

PRATA DA CASA 4

escritas do cotidiano
de uma equipe que cuida



SÃO PAULO
Internações Domiciliares

**São Paulo Interações Domiciliares
Grupo MAIS**

PRATA DA CASA 4

escritas do cotidiano de uma equipe que cuida

**1ª edição
São Paulo
OBORÉ
2011**

2011. OBORÉ Projetos Especiais em Comunicações e Artes Ltda.

Coordenação editorial

Sergio Gomes
Ana Luisa Zaniboni Gomes

Organização

Ana Luisa Zaniboni Gomes

Orientação metodológica

Marina Ruiz de Matos

Produção

Branca Braga, Marcio Sampaio Mendes e Viviane Cristina Rozelli

Edição

Ana Luisa Zaniboni Gomes

Capa, diagramação, artefinal e produção gráfica

Guto Veloso

Tiragem desta edição: 1.000 exemplares

São Paulo, setembro de 2011

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

Prata da casa 4 : escritas do cotidiano de uma
equipe que cuida / São Paulo Internações
Domiciliares Grupo MAIS ; [organização Ana
Luisa Zaniboni Gomes]. -- 1. ed. -- São Paulo :
Oboré, 2011.

Vários autores.
ISBN 978-85-61497-09-5

1. Cuidados de enfermagem a domicílio
2. Cuidados médicos 3. Cuidados paliativos
4. Idosos - Cuidados domiciliares 5. Pacientes -
Cuidados domiciliares 6. Serviços de saúde
I. São Paulo Internações Domiciliares Grupo MAIS.
II. Gomes, Ana Luisa Zaniboni.

11-09511

CDD-610.7
NLM-WY 195

Índices para catálogo sistemático:

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

Reprodução permitida, desde que citada a fonte.

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

Solicitação de exemplares: 55 11 5090-5000

Eu sou homem e nada do que é humano me é estranho.

Terêncio

Publius Terentius Afer, 185 a.C – 159 a.C

ÍNDICE

PARTE 1 - ARTIGOS TÉCNICOS & CIENTÍFICOS

- 13 CUIDADOS PALIATIVOS EM HOME CARE: EXPERIÊNCIAS DE SUCESSO**
Viviane Cristina Rozelli
- 18 ASSISTÊNCIA AO FAMILIAR E AO CUIDADOR: PROJETO DE ATUAÇÃO A PARTIR DE SUAS DEMANDAS E NECESSIDADES**
Marília Bense Othero; Gabriela Fiorone Cheque Selmini; Cristiane Sugawara; Carolina Tieppo; Natalia Tulli; Fabiana Petito; Letícia Mota; Débora Nozzella, Geovan Farias de Lira e Patrícia Sereno
- 23 COMO TRATAR OS SINTOMAS PSICOLÓGICOS E COMPORTAMENTAIS NA DEMÊNCIA**
Carolina Oliveira Tieppo, Gabriela Fiorone Cheque Selmini e Marília Bense Othero
- 29 ENVELHECIMENTO E PROCESSO DE LUTO: UM ESTUDO DE CASO COM UM PACIENTE DA PROATIVA**
Débora Cristina Romualdo Nozzella
- 36 AS LIMITAÇÕES DE PROFISSIONAIS DE CUIDADOS PALIATIVOS NO TRATAMENTO A PACIENTES CRÔNICOS: UM ESTUDO DE CASO**
Andrea Francisco Brito, Flaviana Cavalcante da Silva e Vanusa Silva Abade
- 42 IMPACTO DO ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL SOBRE A MELHORA DA ALIMENTAÇÃO E MEDIDAS CORPORAIS EM TRABALHADORES ADULTOS DE UMA EMPRESA NA CIDADE DE SÃO PAULO**
Laís Folha Peccia
- 48 TRABALHO X SOFRIMENTO: UM GRUPO DE REFLEXÃO COMO FACILITADOR DE TRANSFORMAÇÃO**
Fabiana Sousa Novais Petito e Paula Adriana de Nobile Branco
- 53 A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO AMBIENTAL NA ÁREA DA SAÚDE**
Renata Alter
- 59 A HISTÓRIA DE UM PACIENTE COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA: POSSIBILIDADES DE ASSISTÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS**
Geovan Farias de Lira e Marília Bense Othero
- 62 A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA REABILITAÇÃO DE PACIENTES COM LONGOS PERÍODOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**
Maria Lucidalva da Silva e Rosane Lima dos Santos Kumpel
- 65 ATENÇÃO PRIMÁRIA E SAÚDE SUPLEMENTAR: UMA VISÃO CONFLITUOSA**
Diogo Olive Gomes

- 69 AS LIMINARES JUDICIAIS NO SUS E NA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA: DESAFIO PARA OS GESTORES DE SAÚDE**
Marcio Sampaio Mendes
- 72 POLÍTICAS DE SAÚDE**
Vanderson Caetano dos Santos
- 77 PERFIL NUTRICIONAL DE PACIENTES EM ATENDIMENTO DOMICILIAR**
Suellen Meireles Damasco
- 81 ATIVIDADES CULTURAIS COMO TERAPÊUTICA PARA DEPRESSÃO EM PACIENTES SOB CUIDADOS PALIATIVOS**
Fabiano Camargo
- 84 QUALIDADE DE VIDA DO ENFERMEIRO SUPERVISOR**
Patrícia Ferraz da Rosa
- 88 HOSPITALIDADE, HOSPITAIS E HOTELARIA HOSPITALAR**
Gleice Maria Maciel Caputo
- 91 BROOKLIN - O AMIGO DO IDOSO**
Maria Luiza Costa de Souza

PARTE 2 - RELATOS DE EXPERIÊNCIAS

- 94 O PASSEIO AO MUSEU DA LÍNGUA PORTUGUESA**
Deborah Keiko Shimabukuro
- 97 PARA ESTAR VIVO BASTA APENAS PISCAR OS OLHOS**
Severino do Ramo Rocha
- 99 SEDENTARISMO**
Vanda Oliveira Santos Constantino
- 100 O AMOR POR SI MESMO E O AMOR AOS OUTROS – UM NÃO PODE SER PRATICADO SEM O OUTRO**
Denize Ruiz de Borba
- 101 TAPETINHOS EMBORRACHADOS**
Juliana Bueno Rodrigues
- 103 MESMO TENDO POUCO, SOMOS CAPAZES DE DOAR MUITO MAIS DO QUE IMAGINAMOS**
Priscilla Modesto Nogueira
- 105 APRENDENDO A CONVIVER COM A MORTE**
Patricia Alves Cerqueira
- 107 MORRER PARA VIVER**
Juliana Bueno Rodrigues

- 109 SAUDADES DE UMA GRANDE HISTÓRIA DE VIDA**
Talita Andressa P. da Silva
- 111 A ARTE DO CUIDAR**
Vanilda Martins Costa
- 113 DUPLO ALÍVIO**
Viviane Cristina Rozelli

PARTE 3 - REFLEXÕES & POÉTICAS

- 118 O QUE FAZER EM CUIDADOS PALIATIVOS?**
Andrea Francisco Brito
- 119 LIBERDADE**
Nilza Cristina Sousa Roberto
- 120 UM NOVO OLHAR**
Everly Rosaria de Souza
- 121 RESPEITAR O IDOSO É RESPEITAR O SEU PRÓPRIO FUTURO**
Marcela Gonçalves
- 122 ANJOS DOS CORREDORES**
Vanilda Martins Costa
- 123 NOVAS CONQUISTAS E NOVOS OBSTÁCULOS**
Fabio Roberto Maciel Vieira
- 125 DE SANCHO PANÇA A DOM QUIXOTE**
Diogo Olive Gomes
- 127 LISTA DE AUTORES**
- 128 AGRADECIMENTOS**

APRESENTAÇÃO

Nos bastidores dos meios editoriais, uma regra misteriosa rege o tempo das coisas: se o empreendimento chegar a quatro edições sucessivas, então terá futuro. Se assim é, seja por acaso, sorte ou puro empenho, acabamos de chegar à quarta edição da revista *Prata da Casa*. Seja por acaso, sorte ou puro empenho, acabamos de atravessar o Rubicão!

Nossos limites e limitações neste desafio de também colaborar, mesmo que de forma singela, com o avanço dos princípios da cultura científica, sempre nos foram muito claros. Formam um baião de três, a começar pela questão central que ainda nos mobiliza enquanto brasileiros, que é a do acesso à educação para todos e a luta por uma educação, de fato, de qualidade.

Se a formação pessoal e profissional de uma equipe nem sempre é adequada ou suficiente para enfrentar o projeto fundamental e histórico da divulgação das ciências e das tecnologias - aproximar, compartilhar e estimular o conhecimento – optamos por lidar com essa primeira barreira adotando, não por acaso, o cotidiano do nosso trabalho como o grande palco da experimentação e do risco. De fato, o cotidiano de uma equipe que cuida é, ao mesmo tempo, sujeito e objeto desta socialização.

Uma outra lógica que tentamos quebrar, por ser excludente, é a da produção, sistematização e divulgação de conhecimentos que não estão, necessariamente, instalados dentro do universo acadêmico. Nosso lugar de fala não é o formal, não é o do *stricto sensu*, e isso não significa desconsiderar a importância do rigor e formalismo acadêmicos e sim atuar para que sejam também reconhecidas as colaborações gestadas na e da prática cotidiana. No nosso caso, práticas gestadas no vasto campo aberto da saúde e em suas imprescindíveis variações interdisciplinares que ajudam na leitura do mundo, que ajudam na leitura da vida.

E o terceiro desafio deste baião de três é o do compromisso da produção continuada a fim de que essa iniciativa editorial - a *Prata da Casa* - seja reflexo e ao mesmo tempo estímulo para a circularidade do conhecimento. Nesse sentido, nos propusemos a discutir e a refletir, com a ajuda de renomados professores, pesquisadores e profissionais

de diversas áreas - reunidos no curso *Cultura Científica: módulo preparatório ao Prata da Casa 4* - nosso repertório, valores, conceitos e formas como trabalhamos o texto escrito a partir de nossas vivências profissionais sejam no hospital, em atendimento domiciliar, no monitoramento a distância ou nas reuniões periódicas das equipes.

Realizada de fevereiro a junho de 2011, esta atividade de caráter não formal, de adesão voluntária e desenvolvida quinzenalmente em horário de expediente dos funcionários, foi concebida com a intenção de estimular os profissionais a produzirem seus próprios textos através de orientações sobre métodos, suportes conceituais e recursos facilitadores do ensino-aprendizagem. Os protagonistas do módulo foram Ausônia Donato, David Braga, Angélica Yamaguchi, Marina Ruiz de Matos, Audálio Dantas, Marcelo Soares e Manuel Chaparro.

O mote – nosso desencadeador de motivos – foi pensar em por quê escrever, para quem escrever e sobre o quê falar. Isso desvelou o que mais tarde compreenderíamos como o nosso compromisso de cidadãos com o conhecimento humano e com o direito de todos termos acesso ao que está sendo produzido em benefício da vida.

Convidamos a todos que leiam, no final desta publicação (p.128), a sessão Agradecimentos, onde registramos o que foi essa experiência destinada a ser semente e fazer florescer a bendita mania de contar a vida, mesmo que num samba curto...

Por fim, nossa alegria maior é poder aqui apresentar mais uma edição da *Prata da Casa*: dela participaram 40 autores, através de 18 textos técnicos, 11 relatos de experiências e 7 reflexões de cunho poético. Uma obra digna de orgulho e de nossos maiores afetos por todos que a fizeram existir.

Muito obrigada e boa leitura para todos nós.

Ana Luisa Zaniboni Gomes
Coordenação Editorial

PS.: Até a quinta edição!

PARTE 1

Artigos Técnicos & Científicos

CUIDADOS PALIATIVOS EM HOME CARE: EXPERIÊNCIAS DE SUCESSO

VIVIANE CRISTINA ROZELLI

BACHAREL EM ENFERMAGEM E PÓS-GRADUAÇÃO EM DOCÊNCIA PARA ENSINO SUPERIOR PELA UNINOVE.
GERENTE DE ENFERMAGEM DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES.

Introdução

Cuidados paliativos é um termo definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, como uma abordagem ou tratamento que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameacem a continuidade da vida.

Esse tratamento ou abordagem terapêutica inclui o tratamento físico, social, psicológico e espiritual de pacientes, familiares e cuidadores. O controle da dor e da sintomatologia das doenças, por exemplo, faz parte do tratamento físico do paciente, proporcionando-lhe autonomia e uma vida ativa enquanto ela durar. Vida essa com qualidade, sem prolongamento de seus dias.

Preparar a família e cuidadores para essa terminalidade permite um desfecho da vida de maneira mais tranquila e o tratamento transcorre conforme o plano traçado no início do atendimento.

Segundo a OMS ^[1], os cuidados paliativos deveriam ser iniciados no momento do diagnóstico da doença (independentemente de sua etiologia), em conjunto com outras terapias, como quimioterapia ou radioterapia, além de medidas invasivas diagnósticas, para o tratamento de complicações clínicas.

Todos os cuidados preconizados pelos cuidados paliativos requerem uma equipe multiprofissional com o objetivo de auxiliar o paciente a adaptar-se às mudanças de vida imposta pela doença, além de promover a reflexão necessária para o enfrentamento desta condição de ameaça à vida para pacientes e familiares. ^[2]

A depender da instituição hospitalar de origem, esse atendimento só se inicia concomitante ao atendimento domiciliar ou internação domiciliar, não sendo praticado, na maioria das vezes, em ambiente hospitalar.

Ao se iniciar o atendimento domiciliar, devemos pensar em manutenção da qualidade do atendimento, comparando-se ao atendimento hospitalar, e redução dos riscos de infecção hospitalar. Além disso, o ambiente domiciliar contribui na promoção do auto-cuidado, treina o paciente e/ou cuidador frente à sua nova condição clínica e possibilita maior autonomia do paciente e familiares quanto às atividades de vida diária. ^[3]

O termo cuidados paliativos foi apresentando ao mundo já na Idade Média, durante as Cruzadas, onde os Hóspedes abrigavam, além dos doentes, moribundos, famintos, mulheres em trabalho de parto, pobres, órfãos e leprosos, com características como o acolhimento, proteção, alívio do sofrimento, mais do que a busca pela cura.

Na Inglaterra, Cicely Saunders dedicou sua vida ao alívio do sofrimento humano. Enfermeira, assistente social e médica, escreveu vários artigos que nos servem de guia, assim como o é para todo o mundo. Em 1967 ela fundou o St. Christopher's Hospice, sendo esse o primeiro serviço a oferecer cuidados integrais ao paciente, desde o controle dos sintomas, ao alívio da dor e do sofrimento psicológico.

No Brasil, apenas em 1990 começaram a aparecer os primeiros serviços organizados. A Universidade Federal do Estado de São Paulo (Unifesp), através do Prof. Dr. Marco Túlio de Assis Figueiredo, iniciou os primeiros cursos e atendimentos com a filosofia paliativista. O Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 1998, inaugurou, no Rio de Janeiro, o Hospital Unidade IV, dedicado exclusivamente aos Cuidados Paliativos. Após isso, outros hospitais como Servidor Público Estadual de São Paulo e o Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, iniciaram o atendimento com a mesma filosofia.

Em 2009, o Conselho Federal de Medicina incluiu no Código de Ética Médica, os Cuidados Paliativos como princípio fundamental.

Apresentação da Instituição/Serviço

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

Conta com uma equipe multiprofissional no atendimento em diversos segmentos da saúde. Fazem parte dessa equipe profissionais da saúde como enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, terapeuta ocupacional, psicólogas, nutricionistas, além de assistente social, trabalhando em harmonia para o atendimento de nossos pacientes. Nossos serviços de saúde atuam desde a pediatria até a geriatria, incluindo-se todas as fases da vida do ser humano até sua terminalidade, incluindo-se no atendimento os cuidados paliativos.

A instituição atua em São Paulo Capital, Litoral e Interior, além de outros estados e DF, como Santa Catarina, Rio Grande do Norte, Bahia, Mato Grosso, Goiás, Rio de Janeiro e Minas Gerais.

Caracterização do trabalho/Atividade a ser descrita

Os Cuidados Paliativos, recente no ambiente hospitalar, é ainda mais recente em ambiente domiciliar. Na São Paulo Internações Domiciliares, em concomitância com a filosofia do Grupo MAIS (Modelos de Atenção Integral

Saúde), segue a filosofia dos cuidados paliativos aos pacientes em atendimento, tal qual o Hospital Premier, pertencente ao grupo. Em sua grande maioria, o atendimento de Cuidados Paliativos, fora realizado, ao longo dos anos, a pacientes com diagnósticos de câncer e esclerose lateral amiotrófica (ELA). Em todos os casos relatados nesse trabalho, os familiares receberam o suporte da equipe multiprofissional após o óbito do paciente.

Atualmente, em decorrência do envelhecimento da população e com o aumento das doenças crônicas, os pacientes e cuidadores em atendimento, recebem os mesmos cuidados e atenção da equipe.

População Alvo

Pacientes em internação domiciliar com diagnósticos diversos de neoplasias, em cuidados paliativos na São Paulo Internações Domiciliares do período de Abril/2008 a Novembro/2010.

Impacto da atividade/serviço junto à população alvo

Paciente, S.S.S., 72 anos, CA próstata operado em 1998 com reicidiva em 2001. Realizou tratamento quimioterápico no Hospital Sírio Libanês. Abandonou o tratamento, achando-se curado, não realizou mais acompanhamento com oncologista, até que em 2006 apresentou quadro de hematúria, sendo reinternado para diagnóstico. Encontrava-se com reicidiva de tumor em próstata, com metástase óssea. Foi hospitalizado em 2007 e 2008 devido a crises algícas, anemias e bacteremia, recebendo, na internação, hemoconcentrados, analgésicos e quimioterápicos. Em Março/2008 não respondia mais ao tratamento e a equipe do Hospital São Francisco, em Ribeirão Preto, optou por mantê-lo em cuidados paliativos no domicílio. Iniciou o atendimento de Home Care em 12/04/2008 com enfermagem 24hs, visita de enfermeiro semanal e fisioterapia diária. Mantinha acompanhamento médico com seu cirurgião oncologista no Hospital São Francisco. A equipe do domicílio, em diversas conversas com paciente e familiares os preparavam quanto a questão da terminalidade da vida. As falas da esposa e paciente, refletem a atenção da equipe: “o que ele mais precisa mesmo é o carinho dos familiares, amigos e de toda a nossa equipe”, “estamos vendo um lado humano e afetuoso que não esperávamos tanto”. Em 28/04/2008 paciente evoluiu a óbito em seu domicílio, sob o atendimento dos cuidados paliativos, sem sintomatologia ou sofrimento. Família, ciente da evolução e com o suporte da equipe de atendimento, manteve-se todo o tempo ao lado do paciente tranquilamente, aceitando seu desejo de finitude em seu lar ao lado daqueles que o amavam.

Paciente M.J.G.P.S, 49 anos, CA ovário estadiamento IV, em tratamento quimioterápico desde 2002, apresentava metástase peritoneal, renal e hepática. Apresentou oclusão intestinal, sendo hospitalizada para realização de ileostomia em Maio/2008. Havia realizado laparotomia exploratória, porém como conduta, feito ileostomia devido a presença das metástases. O esposo da paciente informou, no momento do início de atendimento, que a paciente não estava ciente da evolução de sua doença, porém imaginava a gravidade. Ele, por sua vez, encontrava-se

ciente de todo o quadro e já estava sendo trabalhada a questão do óbito de sua esposa. Inicialmente mantinha enfermagem 24hs, acompanhamento médico, enfermeiro, fisioterapia e nutricionista. Já na primeira consulta, enfermeiro e médico orientaram a questão dos cuidados paliativos e solicitaram suporte da equipe de saúde mental para acompanhamento da paciente. Na consulta de psicologia, identificou-se uma cooperação entre família, paciente e equipe, os quais, segundo relatos, não mediam esforços para manter o bem estar da paciente. Seu medo de morrer decorria do fato de deixar o filho de 10 anos sem seus cuidados, o qual ela não veria crescer. Todo o tratamento e acompanhamento da equipe de cuidados paliativos transcorreu sobre o fortalecimento dos laços familiares, além do processo de perda e despedida. Atividades prazerosas para a paciente eram estimuladas e incentivadas pela equipe, sendo que foi tecido um cachicol junto com a auxiliar de enfermagem em um tear da paciente. Toda a sintomatologia da doença foi controlada com medicamentos, inicialmente, via oral, e posteriormente, iniciado o tratamento por hipodermóclise, até o óbito domiciliar da paciente em 15/08/2008.

Paciente, A.T.A.S, 36 anos, CA ovário, diagnosticado em Maio/2003, sendo submetida a histerectomia total após 15 dias do diagnóstico. Iniciou quimioterapia após a recuperação da cirurgia. Em 2005, apresentou novas crises de algia abdominal, sendo submetida a laparotomia exploratória. Reiniciou a quimioterapia. Em 2006, após nova laparotomia, realizou ressecção de alça intestinal, porém sem colocação de colostomia. Durante o ano de 2008 realizou várias sessões de quimioterapia. Em 2009, de Janeiro a Abril, permaneceu sem quimioterapia, porém durante realização de exames constatou-se obstrução intestinal completa, sendo realizada nova intervenção cirúrgica e a colocação de ostomia. Encontrava-se com metástase óssea e intestinal, sendo que com o decorrer do atendimento, apresentou metástase abdominal e renal. Iniciou atendimento de Home Care em Agosto/2009 com auxiliar de enfermagem, acompanhamento de visita médica, enfermagem, fisioterapia, nutricionista e psicologia.

