E me convidou pra qualquer canto, eu estou lá. Eu gosto de ver a pessoa sorrir e dizer pra mim: olha, desde que eu comecei a fazer Lian Gong me sinto melhor. Pelo menos eu estou fazendo alguma coisa para o meu próximo.



Marcelina, Aiuri, Heloíza e Ernesta: assíduas frequentadoras das atividades do bairro.

Programação das atividades do bairro Vila Cordeiro

Segundas

Atividade: Computação
Local: ONG Associação Maria Helen Drexel
R. Filinto Gomes Silva, 42

Terças

Atividade: Lian Gong, meditação e aula de canto.
Local: Hospital Premier

Quartas

Atividade: Panificação
Local: ONG Lar da Paz
Av. Jurubatuba, 472

Atividade: Cinema
Local: Hospital Premier

Quintas

Atividade: Yoga, inglês e jogos (baralho, dominó)
Local: Hospital Premier

Sextas

Atividade: Oficina de emoções
Local: Salão Paroquial
R. Roque Petrella, 189

Consulte horários e obtenha mais informações sobre as atividades do bairro na recepção do Hospital Premier ou pelo telefone (11) 5090.5000



Aulas de Lian Gong no Espaço de Convívio do Premier.

13

Curso de Músicos Atuantes em Hospitais e Instituições de Longa Permanência

Os músicos atuantes são profissionais com formação específica para trabalhar na área da saúde. Neste novo campo de trabalho, os músicos tocam instrumentos e cantam para os pacientes e com os pacientes, familiares e profissionais da instituição hospitalar. Isso cria momentos de ruptura com a rotina e possibilita um espaço de prazer, emoção e diálogo.

O projeto de Música nos Hospitais teve início em 2011 a partir da metodologia do educador musical e compositor Victor Flusser, que esteve no Brasil a convite do Hospital Premier para divulgar o projeto ao qual se dedica há mais de dez anos na Europa. Flusser era responsável, à época, pelo diploma universitário de Músicos Atuantes na Área Social e da Saúde do Centre de Formation de Musiciens Intervenants (CFMI) da Universidade de Estrasburgo (França) e acumulou importantes experiências desenvolvidas em instituições de saúde cujo ponto central é a música não necessariamente para fins terapêuticos mas para fins de comunicação, socialização e evocação.

Neste ano, o II Curso de Músicos Atuantes em Hospitais e Instituições de Longa Permanência foi organizado pelo SABER MAIS Centro de Educação e Pesquisa, órgão do Premier Hospital que tem como objetivo promover, apoiar e conduzir ações na área do envelhecimento humano e dos Cuidados Paliativos. A coordenação geral do projeto

é do músico e compositor Ivan Vilela, que convidou Marcelo Petraglia, Tarita de Souza e Ricardo Matsuda para conduzir as atividades do módulo deste ano. São 60 horas de aulas teórico/práticas e conferências e 36 horas de estágio supervisionado em instituições, realizadas individualmente ou em grupo. Ao fim de cada estágio o aluno produz um relatório sobre sua atuação.



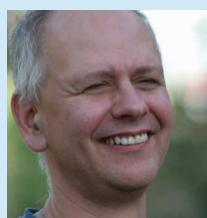
Aula com Ricardo Matsuda

Quem está cuidando deste projeto em 2013



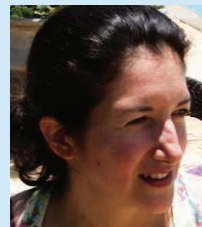
Ivan Vilela

Músico, compositor, arranjador, intérprete e diretor musical. Possui mestrado em Composição Musical pela Unicamp e doutorado em Psicologia Social pela USP. Docente, desde 2004, da cadeira de Viola Caipira na Faculdade de Música da ECA-USP, onde atualmente leciona instrumento, música de câmara, práticas instrumentais, história da música popular brasileira e trabalhos de conclusão de curso. Além da vida acadêmica, ministra cursos, oficinas e workshops que são fundamentados em seus conhecimentos acerca da viola, seus recursos musicais, sua história e também sobre manifestações da cultura caipira, universo onde a viola se mantém mais viva e presente no Brasil.



Marcelo Petraglia

Músico, compositor e pesquisador sonoro formado pela ECA-USP. Ampliou sua formação vivendo de 1986 a 89 na Europa onde desenvolveu estudos na área de canto, pedagogia musical e composição com os professores Ursula Köepf, Carol Fraser, Michael Deason-Barrow e Pär Ahlbom. Na Alemanha foi aprendiz na Musikalisch-Plastische Arbeitsstätte sob a orientação de Manfred Bleffert, trabalhando na pesquisa e construção de instrumentos de metal. É mestre em Biologia Geral e Aplicada pelo Instituto de Biociências da UNESP e doutorando em Psicologia Social pelo Instituto de Psicologia da USP. É docente e palestrante convidado em diversas instituições no Brasil, onde aborda a música e sua relação com o ser humano e o meio ambiente. Atua frequentemente como facilitador musical em projetos de desenvolvimento organizacional junto a empresas e terceiro setor. Ministra cursos especializados para músicos, professores e terapeutas.



Tarita de Souza

Cantora, regente, arranjadora e preparadora vocal, formada em Licenciatura em Música pela USP. Iniciou seus estudos musicais em 1986 no Conservatório Musical Brooklin Paulista, em piano erudito e flauta transversal. Realiza um trabalho de pesquisa da música folclórica brasileira e atua no projeto Folhas e Folguedos do Brasil, do cantor e compositor Inimar dos Reis, e atuou em diversos projetos no Teatro Escola Brincante. Na área de educação musical, é professora há 10 anos de musicalização e regente do coral do ensino médio do Colégio Waldorf Micael, de São Paulo. Dá aulas de música em escolas públicas no projeto de educação continuada para professores da rede pública do Instituto OMP. Trabalhou também como professora de canto e teoria musical na Escola Viva, na Escola Waldorf Rudolf Steiner, no Teatro Escola Brincante com aulas de técnica vocal. Trabalha como preparadora vocal e arranjadora em diversas montagens teatrais.



Ricardo Matsuda

Iniciou a prática do violão aos cinco anos, tendo estudado posteriormente com o maestro japonês Tetsunoue Kawaguti. Integrou diversos conjuntos de música popular brasileira e japonesa, recebendo premiações regionais. Desde 1984, faz atividades como violonista, contra-baixista, violeiro, arranjador e compositor, principalmente no âmbito da música popular e instrumental brasileiras. Também foi arranjador da Orquestra Sinfônica Municipal de Campinas, e em uma série de CDs, trilhas sonoras para teatro e TV e espetáculos musicais. No Japão, apresentou arranjos e composições para formação híbrida com os grupos Yanagasse Daiko (tradicional grupo de tambores japoneses - taiko) e Sambonês (naípe de percussão brasileira, com integrantes da Orquestra Sinfônica de Campinas). De 2001 a 2008, integrou o premiado grupo Anima (como violeiro e arranjador) com o qual se apresentou em quase todos os estados do Brasil, além de Argentina, Uruguai, Paraguai, Bolívia, Colômbia, México, Canadá e em turnês por diversas cidades dos Estados Unidos da América.