Paciente casada, mãe de um filho de 13 anos, já estava ciente de sua condição, sem possibilidade de cura e em tratamento de cuidados paliativos. Seu desejo era de descanso. Seu esposo, viajava a trabalho e a angústia familiar havia aumentado, em virtude dessa distância. Quando iniciado o atendimento de psicologia, como previsto em cuidados paliativos, suporte emocional e o atendimento ocorria junto aos familiares. Em 23/11/2010 paciente evoluiu a óbito, sendo o atendimento realizado com a família, em domicílio, para trabalho do luto.

Considerações finais

O atendimento de cuidados paliativos deve criar condições e fornecer o suporte ao paciente, família e cuidadores para que o desejo de morrer em casa seja atendido e que esse fim inevitável seja tranqüilo para todos os envolvidos^[4]. Em todos os casos relatados acima, pacientes evoluíram a óbito em ambiente domiciliar, conforme seus desejos. O atendimento sob os cuidados paliativos proporciona o desejo de forma tranqüila e com suporte adequado a paciente, família e cuidadores. Ocorre diminuição de estressores para a equipe de

atendimento, pois a família e cuidadores estão sendo amparados e monitorados continuamente.

Referências

1 <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

2 <http://www.paliativo.org.br/home.php>

3 Sakurada CK, Taquemori LY. 2008, Modelos de Assistência em Cuidados Paliativos: Caderno Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 120-6

4 Higginson I et al. Where do cancer patients die: Ten years trends in the place of death of cancer patients in England. Palliative Medicine 12, 353-65

ARTIGO 2

ASSISTÊNCIA AO FAMILIAR E AO CUIDADOR: PROJETO DE ATUAÇÃO A PARTIR DE SUAS DEMANDAS E NECESSIDADES

MARILIA BENSE OTHERO

CONSELHO EXECUTIVO GRUPO MAIS. COORDENADORA DA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL GRUPO MAIS. SUPERVISORA TÉCNICA DA EQUIPE DE MONITORAMENTO GRUPO MAIS.

GABRIELA FIORONE CHEQUE SELMINI, CRISTIANE SUGAWARA, CAROLINA TIEPPO, NATALIA TULLI

EQUIPE DE SAÚDE MENTAL – TERAPIA OCUPACIONAL – PROATIVA GRUPO MAIS

FABIANA PETITO, LETÍCIA MOTA, DÉBORA NOZZELLA, GEOVAN FARIAS DE LIRA, PATRÍCIA SERENO

EQUIPE DE SAÚDE MENTAL – PSICOLOGIA – PROATIVA GRUPO MAIS

A família da atualidade vivencia novos arranjos e composições: a mulher, antes cuidadora do lar, passou a participar ativamente do mercado de trabalho; o tamanho da família foi reduzido, pois cada vez o número de filhos é menor; novos papéis de gênero surgiram; a longevidade da população implica em novas responsabilidades para os familiares¹. E, o adoecimento de um familiar é uma situação de impacto.

São várias as repercussões: há rupturas na organização da vida e do cotidiano, mudam-se os papéis exercidos por seus membros, há sofrimento psíquico e emocional. Preocupações importantes passam a permear o cotidiano de pacientes e familiares: evolução da doença, tratamentos, condutas, intercorrências, exames, sintomas, etc.

São rupturas, novas situações, estranhamento, sofrimento, e necessidade de reorganização e adaptação frente a tantos aspectos. Diante de situação tão complexa, especialmente na Assistência Domiciliar, é fundamental o trabalho da equipe de saúde junto ao familiar, cuidando-o em todas as suas dimensões: física, psíquica, ocupacional, relacional, social e espiritual.

Ressalta-se que o cuidado é algo dinâmico e complexo, que varia conforme as necessidades e os momentos individuais de cada indivíduo envolvido². É fundamental que o cuidador saiba atender ao paciente, mas que também precisa estar atento às suas próprias demandas, diante do sofrimento envolvido na tarefa².

Para oferecer uma assistência aos familiares e cuidadores, a equipe da ProAtiva organizou uma proposta de realização de encontros temáticos mensais, com o objetivo de oferecer suporte e orientação a estes sujeitos. Entretanto, antes de se iniciar o trabalho propriamente dito, foi feita uma pesquisa de interesses e necessidades com estes familiares/cuidadores, tendo como foco avaliar quais são as principais demandas desta população.

O objetivo deste artigo é apresentar a pesquisa realizada, seus resultados e desdobramentos.

Sistematização da pesquisa

Em um primeiro encontro, a equipe levantou possíveis temas a serem trabalhados com cuidadores e familiares. Foram elencados temas – dispostos a seguir - relacionados ao cuidado diário do paciente, às condutas da equipe multiprofissionais e ao apoio ao cuidador.

- Higiene, autocuidado do paciente
- Administração de medicações e outros cuidados
- Diferentes patologias (Alzheimer, AVE, etc)
- Organização dos cuidados no domicílio
- Incontinência, cuidados com as fraldas
- Organização e segurança do ambiente domiciliar
- Como estimular o paciente
- Como lidar com transtornos de comportamento
- Orientação nutricional
- Direitos do paciente / Estatuto do Idoso
- Qualidade de vida
- Importância da família para o paciente
- Autonomia e independência do paciente
- Papel do cuidador contratado / papel da família
- Estresse do cuidador
- Cuidado pessoal do cuidador
- O que a equipe multiprofissional pode fazer pelo paciente
- Troca de experiências entre cuidadores e familiares
- Infecção – o que é e quais são as medidas de prevenção
- Prevenção de quedas
- Posicionamento e prevenção de úlceras de pressão
- Transferências
- Outros

Estes itens subsidiaram a confecção de um questionário, entregue pela Equipe de Saúde Mental aos cuidadores e familiares dos pacientes assistidos, no período entre os meses de abril e maio de 2011. O questionário foi respondido com auxílio do profissional ou pelos próprios participantes.

Neste questionário, assinalavam-se os temas que gostaria que fossem trabalhados nos encontros mensais e qual o horário de preferência do encontro. Também se incluiu neste questionário os dados pessoais dos participantes, bem como nome do paciente e há quanto tempo ocupava a função de cuidador (no caso de cuidadores contratados pelas famílias).

Resultados alcançados

Foram aplicados 51 questionários (18 familiares e 33 cuidadores contratados), correspondendo a 42 pacientes incluídos, isto é, aproximadamente 62% de todos atendidos pelo programa de Gerenciamento de Doentes Crônicos da ProAtiva.

Os gráficos a seguir mostram o perfil demográfico desta população. Observou-se que entre os cuidadores predominam as faixas etárias até 59 anos e nível de escolaridade até médio completo. Entre os familiares, a faixa etária predominante é exatamente aquela acima dos 59 anos, e a escolaridade mais prevalente é a de superior completo.

Reiteram-se aqui os dados disponíveis na literatura específica sobre o tema, como Mendes³ em 2002, por exemplo: mais da metade dos cuidadores familiares estão acima de 59 anos, isto é, temos idosos cuidando de idosos.

Idade Cuidadores%

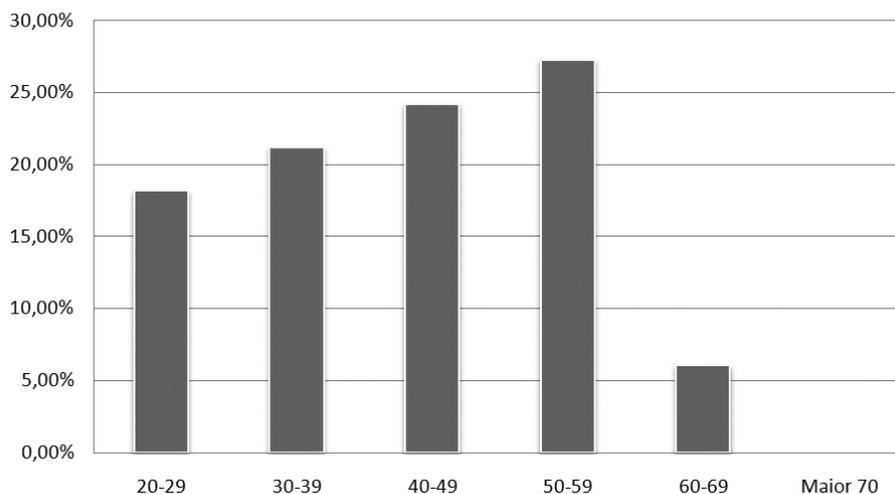


Gráfico 01 – Idade dos cuidadores participantes

Idade Familiares%

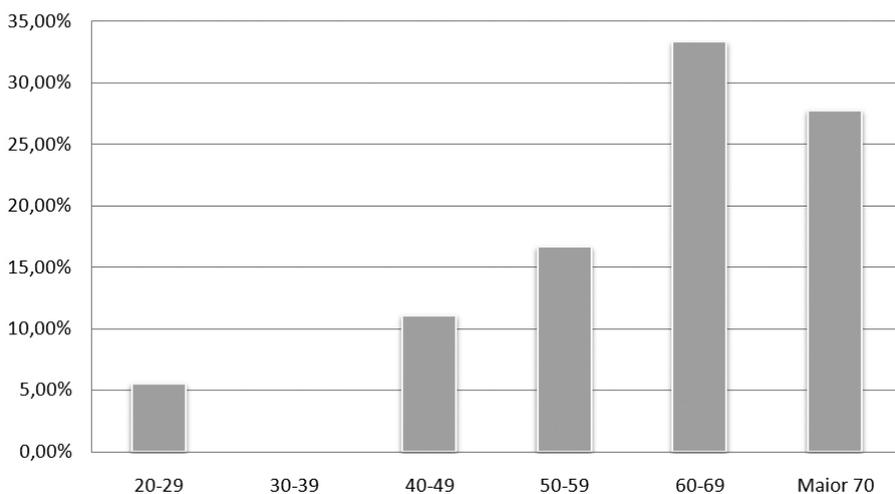


Gráfico 02 – Idade dos familiares participantes

Escolaridade Cuidador X Familiar

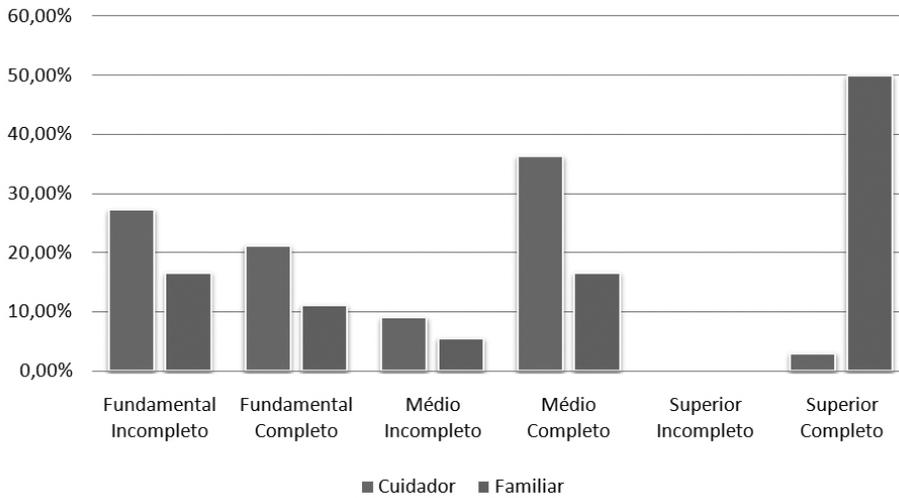


Gráfico 3 – Escolaridade de cuidadores e familiares

A partir da lista a ser assinalada no questionário, os temas que despertaram maior interesse dos cuidadores e familiares foram: como lidar com transtornos de comportamento; diferentes patologias; como estimular o paciente; estresse do cuidador; infecção – o que é e quais são as medidas de prevenção.

O gráfico a seguir apresenta todos os temas e o nível de interesse dos cuidadores/familiares.

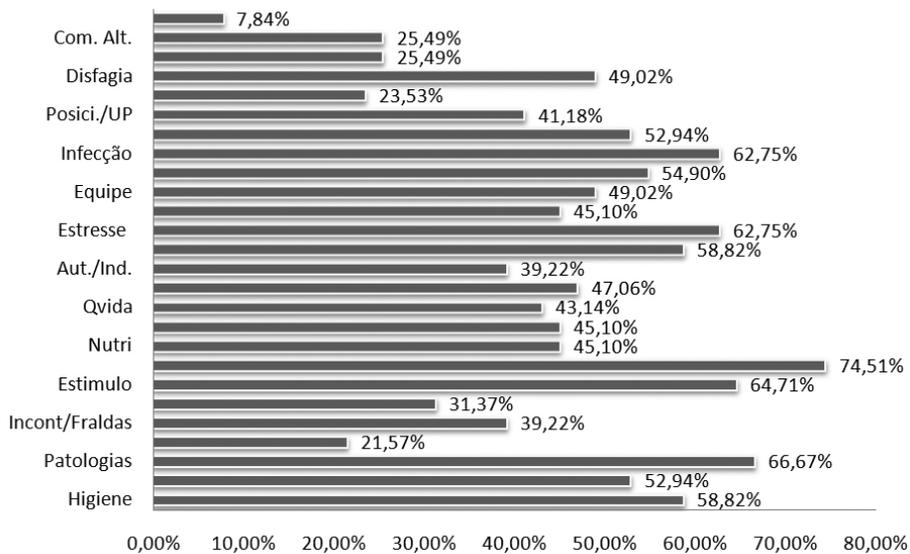


Gráfico 04 – Preferências e interesses dos cuidadores e familiares

Observa-se que há temas que envolvem a questão do cuidado propriamente dito, mas há também grande interesse em temas que envolvem a saúde e o cuidado ao próprio cuidador. Ressalta-se a questão dos transtornos de comportamento como fonte de angústia e dificuldade para o cuidador, algo que também aparece no resultado desta breve pesquisa.

Menciona-se ainda que estes dados foram tabulados pela gerência da Equipe de Saúde Mental e foram apresentados à equipe, para discussão e como disparador para planejamento das ações junto aos cuidadores e familiares.

Considerações finais e possibilidades futuras

A partir dos resultados da pesquisa, e da discussão realizada em equipe, organizou-se os “Encontros com os Cuidadores”, que serão realizados no segundo semestre de 2011.

Serão encontros mensais, aos sábados, de participação voluntária. Todos os cuidadores e familiares abrangidos pela equipe serão convidados, através de folders e materiais explicativos. Seguem os temas:

- Agosto: Quem é o cuidador?
- Setembro: Cuidado e conforto do paciente
- Outubro: Qualidade de vida no cotidiano
- Novembro: Diferentes patologias e como lidar com os transtornos de comportamento
- Dezembro: Encontro de confraternização

Toda a equipe participará da elaboração e da realização de cada encontro. As tarefas foram divididas entre a Enfermagem, Psicologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Nutrição e Médicos, de maneira a abarcar as diferentes áreas e suas especificidades.

Referências Bibliográficas

1. GENEZINI, D.; OTHERO, M.B. Família. Palestra ministrada no 3º seminário de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Municipal. São Paulo, junho 2009.
2. ABREU, C.B.B.; PIRES, N.R. O papel do cuidador. In: ABREU, C.B.B.; RIBEIRO, M.I.; PIRES, N.R. Cuidando de quem já cuidou. O livro do cuidador. São Paulo: Atheneu, 2009.
3. MENDES, P.B.M.T. Quem é o cuidador? In: DIAS, E.L.F.D.; WANDERLEY, J.S.; MENDES, R.T. Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2002.

COMO TRATAR OS SINTOMAS PSICOLÓGICOS E COMPORTAMENTAIS NA DEMÊNCIA

CAROLINA OLIVEIRA TIEPPO

TERAPEUTA OCUPACIONAL DA PROATIVA (GRUPO MAIS) – PÓS-GRADUANDO EM GERONTOLOGIA NO HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN.

GABRIELA FIORONE CHEQUE SELMINI

TERAPEUTA OCUPACIONAL DA PROATIVA (GRUPO MAIS) – ESPECIALIZADA EM GERONTOLOGIA PELO HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN.

MARILIA BENSE OTHERO

TERAPEUTA OCUPACIONAL, MESTRE EM CIÊNCIAS PELA FMUSP-SP. COORDENADORA DA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL DO GRUPO MAIS. CONSELHO EXECUTIVO GRUPO MAIS. SUPERVISORA TÉCNICA DO MONITORAMENTO GRUPO MAIS.

Introdução

A população idosa vem crescendo em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento. Estudos apontam que em 2025 o Brasil será o 6º país do mundo em número de idosos¹. Com o aumento da perspectiva de vida os quadros de demência, que são freqüentes entre os idosos, tornam-se cada vez mais prevalentes na população. E com isso aumenta-se a preocupação, principalmente por parte dos profissionais da área da saúde, em como lidar com esses idosos, as situações e condições que os mesmos podem apresentar.

A demência é hoje considerada uma síndrome clínica caracterizada por declínio cognitivo, com caráter permanente e progressivo ou transitório, causada por múltiplas etiologias, acarretando repercussões sociais e ocupacionais ao paciente²

As demências são classificadas como reversíveis e irreversíveis. Dentre as irreversíveis as mais comuns são: Doença de Alzheimer, Demência Vascular, Demência de Corpos de Lewy e Demência Frontotemporal.

Juntamente com as alterações cognitivas, os idosos com demência podem apresentar sinais e sintomas comportamentais e psicológicos que interferem não só no desempenho das atividades diárias, mas também nas relações sociais, logo gerando risco no seu bem estar e na qualidade de vida. No consenso de 1996³ esses sinais e sintomas psicológicos e comportamentais na demência (SPCD) foram definidos:

Alterações sensopercepção, no conteúdo de pensamento, no humor ou no comportamento que ocorrem freqüentemente em pacientes portadores de demência. Além dessa definição, o consenso dividiu os SPCD em dois agrupamentos psicopatológicos: sintomas comportamentais, usualmente identificados com base na observação do paciente, incluindo agressão física, gritos, inquietação, agitação, perambulação, comportamentos culturalmente inapropriados e desinibição sexual; sintomas psicológicos, avaliados principalmente com base em entrevistas com os pacientes, seus familiares e cuidadores, esses sintomas incluem ansiedade, humor deprimido, alucinações e delírios³

Segundo Higa-Taniguchi⁴, os SPCD são muito freqüentes, estimando-se que mais de 90% das pessoas com demência de Alzheimer apresentem pelo menos um destes sintomas, sendo que um terço pode ter problemas mais graves.

Sabe-se que os SPCD não têm momento preciso para aparecer e surgem de maneira individualizada. Além disso, como cada ser humano é único, os sinais e sintomas podem surgir e diminuir conforme características individuais, cuidados realizados (forma como são tratados, podendo ser um tratamento farmacológico ou não-farmacológico). As consequências do SPCD são três³:

- Diminuição da qualidade de vida do paciente: devido à super medicação, a institucionalização prematura, restrição física e o alto custo de tratamento.
- Diminuição da qualidade de vida de cuidadores: há aumento do ônus do cuidador, agressão ao cuidador.
- Diminuição da qualidade de vida de cuidador profissional: estresse do funcionário, abuso físico e verbal, comportamento de acusação de roubo.

Objetivos

Aprofundar os conhecimentos sobre os transtornos de comportamento encontrados em idosos com demência e as formas de tratamentos mais indicadas para o controle dos mesmos.

Metodologia

Com o intuito de aprofundar os conhecimentos a respeito dos sintomas psicológicos e comportamentais na demência (SPCD) e a forma como estes podem ser tratados optou-se por uma pesquisa de caráter exploratório, onde através de um levantamento bibliográfico foi possível alcançar o objetivo de estudo em questão.

O levantamento bibliográfico foi realizado no site Bireme, buscou-se artigos com as palavras chaves: idoso, demência, sintomas psicológicos e comportamentais na demência, tratamentos farmacológicos e tratamento não farmacológico. Não foram encontrados muitos artigos atuais na língua portuguesa

que especificavam quais os sintomas existentes e a forma como tratá-los, o que mais foi encontrado foram pesquisas onde dados eram coletados a partir de entrevistas com idosos com demência e tais transtornos comportamentais e psicológicos. Além dessa fonte de pesquisa, o tema foi procurado em outros sites vinculados a temática, livros e uma apostila de curso realizado por uma das autoras.

Com a pesquisa inicial do material realizado, os artigos que eram pertinentes para o desenvolvimento do estudo foram selecionados e após uma leitura precisa foi possível iniciar a parte escrita do estudo.

Resultados

Tendo em vista a grande influência que os SPCD geram na vida do próprio idoso e de seus cuidadores, autores estão pesquisando de forma mais aprofundada quais as estratégias possíveis dentre os dois tipos de tratamento (farmacológico e não-farmacológico) e quais os benefícios gerados pelos mesmos.

Estudos indicam que a forma inicial de tratamento pelas quais os profissionais optam é a forma não-farmacológica, caso não seja suficiente, estes optam pela inclusão de fármacos específicos para um grupo de sintomas, diminuindo assim, a polifarmácia.

Inicia-se o tratamento não farmacológico por uma avaliação detalhada dos fatores relacionados ao ambiente (temperatura, luz, barulho ou ruídos, quantidade de estímulos e pessoas), aos cuidados (trocas de cuidadores, comunicação, manejo e assistência) e ao paciente (novos medicamentos, segurança, bem estar físico e/ou psicológico, necessidades básicas). Torna-se necessário avaliar se há outras comorbidades². Sendo assim, deve-se fazer uma avaliação para identificar quais os sintomas comportamentais e psicológicos na demência que o idoso possui, feito isso é preciso avaliar se há a possibilidade de serem secundárias algumas comorbidades frequentes em idosos dementados, como infecção, desidratação, fraturas, efeitos adversos de medicações, dentre outros⁵.

No tratamento não farmacológico engloba-se não só o idoso, mas também os seus familiares, cuidadores e ambientes em que o mesmo frequenta. Segundo Pestana e Caldas², “existem vários tipos de tratamento que serão de escolha conforme o estágio da doença, motivação do idoso e de seus cuidadores, recursos ambientais e financeiros disponíveis”. O papel do cuidador também é importante na avaliação, uma vez que eles podem identificar e transmitir à equipe os fatos que ocorrem antes e depois dos sintomas, a frequência que ocorrem, em quais momentos e em que locais⁶.

Uma primeira estratégia de atuação junto a este paciente, que pode parecer simples, é a forma de se comunicar com uma pessoa com comprometimento cognitivo. Sugere-se⁷ que o contato seja iniciado com uma única intenção clara e, a seguir, reforça-la através de gestos e da linguagem corporal, facilitando a percepção pelo paciente.

A avaliação de um doente com alterações psicológicas e comportamentais deve ser feita de maneira atenta e detalhada. Jackson⁷ traz algumas “perguntas-chave” que podem ajudar neste processo; ao ter estas informações, pode facilitar a orientação junto aos familiares e aos cuidadores sobre como lidar com a SPCD.

São elas (p.114):

- Quais são os hábitos para acalantar ou confortar o paciente no momento?
- Em que situações o paciente gosta de estar com outras pessoas?
- Quais os rituais que parecem importantes para o paciente?
- Quais são algumas das atividades preferidas do paciente?
- Como este paciente comunica prazer ou desagrado?
- Qual o ciclo de repouso/atividade e de alimentação/higiene pessoal que o paciente prefere?
- No momento, quais as atividades, os objetos ou as pessoas que parecem ser o ponto de referência do paciente com a realidade cognitiva?
- Que atividades, sabidamente, provocam agitação ou desconforto?

Nas intervenções comportamentais é necessário propiciar ambiente consistente, ou seja, não estressante, constante e familiar. Faz-se necessária à criação de uma rotina estável, caso seja necessário fazer mudanças que seja de forma gradual, para que o idoso não fique confuso. Inserir o idoso em atividades que estimulem a cognição, a musicoterapia, programas de atividade física (caminhada), para proporcionar melhora no bem estar e qualidade de vida não só do paciente, bem como do cuidador também⁸.

No ambiente domiciliar faz-se necessária intervenções para propiciar ambientes relaxantes, familiar, sem muitos estímulos, para isso faz-se o uso de terapia de luz, o emprego de música – principalmente durante o banho, para que o idoso sintam-se mais relaxado e que seja um momento prazeroso e não só de obrigação⁵.

Sanches⁹ também menciona a importância de manter as rotinas de cuidado com este idoso, isto é, evitar mudanças na rotina que podem gerar ansiedade e piorar o quadro confusional. O autor sugere:

- Evitar trocas nos profissionais responsáveis pelo cuidado;
- Evitar mudanças nos locais frequentados pelo paciente (quartos, salas, etc.);
- Colocação de relógio e/ou calendário;
- Evitar estímulos excessivos, como sons muito altos, locais com muitas pessoas, muitos ruídos, etc;
- Ao abordar o paciente, sempre fornecer dados de orientação, como local, horário, dia da semana, e descrever quaisquer procedimentos que serão realizados.

No caso de alucinações ou idéias irrealis, não se deve tentar persuadir o idoso de que suas idéias não existem, mas sim escutá-lo e discutir com a equipe que o acompanha a melhor forma de abordá-lo^{4,9}. Sugere-se¹⁰ também, para estes casos, que se distraia o idoso para outro assunto ou atividade. Deve-se ainda retirar objetos perigosos ou importantes de perto do paciente⁴.

Além disso, é preciso ressaltar que – muitas vezes – o comportamento de rigidez e teimosia, negando-se a realizar atividades como tomar medicamentos ou fazer as refeições, pode significar um movimento de reafirmar sua autonomia e controle sobre sua própria vida¹⁰.

O cuidado ao cuidador e ao familiar do idoso com SPCD é fundamental,

pois sua vida e sua rotina também são afetadas pelo adoecimento e pelos sintomas apresentados pelo paciente. A família e equipe precisam construir uma relação de parceira para o cuidado, promovendo-se qualidade de vida para todos os envolvidos¹⁰. O encaminhamento a grupos de apoio familiar pode ser uma alternativa, para que as reações emocionais possam ser trabalhadas (como pesar e raiva, por exemplo)⁷.

Para acompanhar esse idoso com SPCD é importante a participação de toda a equipe interdisciplinar, pois cada profissional contribuirá para a mudança dos comportamentos tanto do idoso quanto do cuidador.

Conclusão

É perceptível que quase todos os pacientes com demência sofrem de SPCD em algum período da doença, e, além disso, é mais difícil tratar esses distúrbios comportamentais que os próprios déficits cognitivos. Com a progressão da doença há mais comportamentos disruptivos relacionados, provavelmente, com o aumento da desinibição e a incapacidade de comunicação.

Fica claro que para compreender o SPCD faz-se necessário entender a doença e a pessoa que vive com a demência, observar para as possíveis causas para esses comportamentos. Somente após essa compreensão é que será possível tratar tais sintomas visando proporcionar ao idoso e seus cuidadores uma qualidade de vida melhor.

Vale ressaltar que a presença de uma equipe interdisciplinar é essencial para o acompanhamento deste idoso, pois assim, os sintomas serão melhor avaliados e compreendidos podendo ser tratados de forma mais adequada após discussão entre os membros da equipe.

Quanto maior for a interação entre equipe, cuidadores e paciente possivelmente melhor será o atendimento prestado. Com a coleta de dados, compreensão sobre o paciente, seu histórico, sua doença, convívio com os demais indivíduos envolvidos...a equipe poderá dar uma orientação mais adequada para os cuidadores que irão proporcionar ao idoso um melhor bem-estar.

A escolha inicial por um tratamento não-farmacológico diminui a chance da introdução de medicações adicionais às já administradas para a (s) doença (s) de base. Sabe-se que quanto maior for a quantidade de medicações ingeridas, maior a probabilidade de ocorrerem interações medicamentosas, efeitos colaterais, polifarmácia.

Bibliografia

1. LOPES, M.A; BOTTINO, C.M.C. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo. *Arq Neuropsiquiatr* 2002, 60(1): 61-69.
2. PESTANA, Luana Cardoso and CALDAS, Célia Pereira. Cuidados de enfermagem ao idoso com Demência que apresenta sintomas comportamentais. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2009, vol.62, n.4, pp. 583-587. ISSN 0034-7167.
3. FINKEL, S.J. *Clin GeriatrMed* 19(2003) 799-824
4. HIGA-TANIGUCHI, K.T. Distúrbios do sono, depressão, delirium ou o próprio curso da doença: como abordar as causas de alterações noturnas no paciente com demência. In: YAMAGUCHI, A.M. et al. (orgs).

Assistência Domciliar. Uma proposta interdisciplinar. Barueri, SP: Manole, 2010.

5. CARAMELLI, Paulo and BOTTINO, Cássio M. C.. Tratando os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD). J. bras. psiquiatr. [online]. 2007, vol.56, n.2, pp. 83-87. ISSN 0047-2085.

6. SILVA, A.M.O.P. Atenção ao paciente com demência em cuidados paliativos. In: YAMAGUCHI, A.M. et al. (orgs). Assistência Domciliar. Uma proposta interdisciplinar. Barueri, SP: Manole, 2010.

7. JACKSON, O. Demência senil e comprometimento cognitivo. In: KAUFFMAN, T.L. (org.) Manual de Reabilitação Geriátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

8. FREITAS, E.V. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006.

9. SANCHES, M. Transtornos do Comportamento no Idoso. In: ABREU, C.B.B.; RIBEIRO, M.I.; PIRES, N.R.(orgs.) Cuidando de quem já Cuidou. O livro do Cuidador. São Paulo: Atheneu, 2009.

10. MANZOCHI, L.A. Como identificar e lidar com as alterações comportamentais e psicológicas do idoso. In: ABREU, C.B.B.; RIBEIRO, M.I.; PIRES, N.R.(orgs.) Cuidando de quem já Cuidou. O livro do Cuidador. São Paulo: Atheneu, 2009.

ENVELHECIMENTO E PROCESSO DE LUTO: UM ESTUDO DE CASO COM UM PACIENTE DA PROATIVA

DÉBORA CRISTINA ROMUALDO NOZZELLA

PSICÓLOGA, ESPECIALISTA EM PSICOLOGIA HOSPITALAR. PSICÓLOGA VISITADORA DA EQUIPE DE ATENDIMENTO DOMICILIAR DA PROATIVA

Introdução

Quem são os pacientes da Proativa? Ou melhor, quem são os pacientes que requerem assistência domiciliar?

Em linhas breves, o sujeito da assistência domiciliar é aquele que necessita de assistência em saúde, cujo estado geral permite sua realização no domicílio, e tenha dificuldade física e/ ou psíquica para buscar essa assistência fora do domicílio.

Segundo a Resolução da ANVISA nº11, de 26 de janeiro de 2006, a atenção domiciliar envolve ações de promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio.

O Conselho Federal de Medicina (CFM, 2003) prega que o Sistema de Atendimento Domiciliar deve ter como objetivos: cuidar dos pacientes e seus familiares em ambiente domiciliar caracterizando uma maior humanização e atendendo os princípios bioéticos da beneficência; redução de custos assistenciais com a não utilização de infra-estrutura hospitalar; maior envolvimento dos familiares com a enfermidade do paciente, facilitando a sua recuperação; poupar pacientes dos agravos decorrentes da internação prolongada; estreitamento da relação equipe de saúde-paciente-família.

Devemos considerar ainda que, especificamente a população em acompanhamento domiciliar da Proativa, em sua maioria, são pessoas em situação de fragilidade devido ao adoecimento e/ou envelhecimento e que encontram dificuldade em buscar essa assistência devido às consequências de seu estado físico e emocional.

Neste artigo focaremos em repensar sobre nossos pacientes idosos. A velhice pode ser encarada de múltiplas formas. Corpo, tempo e mente envelhecem juntos e através desta relação nascem as muitas formas de envelhecer.

Sem dúvida a velhice é difícil de ser conceituada vista sua multiplicidade. Na atuação dos profissionais da Proativa podemos ver tanto o velho resignado e passivo quanto aquele ativo que recusa a marginalização da sociedade; o bonzinho que surpreendentemente não tem o suporte de sua família, ou o revoltado e agressivo que recusa a proximidade ou os cuidados de filhos e parentes; ou ainda o incluso na família considerado como sujeito com direitos e deveres. As facetas da velhice são muitas e dependerão da construção de vida de cada um destes idosos, seu papel na família e social, seus objetivos de vida e conquistas, entre

outros aspectos que influenciaram em como se vive o final da vida.

Neste artigo falaremos de uma forma de envelhecimento que podemos considerar de risco - o velho que se fecha para a vida antes de sua morte. O que no ambiente da assistência domiciliar se resume a um idoso que não adere aos atendimentos, é agressivo com os profissionais, solicita muitas trocas de pessoal revelando-se sempre insatisfeito, ou simplesmente está alheio a qualquer ação que para o profissional pode parecer de extrema relevância, mas que para ele parece não fazer sentido algum. Como ajudá-lo quando ele mesmo parece não desejar essa ajuda?

Objetivos

O presente artigo trata do envelhecimento e como ele pode ocorrer buscando repensar a relação dos profissionais de saúde com estes sujeitos em seu domicílio. Para ilustração, revisaremos a história de um dos pacientes atendidos por mim, que vivenciou a velhice, o processo de luto e posterior falecimento.

A forma como cada profissional encara o envelhecimento - visão advinda de crenças socialmente adquiridas durante nossa vivência, principalmente através da perspectiva de nossos pais e antepassados, com uma representação social muitas vezes negativa - determinará sua atuação e receptividade em relação ao paciente e vice-versa. Portanto, é muito importante que nós, profissionais visitantes, repensemos nosso olhar e nossa atuação.

Nossa discussão sobre aquele senhor e senhora de terceira idade atendidos ganham sustentação no trabalho de Goldfarb (1998), que repensa as crenças sociais da velhice e como nós mesmos lidamos com nosso próprio envelhecimento, um processo absolutamente inevitável. Quando vivemos em um mundo em que as culturas do belo e do corpo perfeito são predominantes, envelhecer, adquirir rugas, não ser mais produtivo com seu trabalho e ser menosprezado na família e na sociedade torna-se uma ideia um tanto perturbadora. Muitas vezes para pessoas que já vivenciam este processo podemos percebê-los como senhores conscientes de sua finitude, da morte, e de um corpo que nega-se a envelhecer não se reconhecendo como aquele ser que aparece no espelho. Porém, ressaltamos que esta não é a única forma de envelhecer. É possível perceber-se velho e no final da vida e ainda assim ser produtivo (de sua maneira), ter boa auto-estima, desejos, prazeres e afirmar-se como indivíduo até sua morte.

Pensando nesta população pode-se dizer que sua maioria vivencia algum tipo de luto diante da perda de um corpo perfeito, diante da perda de vários entes queridos e amigos, diante da perda de seu papel ativo na sociedade e na família, diante da possibilidade de finitude da vida. Segundo Kubler-Ross (1996), o luto pode se dar em 5 etapas: negação e isolamento; raiva; barganha; depressão; aceitação. Em um envelhecimento sadio é esperada a aceitação, ressaltando que esta aceitação não se resume em uma passividade diante deste processo. Estas etapas não se dão de forma linear e muitas vezes algumas destas etapas não são atingidas ficando o idoso fixado em apenas uma delas ou oscilando entre elas.

A forma como estes pacientes vivenciaram este luto dependerá de características culturais e sociais, suas crenças obtidas durante toda a sua vida e

como seu meio social o reconheceram, como senhor de sabedoria, experiência e afeto, ou como foco de ressentimentos e marginalização, um ser inútil.

Principalmente neste último caso o olhar lançado pelos profissionais de saúde poderá ser um divisor de águas para uma nova forma de ver a vida e encerrá-la.

Ficam claros os objetivos deste artigo ao propormos uma reflexão sobre o ser velho e como o compreendemos, como forma de primeiramente auxiliar os profissionais de saúde, visto que lidar com o adoecimento e a finitude da vida de uma forma tão próxima pode despertar sofrimento e conflitos emocionais, mas como consequência ajudar nossos pacientes que poderão ser melhor compreendidos, aceitos como indivíduos, e através desta aceitação sentirem-se confortados.

Metodologia

Este artigo apresenta um caso para posterior discussão e reflexão sobre algumas questões relacionadas ao envelhecimento humano. Bernardo, de 96 anos, teve acompanhamento psicológico realizado por mim no período de um ano, totalizando 42 atendimentos psicológicos. O nome e a idade referidos no artigo são fictícios para preservar a identidade do paciente.

Apresentação do caso

O caso escolhido para a reflexão sobre nossa atuação é o de Bernardo, 96 anos, um senhor que encerra sua vida morando com a filha e seu genro. Viúvo, teve três filhos, um destes morreu ainda jovem em um acidente. Após a morte de sua mulher, o paciente relacionou-se com outra mulher, relacionamento interrompido há cerca de 15 anos. A filha é sua maior provedora de cuidados, embora tenha uma deficiência física significativa que dificulta sua realização.

Bernardo tem uma saúde perfeita, não tem histórico de AVC, infartos, problemas respiratórios, hipertensão, diabetes ou quaisquer outras doenças comuns na velhice. No entanto, quando conheci Bernardo ele já estava acamado há certo tempo e com uma perda auditiva acentuada, fator que dificultava em muito o acompanhamento psicológico.

Segundo sua filha, há cerca de 5 anos o paciente mora consigo. Anteriormente, Bernardo morava sozinho e, gradualmente, foi andando cada vez menos, se isolando dos filhos e netos, preferindo ficar na cama, escondendo o aparelho auditivo alegando tê-lo perdido. O paciente tem sua mobilização muito prejudicada e fica dias praticamente inteiros na cama, isolado em um quarto e de todos os outros moradores da casa.

Conforme já mencionado, o contato com Bernardo é bastante difícil devido à sua perda auditiva, mas o paciente recusa-se a usar aparelho auditivo. É receptivo à visita da psicóloga, sempre pedindo seu retorno, embora seja muito pouco comunicativo. A comunicação ainda possível para Bernardo é bastante vinculada a rezas e músicas antigas que falam de saudade, amores, separação, abandonos...

Embora o paciente fale muito pouco sobre si mesmo - segundo sua filha, Bernardo nunca gostou de se expor - é possível trabalhar conteúdos com ele através das músicas e em uma velocidade muito lenta, exigindo paciência e aceitação da terapeuta. Muitas vezes o atendimento era realizado em silêncio apenas com a presença da profissional como forma de acolhimento. O paciente pode exteriorizar algumas coisas de si neste ano, entre elas muitos focos de arrependimentos, principalmente em relação a condutas relacionadas à família, conteúdo saudosista, postura individualista e revela a negação como mecanismo de defesa predominante. Mas também lembra aspectos positivos de sua infância e da vida no interior.

Com o passar do tempo, Bernardo fica cada vez mais arredio, menos receptivo, irritado, não aderindo aos atendimentos. O isolamento de Bernardo se tornava cada vez mais evidente: o paciente não desejava a aproximação de pessoas, com poucas exceções em relação aos seus familiares, e mesmo quando os aceitava era por um tempo curto. Novamente é necessário o respeito, aceitação e acolhimento desta decisão do paciente.

Por fim, os familiares decidem-se pela interrupção do acompanhamento psicológico. Realizada a despedida do paciente, pouco mais de uma semana depois Bernardo falece.

Resultados

Este paciente pode ser considerado de risco para todos os profissionais da Proativa visto a sua baixa adesão aos atendimentos no final da vida, mostrando-se muito irritado frente a iniciativas de toque, aproximação, e mesmo frente à necessidade de sentar-se na cadeira de rodas para realizar fisioterapia ou o atendimento psicológico, pois seu maior desejo era ficar deitado por todo o seu tempo. Iniciativas de estímulo eram extremamente mal recebidas. Mas como entender Bernardo? Ou melhor, como atuar junto dele?

Como terapeuta, percebia Bernardo como alguém que possuía um sofrimento intenso, embora ele não conseguisse exteriorizá-lo por medo de retaliação e dificuldade de reconhecê-los, sendo necessário negá-los. Este sofrimento proveniente de tantos arrependimentos transforma-se em um fantasma que sempre o atormenta e nunca pôde ser exteriorizado.

Com a proximidade da finitude da vida, inegável aos 96 anos de idade, atitudes como a proximidade da religião, vista em Bernardo, são comuns como uma forma de redimir-se. Podemos pensar sobre isso com o que nos deixa Freud:

O homem comum entende como sua religião o sistema de doutrinas e promessas que, por um lado, lhe explicam os enigmas deste mundo com perfeição invejável, e que, por outro, lhe garantem que uma Providência cuidadosa velará por sua vida e o compensará, numa existência futura, de quaisquer frustrações que tenha experimentado aqui. O homem comum só pode imaginar essa Providência sob a figura de um pai ilimitadamente engrandecido. (FREUD, 1927, p. 160).

A busca comum pela religião ao final da vida neste caso responde a uma busca de conforto e perdão diante de todos e garantia da salvação da alma depois de uma vida de erros comuns ao ser humano e um posicionamento extremamente individualista. Bernardo pode se ver como alguém que não é onipotente nem imortal; o conforto e a busca de respostas na religião torna-se coerente e confortante.

Segundo Dias (2005), na nossa sociedade atual - a sociedade do consumo, da perfeição, do poder e da beleza, a visão de um corpo que está em decadência, a diminuição dos relacionamentos sociais, muitas vezes marcados por humilhações e perdas, a busca de salvação na religiosidade responde a uma impossibilidade de mascarar a velhice internamente mesmo com toda a modernidade disponível para isso. É o que explica o mecanismo de defesa de Bernardo.

Ao falarmos sobre a diminuição dos relacionamentos sociais, podemos verificar a ausência completa de relacionamentos, fora o âmbito familiar e profissionais visitantes, um isolamento anteriormente imposto pelo paciente, mas que após um período de adaptação foi vista como condição normal e que era imposta ao paciente.

O isolamento de Bernardo pode responder a vários aspectos, sua deficiência auditiva (que também era imposta pelo paciente através da recusa do uso de aparelho auditivo), sua percepção de que não se pode escapar do fim da vida encerrando-a desde já, a vivência do luto pela perda da vida, luto que durou por todo o tempo que o atendi, mas que foi iniciado tempos atrás. Todas essas respostas são observadas nos comportamentos de Bernardo e é possível verificar que o mesmo isolava-se reforçando um isolamento que já lhe pertencia.

Agora que pudemos pensar sobre o sofrimento interno do paciente, é possível pensar sobre sua postura arredia e sua não adesão ao tratamento. Afinal como colaborar com um atendimento que visa sua melhora, quando perspectivas de melhoras não são possíveis (para o paciente)?

Toda a ação de cuidados em saúde com idosos implica em um investimento dos profissionais no paciente, uma busca pela vida, uma atitude de confiança de que o paciente é capaz. No entanto, como ressalta o Ministério da Saúde (2006), o paciente não deve ser um receptor passivo deste cuidado, deve participar de seu tratamento de forma ativa, sendo apoiado e valorizado nesta relação. Neste caso, não há busca pela vida justificando uma postura passiva e arredia com os profissionais.

Atitudes como o abandono diante de um idoso isolado seria então errôneo, embora a atuação com ele seja sofrida e coloque o profissional diante de sentimentos negativos como raiva, impotência e sentimento de imobilidade. Uma postura de confiança, compreensão do profissional, transmitindo autoconfiança, acolhimento e o conforto, além da importância do relacionamento do paciente com sua equipe de saúde são imprescindíveis para a aceitação do ser cuidado e também do fim da vida com uma boa qualidade de vida.