Hospitais parceiros

O Hospital Escola de Itajubá é uma das instituições integrantes do projeto “Músicos atuantes em Hospitais” coordenado pelo Hospital Premier com a finalidade de levar a música a todo o ambiente hospitalar - pacientes, cuidadores, familiares dos pacientes, funcionários e visitantes. A proposta é interagir com todos através da música, modificando a ambiência e harmonizando os sentimentos com a frequência sutil dos sons. A adesão se deu em setembro de 2012, quando os músicos convidados João Lúcio Ferraz de Azevedo (Violão, Voz e Percussão) e Lúcio Flávio Ferraz Chaib (Baixolão, Voz e Percussão) realizaram o primeiro curso e, posteriormente, estágio supervisionado para vivenciar as técnicas aprendidas.

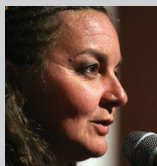
“O Hospital Escola de Itajubá sempre esteve atento às necessidades da comunidade. A AISI (Associação de Integração Social de Itajubá), mantenedora do Hospital Escola e da Faculdade de Medicina, abriu suas portas para o projeto “Música nos Hospitais” e buscou parceiros para atender mais este projeto inovador: convidar João Lúcio e Lúcio Flávio, músicos de Itajubá, para participarem do curso de formação e capacitação de músicos atuantes em hospitais com a proposta de se tornarem estagiários e contratados para desenvolverem esta ação em nosso Hospital Escola. Isto já é uma realidade em nossa Instituição e deixa a todos muito felizes.”



Kleber Lincoln Gomes

AISI - Associação de Integração Social de Itajubá - mantenedora da Faculdade de Medicina de Itajubá e do Hospital Escola

“Não é intenção do projeto usar a música como um fim em si, buscando benefícios específicos, como na musicoterapia. A idéia é estabelecer um contato humano, que pode eventualmente favorecer novos contatos com profissionais e familiares, por exemplo. Porém, os benefícios, não apenas aos doentes, mas, a todo o ambiente são inegáveis. As pessoas com capacidade funcional melhor e que reagem mais, participando ativamente e cantando parecem resgatar a auto-estima e a segurança. As pessoas que estão muito perto da morte, mais sonolentas e apáticas, se beneficiam do efeito apaziguador das canções e também do cuidado dispensado a seus familiares e cuidadores. Os membros da equipe sentem-se orgulhosos com seu ambiente e se beneficiam de momentos de descontração e bem estar, que tornam o trabalho mais interessante e suportável. Nas últimas visitas, percebi algo curioso. Os músicos mal começam e os cuidadores já pulam para a porta do quarto, convidando-os. Algumas pessoas, com desejo de isolamento, deixam suas portas fechadas, Mas, não se sentem incomodados. A música é sempre suave, tocada individualmente ou durante breve passeio nos corredores, entre um quarto e outro. Jamais agride ou incomoda. O trabalho do músico atuante na enfermaria de cuidados paliativos do HSPE agrega valor ao trabalho da equipe em muitos sentidos, em especial no esforço de cada vez mais conhecer o outro e individualizar o cuidado.”



Maria Goretti Sales Maciel

Enfermaria de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo.

Com a palavra, os músicos

Juarez Travassos

Engenheiro civil e músico



Sempre busco na música um caminho de aproximação com as pessoas, de harmonização. Sempre trabalhei voltado pra esse lado até que surgiu essa oportunidade de começar a fazer música no hospital, fruto de uma grande amizade que tenho de longa data com o Samir. Desde 2004, quando começou o projeto do Premier, eu e o Giba estávamos presentes em todos os eventos do hospital, cantando. O Samir já tinha feito algumas inserções por esse caminho da música com os pacientes. Em todos os eventos que reuniam

os pacientes nós estávamos presentes cantando pra eles, desde essa época. Até que chegou aqui um brasileiro que vivia na Europa, Victor Flusser, e estava formando grupos de músicos atuantes nos hospitais, a exemplo do que tinha sido efetivado na rede pública francesa. E o Samir trouxe o projeto aqui para o Brasil, estruturou o curso, que foi apoiado pelo músico brasileiro Ivan Vilela, e para o qual foram selecionados 30 músicos que fizeram parte do primeiro grupo de formação de músicos atuantes nos hospitais. Eu e o Giba fomos convidados. Não tínhamos todos os requisitos desses músicos maravilhosos que participaram. No entanto, a gente já trazia na alma essa questão da música. Não somos tão técnicos quanto o restante, mas a gente já tem um pouquinho de prática e já vínhamos praticando até mesmo aqui no hospital. Aí fizemos o curso e demos sequência, começamos a fazer o estágio, que

já dura um ano e meio e que vai até o final da vida, até a gente estar do outro lado, deitado na cama e ouvindo outro músico cantar pra gente. É uma satisfação muito grande participar deste projeto. Um dia da semana eu me dedico a isso. Abandono todos os meus compromissos em função do grande bem que faz para gente. A gente acaba criando um vínculo com todos eles, até porque a gente tem acompanhado o caso de vários pacientes no decorrer desse tempo e estamos compilando todo esse trabalho, registrando essas intervenções. Nosso propósito é fazer um livro a respeito para que possamos também compartilhar essas experiências que estamos tendo. O dia da música é um dia muito especial para o hospital todo porque o nosso intuito é também trazer um pouco de alegria para a vida. Acaba suavizando um pouco aquela rotina tão maçante que é um hospital, independentemente da própria aflição do paciente. Então a música vem trazer, de certa forma, um alento, uma alegria, uma coisa boa. Existe também a preocupação de selecionar o nosso repertório dentro de uma linha que possa transmitir alguma ideia positiva, que possa passar uma ideia que transporte a gente para algum lugar, bom, suave e tranquilo, que possa aguçar nossa imaginação, aquele lado que mais nos faz bem. E a gente percebe que, no fundo, a gente mais recebe do que dá porque o retorno de todos é gratificante - os olhares, os agradecimentos. Muitos não conseguem se expressar através da fala, mas a gente sente que há melhora, pelo menos momentânea. Os próprios cuidadores se alegram no dia que a gente vem cantar porque eles sabem que naquele dia o paciente fica melhor. Então pode ser que não tenham essa possibilidade de um efeito permanente, mas pelo menos esse momento ameniza a dureza que é estar numa cama de hospital. ■

Gilberto Pastore

Donato (Giba)

Engenheiro mecânico e músico



Antes mesmo de existir esse projeto eu já atuava com música aqui no Premier. Fui da turma do 1º curso e comecei a fazer o estágio no final de 2012 aqui mesmo, dentro do Premier. Uma vez me perguntaram por que a gente canta. Descobri a resposta a essa pergunta neste projeto. A gente talvez tenha se preparado a vida inteira para isso mas sem saber. E a gente acabou dentro desse trabalho nos hospitais descobrindo que aprendemos a tocar e a cantar para fazer este tipo de trabalho aqui, que é a maior verdade que hoje a gente tem na vida. Esse curso é uma adaptação de tudo o que a gente viveu em música. Ele te dá um novo posicionamento, uma nova forma de encarar o teu público que, neste caso, ali no quarto, é um paciente na cama e um cuidador. Então, quando você vai cantar, você canta para que ele tenha um momento mesmo que pequeno de alegria e prazer. E isso é o mais importante. Saímos todos os dias dos quartos agradecendo as pessoas. Eles nos agradecem, quando na verdade, quem tem que agradecer somos nós porque, com tudo o que a gente já cantou em tantos lugares, ali é, de fato, a verdadeira retribuição que temos. Trazer canções para uma pessoa que não conhece a sua história e você não sabe a dela, na tentativa de aguçar a sua memória, reviver emoções, e muitas vezes conseguir fazer com que ela cante, se emocione, é uma retribuição muito grande. É indescritível. Não dá pra dimensionar, só quem está vivendo isso na pele é que entende o que a gente está falando. ■