Reforçando o exposto, vemos que o atendimento domiciliar tem em vista principalmente a prevenção do agravamento à saúde e sua manutenção através do fortalecimento de fatores positivos do paciente (Lacerda et al. 2006). Assim, nós enquanto profissionais de saúde, temos como objetivo não reforçar o isolamento e a irritação, mas as coisas das quais o paciente ainda é capaz. Através de exercícios

com a fisioterapeuta ou com o atendimento psicológico, por exemplo, o paciente pode tornar-se mais auto-confiante e recuperar o controle sobre o seu corpo podendo enxergar novas perspectivas de fim de vida. Afinal, nós profissionais não temos como função negar a morte, mas trabalhar para que ela ocorra da melhor forma física e emocional.

Conclusão

O caso de Bernardo não corresponde a um estado depressivo, mas sim a atitudes de luto pela vida e impossibilidade de aceitar a morte visto que é possível perceber o paciente em suas oscilações diante da possibilidade de fim da vida. Sentimentos como medo, raiva, curiosidade e desejo pela morte eram comuns e revelavam um sofrimento emocional intenso do paciente.

Condutas como o acolhimento foram de extrema importância pois permitiam ao paciente reconhecer-se como indivíduo ainda vivo, chamavam-no para a vida através de orientação tempo-espacial e investimento positivo através da aceitação, acolhimento e consideração do paciente e suas emoções.

Posturas como a de Bernardo não são raras e não correspondem a uma retaliação contra o profissional da equipe de saúde, mas contra si mesmo devido ao sofrimento intenso ao perceber-se como não imortal, como um ser que tem um fim. É importante ressaltar que a aceitação deste fim nem sempre é negativa. Em muitos casos, traz sofrimento, mas é possível aceitar a finitude diante de uma vida satisfatória e encerra-lá emocionalmente em paz, ou da melhor forma possível. Essa é a grande busca da equipe de saúde mental.

No caso de Bernardo, uma mudança de posicionamento diante da vida não foi plenamente possível visto que o paciente não se entendia como merecedor de tantos investimentos, sempre acreditando que dava trabalho demais a todos (como a vida lhe deu trabalho demais para ser encerrada). Ao final da vida, a percepção que seu estado físico piorava reforçou sua posição irritada e de recusa em relação aos profissionais e seus serviços. Ainda assim, a possibilidade de acompanhá-lo até seus últimos dias, inclusive nomeando seu desejo e temor diante da morte, e também legitimando sua liberdade para falecer em paz consigo mesmo, foram válidos e influenciaram na forma como o paciente fez essa transição. E mais ainda, auxiliaram a suportar a sua espera pelo fim.

Referências Bibliográficas

BRASIL. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 11, de 26 de janeiro de 2006. "Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção domiciliar".

Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/6e9f2180430d7a1ba65ab6536d6308db/RDC+N%C2%BA11-2006.pdf?MOD=AJPEREShttp://www.anvisa.gov.br>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº1668 de 03 de junho de 2003. Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas: e a interface multiprofissional neste tipo de assistência. Publicado no D.O.U., Seção I, pg.84.

DIAS, Fabio Wallace de Souza (2005) Envelhecimento e Religião na Contemporaneidade. Disponível em: http://revista.newtonpaiva.br/seer_3/index.php/RevistaPos/article/viewFile/161/170.

FREUD, Sigmund (1927). Futuro de uma Ilusão. In: ____ O Futuro de uma Ilusão, o Mal Estar na Civilização e Outros Trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1976. P. 13-71 (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud, V. XXI).

GOLDFARB, Delia Catullo. Corpo, tempo e envelhecimento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar aos médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. São Paulo, Martins Fontes, 1996.

LACERDA, M.R.; GIACOMOZZI, C.M.; OLINISKI, S.R.; TRUPPEL, T.C. (2006) Atenção à saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. Saúde e Sociedade v.15, n.2, p. 88-95.

ARTIGO 5

AS LIMITAÇÕES DE PROFISSIONAIS DE CUIDADOS PALIATIVOS NO TRATAMENTO A PACIENTES CRÔNICOS: UM ESTUDO DE CASO

ANDREA FRANCISCO BRITO

FONOAUDIÓLOGA. FORMAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS CURSO PALLIUM - OUTORGADO PELA ESCOLA DE PÓS-GRADUAÇÃO DA UNIVERSIDAD DEL SALVADOR E OXFORD INTERNACIONAL CENTRE FOR PALLIATIVE CARE. GERENTE DO DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA DO GRUPO MAIS SAÚDE E FONOAUDIÓLOGA ASSISTENTE DO DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA DO HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO – CLÍNICA DR. IVAN FAIRBANKS BARBOSA.

FLAVIANA CAVALCANTE DA SILVA

PSICÓLOGA, PSICOTERAPEUTA (UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE). ESPECIALISTA EM PSICOLOGIA HOSPITALAR (HSPE). ESPECIALIZANDA EM GESTAL-TERAPIA (IGSP). PSICÓLOGA DO HOSPITAL PREMIER, INTEGRANDO A EQUIPE DE SAÚDE MENTAL. PSICÓLOGA CLÍNICA DO CAPS ADULTO II CASA VERDE, CENTRO ESPECIALIZADO EM SAÚDE MENTAL.

VANIUSA SILVA ABADE

TERAPEUTA OCUPACIONAL PELO CENTRO UNISITÁRIO SÃO CAMILO. ATUA NA EQUIPE DE TERAPIA OCUPACIONAL NO HOSPITAL PREMIER, INTEGRANDO A EQUIPE DE SAÚDE MENTAL. TERAPEUTA OCUPACIONAL DA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL DA UBS CHÁCARA SANTA MARIA.

Introdução

As práticas dos Cuidados Paliativos são muitas vezes confundidas como indução à morte (eutanásia) ou como a suspensão de todos os tratamentos possíveis.¹ Entretanto, os cuidados paliativos são, segundo a Organização Mundial da Saúde, medidas capazes de promover melhor qualidade de vida à pessoa com alguma doença que ameace a continuidade da vida e sem perspectiva de cura, utilizando-se do controle de dor, sintomas desconfortáveis e suporte emocional, social e espiritual pela equipe multiprofissional. Esses cuidados também são estendidos à família.

O Premier Residence Hospital é uma instituição especializada em pacientes idosos, crônicos, com alta dependência e que tem como princípio os cuidados paliativos.

Neste relato de caso, apontaremos a atuação dos profissionais de fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional nos cuidados junto a um paciente idoso, assistido neste hospital.

Estudo de caso

Sr. Pedro (nome fictício), 90 anos, sexo masculino, viúvo, estudou até o 4º ano primário. Durante muitos anos trabalhou em olaria. Segundo a família, ele apresenta manchas no pulmão decorrentes da inalação de resíduos. Trabalhou também como vendedor, ferroviário e posteriormente como taxista até apresentar

problemas de visão devido a herpes e assim se aposentou.

O paciente morava com sua esposa, em uma pequena cidade no interior de São Paulo. Desta união de muito companheirismo nasceram três filhos. Segundo relato dos filhos, a mãe sempre apresentou sintomas depressivos. Porém, o casal tinha uma vida calma, tranqüila e de muito afeto. Ele sempre foi uma pessoa reservada e quieta. Tinha como prazer as reuniões de família nos momentos da refeição e tomar vinho com os filhos. Devido às complicações de saúde tanto da esposa como dele, o casal se mudou para a capital de São Paulo, alternando nas residências dos filhos.

Em 2007, após um casamento de 56 anos, perdeu a esposa que, devido ao agravamento da depressão, se suicidou. Segundo os três filhos, o Sr. Pedro os apoiou e os confortou neste momento tão difícil para todos. Mas com o passar dos anos, começou a se desinteressar pela vida, e muitas vezes se sentia culpado pela morte de sua esposa, o que o deixou deprimido e com a saúde ainda mais debilitada.

Sr. Pedro teve câncer de próstata, há 20 anos, recuperando-se com sucesso após tratamento conservador. No início de 2010, começou a apresentar rouquidão. Foi encaminhado à avaliação com otorrinolaringologista, sendo constatado, no mês de maio, cordite em prega vocal direita com lesão sugestiva de neoplasia de prega vocal esquerda depois de realizado exame de nasofibrolaringoscopia. Na ocasião, não foi realizado tratamento. Em agosto de 2010, repetiu o exame e foi diagnosticado neoplasia de laringe de aspecto vegetante, comprometendo prega vocal esquerda, comissura anterior e terço anterior de prega vocal direita. Devido à idade do paciente, foi optado por tratamento conservador com radioterapia, iniciando as sessões em regime ambulatorial. As sessões foram realizadas de outubro a novembro de 2010. O Sr. Pedro era sempre acompanhado por um dos filhos. No decorrer das sessões, o paciente teve uma queda com fratura de coluna: vértebras T12 e L1. Assim as sessões foram suspensas até que o paciente conseguisse se recuperar.

Em dezembro de 2010, foi hospitalizado para finalizar as sessões de radioterapia. Estava em boas condições clínicas, estável, com alta hospitalar programada, porém o paciente apresentou um edema de glote agudo, sendo levado imediatamente para a UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) realizando traqueostomia de emergência e introdução SNE (Sonda Nasoenteral) para alimentação, hidratação e medicação. Permaneceu neste hospital geral até janeiro de 2011 para tratamento e reabilitação, porém sem sucesso.

O Sr. Pedro foi admitido no Hospital Premier no final de janeiro com a família mantendo expectativa de reabilitação. Porém, observamos um declínio do paciente dia após dia. Consciente, mantinha comunicação com a família e equipe por mímica facial, apresentava insônia, dificuldade de evacuação, sialorréia, dispnéia e dor. Mantinha alimentação por via alternativa SNE (sonda nasoenteral) que posteriormente foi trocada pela GTT (gastrostomia), o que gerou maior conforto ao paciente. Apresentava-se hipoativo e pouco colaborativo, sendo introduzido, junto com demais medicações, um antidepressivo.

Inicialmente, houve uma conversa de cada membro da equipe multiprofissional com os familiares. Os profissionais puderam explicar as condutas que seriam realizadas assim como os objetivos de atuação de cada

especialidade e as limitações no processo de reabilitação do Sr. Pedro. Dada a dificuldade em aceitar as limitações atuais do pai, os filhos optaram por não contar ao pai sobre a patologia que o acometeu. O paciente acredita ter problemas cardiológicos e nunca questionou a equipe. Sr. Pedro é acompanhado nos dias úteis por uma cuidadora e, aos finais de semana, os filhos se revezam para ficar com ele. A cuidadora frequentemente se comporta de forma inadequada, apesar das orientações feitas pela equipe.

Atuação da Fonoaudiologia

A equipe tinha limitações no atendimento ao paciente, já que ele se mantinha hipersecretivo o que dificultava a tentativa de desinsuflar o cuff para a comunicação com a família e equipe.

A família apresentava muita expectativa de que ele pudesse se comunicar verbalmente. Com o tempo, adaptou-se a válvula de fonação que muitas vezes teve seu uso interrompido devido à hipersecreção e risco de aspiração salivar.

O paciente iniciou um processo de emese constante com risco de aspiração o que também dificultou o trabalho de tentativa de reabilitação alimentar via oral. Posteriormente, descobriu-se que a medicação antidepressiva provocava os constantes vômitos, sendo necessária a suspensão da medicação.

Observa-se que dia a dia o paciente apresenta-se mais cansado, sem ânimo no auxílio das atividades, exceto as de fisioterapia.

O declínio é visível e os Cuidados Paliativos se tornam imperativos.²

O trabalho fonoaudiológico se limitou a adaptação de válvula de fonação. Realizada diversas tentativas de estimulação alimentar via oral, porém sem sucesso já que ele apresentava aspiração alimentar e não auxilia nas sessões de terapia fonoaudiológica. O uso da válvula foi essencial para a comunicação entre o paciente, família, equipe e para a atuação da equipe de saúde mental.

Atuação da Psicologia

O envelhecimento é um processo natural do desenvolvimento humano, mas também é uma produção da cultura que revela significados sociais. Neste processo há mitos construídos socialmente que delimitam o lugar e o papel da pessoa idosa, dificultando novas significações a respeito da existência e do viver.³

Os mitos sociais que serão tratados neste momento são a deterioração do corpo, que se torna fragilizado e vulnerável ao adoecimento, e a constatação de que o ser humano nesta fase da vida é decadente e descartável, portanto improdutivo.

A presença de uma doença pode favorecer a interrupção no curso da vida, ameaçando a realização de projetos, desejos e necessidades. Vivencia-se nesse contexto a perda de um corpo saudável e a possibilidade da morte.⁴

As habilidades adquiridas ao longo do nosso processo de desenvolvimento não são permanentes, são transformadas com o tempo e com as necessidades. Portanto, perdas são experienciadas com o envelhecimento, mas não significa

perder a capacidade de escolher e decidir sobre o modo como quer viver.

Tentamos evitar ou até mesmo retardar algumas perdas, mas elas acontecem, algumas por escolha e outras simplesmente aparecem e nos despertam sentimentos diversos. É o fato de cada ser humano experimentar as perdas de maneira singular que nos permite pensar no caso do Sr. Pedro.

Ele viveu e sobreviveu a inúmeras perdas em sua vida - mudança de emprego, falecimento dos pais, a juventude, separação dos filhos, adoecimento, migração do interior para São Paulo, falecimento da esposa há quatro anos e mais adoecimento. Isso favoreceu o distanciamento dos seus vínculos, de sua rotina, de sua casa e de parte de sua história. Atualmente está hospitalizado, traqueostomizado, sem andar, sem comer, cercado por pessoas desconhecidas, por horários pré-estabelecidos para banho, troca, medicação, transferência para poltrona ou cadeira de rodas, enfim mais perdas, chegando aos 90 anos como nunca desejou.

As perdas são acompanhadas de sofrimento e este precisa ser cuidado na dimensão física, das dores do corpo; na dimensão psíquica, do enfrentamento diante da nova condição; na dimensão social, do distanciamento do seu cotidiano e na dimensão espiritual, resgate da esperanças.

Cuidar do sofrimento do Sr. Pedro solicita respeito ao seu processo, ao que suporta e ao seu tempo que é vivido com angústia e desespero. O ato de cuidar do Sr. Pedro não está atrelado ao compromisso de suprir as suas necessidades, mas de convidá-lo a compartilhar o seu momento e poder assim participar de suas escolhas, desejos, frustrações, sofrimentos e destino.

A utilização da válvula de fonação facilitou a comunicação que anteriormente era mais lenta e permeada por deduções, mas não o processo de estreitar e solidificar a relação. O Sr. Pedro refere frequentemente que deseja morrer, que quer antecipar a morte. Mas como não pode, basta esperá-la quieto e pacientemente, impossibilitando a construção de novas relações. Nega-se a manter uma nova relação, pois assim terá que se dedicar, se implicar, se expor, criar expectativas e manifestar afeto, distanciando assim da morte.

Neste momento o mais importante não é confirmar se o Sr. Pedro está desistindo da vida, mas que a equipe continue construindo condições para que o cuidado apareça, reafirmando que sua existência é importante para todos que são responsáveis pelo seu cuidado. Portanto, não desistindo.

Acreditamos que cuidar é uma atitude amorosa, que “implica ‘entrega’ ou disponibilidade para relacionar-se, conviver com o desconhecido e o mutante, e a capacidade de valorizar o conhecido e nele se aprofundar” e é “concebido como o compartilhar, entre dois seres íntegros e diferenciados”⁶.

Essa postura poderá favorecer ao Sr. Pedro o enfrentamento de tantas perdas e do novo contexto, pois “não somos o produto passivo das circunstâncias de nosso passado. O importante não é o que nos aconteceu, e sim como reagimos frente aos acontecimentos de nossa vida [...] o que nos diferencia como seres humanos não é o conteúdo de nossas histórias pessoais, e sim a forma como reagimos a elas”⁷.

Atuação do terapeuta ocupacional

Os cuidados paliativos são conjuntos de medidas capazes de promover melhor conforto e qualidade de vida, sendo cuidados totais, ativos e integrais oferecidos ao paciente com doença crônica / degenerativa. Pensando nos cuidados totais, a atuação do terapeuta ocupacional colabora com estas medidas, buscando potencializar a atuação do homem no fazer, em sua autonomia e funcionalidade, assim como prevenindo rupturas e desconforto da pessoa acometida por tais patologias. Visa à assistência tanto ao paciente como ao familiar, a fim de oferecer maior conforto, dignidade e qualidade de vida⁸.

Assim que o Sr. Pedro foi admitido no hospital, foi realizada avaliação de saúde mental- do qual o terapeuta ocupacional faz parte - a fim de colher, além da história de vida, o repertório ocupacional. A partir dos dados, os objetivos e condutas adotadas nos atendimentos de terapia ocupacional foram traçados em:

- Proporcionar conforto e evitar deformidades e redução de risco de acometimento de úlceras de pressão. A conduta para este caso é a confecção de coxins de posicionamento e orientação ao cuidador e à equipe de como utilizá-los.

- Proporcionar estímulos cognitivos com atividades significativas, uma vez que o envelhecimento acarreta perdas funcionais, perdas estas potencializadas tanto pelo adoecimento como pela hospitalização, principalmente a de longo prazo.

- Manter o paciente em contato com atividades prazerosas e trabalhar a socialização/interação, inserindo-o no grupo dos homens e em eventos promovidos pelo hospital e aberto aos pacientes pois a hospitalização exige do idoso distanciamento de familiares, amigos e objetos pessoais, havendo uma mudança muito importante no hábito de vida⁹.

- Fazer orientações aos filhos e cuidador quanto aos estímulos oferecidos e a necessidade de adequação de acordo com o ambiente, gosto e o momento do paciente.

- Proporcionar a escuta terapêutica ao paciente, família e cuidador, oferecendo um suporte emocional nos momentos de angústia devido à presença do adoecimento. Conforme relatado por Singer (2004) há a possibilidade de um pensamento da existência de um pai eterno, o que permite sustentar o lugar de filho eterno. Isto pode alimentar a necessidade de cobrança da luta, deste pai, pela vida, e, conseqüentemente um sofrimento geral.

Até o momento, o Sr. Pedro tem muita dificuldade em aceitar a realização das atividades propostas. Os atendimentos são realizados em poucos minutos no período de uma vez por semana. Ele não aceita mais vezes. Esta limitação no fazer se dá mesmo em atividade proposta por ele. Há desânimo e muitas vezes o paciente refere querer a morte, e que não há sentido no fazer. Não aceita descer para grupos e socializar-se.

A pessoa em cuidados paliativos pode sofrer uma diminuição do sentido do eu e da autoconfiança devido a rupturas do estilo de vida. Alguns idosos encontram dificuldades para identificar objetivos relacionados ao tempo de vida restante¹⁰.

Na vivência deste atendimento, o fato de do Sr. Pedro se negar a realizar

atividades, é uma forma de ele exercer sua autonomia de dizer “não”¹¹. Observa-se que as perdas que o Sr. Pedro teve ao longo de sua vida estão diretamente ligadas à resposta quase sempre negativa para participar dos atendimentos.

A liberdade de escolha do paciente nesse processo deve ser valorizada, permitindo o lidar com atividades que faça sentido, quando há sentido. As tentativas de intervenção do terapeuta ocupacional junto ao Sr. Pedro não são cessadas. Ao contrário, tenta-se, junto ao paciente, encontrar este sentido, respeitando seu tempo. Isto é feito em um trabalho conjunto com demais profissionais que o atendem.

Considerações finais

O longo período de adoecimento, a fragilidade, as limitações, o distanciamento do seu cotidiano pelo prolongamento da hospitalização são aspectos importantes a serem considerados e cuidados pela equipe multiprofissional. É necessário que o comportamento opositor do Sr. Pedro não faça a equipe desvalorizar esse seu momento de perdas intensas e se distanciar dele porque se recusa a ser cuidado por não acreditar mais na vida.

Referências Bibliográficas

1. Mccoughlan, M. A necessidade de cuidados paliativos. In: Pessini, L, Bertachini, L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2006. p. 167-180.
2. Maciel MG. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Cuidados Paliativos. Cuidado Paliativo. São Paulo: CREMESP; 2008. p. 15-32.
3. Minayo, MCS, Visão antropológica do envelhecimento humano. In: Velhices: reflexões contemporâneas. São Paulo: SESC: PUC, 2006
4. Fukumitsu, KO, Uma visão fenomenológica do luto: Um estudo sobre as perdas do desenvolvimento humano. São Paulo: Livro Pleno, 2004.
5. Pessini, L; Finitude: Viver no pesadelo do cronos ou escolher a benção do kairós. In: Velhices: reflexões contemporâneas. São Paulo: SESC: PUC, 2006.
6. Cardella, B. O amor na relação terapêutica: uma visão gestáltica. São Paulo: Summus, 1994.
7. Spangenberg, A. Gestalt Terapia: Um caminho de volta para casa. Campinas: Livro Pleno, 2007.
8. De Carlo, MMR, Prado de Q, Monica EG, Santos WA. Terapia Ocupacional em Dor e Cuidados Paliativos: Princípios, Modelos de Intervenção e Perspectivas. In: De Carlo, MMR, Prado de Q, Monica EG. Dor e Cuidados Paliativos: Terapia Ocupacional e Interdisciplinaridade. São Paulo: Roca; 2007. p. 126-145.
9. Jannuzzi, FF, Cintra, FA. Atividades de lazer em idosos durante a hospitalização. Acesso em 02 de Junho 2006. 40:16. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000200005&lng=en&nrm=iso
10. Barreto KML, Leite VMM. Terapia Ocupacional, Dor e Cuidados Paliativos no Processo de Envelhecimento. In: De Carlo, MMR. Prado de; Queiroz, MEG. Dor e Cuidados Paliativos: Terapia Ocupacional e Interdisciplinaridade. São Paulo: Rocca; 2007. p. 288 -306.
11. Fitcher JM; et al.. How can occupational therapists measure outcomes in palliative care? Palliative Medicine. 2007;21(6) 477-485.

IMPACTO DO ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL SOBRE A MELHORA DA ALIMENTAÇÃO E MEDIDAS CORPORAIS EM TRABALHADORES ADULTOS DE UMA EMPRESA NA CIDADE DE SÃO PAULO

LAÍS FOLHA PECCIA

NUTRICIONISTA. INTEGRANTE DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE MONITORAMENTO DE SAÚDE E MEDICINA PREVENTIVA DA PROATIVA SAÚDE – GRUPO MAIS

Resumo

A obesidade tem crescido no Brasil, aumentando riscos à saúde e reduzindo qualidade de vida. A nutrição adequada se associa à redução de fatores de riscos, sendo foco para ações em promoção de saúde e o ambiente de trabalho tem sido destacado como ambiente propício a intervenções de educação em saúde. O objetivo deste trabalho foi medir o impacto de uma intervenção baseada em acompanhamento nutricional sobre as mudanças alimentares e medidas corporais em trabalhadores adultos em uma empresa privada da cidade de São Paulo. Foi realizado acompanhamento nutricional individual personalizado durante 6 meses. Aferiu-se a diferença de IMC e Circunferência da Cintura e foi coletado o relato de melhoras alimentares por meio de questionário. Dos 47 participantes, a maioria era do sexo feminino e referiu melhoras na alimentação. As principais mudanças foram adequação no “fracionamento da dieta”, na ingestão de “quantidade de alimentos”, “água” “carboidratos”, “doces” e “frutas, legumes e verduras”. Verificou-se redução não significativa de IMC, mas significativa para redução de circunferência da cintura em ambos os gêneros. A intervenção nutricional gerou resultados positivos, assemelhando-se a outros programas e cumprindo os objetivos de promoção de saúde para redução de fatores de riscos. Conclui-se que este tipo de abordagem em ambiente de trabalho é favorável à qualidade de vida dos trabalhadores, podendo ser aplicada em demais empresas como programa de saúde do trabalhador. Sugere-se que resultados mais consistentes em relação à redução de IMC possam ser vistos com intervenções que interem o acompanhamento nutricional a um programa de atividade física.

Palavras-chave: Hábitos alimentares; Circunferência da Cintura; Alimentação; Estudos de intervenção.

Introdução

A incidência da Obesidade tem aumentado na população brasileira, seguindo a tendência em grande parte do mundo. Segundo dados da última

Pesquisa de Orçamentos Familiares¹ (POF/IBGE), realizada em 2008/09 pelo Ministério da Saúde, 49% dos adultos apresentam excesso de peso (Índice de Massa Corporal superior a 25 Kg/m²), sendo 14,8% com obesidade (IMC superior a 30 Kg/m²). Entre as mulheres, o excesso de peso acomete 48%, enquanto 50,1% dos homens estão nesta mesma situação.

A pesquisa¹ ainda mostra que as famílias estão reduzindo a alimentação tradicional na dieta do brasileiro, tais como arroz, feijão, cereais e hortaliças bem como aumentando a ingestão de bebidas e alimentos industrializados, como refrigerantes, biscoitos, carnes processadas e comida pronta.

Este aumento de peso da população está associado às mudanças nos hábitos alimentares e estilo de vida sedentário causando aumento dos fatores de risco e prevalência de doenças e agravos não transmissíveis. Ao comparar os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios² (PNAD) dos anos de 2003 com o ano de 2008 notou-se aumento da prevalência de diabetes (2,6% em 2003 a 3,6% em 2008), hipertensão (12,1 a 14,0%), doenças do coração (3,7 para 4,0%) e câncer (0,4 para 0,6%).

Diversos estudos já demonstraram a associação dos maus hábitos alimentares à incidência de doenças crônicas e obesidade³. E com o intuito de barrar o crescimento demasiado da prevalência destes fatores de risco e doenças crônicas no mundo, foi preconizada na Estratégia Global em Alimentação, Atividade Física e Saúde da OMS⁴ a meta de promover orientação e favorecer as práticas saudáveis em nível individual, comunitário, nacional e mundial.

Baseando-se nesta proposta, intervenções para promoção de saúde devem abordar o indivíduo de maneira multi setorial não dependendo apenas do setor de saúde formal, mas inserindo atividades de educação em seu convívio social⁴.

Assim, o ambiente de trabalho se mostra favorável a envolver o trabalhador, uma vez que a pessoa passa diversas horas de seu dia no mesmo local e, no caso de ações conjuntas, pode receber o reforço positivo de demais colegas de trabalho devido ao convívio contínuo⁵, além de favorecer o estado de saúde do trabalhador, reduzindo taxas de absenteísmo e aumentando a produtividade da empresa, fator este que encoraja os setores gerenciais a implantar programas de saúde nas empresas^{6,7}.

Objetivo

O presente trabalho teve como objetivo mensurar o impacto do acompanhamento nutricional realizado com trabalhadores adultos de uma empresa na cidade de São Paulo sobre a melhora da alimentação e medidas corporais.

Metodologia

Descrição da intervenção

Este estudo trata-se de uma intervenção baseada em acompanhamento nutricional, abordando trabalhadores adultos ativos de uma empresa privada da cidade de São Paulo. O acompanhamento foi desenvolvido com seis encontros consecutivos,

com intervalo de um mês entre cada. No primeiro encontro foi realizada uma entrevista para coleta de hábito e rotina diária, preferência alimentar, medidas antropométricas, objetivos com o programa.

A partir dessas informações foi realizado um cardápio personalizado a cada colaborador. Durante os meses, foram realizados os retornos, adequando o cumprimento do plano alimentar e aferindo as medidas antropométricas, tais como peso e altura corporais, para compor o índice de massa corporal (IMC) e a mensuração da circunferência da cintura (CC).

A verificação das mudanças alimentares foi obtida por meio da aplicação de questionário realizado no último encontro. O questionário continha questões dicotômicas sobre: “seguimento do plano alimentar”, “fracionamento da dieta”, adequação na ingestão de “água”, “carboidratos”, “Leite e derivados”, “doces”, “frutas, verduras e legumes”, “carnes e ovos”, “gorduras” e “álcool”. A verificação do impacto sobre as medidas antropométricas foi verificada pela diferença de medidas de IMC e CC inicial (primeiro encontro) e final (6º encontro).

Análise Estatística

As análises estatísticas foram realizadas no software SPSS, versão 13.0 para Windows. Para avaliação da melhora alimentar foi verificada a frequência de respostas “sim” em cada categoria alimentar.

Para a análise de diferença de IMC e CC foi realizado o teste-T de Student pareado para verificar a diferença de distribuição entre as categorias de IMC (saudável até 24,99 Kg/m²; sobrepeso de 25,00 a 29,00 Kg/m² e obesidade acima de 30,0 Kg/m² para ambos os gêneros) e CC (saudável inferior a 80 cm para mulher e 94 cm para homens; risco cardiovascular de 80 a 87,9 cm para mulher e de 94,0 a 101,9 cm para homens e risco cardiovascular alto acima de 88 cm para mulheres e 102 cm para homens). As análises foram estratificadas por gênero e foram considerados significantes valores de p inferiores a 0,05.

Aspectos Éticos

Para a participação na pesquisa foi explicado sobre o sigilo da origem das informações cedidas e da identidade durante a participação no programa. Ficou esclarecida a possibilidade de publicação dos dados de forma coletiva e não identificada e consentido seu uso por meio de assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Este trabalho é fruto de um programa de promoção de saúde com duração de junho/2010 a janeiro/2011, desenvolvido e implantado pela ProAtiva Saúde, em uma das empresas parceiras. Foram atendidos inicialmente 75 colaboradores, sendo que 47 mantiveram presença em todos os retornos gerando perda de 37%. Dentre estas perdas destacam-se colaboradores que saíram da empresa, estavam de férias no último encontro além das desistências do programa.

Dos 47 participantes, a maioria (72%) correspondia ao gênero feminino, que pode ser explicado pela maior preocupação com saúde e procura por serviços de saúde comumente conhecida, já que a empresa não apresenta grande diferença de gênero na composição do quadro de funcionários. A grande maioria dos participantes (89,4%) apresentou melhoras na alimentação (Tabela 1). Dentre as melhoras, as que mais se destacaram, foram adequação da ingestão de quantidade de alimentos, adequação na ingestão do tipo de carboidrato, melhora do fracionamento da dieta, adequação no consumo de doces e “fruta, verduras e legumes” (Tabela 2).

A maioria das mulheres apresentou melhora na ingestão de água (75,9%). É importante ressaltar que a maioria dos homens já ingeria a quantidade adequada deste nutriente (76,9%). A ingestão de água é importante em todas as

Tabela 1: Adesão alimentar ao programa de atendimento nutricional, entre colaboradores da GEAP. São Paulo, 2011.

Característica	Feminino % (n)	Masculino % (n)	TOTAL % (n)
Sim	85,3 (29)	100,0 (13)	89,4 (42)
Não	11,8 (4)	0,0 (0)	8,5 (4)
Sem demanda	2,9 (1)	0,0 (0)	2,1 (1)

Tabela 2: Descrição das melhoras alimentares apresentadas pelos participantes do programa, de acordo com gênero. São Paulo, 2011.

Característica	Feminino (n= 29) % (n)	Masculino (n=13) % (n)	TOTAL (n=42) % (n)
Quantidade	37,9 (11)	53,8 (7)	42,9 (18)
Carboidrato	31,0 (9)	38,5 (5)	33,3 (14)
Fracionamento	27,6 (8)	23,1 (3)	26,2 (11)
Leite e derivados	10,3 (3)	0,0 (0)	7,1 (3)
Doces	41,4 (12)	15,4 (2)	33,3 (14)
FLV	31,0 (9)	69,2 (9)	42,9 (18)
Carnes e ovos	0,0 (0)	15,4 (2)	4,8 (2)
Gorduras	24,1 (7)	15,4 (2)	21,4 (9)
Álcool	3,4 (1)	7,7 (1)	4,8 (2)

funções do organismo, principalmente na formação do volume do bolo fecal, melhorando o aspecto das fezes e reduzindo a constipação intestinal, grande queixa da maioria das mulheres (demanda coletada informalmente pelos relatos espontâneos durante atendimentos).

De modo geral os impactos de melhoras na alimentação refletem benefícios à saúde geral, mas também refletem adequação da composição corporal reduzindo risco de obesidade e fatores e risco associados.

Os colaboradores que acompanharam o programa durante todo o período apresentaram melhora de sua composição corporal, com redução do peso corporal não significativa estatisticamente para homens ($p=0,928$), mulheres ($p=0,494$)

ou todos os participantes ($p = 0,681$) e também redução do acúmulo de gordura abdominal significativa para todos os participantes ($p < 0,004$), mas quando estratificado por gênero apresentou significância para a mudança nas mulheres ($p = 0,001$), mas não para os homens ($p = 0,855$) (Figuras 1 e 2).

Pode-se perceber que no início as categorias que mostram risco para IMC (sobrepeso e obesidade) e CC (risco cardiovascular e risco cardiovascular alto) se reduzem para compor as categorias saudáveis. Esta mudança na figura mostra a migração dos indivíduos para condições de menor risco à saúde, reforçando o cumprimento das estipuladas para promoção de saúde. Os resultados obtidos, no entanto foram mais expressivos significativamente para a redução de acúmulo de gordura abdominal.

Segundo Teixeira et al⁸, a vigilância em saúde para promoção de saúde deve ir além de fornecimento de informações e incentivo ao monitoramento dos agravos à saúde preexistente, mas deve englobar o planejamento, programação e execução de ações para a incorporação dos hábitos saudáveis.

Figura 1: Diferença de distribuição do grupo acompanhado em relação às categorias de IMC no início e fim da intervenção. São Paulo, 2011.

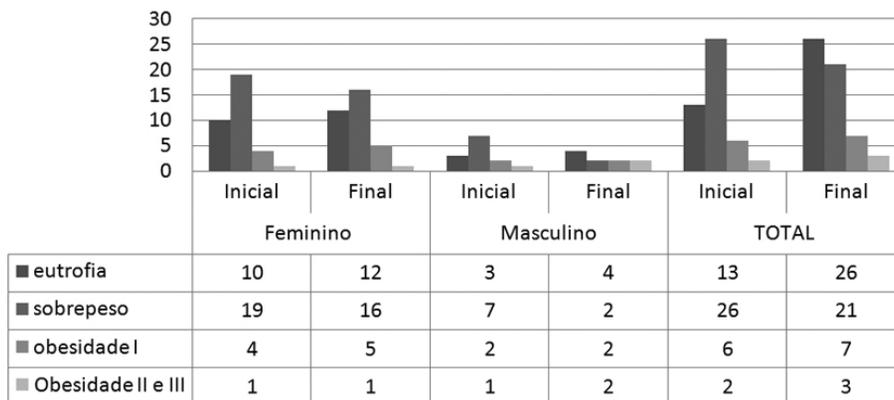
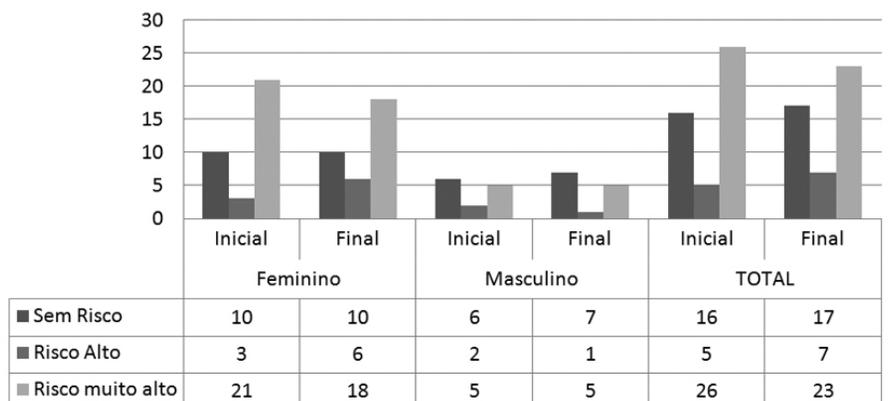


Figura 2: Diferença de distribuição do grupo acompanhado em relação às categorias de CC no início e fim da intervenção. São Paulo, 2011.



Em 2008, Geraldo et. al⁹ realizaram estudo de acompanhamento nutricional com o mesmo tempo de duração em pacientes com Diabetes para controle de glicemia e adequação de medidas antropométricas apresentaram resultados significantes para redução de peso corporal, IMC e Circunferência da cintura. A metodologia de acompanhamento foi bastante parecida com a do atual estudo, no entanto não foi especificado algum motivo específico para melhores resultados. Supõe-se que devido ao público já apresentar uma patologia instalada com necessidade de controle contínuo aumente a adesão às orientações, causando maior impacto à intervenção.

Como é importante que as intervenções mantenham o foco de aperfeiçoar a promoção de práticas saudáveis duradouras, indica-se agregar a atuação do nutricionista em uma ação multiprofissional, promovendo a educação integral sobre os cuidados de saúde e somar ao acompanhamento nutricional individual em ambiente de trabalho o incentivo e acompanhamento em práticas de atividade física, controle de patologias ou fatores de risco já existentes e melhora das condições psico-sociais. Assim serão possíveis resultados mais otimistas e duradouros.

Conclusão

Com a aplicação desta intervenção de acompanhamento nutricional observou-se que os resultados são positivos implicando melhora de qualidade de vida e redução dos fatores de risco à saúde. Assim é importante ressaltar que o local de trabalho é um bom ambiente para práticas e promoção de saúde. Estimula-se que esta estratégia seja implantada em outros locais de trabalho, se possível com ação multiprofissional.

Referências Bibliográficas

1. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos familiares. Aquisição alimentar per capita, Brasil e Regiões. 2010.
2. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). 2005. Rio de Janeiro, 2007. [HTTP:// www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/)
3. WHO. World Health Organization. Food and Agriculture Organization [WHO/FAO]. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Technical Report Series, n. 916, 2003.
4. WHO. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. Fifty-seventh world health assembly monograph on the Internet] [WHA57.17]. Available from http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf
5. Catlin, TK, Simoes, EJ, Brownson, RC. Environmental and policy factors associated with overweight among in adults in Missouri. *Am J Health Promot.* 2003, 17: 249-58
6. Aldana SG. Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature. *Am J Health Promot.* 2001; 15(5): 296-320.
7. Katz DL, O'Connell M, Yeh MC, Nawaz H, Nijke V, Anderson LM, Cory S, Dietz W. Public Health strategies for preventing and controlling overweight and obesity in school and worksite settings. *MMWR.* 2005;54(RR10):1-12.
8. Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. 1998. *Informe Epidemiológico do SUS*, 7:8-28.
9. Geraldo et. al. Intervenção nutricional sobre medidas antropométricas e glicemia de jejum de pacientes diabéticos. *Rev. Nutr., Campinas*, 2008. 21(3):329-340

TRABALHO X SOFRIMENTO: UM GRUPO DE REFLEXÃO COMO FACILITADOR DE TRANSFORMAÇÃO

FABIANA SOUSA NOVAIS PETITO

PSICÓLOGA GRADUADA PELA FMU. ESPECIALISTA EM PSICOLOGIA CLÍNICA PELO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO. ESPECIALISTA EM PSICOPATOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA PELA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP. PSICÓLOGA REFERÊNCIA DA PROATIVA SAÚDE E SUPERVISORA TÉCNICA DA EQUIPE DE PSICOLOGIA DO HOSPITAL PREMIER.

PAULA ADRIANA DE NOBILE BRANCO

TERAPEUTA OCUPACIONAL GRADUADA PELO CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO. ESPECIALISTA EM SAÚDE PÚBLICA COM ÊNFASE EM PSF PELO CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO. TERAPEUTA OCUPACIONAL REFERÊNCIA DA PROATIVA SAÚDE.

Introdução

O trabalho, a partir do olhar clínico, é aquilo que implica, do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: gestos, saber-fazer (grifo do autor), um engajamento do corpo e da personalidade, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar, etc¹. Trabalhar corresponde aos “usos de si” (grifo do autor) por parte do trabalhador, que tem a sua história atualizada em cada ato de trabalho².

As situações comuns do trabalho são permeadas por acontecimentos inesperados, panes, incidentes, anomalias no funcionamento, incoerência organizacional, imprevistos provenientes tanto da matéria, das ferramentas e das máquinas, quanto dos outros trabalhadores, colegas, chefes, subordinados, equipe, hierarquia, clientes... Neste contexto, trabalhar consiste no desafio de preencher a lacuna entre o que é prescrito e o que é real (realidade concreta da situação), ou seja, o caminho a ser seguido deverá ser a cada momento, inventado ou descoberto pelo próprio sujeito que trabalha¹. Dessa forma, ao trabalhar o sujeito nunca é somente o representante de uma capacidade específica já que o trabalho gera efeitos subjetivos³.

Ao buscar novas formas de percorrer o caminho entre o prescrito e o real, considerando essa subjetividade, o trabalhador pode entrar num processo intenso de sofrimento psíquico.

O sofrimento gerado pelo ato de trabalhar resulta do encontro com o real e é, ao mesmo tempo, resultado ou fim de um processo que une subjetividade ao trabalho e um ponto de partida que permite a transformação do sofrimento e superação da resistência do real¹. Neste contexto o trabalho pode ser instaurador da fragilidade da saúde⁴.

Esse sofrimento pode intensificar-se quando estamos falando de uma organização do trabalho em que não são propostas saídas para a vida mental

do trabalhador, quando as condições de trabalho, relações sociais e as escolhas gerenciais não oferecem margem de manobra para a gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho⁴. Espaços de trabalho que são marcados por pouca flexibilidade, pouco espaço de criação e de crescimento dos trabalhadores tornam-se lugares de amarras e exploração. Quando feito sob o signo das pressões rígidas e incontroláveis, o trabalho instaura a repetição, o tédio, o medo e o sentimento de impotência. Dessa forma, o sofrimento causado por tal situação ataca o funcionamento psíquico e seu equilíbrio, comprometendo os recursos defensivos, empurrando lentamente o sujeito para a descompensação, para a doença⁴.

O sofrimento tem uma dupla face: sofrimento paralisante e sofrimento criador². Ressalta-se que o sofrimento paralisante faz com que o sujeito não sai da queixa, e o sofrimento criador favorece a reflexão sobre a condição e elaboração de saídas para tal sofrimento.

Mesmo o sofrimento sendo entendido como inerente ao trabalho, transformá-lo em criação depende do próprio sujeito que sofre em conjunto com a organização. Isso se dá a partir de estratégias promotoras de saúde desenvolvidas no próprio ambiente de trabalho, ou seja, criação de espaços que possibilitem a desejada transformação.

Uma das possibilidades de intervenção é a utilização de grupos de reflexão. Essa metodologia, já descrita na literatura⁵, tem como objetivo principal facilitar as intervenções no trabalho sempre que existam problemas organizacionais e interpessoais identificáveis⁶. O grupo favorece a compreensão dos aspectos relacionados ao trabalho sob a perspectiva de diferentes atores, tornando-se possível construir coletivamente novas formas de planejar e executar o trabalho, podendo minimizar os impactos na saúde, facilitar o trabalho e melhorar a comunicação e até mesmo os relacionamentos interpessoais⁶. Estar em grupo faz com que o sujeito perceba-se como parte do grupo, a partir da sensação de pertencimento para além do momento em que se está efetivamente juntos. Ao reconhecer o outro como membro do grupo, vivenciar situações que envolvem regras, leis, limite, etc., torna-se possível encontrar novas saídas para as repetições nos modelos das relações⁷. Dessa forma pode-se afirmar que a proposta de grupo adquire potencial transformador no contexto do sofrimento.