Esse sentimento de gratidão me inspirou a fazer uma poesia para o curso e sobre o curso. Então, esta poesia veio inspirada pelo momento em que estávamos vivendo, pelas conversas de todos os participantes do primeiro grupo de músicos e cantores. Veio do sentimento de eu ter passado a vida cantando em bares, festas, festivais, e por todos estes lugares ter sido preparado para poder finalmente atingir o objetivo maior que seria cantar para um público muito especial: pacientes de hospitais.

*Só vale a pena estar aqui
é onde o tempo para e eu canto
estico o manto pra cobrir
de amor quem vem pro meu sonhar*

*Passo a vida no disfarce
tentando ser o que não sou
nesse palco eu sou toda verdade
sou alegria nesse show*

*Que é viver a musica
transformar com musica,
a dor, em brilho em luz
Só vale a pena estar aqui.*

Giba

Bruno Menegatti

*Músico, mestre em
musicologia, tocador de
viola de arco e rabeca*



Participei da primeira turma de formação dos Músicos Atuantes em Hospitais e Instituições de Idosos em 2011. Fiquei sabendo do curso pelo Ivan Vilela, que foi meu professor na faculdade. Foi um curso excelente onde tive a oportunidade de conhecer ótimos profissionais. Este curso aconteceu entre 2011 e 2012, tendo seu encerramento em setembro de 2012, exatamente no concerto de cerimônia do V Ciclo de Cinema e Reflexão. Numa primeira etapa do curso, tivemos formação musical – um repertório que abordou o contexto de um músico dentro do ambiente hospitalar - além de contato

com alguns conceitos da área médica, como cuidados paliativos, a maneira que o hospital trabalha e a forma do músico se posicionar dentro desta instituição. Na segunda etapa tivemos a parte de intervenção e o estágio, uma fase mais prática. Trabalhamos em duplas e trios e ficamos por determinado período em instituições parceiras, visitando pacientes e equipe médica. Fomos aos quartos e tocávamos para os pacientes nas dependências do hospital. O curso nos proporcionou uma experiência muito bonita, rica e intensa. Acho que é a maneira de a música estar presente e ajudar essas pessoas. Não é apenas o fato de levar a música até o paciente, mas criar uma interação entre o músico e o paciente, e isto através da própria música. Trata-se de se comunicar com o paciente de alguma forma através da música, independente da situação física, mental ou emocional em que ele se encontra. ■

Elder Silva da Costa

*Formado em música,
direito e pedagogia;
pós-graduando na área
da educação popular e
produção musical*



Particpei da primeira turma, que se formou em 2012, e fiz estágio no Premier. Adorei o curso, achei lindo e foi um presente para mim por vários motivos. Até então a música pra mim era uma relação muito de criação e de palco, você criar a sua arte e fazer shows, concertos, e essa dinâmica de você entrar num quarto de um paciente para tocar foi muito especial. No começo do meu estágio fiquei um pouco assustado. Na primeira e na segunda vez eu achei que não ia dar conta porque eu sou muito sensível. Então eu ficava bastante tocado. Mas da terceira em diante comecei a me sentir em casa e tive experiências lindas, super fortes. De fato percebi o quanto é importante este trabalho, o quanto é importante esse curso. Acho que tem que ter mais profissionais nessa área porque é uma troca de energia muito emocionante. E você realmente leva uma coisa boa pra um paciente que, de repente, está esperando por aquilo. É uma troca linda, e isso foi muito importante pra mim. ■

Lúcio Chaib

Músico autodidata



Ingressei no curso após participar de uma audição em meados do mês de maio de 2011. No dia 27 de agosto do mesmo ano, nos reunimos pela primeira vez e a partir daí, formamos um grupo harmonioso (alunos e professores), aprendendo, trocando conhecimentos e os praticando no próprio

hospital, que nos forneceu ambiente e elementos para que isso pudesse acontecer. Terminado o curso, tive o privilégio de estagiar no Hospital Escola de Itajubá por três meses e ser posteriormente contratado. Tenho presenciado, desde então, a mudança positiva em relação aos pacientes, acompanhantes e funcionários da instituição. Sendo assim, acredito que a iniciativa de “musicalizar” o ambiente hospitalar contribui para a harmonização entre todos os envolvidos, fazendo com que o paciente receba esse carinho num momento difícil. O que me traz enorme satisfação e realização. ■

Maria Aparecida Gonçalves de Almeida (Shola)

*Fonoaudióloga,
pedagoga e educadora
musical*



Faço parte de um grupo de cultura popular chamado “Beijo Flor”, onde somos multiplicadores de cultura popular nas escolas, isto para as crianças terem a vivência de conhecer esse universo rico de ritmos, cantos e danças brasileiras. A partir disso, eu comecei a fazer musicalização pra bebês e voltei a tocar sanfona. Eu me considero um instrumento para levar essa música pra três áreas que considero importante: no setor artístico, educacional e saúde. Foi quando eu entrei no curso de músicos atuantes nos hospitais. Eu já queria isso, não queria saguão, evento de hospital ou algo assim, eu queria ir direto para o paciente que não tem acesso a isso. Foi uma felicidade muito grande quando ouvi uma entrevista na Rádio USP com o Ivan Vilela, o Victor Flusser e o Sergio Gomes. Aquilo teve uma ressonância na minha alma porque eu vi que era aquilo que estava buscando. Então fiz a inscrição, fui aprovada, e fiz o curso. Me senti em família. Comecei a fazer estágio na hospedaria de cuidados paliativos do Hospital do Servidor

Público Municipal. Comecei a fazer lá com a minha dupla, a Lucila Matsumoto, e com o Luciano. Éramos o único trio dos grupos atuantes. Vivemos várias coisas lindas na hospedaria, que abriga de oito a dez pacientes sob cuidados paliativos do setor de oncologia. A gente conheceu bem o sistema de uma casa porque é um hospital residência. É uma casa dessas antigas com varandas e tudo, no Parque da Aclimação, no meio de todo aquele verde, e tem uma sala maravilhosa onde os pacientes podem descer, ver televisão. Sempre tem um dia especial, segunda-feira, em que está toda a equipe, a cozinheira sempre faz uma novidade, então é aquela coisa de casa, o paciente sabe de tudo o que está acontecendo, está imerso em vida. E quando a música chega, a música vasa para os outros andares. Falando especificamente do meu instrumento, o acordeon, é incrível, mesmo sem tocar, só do paciente ver o instrumento ele já fica igual a uma criança que está vendo um brinquedo. Só lembro de ter visto essa expressão nos olhos de uma criança que vê um presente que ganhou. É gratificante utilizar o instrumento para momentos diferentes: um momento que é festa, evento, e outro momento que é pra se comunicar através da música com esse “ser”, não com esse “paciente”, com a “pessoa”. Eu já vi a alegria e o olhar de um menino dentro de um senhor já idoso com câncer, cansado cheio de dor, triste e que de repente a vida explodiu no rosto dele, de um jeito que só faltava ele balançar os pezinhos de emoção. ■

Lucila Matsumoto

*Pedagoga, arte
terapeuta, cantora e
educadora musical*



Nasci numa família de músicos (avô compositor e mãe cantora) e minha vida sempre foi permeada por cantorias, canções e instrumentos musicais. Era comum em todos os encontros de família tocar e cantar. A

música faz parte da nossa forma de ser e estar no mundo. Assim, minha opção por trabalhar com música foi natural, bem como para meus irmãos (hoje músicos profissionais). Durante a adolescência já dava aulas de violão para iniciantes. Cantei muito em bandas de baile e depois me especializei como educadora musical. Trabalhei durante quase 15 anos em sala de aula, sensibilizando crianças de 2 a 10 anos a escutar, perceber e se expressar através da música. Porém, sentia-me inquieta em relação à função da música, não só em minha vida, como no aspecto social. Fiz uma especialização em arte terapia, almejando um trabalho onde não só a música fosse um instrumento de qualidade de vida, alívio ou cura para outras pessoas, mas como também, a utilização de outras formas de expressão artística (artes plásticas, expressão corporal, dança). Terminei o curso com a sensação de ainda não ter encontrado meu lugar. Após quase um ano recebi um convite do 1º Curso de músicos atuantes em hospitais, através de um professor que ministrou algumas aulas na pós-graduação em arte terapia. Atuar na área da saúde era um desejo que já tinha, mas nunca havia tido oportunidade. Para minha alegria fiz parte de um seleto grupo de ótimos músicos e pessoas totalmente interessadas no ser humano e na sua dignidade. Com profissionais altamente qualificados, aprendi muito sobre a realidade dentro de um hospital, cuidados paliativos e qual o direcionamento e atuação de um músico num contexto onde a dor e o sofrimento muitas vezes estão presentes. Fiz meus estágios na Hospedaria do Servidor Público, com pacientes oncológicos terminais. A experiência foi bela e extremamente intensa. Tive encontros únicos, remotos, derradeiros, mas que ficarão para sempre em minha memória. Conheci histórias, biografias dignas de um enredo de filme ou livro. Convivi com a morte de perto, assustei-me e refleti muito sobre esse tema, desconstruindo o medo de um fim que não existe, e sim de recomeços. Aproximar-me da fragilidade humana ressalta tanto a nossa

própria, que as minhas relações tornaram-se mais simples, presentes e intensas. Tudo isso, costurado com música, sua beleza, sensibilidade, singeleza e seus silêncios. O respeito e a disponibilidade para com o outro, o estar presente, foram a tônica de um aprendizado que me revelou um novo jeito de ser, fazer e estar no mundo. A música, infelizmente em linhas gerais, possui um caráter mercadológico e banal, as pessoas quase não escutam, simplesmente ouvem música enquanto fazem as coisas (durante as refeições, compras e locomoção). Pensar música, ressignificando espaços, contribuindo com a qualidade de vida das pessoas e principalmente as legitimando, independente de suas condições - físicas, emocionais, financeiras - é pensar numa sociedade melhor, é atuar de forma digna e compensadora em sociedade. ■

**Maria Teresa
Gonçalves (Teca)**
*Cantora e professora de
educação musical*



Sou cantora há muitos anos, trabalho com música em eventos corporativos, bailes, festas e eventos em geral. Já gravei três discos e estou para gravar o quarto. Participei do primeiro curso de músicos atuantes em hospitais, que foi aqui no Premier, em 2011. Eu entrei porque já tinha conhecimento de músicos que trabalhavam ligando a música à saúde, e isso me interessava muito desde nova, desde que comecei a cantar. Eu sempre quis trazer uma outra utilidade da música para as pessoas, não só o entretenimento. Desde que comecei a fazer os estágios eu não parei, estou até hoje, tanto que fui contratada pelo Premier e estou trabalhando para o Hospital agora. Hoje também trabalho no Hospital Albert Einstein, no Morumbi, mas

não da mesma forma como trabalhamos aqui, porque aqui a atuação do músico é dentro do quarto, de leito em leito. Já no Albert Einstein, onde estou há dois anos, fazemos a atuação no hall principal, duas vezes por semana, com mais músicos. Em ambos os lugares a experiência é muito linda, têm muitas experiências que a gente percebe que a música permeia, produz um efeito maravilhoso nos pacientes. Esse projeto é parecido com os “Doutores da Alegria”, que é feito para crianças principalmente, e com o intuito de levar alegria, por isso é feito com atores, palhaços. Agora o “Cantores da Alegria”, como eu chamo, ou “Doutores da Cantoria”, do jeito que achar melhor, é voltado também para o idoso, é o outro lado do ser humano. Nós trabalhamos com as memórias dessas pessoas. Muitas vezes recebi depoimentos de pessoas que estavam aguardando uma intervenção cirúrgica muito delicada e a pessoa ficava lá sentada ouvindo a música e depois que terminava a pessoa sabia de repente que terminou tudo bem as pessoas nos procuravam e agradeciam porque havia tirado aquela agonia e tudo mais. As pessoas gostam de música. E por que não ter música dentro dos hospitais? As pessoas não saem daqui nunca. Não são como a gente, que entramos e saímos. Muitos estão presos dentro de um corpo que não se move, e não podem mais se comunicar. Quando levamos a música pra eles é uma libertação. É como se estivéssemos libertando eles por alguns instantes em que ele vai estar em outro lugar. É maravilhoso que o Grupo MAIS e o Hospital Premier estejam proporcionando isso para os músicos, visando, é claro, os pacientes, todos que estão presos no leito. ■

14

Música e Saúde no Premier

Por Ivan Vilela

Músico e compositor



As sociedades contemporâneas neoliberais têm promovido a valorização excessiva da juventude em detrimento do processo de envelhecer. Esta mentalidade foca o valor na produção e vê o velho como improdutivo. Desprezar o velho significa abrir mão da memória, da tradição, da história, da arquitetura e de outros valores ligados à velhice, como por exemplo o ouvir, além de remeter ao esquecimento o próprio ancião, a pessoa que envelheceu.

Por outro lado, na contracorrente desse pensamento, surge nas instituições de saúde um novo olhar que preconiza uma velhice digna, sem sofrimentos desnecessários. Envelhecer sem dor é algo bastante tangível, ligado ao desenvolvimento da ciência e das tecnologias. Mas o que seria envelhecer com dignidade?

Na área dos cuidados paliativos e das instituições de idosos de longa permanência alguns têm buscado além do avanço tecnológico, um atendimento mais humanitário. Isso significa transformar o olhar para o paciente. Em lugar de olhar o paciente como um caso, um número ou um órgão, essas instituições procuram percebê-los como pessoas que tem um nome, uma biografia, uma história, indivíduos que plantaram raízes e também contribuíram para o desenvolvimento da vida em suas famílias e comunidades.