Objetivos

- Dissertar sobre o sofrimento psíquico como algo inerente ao trabalho;
- Propor uma reflexão sobre o sofrimento psíquico desencadeado pelo trabalho, suas consequências e a importância de elaboração de estratégias promotoras de saúde que possam prevenir e/ou amenizar o processo de adoecimento do trabalhador;
- Propor uma intervenção grupal em que se ressalta o caráter modificador das ações promotoras de saúde, destacando a necessidade de reflexão do trabalhador para que este seja agente transformador da situação de trabalho que gera sofrimento.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa e revisão bibliográfica integrativa através de livros, revistas científicas eletrônicas e artigos, sendo os últimos acessados por meio das bases de dados: Bireme e Scielo. O período de busca foi de 1990 à data atual, e com restrição de idioma (português). Foram utilizados seis artigos científicos e trechos de três livros, sendo estes escolhidos através dos seguintes descritores: saúde mental, saúde mental do trabalhador, sofrimento psíquico, abordagem grupal e promoção da saúde.

Resultados

Dentre as diversas definições propostas, o trabalho pode ser definido como uma “atividade útil coordenada”, ou seja, é o papel que a organização prescreve para seus subordinados cumprirem entre prazos e metas estabelecidos para contemplação de uma macro necessidade capitalista⁸.

Ao tornar-se a saúde do trabalhador um objeto de estudo de grande relevância, foi necessário acrescentar à definição proposta acima questões referentes à subjetividade humana que contemplem um engajamento do corpo e da personalidade, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações, os sentimentos e pensamentos¹. Tornou-se fundamental a compreensão do trabalho como constituidor da identidade e do indivíduo⁹.

A atenção que era inicialmente direcionada ao adoecimento físico, visível e, principalmente mensurável (acidentes de trabalho, doenças osteomusculares...), atualmente tem que considerar o aspecto subjetivo já que o trabalhador tem sua saúde mental comprometida pelo sofrimento que o trabalho gera.

Em função desse novo olhar lançado à situação dos trabalhadores, observa-se que há um aumento do sofrimento daqueles que trabalham, ocorre uma neutralização da mobilização coletiva contra o sofrimento, a dominação e a alienação, o uso de estratégias defensivas do silêncio, da cegueira e da surdez em que todos precisam resistir e “não podem fazer nada” pelo sofrimento alheio e o individualismo, o “cada um por si”. Compreender a dinâmica do adoecimento gerado pelo trabalho, o impacto na saúde mental, no sofrimento psíquico interfere na qualidade de vida desse trabalhador⁹.

O trabalho invariavelmente coloca o trabalhador diante de situações inesperadas, incoerentes, imprevistas, o que faz com que o mesmo seja confrontado com a real situação em que se encontra e mergulhe em um sofrimento intenso¹.

Trabalhar será gerador de sofrimento na medida em que confronta as pessoas com desafios externos, relações sociais, relações de poder, relações contraditórias, etc, mas ser ainda uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento psíquico que pode gerar prazer a partir do reconhecimento do sujeito. Além de transformar o sofrimento em prazer, o reconhecimento permite o desenvolvimento da subjetividade. Quando não há reconhecimento o sentimento de menos valia dos trabalhadores ultrapassa os limites do trabalho⁹.

O trabalho, que envolve relações subjetivas menos evidentes, para que seja apreendido e compreendido em sua complexidade deve ser entendido e

explicado para além do visível e do mensurável, não bastando apenas observá-lo, mas, sobretudo, escutá-lo a partir de quem o executa. Essa escuta, que deve ser realizada de forma coletiva e a partir de um processo reflexivo, possibilitará ao trabalhador a apropriação do trabalho vivenciado e a emancipação. Vale ressaltar que a reflexão permite ao sujeito a reapropriação da sua realidade de trabalho, das consequências deste em sua saúde e a mobilização para as mudanças⁹.

A partir da necessidade em elaborar estratégias que possibilitem a reflexão do sujeito diante do sofrimento no trabalho, a estratégia de grupo pode ser entendida como um recurso para a transformação. Ressalta-se que grupos são frequentemente, utilizados especialmente na psicologia e terapia ocupacional⁶.

Cada instituição ou organização que se propõe a acolher minimamente o sofrimento dos seus trabalhadores deve levar em consideração a singularidade do trabalho. Uma estratégia a ser proposta é o grupo de reflexão, sendo esta uma ferramenta que possibilita que os profissionais aprendam a lidar com questões emocionais geradas pelo ambiente de trabalho. Trata-se de um espaço de construção e revisão em que é fundamental a presença de um coordenador externo com um mínimo de saber dessa instituição ou organização, mas que seja capaz de apontar, intervir e dar uma nova dimensão às situações de trabalho. O grupo será um lugar em que os trabalhadores conquistam um espaço de troca e saberes entre si, é uma forma de abordar as angústias e sofrimentos, além de ser um espaço que favorece tomada de consciência, responsabilização e um novo olhar para a condição e colegas de trabalho. Buscando reconhecimento e releitura do modo de se relacionar com o outro, contribuindo para novos compromissos, vínculos, interesses e responsabilidades, o grupo de reflexão marca um novo encontro com a atuação profissional.

A proposta acima descrita vem sendo implantada no Hospital Premier com a equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), nos diferentes turnos. Esse grupo, coordenado por uma terapeuta ocupacional e psicóloga, além de ser um lugar que possibilita a reflexão sobre todas as questões que envolvem o sofrimento no trabalho e possibilidades de enfrentamento, tornou-se um espaço de referência para esses profissionais no sentido da escuta e do acolhimento.

Neste sentido podemos afirmar que o grupo de reflexão é uma estratégia a ser proposta às demais equipes do hospital.

O contato com o próprio sofrimento e como o sofrimento do outro possibilita novas criações e saídas. Essa é a engrenagem que o trabalho propõe ao sujeito: decifra-me ou te devoro; proponha novas saídas que eu mantenho sua constituição enquanto sujeito.

Conclusão

Embora o sofrimento psíquico seja entendido como algo constante e inerente ao trabalho, as estratégias propostas para seu enfrentamento vão de encontro com novas criações e possibilidades de trabalho, sendo possível o sofrimento criativo. É função dos profissionais que se propõem a cuidar do trabalhador denunciar os mecanismos perversos causadores desse sofrimento, convidando os mesmo a repensar o lugar em que estão e o comprometimento

com o papel que assume neste ambiente.

O desafio a se lançar neste momento refere-se à necessidade de unir diferentes profissões, teorias e saberes técnicos numa tentativa de compreender todos os desdobramentos do trabalho como desencadeador de sofrimento.

Referências Bibliográficas

1. Dejours, C. Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, v. 14, n. 3, p. 027 – 034, set/dez. 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a03.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2011.
2. Barros, MEB; Heckert, ALC. Sofrimento e adoecimento nos processos de trabalho e formação: entre paralisias e criações. In: Pinheiro, R; Lopes, TC. *Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde*. Rio de Janeiro, RJ. ABRASCO, 2010.
3. Clot, Y. Territoires Du travail. In: *Sofrimento e adoecimento nos processos de trabalho e formação: entre paralisias e criações*. In: Pinheiro, R; Lopes, TC. *Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde*. Rio de Janeiro, RJ. ABRASCO, 2010.
4. Martins, SR. *Clínica do trabalho*. São Paulo, SP. Casa do Psicólogo, 2009.
5. Glina, DMR; Siqueira, AR; Isosaki, M.; Rocha, LE. Análise ergonômica da higienização de louças de um hospital. In: Siquiera, AR.; Glina, DMR; Andreotti, M.; Rocha, LE. *Grupos de reflexão: um recurso para as transformações do trabalho*. *O Mundo as Saúde*, São Paulo: 34(2), 252 – 257, 2010. Disponível em: <www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/75/252a257.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2011.
6. Siqueira, AR; Glina, DMR; Andreotti, M; Rocha, LE. Grupos de reflexão: um recurso para as transformações do trabalho. *O Mundo as Saúde*, São Paulo: 34(2), 252 – 257, 2010. Disponível em: <www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/75/252a257.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2011.
7. Maximino, VS. O atendimento em grupos de terapia ocupacional. *Caderno de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 1, n. 2, p. 105 – 119, 1990. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/15>>. Acesso em: 30 jun. 2011.
8. Navarro, VL; Padilha, V. Negação da subjetividade no trabalho: dilemas sobre a saúde mental dos trabalhadores nas organizações produtivas. *Revista de Psicologia*, Ribeirão Preto: v.19, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-7182200700040000&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 jun. 2011.
9. Lancman, S. (org). *Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional*. São Paulo: Roca, 2004.

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO AMBIENTAL NA ÁREA DA SAÚDE

RENATA ALTER

BACHAREL EM ENFERMAGEM PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP). SUPERVISORA CLÍNICA DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES

Introdução

A relação entre saúde e ambiente não é nova, tendo sido descrita tradicionalmente na saúde pública brasileira a partir de dois paradigmas básicos ^[1,2]. Um deles é o biomédico, originado na parasitologia clássica com o modelo ecológico das doenças infecto-contagiosas envolvendo a relação agente-hospedeiro. Posteriormente, com a crescente importância de doenças como o câncer e a cardiopatias, bem como do reconhecimento público dos problemas ambientais, este paradigma foi renovado pelo desenvolvimento da epidemiologia e da toxicologia ambiental que formam o escopo das abordagens mais técnicas da saúde ambiental. O segundo paradigma é oriundo do saneamento que aborda a temática ambiental à partir da engenharia ambiental, com a preocupação no desenvolvimento de infra-estruturas de água para consumo humano, esgoto e lixo, os quais são importantes fatores de doenças e mortes na população.

O paradigma biomédico está fortemente voltado para o diagnóstico dos efeitos dos riscos ambientais, com um âmbito bastante restrito para a busca de soluções e intervenções, enquanto o segundo é marcado por uma visão técnica restrita da engenharia sobre os sistemas de fluxo e controle da água, esgoto e resíduos. Embora posteriormente ambos os paradigmas ampliem seu escopo pela visão mais abrangente da gestão ambiental e da análise de riscos, a participação dos diferentes fatores sociais ainda é bastante reduzida ^[3], em especial das populações atingidas pelos problemas ambientais, como trabalhadores e moradores de áreas contaminadas.

A Constituição de 1988 estabelece a saúde “como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante o estabelecimento de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196). Determina também que todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade, o dever de defendê-lo e preservá-lo, para as presentes e futuras gerações (art. 225) e que cabe ao poder público promover a Educação Ambiental em todos os níveis de ensino e a conscientização pública para a preservação do Meio Ambiente (art.225-VI). ^[4]

A legislação, embora preconize a promoção da saúde de forma integrada com a proteção do meio ambiente, necessita ainda de regulamentação e um controle e gestão ambientais eficazes de modo a garantir realmente aos cidadãos o direito à saúde e a um ambiente equilibrado e saudável no contexto do desenvolvimento sustentável. Os Códigos Ambientais dos estados e dos municípios têm um papel muito importante na implementação das leis assim como os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e Meio Ambiente que com a participação popular exercerão o controle social necessário para que as leis sejam cumpridas.

Para que isso ocorra é preciso formar recursos humanos conscientes, críticos e éticos, aptos a enfrentar esse novo paradigma. A educação ambiental em todos os níveis tem procurado desempenhar esse difícil papel resgatando valores como o respeito à vida e à natureza.

Diante disso, é relevante problematizar essa questão, num entendimento de que, faz-se necessário um investimento em todos os profissionais que atuam nos âmbitos da saúde, de forma a prepará-los e instrumentalizá-los para lidar com essa questão e também para serem educadores e exemplos para seus “pacientes e cuidadores”.

Objetivos

O presente trabalho tem como objetivo demonstrar a importância da educação ambiental na área da saúde e alertar os profissionais de saúde para essa questão. Além disso, objetiva motivar os leitores a fazerem sua parte e a diferença com pequenas atitudes.

Metodologia

A metodologia aqui utilizada foi uma pesquisa bibliográfica, sendo utilizados para o estudo textos e legislações presentes em livros, revistas e documentos eletrônicos, os quais forneceram o embasamento teórico necessário à construção do tema e, por consequência, ao alcance dos objetivos propostos.

Resultados

Na atualidade enfrentamos sérios desafios, dentre os quais a complexidade e diversidade existente na problemática ambiental. Em um mundo que busca cada vez mais soluções sustentáveis para o desenvolvimento industrial e social, os resíduos sólidos urbanos viraram sinônimo de problema.

Segundo literatura^[5], o conceito de resíduo sólido se apresenta de maneira bem simples. O termo “resíduo sólido” significa lixo, refugo e outras descargas de materiais sólidos, incluindo resíduos sólidos de materiais provenientes de operações industriais, comerciais e agrícolas e de atividades da comunidade, mas não inclui materiais sólidos ou dissolvidos nos esgotos domésticos ou outro significativos poluentes existentes nos recursos hídricos tais como lama, resíduos

ou suspensos na água encontrados nos efluentes industriais, materiais dissolvidos nas correntes de irrigação ou outros poluentes comuns da água.

O lixo urbano pode ser dividido entre matéria orgânica (restos de comida), recicláveis (papel, vidro, plástico e metal) e componentes reaproveitáveis (óleo de cozinha, peças de informática). Materiais como pilhas, baterias e restos de medicamentos e hospitalares compõem o chamado lixo tóxico, que precisa ser descartado corretamente para que não haja contaminação do ambiente e conseqüentemente das pessoas que nele vivem.

Uma pessoa produz em média 1,3 kg de detritos por dia. Se já é difícil processar todo o lixo urbano contando com a colaboração dos cidadãos e do governo, imagine então quando nenhum dos lados coopera. Municípios se livram do que não querem mais pelas ruas e córregos, além de colocar os sacos na calçada fora do horário de coleta. A prefeitura, por sua vez, não oferece alternativa a quem sai de casa muito antes da hora da coleta. Falta fiscalização no descarte de entulho e no término das feiras livres, cuja demora atrasa a limpeza das ruas onde funcionam. O resultado: sujeira (e doenças) para todo lado! Em uma cidade como São Paulo, onde são cerca de 17 mil toneladas diárias de lixo, a situação fica pior ainda na época de chuvas. Em questão de minutos surgem centenas de pontos de alagamentos e a água traz de volta toda a sujeira despejada nos rios e córregos. À medida que a água baixa, a imundice seca nos canteiros e calçadas, ficando evidente que tratamos o nosso lixo de maneira ineficaz e até com certo descaso.

Quando o lixo urbano é recolhido comumente pode ter três destinos: o aterro sanitário, a incineração ou uma unidade de reciclagem. No aterro todo conteúdo é despejado em um grande espaço, esperando a decomposição no solo. Como não exige cuidados especiais e nem gera muitos gastos, é a forma mais usada para esgotar os resíduos gerados pelas metrópoles. No entanto, alguns componentes demoram mais de um século para se decompor e, desse modo, a sujeira só vai acumulando através do tempo. O lixo tóxico, que não pode ser jogado a céu aberto, tem como destino as unidades de incineração, onde o material é queimado e, depois de passar por alguns filtros, é liberado no ambiente. Já nas unidades de reciclagem, as embalagens de papel e afins são reaproveitadas em um processo de limpeza e reestruturação

A produção de lixo urbano é inevitável. Para diminuir a quantidade de lixo não basta apenas produzir menos dejetos. Devemos também praticar a reciclagem, consumir os produtos de modo consciente, fazer uso dos processos de reaproveitamento e, acima de tudo, termos consciência da importância das nossas atitudes. Caso contrário, em pouco tempo não existirá mais espaço para a humanidade serão apenas pilhas de lixo.

Entre as fontes de degradação ambiental, os resíduos sólidos gerados na área da saúde representam uma peculiaridade importante; quando gerenciados inadequadamente, oferecem risco potencial ao ambiente. Essa problemática vem sendo cada vez mais objeto de preocupação de órgãos de saúde, ambientais, prefeituras, técnicos e pesquisadores da área. Isso se verifica pela quantidade de legislações e referências existentes, que preconizam condutas de gerenciamento dos resíduos nos locais onde são prestados serviços à saúde.

É inquestionável a necessidade de implantar políticas de gerenciamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde (RSSS) nos diversos estabelecimentos de saúde, não apenas investindo na organização e sistematização dessas fontes geradoras, mas, fundamentalmente, mediante o despertar uma consciência humana e coletiva quanto à responsabilidade com a própria vida humana e com o ambiente. Nesse sentido, os profissionais devem preocupar-se com os resíduos gerados por suas atividades, objetivando minimizar riscos ao ambiente e à saúde dos trabalhadores, bem como da população em geral.

Nasce aqui uma reflexão a ser discutida, qual seja, o grande volume de RSSS produzidos no mundo, onde o desperdício é a marca deixada pela humanidade em sua passagem pela Terra. Durante milênios o homem extraiu de forma extensiva os recursos naturais, ocasionando com isso o descarte de todo o material inutilizado para a aquisição do produto final, fator que levou a grande geração de resíduos.

Na atuação médico-farmacêutico não seria diferente. Afinal, todos os anos o volume de medicamentos descartados é enorme, sendo que “nesses fármacos, entre 50 e 90% de sua dosagem permanece inalterada quando excretada e persiste no meio ambiente”^[6]

A persistência ambiental é a permanência de certa substância, como o medicamento, no ambiente por diversas gerações, fator que prejudica sua degradação e provado acúmulo da poluição. Essa persistência no ambiente provoca, por diversas vezes, o acúmulo das substâncias no organismo através da sua ingestão em cadeia. Exemplo claro dessa questão é quando o medicamento é descartado no ambiente de forma errônea, sendo ingerido por um peixe. Assim, o ser humano acaba ingerindo - além do medicamento existente na água - como também aquele ingerido pelo peixe.

Além do descarte incorreto dos medicamentos, estudos mostram que várias substâncias existentes nos fármacos são resistentes ao processo de tratamento, permanecendo no meio ambiente por longos períodos, acarretando sérios riscos socioeconômicos e ambientais. Isso deve ser levado em consideração no momento do descarte desses fármacos no ambiente.

Dentre os riscos apresentados pelo descarte incorreto de medicamentos destaca-se: a contaminação dos recursos hídricos que provoca o surgimento de diversas doenças na população e a extinção de diversas espécies da fauna e flora do local. Outro problema grave que deve ser considerado é o fato de que “esses produtos acabam com microorganismos menos fortes, deixando vivos apenas os mais resistentes. Assim, uma bactéria presente em um rio que contenha traços de antibióticos pode adquirir resistência a essas substâncias”^[6].

Como se pode observar, práticas inadequadas de descarte podem causar danos ao meio ambiente e à saúde da população. Contudo, diante da ausência de lei ou regulamento, de fiscalização e de postos de coletas, essa prática continua sendo realizada em muitos lugares de forma incorreta e, por conta disso, a grande maioria dos medicamentos são jogados no lixo comum e na rede de esgoto, que maioria vezes não recebe tratamento.

O relatório Gestão de Problemas de Poluição no Brasil aponta uma lista de problemas de poluição que causam danos reais em termos de saúde humana, qualidade de vida e perdas ecológicas. Entre eles, e em ordem de importância, são

descritos os principais problemas de poluição no Brasil: agravos à saúde causado pela falta de abastecimento de água potável e falta de coleta segura de esgotos; poluição atmosférica, principalmente por material particulado e ozônio nas megacidades, que afetam milhões de residentes; a poluição das águas superficiais em áreas urbanas, com impactos visuais, odor e restrição às atividades de lazer, tão imprescindíveis na busca de melhoria de qualidade de vida no meio urbano; gestão inadequada de resíduos sólidos, aumentando a proliferação de vetores potenciais de agravo à saúde; e, finalmente, a poluição localizada acentuada, que inclui zonas industriais com baixos níveis de controle de poluição, com impactos nas populações do entorno e nos sistemas naturais ^[7].

As alterações acima expostas levam ao longo dos anos a uma redução da expectativa de vida. Por exemplo, estima-se que os níveis atuais de poluição da cidade de São Paulo promovam uma redução de cerca de 1,5 anos de vida devido a três desfechos: câncer do pulmão e vias aéreas superiores, infarto agudo do miocárdio e arritmias e bronquite crônica e asma. Viver em São Paulo corresponde a fumar quatro cigarros diariamente em virtude das partículas em suspensão no ar ^[8].

Os custos dos efeitos crônicos da poluição do ar, estimados no valor dos dias de vida perdidos em função dos efeitos acima descritos, são substanciais. No caso da cidade de São Paulo, a utilização de funções concentração-efeito bem definidas estima que a manutenção da poluição do ar acima dos padrões da OMS causa aproximadamente 4.000 mortes/ano prematuras, com um custo financeiro que, dependendo da métrica, pode variar entre centenas de milhões a mais de um bilhão de dólares por ano ^[9].

Conclusão

Frente aos aspectos apresentados, está demonstrado que a sociedade não pode acreditar que a natureza por si mesma se arranjará frente a todas as degradações impostas pelo homem, cabendo a cada um de nós o dever de atuar de forma a minimizar os danos ao meio ambiente.

No Brasil, todos os anos, o mercado de medicamentos movimentava bilhões de reais. Contudo, essa produção de medicamentos muitas vezes provoca um grande acúmulo de resíduos sólidos ocasionado pelo descarte incorreto dos medicamentos, que permanecem no ambiente por longos períodos, acarretando sérios riscos socioeconômicos e ambientais.

Dentre os riscos apresentados pelo descarte incorreto de medicamentos estão a contaminação dos recursos hídricos, do solo e do ar, fatores que condicionam a mortandade de animais e plantas, bem como a proliferação de doenças e da diminuição da qualidade de vida da população.