A equipe do Hospital Premier tem norteado seus passos na relação com os pacientes e seus familiares por esse olhar que humaniza e dignifica o paciente. Nesse sentido, várias experiências tem sido vivenciadas e uma delas é a presença de músicos no ambiente do hospital.

Por que música?

A música existe desde que o universo começou a se ordenar. A expansão das galáxias, a rotação dos planetas, o dia, a noite, as estações do ano, tudo isso é ritmo, movimento e repouso e o que é movimento e repouso é música. Música é o resultado da existência do universo e, portanto, de nós. Se repararmos em nossa vida veremos que ela passa por movimentos: infância, maturidade e velhice. Como uma música em vários movimentos nossa vida segue em consonância com uma música maior, a do nosso planeta.

Música nos sugere emoções distintas, pressentimentos, momentos de restauração de nosso corpo e nosso espírito. O mestre Sufi Hazrat Inayat Khan dizia que o ser humano possui cinco tipos de inebriamento. Em ordem de potência do menor para o maior seriam: a beleza, a juventude, a força, o poder e a música

Não foi à toa que vários povos em diversos momentos da história utilizaram a música nos processos de cura. E há muito, as instituições de saúde têm inserido em suas rotinas a música como um elemento complementar ao tratamento dos pacientes. Uma mudança ocorre no ambiente hospitalar com a presença da música. Afloram emoções, memórias, vínculos são criados e algo inusitado: a música no hospital. Aquele que supostamente é o ambiente do silêncio (embora cheio de ruídos) vê-se preenchido por música. E essa música quebra a rotina preenchendo os quartos, salas e corredores com arte.

Música e Saúde no Premier

No movimento de investir em humanização dos tratamentos, o Hospital Premier iniciou em 2011 um curso de formação de músicos que poderiam atuar junto aos pacientes. No entanto, a atitude foi mais generosa. Além de capacitar profissionais para a própria instituição, foram formados em torno de vinte músicos, o que ajudou a suprir essa demanda também em outros hospitais interessados nesse tipo de abordagem.

O curso, que agora encontra-se em sua segunda edição, é organizado de maneira que os músicos adquiram um conhecimento geral sobre a saúde no país e nas instituições. Através de encontros, palestras e vivências reflete-se sobre temas variados como o que são cuidados paliativos; a realidade de uma criança hospitalizada; o idoso hospitalizado; como interagir com familiares; a situação da saúde, hoje, no Brasil; as políticas públicas em prol do idoso etc., além de adquirirem experiências sobre práticas e condutas hospitalares. Também aprendem a interagir musicalmente com seus parceiros, têm aulas de música voltadas ao canto, ao instrumento e a ampliação do repertório.

O conhecimento de um vasto repertório é importante na medida em que pensamos culturalmente ao abordar um paciente. O que seria um pensar cultural? Ora, o paciente veio de algum lugar e lugares diferentes podem ter culturas diferentes. Conhecendo o histórico do paciente saberemos de sua cultura, seus hábitos e também das músicas que povoaram sua infância, sua juventude e maturidade.

Num momento em que pouco ou nada mais resta a música é um alento, um pequeno mas feliz momento de sensibilidade. O trabalho desenvolvido no Premier é, se não pequeno, despretensioso, na medida em que acredita no poder transformador subjetivo da música; mais para trazermos momentos de alegria e sensibilidade que para promover curas. Isso ajuda a humanizar e aquecer todo o ambiente

e todos que dele participam, incluindo a equipe de saúde, os familiares e os funcionários. A música integra e reintegra.

A Música e a Relação Humana

Restaurar a música no cotidiano das pessoas pode ser um acerto também noutro sentido. Hoje a música se tornou um ruído de fundo da sociedade moderna. Em todos os lugares que vamos há música. No supermercado, nas salas de espera, nas locuções radiofônicas sempre há uma bateria ou algo parecido.

Ora, o verbo fruir tem deixado de existir na sociedade urbana moderna. Virou percepção do passado parar para ouvir uma música, deixar que ela nos ative os sentidos e nos aguace a sensibilidade e, por conseguinte, nos leve a um estado de transcendência. E a grande capacidade das artes na qual a música se inclui é a de, através da fruição, nos tornar mais sensíveis e assim, mais perceptíveis ao mundo e ao outro. Ouvir o outro é o primeiro passo na direção do entendimento, do afeto, da doação. Muitas vezes alunos nos relataram que alguns pacientes, mais que ouvir queriam ser ouvidos. Restabelecer a sensibilidade em nós pode ser um caminho para restabelecermos um espaço para o outro dentro de nós.

A música nos hospitais interfere não só no cotidiano dos paciente, mas de todos os que ali se encontram (acompanhantes, cuidadores e funcionários) contribuindo para sua relação e restabelecendo a função da música na vida das pessoas. A música no quarto hospitalar faz com que todos partilhem de um mesmo conhecimento. Naquele momento todos são iguais: doentes ou cuidadores. O momento é de celebração da alegria, das memórias, do deleite, da vida.



Aulas práticas conduzidas pelos mestres Ricardo Matsuda (acima) e Marcelo Petraglia (abaixo).



15

Humanamente musical

Por Marcelo S. Petraglia

Músico, compositor e pesquisador sonoro



A música parece ser um fato indissociável da existência humana. A história e a arqueologia mostram que ela esteve presente na humanidade desde épocas imemoriais e continua tendo um papel de destaque na expressão de nossos pensamentos, sentimentos e ações. Atualmente pode-se dizer que todas as culturas fazem música e que seus membros se expressam musicalmente, seja de forma rudimentar ou altamente sofisticada. Segundo o filósofo da música Victor Zuckerkandl (1), isto implica em que, não apenas alguns homens são musicais enquanto outros não o são, mas que o homem é um ser musical, um ser predisposto à música e com necessidade de música, um ser que para sua plena realização precisa expressar-se em tons musicais e deve produzir música para si mesmo e para o mundo. Neste sentido, musicalidade não é algo que alguém possa ter ou não ter, mas algo que – junto com outros fatores – é constitutivo do ser humano. Faz-se música porque música faz parte da vida. Faz-se música para si mesmo, para os outros, para celebrar, louvar, lamentar, curar, se divertir, ritualizar momentos significativos da vida de indivíduos e da coletividade. A música não é pela música, mas é a forma sonora humanizada coerente com a experiência vivida.

Quando partimos desta constatação e juntamos a isso o papel da música como meio de cura, promoção de saúde e do bem estar de indivíduos e comunidades, assim como

encontramos em diversas culturas, fica clara e justificada a proposta de se trazer a música para o ambiente hospitalar; especialmente naquelas situações onde a longa permanência rouba das pessoas grande parte da liberdade e o contato com a vida circundante. Todavia, é preciso compreender como a música pode ser trabalhada nestes contextos para que de fato seja uma força salutogênica e não apenas mais um estímulo acústico perturbador como tantos outros já o são.

Quando se fala hoje da aplicação da música na saúde naturalmente surge em nossa mente o conceito “musicoterapia”. Embora a música venha sendo utilizada já há muitos séculos com propósitos terapêuticos (2), a musicoterapia estruturada como área do saber e do fazer, é no ocidente algo recente. Assume-se que tenha sido nos anos imediatamente após a segunda guerra mundial, a partir da necessidade de novos caminhos para se lidar com os feridos, no corpo e na alma, que retornavam dos campos de batalha, que tanto a aplicação prática como da reflexão crítica sobre a musicoterapia teve seu início. Por ser notoriamente um campo interdisciplinar, onde a arte musical, as ciências médico-biológicas e a psicologia interagem fortemente, é natural que um grande número de vertentes tenham sido desenvolvidas e explorem as várias direções e nuances resultantes deste encontro. Já no final do século XX, Kenneth Bruscia (3) apresenta mais de 60 definições de musicoterapia e um grande

número de possibilidades técnicas para o trabalho. Conforme uma destas definições, musicoterapia é um processo interpessoal no qual o terapeuta utiliza a música em todas as suas facetas – física, emocional, mental, social, estética e espiritual – para ajudar o paciente a melhorar, recuperar ou manter a saúde. Vale notar que não se trata simplesmente da utilização da música, mas a utilização de experiências musicais significativas. Entende-se que o agente da terapia não é visto apenas como sendo a música (um objeto externo ao paciente), mas principalmente a experiência do paciente e de todos que com ele ouvem a música (isto é, a interação entre a pessoa, processo, a música e o contexto).

Fica claro que para se atuar musicalmente de modo efetivo no contexto hospitalar é importante que haja um preparo e que este contemple diversas competências musicais, terapêuticas e humanas. Neste sentido, iremos a seguir destacar alguns pontos que consideramos fundamentais.

Todos nós ouvimos ao longo da vida uma grande variedade de sons e coletamos incontáveis experiências musicais. À grande maioria destas encontram-se associadas a experiências afetivas, sociais e do nosso próprio caminho de vida. Temos músicas que marcaram momentos importantes da nossa biografia, sejam de alegria ou de tristeza. Existem sons que são capazes de nos evocar memórias profundas da infância, de lugares que estivemos, situações pelas quais passamos. O musicoterapeuta e médico Rolando Benenzon (4) sistematizou este conjunto de experiências sonoro-musicais no conceito de ISO (Identidade Sonoro-Musical). Este é um fator importante que deve ser levado em conta por todo aquele que quer atuar com a música em benefício de um outro ser humano, pois deve-se reconhecer que a mesma música ou som na interação com uma identidade sonora particular, pode ter

significados diferentes para pessoas diferentes. Em um contexto clínico musicoterapêutico, é fundamental que se investigue a fundo e se possível detalhadamente a identidade sonora de um paciente, para se poder utilizá-la conscientemente de modo afirmativo ou questionador ao longo de processo terapêutico. Todavia, no contexto hospitalar nem sempre isso é possível, seja pela simples falta de tempo ou o difícil acesso às fontes de informação. É portanto necessário, para o músico que se propõe a atuar neste campo, além de colher as informações possíveis sobre seu público, desenvolver um vasto repertório capaz de abarcar, mesmo que de modo genérico, a diversidade do seus ouvintes. Estes, é bom lembrar, incluem, além dos pacientes, os acompanhantes, familiares, médicos, enfermeiras e demais funcionários da comunidade hospitalar hospital ou da instituição. A música que ressoa nestes locais, de alguma forma atinge a todos e deve ser pensada para todos.

Juntamente com um repertório que possa entrar em ressonância com os ouvintes, o músico deve desenvolver uma alta sensibilidade para compreender as muitas situações que encontrará ao percorrer uma ala de um hospital. Muitas vezes se deparará com situações de grande sofrimento ou estará diante de alguém cuja consciência dorme profundamente. Nestes momentos será exigido dele, bem mais que a técnica para cantar ou tocar um instrumento. Ele deve ser capaz de sentir cada situação e buscar dentro de si a expressão musical apropriada àquele momento. Esta pode até ser em algum momento o silêncio.

Encontrar a atitude correta e nela fazer a música soar, é algo que não se aprende normalmente nos conservatórios, universidades ou escolas de música. É uma competência mais humana do que especificamente musical. O músico atuante em hospitais deve ser alguém que se propõe a fazer um caminho de auto

desenvolvimento e disposto a colocar sua música a serviço do outro. Ao atuar ele deve, sem abrir mão de sua interpretação pessoal (que garante a autenticidade de sua ação), escutar profundamente o que é necessário e dentro de si encontrar os meios musicais que atendam esta necessidade. Não cabe aqui o conceito de artista que busca apenas sua auto expressão, mas do artista no mais elevado sentido do termo que é capaz de revelar de forma sensível o que vive subjacente às aparências de cada encontro com o paciente e a comunidade hospitalar. Ele deve buscar por meio da música o contato com o íntimo dos seres trazendo à vida o que têm de melhor.

Forma-se assim um sistema que por meio da música integra a todos e ajuda cada um estabelecer contato com o outro e consigo mesmo. Contato é sem dúvida um termo apropriado, pois a música tem esta propriedade: conectar as pessoas, seja consigo mesmas seja com os outros. Pensemos em uma mãe que canta para seu filho, alguém que canta um amor perdido, soldados que marcham cantando para guerra, amigos que festejam cantando num bar, monges que entoam uma oração... Como é possível que atividades tão díspares como estas sejam expressas pela mesma atividade (a música)? O que elas têm em comum? Aqui mais uma vez encontramos em Victor Zuckerkandl uma resposta a estas perguntas: há um elemento comum a todas estas diversas expressões, que é a necessidade de auto abandono; todavia isto não é um dar as costas ao ser, não é uma negação, mas um alargamento, uma intensificação do ser, uma quebra das barreiras que separam o ser das coisas, o sujeito do objeto, o agente da ação, contemplador daquilo que é contemplado: é uma transcendência da separação, sua transformação em uma unidade. A mãe se torna uma com sua criança, o amante reencontra sua amada, soldados se fortalecem na coletividade, amigos intensificam e fundem sua alegria, monges comungam com o ser transcendente de sua veneração.

Nas situações cotidianas “não musicais”, nossa atenção é dirigida aos objetos exteriores estabelecendo uma cisão entre eu e o objeto, necessária às operações práticas. Este é o caso do caçador diante de sua caça, do cientista diante de seu objeto de estudo, do cozinheiro diante da execução de sua receita, do comerciante diante de uma lista de pedidos e de seus produtos. Em situações assim, não é comum encontrar pessoas musicando. Cantar, ou fazer música, parece mais natural em situações onde se busca um envolvimento de natureza emocional ou existencial com o outro ou consigo mesmo e com a própria vida.

Voltando agora à questão da música nos hospitais, fica claro que este reencontro consigo mesmo e o encontro com o outro que pode ser proporcionado pela experiência musical é de grande valor. A constatação do sentimento de união e pertencimento proporcionado pela experiência musical nos dá uma indicação de como a música pode proporcionar uma elevação do estado de ser de uma pessoa. Numa situação de restrição imposta pela condição de saúde própria ou do outro, a experiência musical adequada e conduzida de modo sensível parece ter o poder para ativar no íntimo de cada um a força de vida necessária para o contato com o outro. Contado este que se revela como reconhecimento de si próprio e do outro, sentimento de pertencimento, altruísmo, resgate da vida e do senso de humanidade.