É importante educar. A educação ambiental é necessária. Todos devem ter o conhecimento, se sensibilizar pela causa e se tornar exemplo. A saúde, pensada na perspectiva de desenvolvimento humano e desenvolvimento sustentável, considera os indivíduos em sua complexidade e incorpora a dimensão ambiental, adoção de um paradigma que considera não só a esperança de vida ao nascer mas também o direito de vida em um planeta saudável ^[10].

Estudos mostram que as modificações ambientais provocadas pela ação antrópica, alterando significativamente os ambientes naturais, poluindo o meio ambiente físico, consumindo recursos naturais sem critérios adequados, aumentam o risco de exposição à doenças e atuam negativamente na qualidade de vida da população ^[7,11].

A sociedade deve priorizar transformações em seus hábitos, compreendendo que isso tudo faz parte da grande teia da vida, implicando uma nova consciência, de responsabilidade e comprometimento, na forma de perceber e viver nesse ambiente que nos constitui e que constituímos.

Mesmo se todas as fontes humanas de emissão de gás de efeito estufa fossem interrompidas imediatamente, os impactos da mudança climática continuariam por 50 anos. A natureza não negocia.

O respeito à adversidade e a responsabilidade por um mundo mais saudável e próspero para as gerações futuras está na mão de cada um de nós, por todos nós.

Bibliografia

1. Freitas CM. Problemas ambientais, saúde coletiva e ciências sociais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8:137-50.
2. Porto MFS. Saúde do trabalhador e o desafio ambiental: contribuições do enfoque ecossocial, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10:829-39.
3. Freitas CM. A produção científica sobre o ambiente
4. Constituição da República Federativa do Brasil. In: *Vade Mecum: Profissional e Acadêmico. Organização dos textos Antonio Luiz Toledo Pinto, Márcia Cristina Vaz dos Santos Windt e Livia Céspedes*. 4. ed. São Paulo: Saraiva. 2007.
5. Machado, PAL. *Direito Ambiental Brasileiro*. 14. ed. rev. atual. ampl. São Paulo: Malheiros Editores, 2006.
6. Vida e saúde. Atenção na hora de descartar seus medicamentos. 03 nov. 2008 Disponível em: <<http://www.ecodesenvolvimento.org.br/conteudo/voceecod/descarte-de-remedios-o-que-fazer>>.
7. Banco Mundial. Brasil: a gestão dos problemas de poluição - a agenda ambiental marrom, V. I
8. Saldiva PHN. Transporte, sustentabilidade e cidadania. Entrevista concedida ao Instituto Ethos, São Paulo, 2007a. (Disponível na internet www.ethos.org.br/DesktopDefault.aspx?TabID=3345&Lang=pt-B&Alias=ethos&itemNotID=8334).
9. Saldiva PHN. Pesquisadores unem-se para esmiuçar os efeitos do aquecimento global no Brasil, entrevista concedida a Fabrício Marques, ABIDES (Associação Brasileira de Integração e Desenvolvimento), São Paulo, 2008. (Disponível na internet <<http://www.abides.org.br/Noticias/View.aspx?noticialID=505>> acesso em 01/07/2011).
10. Lopes MJM. Do poder normativo à concepção de desenvolvimento humano: a busca de sustentabilidade em saúde. *Revista Gaúcha Enferm*, V.20, Número Especial: 123-129, 1999.
11. Philippi JR, e Malheiros TF. Saneamento, saúde e ambiente: fundamentos para a sustentabilidade In: Andreoli, C. Willer, M. (eds) *Gerenciamento do Saneamento de Comunidades Planejadas*. Série Cadernos Técnicos Alphaville, 1. São Paulo: Alphaville Urbanismo S.A, cap 6, pp.88- 101, 2005.

A HISTÓRIA DE UM PACIENTE COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA: POSSIBILIDADES DE ASSISTÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

GEOVAN FARIAS DE LIRA

AUTOR PRINCIPAL. PSICÓLOGO FORMADO PELA UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES, ESPECIALIZADO EM ATENDIMENTO DOMICILIAR PELA PUCSP, PSICÓLOGO NO HOSPITAL PREMIER, PROATIVA SAÚDE E SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILARES / GRUPO MAIS.

MARILIA BENSE OTHERO

REVISÃO E SUPERVISÃO. CONSELHO EXECUTIVO DO GRUPO MAIS. COORDENADORA DA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL DO GRUPO MAIS. SUPERVISORA TÉCNICA DA EQUIPE DE MONITORAMENTO DO GRUPO MAIS.

Introdução

A Esclerose Lateral Amiotrófica - E.L.A., também designada de doença de Lou Gehrig, é uma doença degenerativa que atinge a de forma contundente o indivíduo e os que estão em sua volta, como familiares, amigos e outros. Por suas características é associada a muito sofrimento aos seus portadores, pois se trata de uma doença neurodegenerativa progressiva e fatal, acarretando a degeneração dos neurônios motores e das células do sistema nervoso central que controlam os movimentos voluntários dos músculos, e com a sensibilidade preservada^{1,2}.

Em relação à etiologia da enfermidade, sabe-se que tem um caráter genético, mas na maioria dos casos não se conhece a sua causa. Ainda a respeito dos aspectos clínicos, observa-se que em torno de 10% dos casos apresentam forma degenerativa^{1,2}.

A esperança de vida varia de indivíduo para indivíduo, mas em termos estatísticos, mais de 60% dos doentes só sobrevivem entre 2 a 5 anos. Os casos são na proporção de 5 a 8 por 100 mil. Não há teste para diagnosticar esta doença e a idade média para o início é de 58 anos^{1,2}.

Objetivos

Geral

- Descrever o caso de um paciente com Esclerose Lateral Amiotrófica, assistido pela equipe do Hospital Premier.

Específicos

- Descrever as condições do paciente internado;
- Descrever a evolução da doença nos últimos cinco anos;
- Descrever a assistência oferecida.

Metodologia

A metodologia adotada neste trabalho foi a de Estudo de Caso. Para a realização do mesmo, as técnicas de produção de dados foram: revisão bibliográfica, revisão de prontuário, e entrevistas com a esposa.

O paciente escolhido foi J.M., de aproximadamente 55 anos, casado, uma filha de 18 anos. A doença foi diagnosticada há cinco anos, encontra-se acamado no Hospital Premier desde novembro de 2010. É acompanhado pela esposa de forma integral, dedicando sua vida aos cuidados ao esposo.

Resultados – A descrição do caso

Conforme já mencionado, J.M. está internado em um hospital desde novembro 2010. Está acamado, consciente, porém não fala, está acompanhado pela esposa, que se comunica com ele através dos olhos. Segundo ela, J.M. não tem o desejo de sair do quarto.

A doença iniciou no ano de 2003, quando a esposa começou a perceber dificuldades na fala do paciente. Diante disto a esposa estimulava o paciente a procurar um médico. Logo foi encaminhado para um neurologista, fez os exames e se confirmou a doença. Segundo a esposa, o paciente aceitou e mostrou com detalhes os exames; iniciam-se dificuldades na fala, apontadas pelo próprio J.M. à esposa. Em seguida, começam as dificuldades relacionadas à perda de força muscular, levando-o a andar de cadeiras de rodas.

Sendo uma doença neurodegenerativa, o paciente seguiu com perdas progressivas e fica totalmente acamado; a família solicita o atendimento domiciliar, porém recebe esta assistência por pouco tempo.

Desde novembro de 2010, está internado no Hospital Premier, um hospital especializado no tratamento de doentes crônicos de alta dependência, a partir da perspectiva dos Cuidados paliativos, contendo uma equipe composta de Psicólogos, Terapeuta Ocupacional, Médicos, Assistência Social, Enfermagem Odontologia, sempre visando o conforto e a qualidade de vida dos pacientes atendidos.

A E.L.A. é uma doença progressiva, e J.M. tem vivido as perdas e limitações inerentes ao processo de evolução da doença. Neste diagnóstico, há um fator que pode ser considerado intensificador do sofrimento vivido: a preservação da cognição do paciente, algo muitas vezes desconsiderado pela equipe que o assiste.

Há ainda uma hipótese de depressão neste caso. A terapeuta ocupacional, em um plano de cuidados de equipe, aplicou o teste “Escala de Depressão Geriátrica”, com score representando leve depressão. O paciente foi medicado, e vem apresentando algumas melhoras no aspecto emocional.

O plano de cuidados da Equipe de Saúde Mental engloba a assistência ao paciente, oferecida pela terapeuta ocupacional através de atividades que enriqueçam o cotidiano do paciente e possibilitem novas formas de expressão e comunicação, e a assistência oferecida à esposa, pelo psicólogo.

O início do tratamento psicológico à esposa foi direcionado ao acolhimento, escuta e orientação sobre a doença e suas consequências. A escuta

tem objetivo de oferecer suporte emocional, e a orientação visa conscientizá-la através de sugestões e definições da doença. A assistência psicológica está fundamentada pelo código de ética, no sentido de promover a saúde³.

A assistência segue, em atendimentos semanais à esposa, bem como os outros procedimentos de toda a equipe multiprofissional. São observadas melhoras na condição emocional de paciente e esposa, bem como maior vínculo de confiança com a equipe de saúde.

Considerações Finais

Ainda não existe tratamento que possa curar a E.L.A. Por isso, os Cuidados Paliativos⁴ são muito importantes para a melhoria da qualidade de vida destes doentes, oferecendo uma assistência pautada no controle de sintomas, no apoio psicossocial e na busca da autonomia e da dignidade de todos os envolvidos neste processo.

Referências Bibliográficas

1. COPPERMAN, L.F.; FORWELL, S.J.; HUGOS, L. Doenças neurodegenerativas. In: TROMBLY, C.A.; RADOMSKI, V.M. Terapia Ocupacional para Disfunções Físicas. 5ª ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2008. p.885-908.
2. Sanofi-Aventis. Tudo sobre ela. <www.tudosobreela.com.br> Acesso em: 21.06.2011.
3. Conselho Regional de Psicologia. Código de Ética Profissional do Psicólogo. São Paulo. <www.crsp.org.br> Acesso em: 10.06.2011
4. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA REABILITAÇÃO DE PACIENTES COM LONGOS PERÍODOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

MARIA LUCIDALVA DA SILVA

BACHAREL EM FISIOTERAPIA. ESPECIALISTA EM CARDIO RESPIRATÓRIA PELA UGF, APERFEICOAMENTO EM CLÍNICA MÉDICA PELA SANTA CASA SÃO PAULO, FISIOTERAPEUTA DO HOSPITAL PREMIER.

ROSANE LIMA DOS SANTOS KÜMPEL

BACHAREL EM FISIOTERAPIA. ESPECIALISTA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PELA UNASP, FISIOTERAPEUTA DO HOSPITAL PREMIER E DA EQUIPE DE ATENDIMENTO DOMICILAR DO GRUPO MAIS.

Introdução

Os principais objetivos da atuação do fisioterapeuta em um serviço hospitalar são minimizar os efeitos da imobilidade no leito. Sua finalidade é prevenir e/ou tratar as complicações respiratórias e alterações que acompanham as doenças neurológicas, ortopédicas, cardiovasculares e clínicas em geral, bem como promover integração sensorial motora e cognitiva.

Em pacientes hospitalizados é comum o aparecimento de alterações decorrentes da imobilidade prolongada a que são submetidos. Normalmente os sistemas respiratórios, cardiovascular e neurológico dos pacientes são afetados. No sistema respiratório a imobilização continuada promove uma diminuição da força de seus músculos. Em decorrência disso, a capacidade e o volume pulmonar são alterados e a difusão alvéolo capilar sofre modificação, prejudicando o bom desenvolvimento do sistema, podendo evoluir para pneumonias, sepses, atelectasias etc.

Entre as principais alterações cardiovasculares estão as diminuições da eficiência das bombas musculares, ocasionando uma diminuição do retorno venoso, aumentando o risco de trombose venosa profunda. A hipotensão postural é outra consequência dessas alterações que se destacam no sistema cardiovascular.

Há uma queda de 20% da força muscular para cada semana de imobilização. A atrofia muscular pode resultar em falta de coordenação motora e osteoporose quando o paciente é submetido a um grande período de imobilidade. Para pacientes neurológicos, pode ocorrer ainda um déficit motor, acarretando problemas como ineficácia do reflexo de deglutição, o que significa maior risco de aspiração pulmonar.

Nos pacientes idosos, aumenta o risco de morbidade e mortalidade em decorrência da natural deterioração das funções pulmonares e cardiovasculares. É comum que pacientes idosos apresentem alterações da mecânica respiratória, deficiência do reflexo de tosse o que leva a um maior risco de infecções respiratórias.

Apresentação da Instituição/ serviço

Hospital Premier é uma unidade de saúde de média complexidade apta a dar assistência aos pacientes, na sua maioria idosos, portadores sequelas demenciais ou neurológicas, com doenças crônicas progressivas com múltiplas co-morbidades e complicações frequentes inerentes a doença de base. Estes pacientes são provenientes de internações prolongadas ou múltiplas em outras instituições. O trabalho é desenvolvido por equipe multiprofissional, voltada ao atendimento integral.

Caracterização do trabalho/ atividade a ser descrita

Neste relato de experiência será abordada a atuação do profissional de fisioterapia na intervenção para melhorar a qualidade de vida de N.R.B, 75 anos, hospitalizada no Hospital Premier há cerca de 1 mês e 3 dias, após internação de 6 meses em outra instituição de saúde devido a complicações pós-operatórias. O nosso serviço de fisioterapia tem seus esforços direcionados na recuperação da funcionalidade e independência do pacientes na fase subaguda. Na fase crônica, nosso foco é na prevenção de agravos e complicações respiratórias.

População alvo

Com histórico de Doença de Parkinson e Osteoporose, a paciente de 75 anos hospitalizou-se em dezembro de 2010 em um reconhecido hospital de grande porte na cidade de São Paulo para realizar uma abordagem cirúrgica devido a hérnia discal lombar com estreitamento do canal medular. Foram colocadas quatro próteses nas vértebras e 16 pinos devido à osteoporose. Após nove dias, retornou ao domicílio, onde evoluiu com infecção no local da cirurgia e choque séptico. Permaneceu por quatro meses na Unidade de Tratamento Intensivo em coma induzido, recebendo diversos tipos de antibioticoterapia. Desenvolveu comprometimento pulmonar, resultando em IOT e traqueostomia. A família relata que por semanas foi um dos casos mais graves daquele andar. Desenvolveu dependência de ventilação mecânica e aspirações frequentes, instalação de sonda nasoenteral e vesical. Foram necessárias três intervenções cirúrgicas devido a infecções no local da cirurgia, sendo a última intervenção a retirada das próteses e dos pinos para conter a infecção.

Em 11 de maio de 2011, recebeu alta da Unidade de Terapia Intensiva, mantendo ventilação invasiva (BiPAP) e foi transferida para o Hospital Premier no dia 3 de junho, onde recebeu atendimento intensivo da equipe de reabilitação, inicialmente composto pela fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, equipe médica, de enfermagem, nutricional e atendimento psicológico voltado às necessidades da paciente e dos familiares.

Na admissão, a paciente estava consciente, contactuante, colaborativa, utilizando de via alternativa para nutrição e medicação (sonda nasoenteral), sonda vesical demora, traqueostomizada mantendo uso de ventilação invasiva intermitente, dependente de oxigenioterapia contínua (2L/min.) e aspirações frequentes. Tinha movimentações ativas de membros superiores e inferiores,

porém com força muscular reduzida (grau 2 em membro inferior direito, grau 3 em membro inferior esquerdo), realizava trocas posturais com auxílio, sem condições de realizar ortostatismo.

Em 16 dias do tratamento fisioterapêutico, já apresentava melhora do quadro respiratório, com redução do seu consumo de oxigênio e reeducação respiratória (cuff desinsuflado e uso de válvula fonatória), redução na frequência das aspirações traqueal, e foi iniciada alimentação por via oral. No décimo oitavo dia de internação nesta instituição, foram intensificadas as intervenções de fisioterapia com treino de fortalecimento membros inferiores (quadríceps, tríceps sural, adutores, abdutores, glúteos) e membros superiores (bíceps e tríceps braquial) com carga de 1 kg. O aumento da força muscular possibilitou a paciente a realizar sedestação, transferências sem auxílio, ortostatismo, marcha com apoio bilateral e andador.

Impacto da atividade/ serviço junto à população alvo

A evolução do quadro clínico devido às atividades propostas, a imensa força de vontade da paciente juntamente com o apoio dos seus familiares proporcionou a melhora da funcionalidade e qualidade de vida, possibilitando a mudanças de decúbito e transferências para cadeira de banho sem auxílio, a marcha pelo quarto com apoio bilateral, a sedestação na cadeira a mesa para realizar refeições, passeios pelo jardim sem necessidade de oxigênio, e melhora da comunicação com voz audível devido uso da válvula fonatória. O próximo passo a seguir será o desmame e decanulação de traqueostomia.

Apesar de saber que paciente possui um diagnóstico de doença degenerativa (Parkinson), pode-se observar que em um período curto de reabilitação hospitalar (33dias), foi proporcionada uma maior inserção nas atividades da vida diária, melhor qualidade de vida, além do resgate de sua esperança.

Considerações finais

Um dos principais problemas decorrentes de internações prolongadas devido complicações clínicas não é somente a perda da função física, mas a perda do sentimento de utilidade, tanto pela pessoa que esta na situação quanto para os familiares que acompanham neste momento. Neste relato de experiência, foi possível perceber o quanto o estímulo da fisioterapia faz diferença para o paciente acamado, e como a vontade de viver é imprescindível para a reabilitação.

Referências

- Bastos, R. Relatos de familiares (histórico de internação hospitalar). Fisioterapia hospitalar. Disponível em < http://saomarcoshospital.com/menu_hor/selecionar/servicos/servicos_afins/1_fisioterapia/fisioterapia.html> acessos 07/07/2011.
Grupo Mais. Sistema de prontuários eletrônicos
- MATSUMOTO, D.Y. Hospital Premier, uma experiência em cuidados paliativos. Prata da Casa 3: escritas do cotidiano de uma equipe que cuida. 1.ed. São Paulo: Oboré, 2010.
- NETO, L.J. et al. Complicações respiratórias no pós- operatórios de cirurgias eletivas e de emergência em um Hospital Universitário. J Bras Pneumol 2005; 31(1): 41-7. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v31n1/23454.pdf>> acessos em 07/07/2011.

ATENÇÃO PRIMÁRIA E SAÚDE SUPLEMENTAR: UMA VISÃO CONFLITUOSA

DIOGO OLIVE GOMES

MÉDICO, GRADUADO PELA FCMSCSP. MÉDICO RESIDENTE EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DA FMUSP. MÉDICO COORDENADOR CLÍNICO DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES – GRUPO MAIS.

Introdução

O sistema de saúde brasileiro, na última década, passou por mudanças nos âmbitos público e privados. Os planos de saúde constituem uma importante via de atendimento ao cidadão, tendo em vista que atualmente cerca da quarta parte da população brasileira está associada a algum tipo de plano, segundo informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2007). Enquanto isso, a ênfase ao cuidado primário fez do Sistema Único de Saúde (SUS) um provedor organizado de serviços de saúde à população, inclusive garantindo acesso àquelas anteriormente desassistidas (Fernandes et al, 2009). Também é sabido que o financiamento desses atendimentos é misto. Segundo a Pesquisa

Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), do ano de 2003, 43,2 milhões de brasileiros são atendidos pelo sistema de saúde suplementar. Ainda segundo essa pesquisa, 26% dos atendimentos à população brasileira, relacionados com saúde, tiveram participação integral ou parcial de planos de saúde para seu financiamento, o que comprova a sua importância.

Atualmente, é fervorosa a discussão sobre o financiamento da saúde brasileira. A forte regulação federal sobre os gastos, o estabelecimento das organizações sociais de saúde (OSS) e, também, sem menor relevância, debates extensos sobre a taxa média de sinistralidade das operadoras privadas. Enfim, os gastos per capita foram e sempre serão objetos importantes na decisão sobre o planejamento da saúde brasileira, seja ela pública ou privada, segundo Souza e Salvalaio. A exemplo disso, a Reforma Sanitária Brasileira aconteceu às luzes de uma crise econômica mundial, lançando a Atenção Primária à Saúde como possível solução, a partir da década de 1970.

Atenção Primária à Saúde (APS)

Chegamos ao final do século XX pressionados pela meta “Saúde para todos no ano 2000”, proposta em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde na cidade de Alma-Ata, Cazaquistão, antiga União Soviética. A principal estratégia para atingir tal meta seria o desenvolvimento da

Atenção Primária à Saúde (APS), dentro de uma organização sistêmica do setor. Logo, a partir da segunda metade da década de 1990, com a implementação do modelo de atenção descentralizada delineado pela Constituição Federal de 1998, o financiamento passou a ser o segmento mais discutido no processo de gestão do SUS. Nesse contexto, a adoção da Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada em 1994, torna-se a base de um novo modelo de atenção à saúde, com estratégias diferenciadas e incentivos próprios no seu financiamento.

Tornou-se quase consensual, entre os estudiosos brasileiros, a compreensão de que a ESF, no contexto da APS, possibilitou maior visibilidade aos processos, modos e formas de se produzir saúde, evidenciando sua importância e reforçando a necessidade de seu fortalecimento, por meio de sua reorganização, como componente estruturante da rede de serviços de saúde.

Além do tocante a aspectos econômicos, como afirma Ayres, a ESF constitui nova base para articulações intersetoriais e promove a entrada de novos cenários, sujeitos e linguagem da assistência, como a sensibilidade para o sociocultural do processo saúde/doença. Dessa forma, a estratégia ganha novo ímpeto com a crescente ênfase dada à promoção da saúde, o resgate dos aspectos contextuais e institucionais como esfera de diagnóstico e intervenção em saúde, necessidade de interação entre diferentes disciplinas e áreas de conhecimento, não ficando restrita a racionalidade biomédica. Evidencia-se então boa relação dos custos aos benefícios.