Referências

- 1 Zuckerkandl, V. *Man the musician*. Princeton: Princeton University Press, 1976.
- 2 Samuel, 16:23: “Quando o mau espírito de Deus se apodera de Saul, David tomava a harpa, tocava-a, e Saul acalmava-se e sentia-se melhor, e o espírito mau afastava-se dele...”
- 3 Bruscia, K. *Definindo Musicoterapia*. Trad. Mariza Velloso Fernandez Conde, 2a ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.
- 4 Benenzon, R. O. *Teoria da Musicoterapia*. Tradução: Ana Sheila M. de Uricoechea. 2 ed. São Paulo, SP: Summus Editorial, 1988.

16

Desafios do nosso tempo: a parceria com o Instituto de Estudos Avançados da USP no debate sobre os idosos do Brasil



Por David Braga Jr.

Médico, Conselheiro Consultivo do Grupo MAIS e Diretor Médico da Associação Auxiliadora das Classes Laboriosas (AACL)

Em julho de 2010, por iniciativa do Sergio Gomes, da OBORÉ, e por interesse do professor Cesar Ades, titular do Instituto de Psicologia da USP e à época diretor do Instituto de Estudos Avançados (IEA), iniciamos uma série de tratativas para incluir na agenda do Instituto uma pauta voltada para a questão dos idosos.

Os dados do censo demográfico de 2010 demonstravam claramente que o Brasil havia superado a fase do “país de jovens”, transitava celeremente para o “país de adultos” e apontava na direção de um “país de muitos idosos”.

Apresentamos ao professor Cesar Ades os dados do IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, chamado “Terceira Idade e Esperança de Vida: O Brasil no Cenário Internacional, editado em setembro de 2008, e as disposições da Portaria MS nº. 2.528, de 19 de outubro de 2006, que aprovava a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. E propusemos ao IEA, em parceria com o Grupo MAIS e a OBORÉ, a realização de um simpósio de alto nível para reunir pessoas e agregar conhecimentos voltados para a

problemática dessa população.

Em linhas gerais, os documentos apresentados (ver Documento do IPEA) defendiam que conceber uma política de cuidados voltada para os idosos e portadores de doenças crônicas degenerativas seria o grande desafio do nosso tempo a ser enfrentado pelos governantes e gestores públicos. Assumir essa nova realidade produziria grande impacto sobre as populações, seria fator decisivo de melhoria da qualidade de vida das pessoas da comunidade, motivo de sucesso político para os governantes e elemento gratificante para os profissionais das áreas sociais. Envelhecer, portanto, passaria necessariamente a ser com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exigiria promoção da saúde em todas as idades.

Importante acrescentar que muitos idosos brasileiros envelheceram e envelhecem apesar da falta de recursos e da falta de cuidados específicos de promoção e de prevenção em saúde. Entre esses estão os idosos que vivem abaixo da linha de pobreza, analfabetos, os sequelados de acidentes de trabalho, os amputados por arteriopatias,

os hemiplégicos, os idosos com síndromes demenciais, e para eles também é preciso achar respostas e ter ações específicas das políticas públicas.

Nesse contexto, seria imperioso que o IEA da USP incluísse na sua agenda a preocupação com as questões relacionadas ao envelhecimento populacional e desenhasse estratégias balizadoras para a abordagem dos principais problemas identificados nos estudos do tema. Por se tratar da mais importante universidade brasileira, a produção de conhecimento, a análise das tecnologias bem como a formação e capacitação de profissionais para atuar nas atividades correlatas à geriatria e à gerontologia deveria se constituir em tarefa obrigatória para a USP. Organizar uma agenda dedicada à pessoa idosa, desenhar um modelo de atenção integral e traçar um plano de ação para contribuir com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

seria, então, o principal objetivo do Simpósio. De imediato o professor Cesar respondeu positivamente ao nosso chamado. E assim nasceu o Ciclo de Debates Idosos do Brasil: Estado da Arte e Desafios. Seu bilhete de aceite, datado de 2 de agosto de 2010, nos foi enviado por email e é aqui reproduzido até como forma de homenageá-lo. Dois anos depois, teria morte trágica, fruto de atropelamento na Avenida Paulista. Cesar Ades nos abriu as portas do IEA com a sua generosidade intelectual e visão de futuro, gesto que viabilizou a criação do Grupo de Estudos “Idosos no Brasil - Estado da Arte e Desafios”, aprovado pelo Conselho Deliberativo do IEA, em 2013, na gestão do novo diretor, professor Martin Grossmann. Em fase de implantação, o objetivo do Grupo de Estudos é focalizar a questão específica dos idosos no Brasil, inclusive para permitir que a instituição seja um espaço auxiliar na criação de políticas públicas voltadas para este urgente problema nacional.

Prezado David:

“O seu texto para o simpósio “Idosos do Brasil: Estado da Arte e Desafios” coloca de maneira perfeita a necessidade de se abordar a questão do idoso no Brasil. Os pontos escolhidos para exame e discussão também são muito pertinentes, tanto no primeiro como no segundo painel. Acho, contudo que o número de assuntos (todos relevantes) é muito amplo para tratar num evento só: acredito que seria melhor escolher os mais básicos para formar mesas redondas tanto na análise da arte como quanto na preparação de uma agenda possível. Talvez um dia inteiro seja suficiente para isso (um período dedicado a cada painel). De qualquer maneira, se houver possibilidade, seria interessante marcar uma reunião fechada, aqui no IEA, com especialistas, para debater a questão dos temas mais básicos e a organização do evento. Dou os parabéns pela iniciativa e fico à disposição para a cooperação que seja necessária.”

Cordialmente,

Cesar Ades



CICLO DE DEBATES

Idosos do Brasil: Estado da Arte e Desafios

O IEA/USP, ciente da sua importância no fomento das discussões acerca da questão do envelhecimento e dos idosos, realizou em 2011 em conjunto com o Grupo MAIS e a OBORÉ o ciclo “Idosos no Brasil: Estado da Arte e Desafios” com dez encontros temáticos que reuniram importantes figuras do cenário nacional e internacional, o que permitiu a identificação de muitas áreas e questões onde estudos aprofundados e interdisciplinares se fazem urgentes e necessários.

Painel 1

Estado da Arte: Situação dos Idosos no Brasil

- Demografia.
- Marco Legal.
- Políticas Públicas relacionadas.
- Fisiologia e fisiopatologia do envelhecimento.
- Modelos de Atenção.
- Modelos de Organização das Redes de Serviços e Linhas de Cuidados, financiamento, estrutura, processos e impactos.
- Formação e Capacitação Profissional.
- Sistema de Informação.
- Trabalho, Renda, Previdência e Assistência Social.
- Empreendedorismo, Lazer, Entretenimento, Cultura e Arte.
- Aspectos Urbanos e Habitacionais.
- Hospitais, Casas de Repouso, Asilos, Residências Protegidas.
- Questões jurídicas, custódia, interdição, tutela, herança, testamento.
- Questões relacionadas à bioética, a biologia x a biografia.
- O direito relacionado à imagem, à linguagem e à memória; de decisão sobre a terminalidade da vida.

Painel 2

Elaboração de uma agenda de abordagem da problemática estudada de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Saiba mais:

<http://www.iea.usp.br/idosos.html>

<http://www.iea.usp.br/midioteca/saudenutri/index.html?searchterm=David+Braga+Jr>

Reflexos do envelhecimento: sobre os documentos do IPEA

Segundo o documento do IPEA*, o envelhecimento é acelerado quando comparado aos processos observados em países desenvolvidos em décadas anteriores. O Banco Mundial aponta que haverá uma duplicação da população com 60 anos ou mais entre 2007 e 2025 no Brasil, ou seja, em dezoito anos. Esse aumento ocorreu ao longo de 140 anos na França e em 86 anos na Suécia. Os números falam por si. Não resta dúvida que a readaptação da infraestrutura social e da própria sociedade representará um grande desafio para o Brasil pois o envelhecimento pressupõe demandas que atingem, por exemplo, a saúde e a previdência, sem falar nas alterações necessárias nas habitações e nas próprias cidades. Mas, esclarecia o documento, o mero aumento da expectativa de vida não significa que todos irão atingir a velhice.

Dados do PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) apontam que mais de um terço dos homens brasileiros e mais de um quinto das mulheres nascidos entre 2000 e 2005 não vai comemorar seu aniversário de 65 anos. O risco de morte prematura e imediata, que pode decorrer de problemas de saúde ou de causas externas como a violência, infelizmente, não é o único para quem deseja atingir a terceira idade. Vários obstáculos, relacionados às doenças, sobretudo as crônicas e que evoluem lentamente, podem fazer com que a expectativa de vida saudável seja inferior à expectativa de vida total.

O Brasil é o país onde a perda de anos de vida saudáveis é mais elevada, fazendo com que uma parcela importante da população se torne dependente da família ou da sociedade.

Cerca de 13,5 anos da vida dos homens e 11,1 anos da vida das mulheres deverão, para os nascidos em 2003, ocorrer em condições de vida precárias, gerando dependência para os hábitos mais comuns do cotidiano, o que, com frequência, deve gerar sofrimento para quem está doente e para os seus familiares. Isso pode implicar, ainda, em pressão sobre os gastos previdenciários, se houver a concessão de aposentadorias por invalidez e nos gastos com saúde. Assim, esse tipo de situação congrega fatores em que o sofrimento humano afeta a sociedade em múltiplas dimensões e causa problemas econômicos devido à perda da capacidade para trabalhar. Isso sem falar na necessidade de prover cuidados para quem perde a condição de vida saudável em termos de autonomia para as suas atividades cotidianas.

Mesmo para quem atingiu os 60 anos de idade, existe uma esperança de vida saudável menor em sociedades em desenvolvimento do que nos países mais industrializados. É possível observar que situações de vida mais precárias também reduzem a expectativa de vida saudável ao atingir idades mais avançadas, o que, certamente, implica em riscos financeiros para a seguridade social, sem deixar de enfatizar as dificuldades sofridas pelos cidadãos.

Os problemas em relação à competitividade do país não podem ser negligenciados. A vida saudável após os 60 anos no Brasil é bem inferior a de países mais desenvolvidos ou da Argentina e México. Uma política de desenvolvimento deverá levar em conta esse tipo de situação. Não é outra, aliás, a motivação para a adoção de medidas que previnam os

riscos de acidentes, violência e perda de condições de vida saudáveis observados nas sociedades mais avançadas. Os custos com gastos sociais podem ser compensados por menores gastos com tratamentos médicos ou de pessoal para cuidar dos doentes. Isso para não mencionar a necessidade de realocação do orçamento doméstico para prover cuidados, reduzindo a renda disponível para o consumo. É muito difícil aferir como as famílias são afetadas num contexto em que existe a necessidade de assistir quem perde a condição de vida saudável.

Os dados apresentados não autorizam nenhum analista a revelar pessimismo ou ceticismo. A capacidade da sociedade brasileira em lutar e transpor desafios está clara e o Brasil serve de referência para um sem número de políticas públicas internacionais. Além disso, a crise energética, somada ao desenvolvimento de combustíveis alternativos, descoberta de novas fontes de petróleo, para não mencionar a recuperação do preço dos alimentos, revertendo uma tendência que vigia desde os anos 1930, coloca o país em condições muito vantajosas para enfrentar os desafios. É importante destacar que, em meio a anos de reduzido crescimento econômico, o país foi capaz de consolidar instituições com a adoção de políticas universais e, através delas, reduzir a pobreza e as desigualdades, gerando impulsos decisivos para a retomada do crescimento da economia e a reconstrução da nação.

É preciso, contudo, ponderar outros fatores. O aumento do número de anos de vida não saudável e da probabilidade de morte prematura tem uma série de consequências socioeconômicas graves, tais como: aumento do sofrimento humano tanto para aqueles que padecem da doença quanto para seus familiares, e consequentemente para a sociedade de forma geral; redução da geração de riqueza, uma vez que a pessoa fica impossibilitada de trabalhar e pode requerer atendimento

integral por parte de outras pessoas; aumento de despesas da saúde e previdência com casos de morte prematura e invalidez temporária ou permanente. É importante analisar com cuidado quais são os desafios que estão à frente, lembrando que o aumento da esperança de vida saudável só será possível com melhorias nas condições de trabalho, de transporte, de moradia, melhoria na qualidade da educação das famílias e eficientes políticas públicas de saúde preventiva.

Diante desse quadro é chegado o momento de utilizar os ativos para promover a construção de uma sociedade mais justa, condição imprescindível para o desenvolvimento. Os argumentos apresentados alertam para a necessidade de construir um Estado que seja capaz de intervir para garantir maior equidade, aprofundando as iniciativas existentes e gerando condições que possam se traduzir em maior competitividade. Isso sem esquecer os imperativos da sustentabilidade do meio ambiente, em que cabe ao Brasil um papel da maior importância. Esses dados revelam que é preciso cuidar melhor da população para que o país possa finalmente desenvolver suas potencialidades.

Nesse sentido, a intervenção estatal precisa garantir que o mercado possa gerar a máxima vantagem social. Essa atuação evita problemas e gera o melhor ambiente possível para a produção com a incorporação de todos os trabalhadores às relações de trabalho típicas da modernidade. O processo já foi iniciado, mas o seu sucesso somente poderá ser aferido quando os idosos do futuro puderem olhar para trás e reconhecer que houve progresso em relação à de seus antepassados e ter a esperança que os seus sucessores possam dizer o mesmo.

***Texto de Referência:** 1Milko Matijascić é diretor do Ipea no IPC (Centro Internacional de Pobreza); María Piñón Pereira Dias é pesquisadora do Ipea no IPC (Centro Internacional de Pobreza); IPC (International Poverty Centre) é instituição de pesquisa em parceria com o PNUD. 2 Colaboração de Roberto Nogueira e Sérgio Piola, da Diretoria de Estudos Sociais do IPEA.