Saúde Suplementar

Em 2000, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), houve mudanças importantes no mercado de planos de saúde. Os bens e serviços de saúde impactam diretamente o bem estar individual, tanto por determinarem a qualidade de vida dos indivíduos como por determinarem a capacidade produtiva. Nesse sentido, na maior parte dos países e também no Brasil, esses bens e serviços são considerados meritórios, sendo, portanto de responsabilidade do poder público garantir a sua oferta (Hurley, 2000). No Brasil, como já mencionado, o sistema de saúde é misto, com participação relativamente importante do setor de saúde suplementar.

Em 2004, a ANS instituiu o Programa de Qualificação de Saúde Suplementar, um sistema de avaliação das operadoras de planos de saúde, com o objetivo de induzir um processo contínuo de qualificação de todos os atores envolvidos no setor. No contexto de preocupação e busca da melhoria da qualidade assistencial, insere-se o interesse em caracterizar o uso de diretrizes clínicas no âmbito da saúde suplementar no Brasil, considerando o papel que tais diretrizes vêm internacionalmente desempenhando como instrumentos da gestão da clínica.

Entre as operadoras de planos de saúde no Brasil, predomina a visão de que o processo de condução do uso de diretrizes clínicas deve envolver uma parceria entre diferentes instâncias: órgãos governamentais gestores e reguladores, com a participação das operadoras, dos prestadores e das associações profissionais

(61%), e operadoras em conjunto com os seus prestadores (27%). Apesar de a quase totalidade das operadoras ter considerado relevante a implementação de diretrizes clínicas, apenas 32,3% conduzem a sua utilização. Segundo estudos, o conjunto de operadoras de saúde pouco se utiliza de práticas em gestão clínica que monitorem os indicadores de processo/resultado dos prestadores de serviços hospitalares. Ainda segundo esse estudo, a maioria das operadoras (95%) declarou não oferecer incentivos financeiros aos prestadores que aderem às diretrizes clínicas ou gestão de qualidade dessa assistência.

A partir dos resultados dessa pesquisa, é possível identificar um movimento, ainda que incipiente, por parte da empresa de saúde do Sistema de Saúde Suplementar, no sentido de implementar novas formas de prestar atendimento aos seus usuários, que sejam distintas daquelas até então realizadas. Nesse sentido, instituições de saúde privadas já começaram um movimento de iniciação às atividades da Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente no que tange à gestão do cuidado, integralidade e equidade a ela pertencentes.

Considerações finais

As experiências internacionais permitem dizer que, embora existam diferenças fundamentais, como o conceito primordial da determinação social da doença, os demais conceitos aplicáveis à Atenção Primária e Assistência Integral à Saúde não são exclusividades ideológicas. Exemplos bem sucedidos estão em países capitalistas centrais, como Canadá e Espanha.

No Brasil, no período de 1999 a 2006, as três principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária, em menores de 20 anos, foram as gastroenterites e suas complicações, asma e as pneumonias bacterianas que, em conjunto, representaram 75,5% do total de internações em 1999 e 78,0% em 2006. Uma vez que esses problemas de saúde constituem objeto de intervenção prioritária na atenção primária, tais achados evidenciam a necessidade de se aprofundar a análise e reflexão sobre os determinantes do perfil das internações hospitalares no Brasil.

A visão conflituosa que podemos fazer é que a Saúde Suplementar pode trazer aos seus beneficiários muitas vantagens, caso sejam aplicados conceitos da Atenção Primária e Assistência Integral à Saúde. Pois, embora cerca de 70% dos planos de saúde estejam concentrados em indivíduos cuja renda é superior a vinte salários mínimos, nada é comprovado sobre a qualidade de vida e cuidados em saúde a estes. Será que um indivíduo, que ganha um único salário mínimo, pode ser melhor assistido quando inserido na Estratégia de Saúde da Família? Pergunta essa difícil de responder, principalmente quando esse “assalariado” possui à sua disposição profissionais capacitados lhe dando suporte médico, psicológico, odontológico e outros, todos em nível de atenção primária, nas unidades básicas de saúde. Os planos oferecem o mesmo a seus beneficiários, com a mesma equidade? Porque isso é possível?

Logo, podemos concluir que estudos mais específicos devem ser realizados, inclusive com experiências mais concretas envolvendo a utilização da Atenção Primária e Assistência Integral à Saúde na Saúde Suplementar. Tais experiências devem envolver, acima de tudo, profissionais capacitados para a

gestão do cuidado. Grande desafio a esses profissionais é tentar adaptar os seus conhecimentos aos ideais privados, nunca prejudicando seu principal objetivo, o paciente. Logo, é conflituoso mover-se contra as políticas em saúde atualmente existentes, que prioriza o sistema público. Como iremos incluir os cerca de 25% da população nos benefícios que a APS pode trazer? Tarefa árdua, porém em idealização.

Referências

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde, 2003. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2005.
- Fernandes LCL, Bertold AD, Barros AJD. Utilização de serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, vol. 43(4): 595-603, 2009.
- Souza MA, Salvalaio D. Rede própria ou rede credenciada: análise comparativa de custos em uma operadora brasileira de planos de saúde. *Rev Panam Salud Publica* 2010;28(4):305-10.
- Silva PLB. Serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década. *São Paulo em Perspectiva* 2003;17(1):69-85.
- Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas de saúde. *Cien Saude Colet* 2001; (6)2:319-328.
- Ayres JRCM 2005. Cuidado e reconstrução das práticas em saúde. In: Minayo MCS, Coimbra JRCE. *Críticas e Atuantes – Ciências Sociais e Humanas na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005. p 91-108.
- Economia da saúde – Brasil. 2. Indicadores de saúde – Brasil. 3. Serviços de saúde – Brasil. 4. Seguro-saude – Brasil. I. Maiab, Ana Carolina. II. Rodrigues; Cristina Guimarães. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional. IV.Título. V. Série.
- Portela MC, Lima SML, Ferreira VMB, Escosteguy CC, Brito C, Vasconcellos MTL. Diretrizes clínicas e outras práticas voltadas para a melhoria da qualidade assistencial em operadoras de planos de saúde sob a perspectiva dos seus dirigentes, no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(2):253-266, fev, 2008.

AS LIMINARES JUDICIAIS NO SUS E NA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA: DESAFIO PARA OS GESTORES DE SAÚDE

MARCIO SAMPAIO MENDES

BACHAREL EM ENFERMAGEM, ESPECIALISTA EM GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM MESTRANDO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE e COORDENADOR GERAL DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES.

Da população total brasileira (190.732.694, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010) apenas 23,89% (45.570.031) das pessoas possuem planos de saúde privados. Ou seja, aproximadamente ¼ da população recorre aos planos de assistência médica a fim de tentar assegurar uma proteção maior à sua saúde em um eventual momento de adoecimento. As demais pessoas (145.162.663) recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para que possam ser atendidas.

Sobre o SUS, é importante lembrar que a regulamentação do setor de saúde suplementar, exigida pela Constituição de 1988, surge (embrionariamente) apenas em 1998, quando o SUS já apresentava, no mínimo, cinco importantes marcos em seu processo de construção: a Lei Orgânica da Saúde, lei 8080/90, a extinção do INAMPS, a NOB – Norma Operacional Básica/93, a NOB/96 e a implantação do PAB - Piso da Atenção Básica em 1998.

Contudo, no ano 2000, foi aprovada a Lei 9.961, criando a ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, que passou então a assumir a regulação do setor. A partir de então, por meio de diversas Resoluções da Diretoria Colegiada-“RDCs”, Resoluções Normativas-“RNs”, Resoluções Operacionais-“ROs”, a agência vem normatizando e fiscalizando as operações no setor, tanto no que se refere à constituição das empresas operadoras quanto aos direitos e obrigações dos beneficiários dos planos de saúde e, também, a atuação de empresas empregadoras, quando a operação se dá na modalidade de autogestão.

Na maioria dos países a regulação do setor suplementar de saúde é feita a partir da atividade econômica em si, atuando sobre as empresas do setor, garantindo suas condições de solvência e a competitividade do mercado. No caso do Brasil a opção foi por regular também - e fortemente - o produto oferecido, ou seja, a assistência à saúde, com medidas inovadoras como a proibição da seleção de risco e do rompimento unilateral dos contratos.

Ocorre que, como sabemos, os gastos com saúde tanto para a saúde suplementar quanto para o SUS têm aumentado significativamente nos últimos anos devido a diversos fatores. Dentre eles, podemos citar:

- O envelhecimento da população (que aumenta o tempo em que as pessoas usam o sistema de saúde). Contudo, é importante registrar que o *envelhecimento da*

população não é um problema, mas um fato que representa o avanço da medicina. É um caso de sucesso e significa que as pessoas estão vivendo por mais tempo;

- implementação de grandes *parques tecnológicos* e hotéis em centros hospitalares, o que aumenta significativamente os custos dos tratamentos;
- falta de programas de medicina preventiva e promoção da saúde; o paciente geralmente é atendido nos prontos socorros/centros complexos e diagnosticados tardiamente, quando o custo do tratamento passa a ser mais elevado se comparado ao diagnóstico precoce;
- mercantilização da medicina e segmentação do indivíduo que passa a cada dia a ser tratado de forma fracionada, sem considerar que o todo não se resume meramente a soma das partes, mais sim, a algo bem mais complexo;
- surgimento de novas tecnologias para diagnósticos e tratamentos de doenças;
- mudança do perfil de adoecimento da população; antes as doenças infecto-contagiosas eram predominantes, agora, as crônicas cardio-vasculares, o que aumenta os custos dos tratamentos;
- pressão da poderosa indústria farmacêutica e desenvolvimento de novos (e caros) medicamentos para tratamento de doenças;
- prolongamento desnecessário e, por vezes, distanásico da vida humana utilizando-se de recursos terapêuticos extremamente diferenciados e onerosos sem a devida indicação, buscando dar dias à vida ao invés de dar vida aos dias.

Recentemente, temos percebido um aumento muito grande do número de usuários (tanto da saúde suplementar quanto do SUS) que recorrem aos tribunais para conseguirem tratamentos, equipamentos ou medicamentos até então não assegurados pelo SUS ou pelas operadoras privadas de saúde. Em 2003, O Ministério da Saúde brasileiro gastou R\$ 170 mil, com medicamentos que não estavam previstos pelo SUS, mas que foram conseguidos com ações judiciais.

No ano de 2010, o valor que o SUS gastou com medicamentos fornecidos por força de Liminar foi R\$ 132 milhões, 776 vezes maior do que em 2003. Para que se tenha uma idéia do tamanho do problema, oito em cada dez pedidos de medicamentos são aprovados pela justiça brasileira e, ainda, em prazo inferior a 72 horas. Portanto, este passou a ser um caminho seguro e rápido para o usuário conseguir o acesso ao medicamento que necessita.

Se por um lado, os juízes não podem colocar em risco a vida dos pacientes, por outro, não têm conhecimento técnico para avaliar se o tratamento pedido pelo médico é o único indicado para aquela doença ou se haveria outra possibilidade menos onerosa para aquele tratamento. Portanto, os juízes decidem sobre pautas em um campo que pouco conhecem e que não têm – sequer – propriedade e autonomia técnica para transitar sobre este território. Isto, certamente, é um grande gerador de equívocos em suas decisões que, tendenciosamente, atendem

aos interesses individuais do doente em detrimento do coletivo.

Finalmente, este movimento de recorrer à justiça para conseguir tratamentos não previstos pelo SUS ou pelas operadoras privadas tornou-se um grande desafio aos gestores de saúde públicos e privados:

__ *Como dar conta desta demanda que cresce em uma progressão geométrica ao passo que os recursos são alocados em uma progressão aritmética?*

__ *Como implantar estratégias de redução de custos sem que deixar de fornecer aos usuários o que lhes são de direito?*

__ *Como gerir recursos sem reprimir a demanda?*

__ *Estariam as respostas em deixar de “olhar” para o usuário na porta do pronto atendimento e iniciar ações de promoção da saúde, educação em saúde e prevenção de doenças evitáveis antes mesmo destes usuários adoecerem?*

__ *É possível gerir custos e – ao mesmo tempo – oferecer aos pacientes o que realmente necessitam, mensurando com precisão o que é excesso e o que é imprescindível?*

__ *É possível inverter esta tendência de busca cada vez maior pelo auxílio dos tribunais pelos usuários e desarticular esta “indústria” de liminares que se forma no cenário nacional?*

O desafio está posto. Contudo, nunca é demais lembrar que todos os segmentos da sociedade brasileira são responsáveis por zelar pelo Sistema Único de Saúde, inclusive os cidadãos dos planos privados.

Somos apenas um fio de uma imensa teia. É importante que estejamos cientes de que tudo que fizermos a este fio estaremos fazendo a toda teia e, conseqüentemente, a nós mesmos em algum grau. Indubitavelmente, a forma com a qual utilizamos os recursos pode estar relacionada diretamente à qualidade dos serviços que teremos quando necessitarmos recorrer a eles.

Resta-nos lembrar que estes recursos não são infinitos.

POLÍTICAS DE SAÚDE

VANDERSON CAETANO DOS SANTOS

ENFERMEIRO VISITADOR DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES

Para que possamos analisar e obter uma breve compreensão da incomensurável realidade da saúde no país, é necessário conhecer os seus antecedentes históricos.

É intrínseco que todas as ações de um país têm conotação política e, para tanto, são direcionadas por causas inerentes à aflição humana. Isto posto, nos resta salientar que a evolução está ligada diretamente à sobrevivência da espécie humana e seu bem estar.

A ausência de políticas de saneamento, onerando o estado em toda sua extensão e a inobservância quanto às medidas a serem adotadas, desencadearam em todos os continentes as epidemias provenientes dos portos, pois suas formações centralizadas demonstraram-se ineficazes.

Nos anos subsequentes à década de 1889 a 1930, o então presidente da república Rodrigues Alves nomeou Oswaldo Cruz para erradicar as epidemias que devastavam a população portuária e causavam dificuldades à economia do país.

Oswaldo Cruz constatou a falta de esclarecimentos, tanto pela equipe que o assistia, quanto pela população, originando assim a conhecida “revolta da vacina”. Contudo, houve sucesso em sua jornada, esboçando a primeira política de saúde efetiva e eficaz, tendo continuidade pelo seu sucessor, Carlos Chagas, abrangendo outros estados e interiores do país e com a fundação da primeira escola de Enfermagem, a Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN / UFRJ.

Ao observarmos estes fatos, ligados à resolutividade das implementações aplicadas no século em questão, temos a visão “campanhista” que, de acordo com as necessidades imediatistas, causavam notáveis fracassos e pouca evolução efetiva.

Com a consolidação das leis do trabalho - CLT - e as dificuldades inerentes à assistência médico hospitalar, criam-se os institutos de aposentadorias e pensões esboçando, assim, o primeiro plano de assistência aos trabalhadores.

Após esse período, houve a criação do chamado SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência, mantido pelos institutos remanescentes e que não havendo regras e ou legislação, perdura até os dias de hoje. Fato esse que, apesar da regulação ser de responsabilidade da ANVISA, não há leis específicas para o cumprimento integral da assistência prestada pelas

operadoras, ficando ao contratante dos serviços requerer o nível de assistência a ser prestado e por ele pago, tornando o SUS o único a realizar a assistência integral.

Após todos os percalços e transitoriedades, nasce, em 1988, o Sistema Único de Saúde – SUS - com filosofia ampla e embasada nas problemáticas que os estados enfrentavam, possibilitando sua criação como o projeto mais amplo e eficaz já visto e reconhecido pela Organização Mundial da Saúde - OMS.

Contudo, a sua aplicabilidade tornou-se desafiante e dispendioso à União, sendo necessária a criação de subterfúgios financeiros com o intuito de regar o sistema.

Os princípios do SUS foram estabelecidos vislumbrando a participação tripartite, onde estados, municípios e comunidades têm como convergência a aplicação de resoluções em comum acordo, visando o melhor para a comunidade.

Partindo desse pressuposto, os usuários teriam o dever de conhecer o seu conteúdo primordial a fim de se beneficiar e inclusive colaborar na sua aplicação. Mas o desconhecimento dessa política é o que vamos demonstrar nesta pesquisa abaixo relatada.

Modelo de Questionário

1-SABE O QUE SIGNIFICA HOMECARE.

SIM NÃO

2-O HOMECARE OU CONVÊNIO TEM OBRIGAÇÃO DE FORNECER OXIGÊNIO E UTENSÍLIOS COMO CAMA HOSPITALAR,SUPORTE DE SORO,CADEIRA HIGIÊNICA E DE RODAS.

SIM NÃO

3-O CONVÊNIO TEM QUE SEGUIR OS PRECITOS INTEGRALIDADE,EQUIDADE E UNIVERSALIDADE.

SIM NÃO

4 O CONVÊNIO E O HOMECARE SÃO OBRIGADOS A FORNECER ESPECIALISTA MÉDICO PARA ATENDIMENTO DOMICILIAR.

SIM NÃO

4. 1 O SUS É OBRIGADO A ATENDER OS CLIENTES DOS CONVÊNIOS.

SIM NÃO

5- OS HOSPITAIS PRIVADOS SÃO OBRIGADOS A ATENDER OS CLIENTES DO SUS.

SIM NÃO

6- OS HOSPITAIS PRIVADOS SÃO OBRIGADOS A ATENDER OS CLIENTES DO SUS EM URGÊNCIA.

SIM NÃO

7- O HOMECARE TEM CONDIÇÕES DE AVALIAR OS CLIENTES DETERMINANDO SUAS NECESSIDADES PARA ATENDIMENTO EM CASA.

SIM NÃO

8- OS ENFERMEIROS DE HOMECARE TEM CONDIÇÕES DE REALIZAR AVALIAÇÃO DO ESTADO CLINICO DO CLIENTES EM AMBIENTE HOSPITALAR PARA DETERMINAR AS NECESSIDADES DE ATENDIMENTO EM CASA COMO FISIOTERAPIA,ACOMPANHAMENTO MÉDICO,FONOAUDIÓLOGO OU T.O.

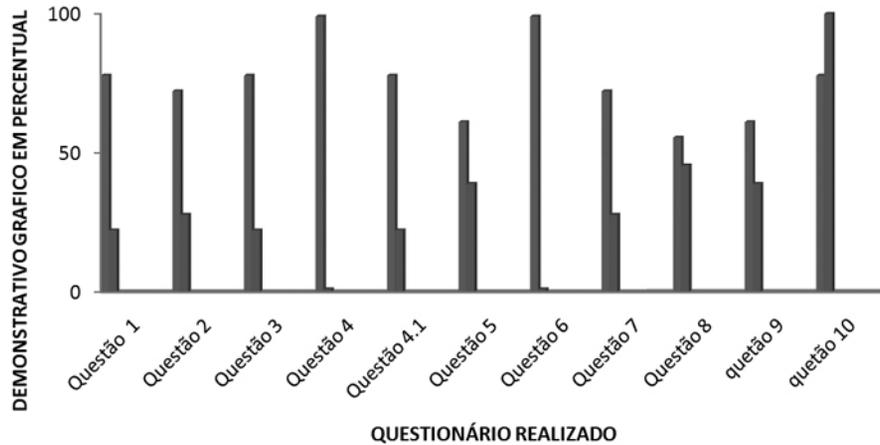
SIM NÃO

9- CONVÊNIO É UM COMPLEMENTO PARA ASSISTÊNCIA DOS CLIENTES SUS

SIM NÃO

10-QUEM É OBRIGADO A PRESTAR ASSISTÊNCIA MÉDICA DE FORMA INTEGRAL AOS CLIENTES.

CONVÊNIO - SIM NÃO
SUS - SIM NÃO



A abrangência desta pesquisa limitou-se a 18 (dezoito) usuários de ambos os serviços em questão “privada e pública”. O método de questionário, com 10 questões - sendo a quarta questão dividida em duas partes - todas com duas alternativas de resposta, não possibilitando conjecturas, sendo apenas uma alternativa a ser escolhida.

Os dados coletados estabeleceram divergências em vários parâmetros, contudo, devemos ater-nos a singularidade proposta. Em 77.8% dos que responderam a questão 1, ressaltam ter conhecimento sobre as atividades desenvolvidas pela prestadora de homecare e 22.2% referem não saber o significado da palavra, mas possuem conhecimento superficial das atividades desenvolvidas por este segmento. Isso nos leva a crer que estes compreendem se tratar de atendimento de uma equipe de saúde na residência.

Mantendo o mesmo parâmetro, mas com discreto diferencial do percentual, temos a vinculação da questão 1 à questão 2, onde encontramos 72.2% demonstrando desinformação em relação à questão a qual haviam julgado conhecer. No entanto, constata-se que um percentual menor tem o conhecimento relativo às atividades desempenhadas nesta modalidade, totalizando 27.8%.

A questão 3 tem conotação específica, com determinância do conhecimento atual da política de saúde vigente. As respostas demonstraram surpreendente falta de conhecimento em ambos os segmentos mencionados nas questões anteriores, o que coloca um dos princípios do SUS em xeque, haja vista a participação da comunidade nas decisões para melhoria da saúde local, fato expresso no percentual de 77.8% dos entrevistados que informaram que as operadoras têm obrigação de atender os preceitos estipulados no SUS. Os 22.2% restantes contradizem esta informação demonstrando melhor conhecimento sobre as políticas de saúde.

Na questão 4, os dados adquiridos tomaram proporções ainda maiores relacionados ao desconhecimento, agora com respeito às operadoras, demonstrado no percentual de 99.% que informaram ser obrigação dos convênios e o homecare o fornecimento quanto ao atendimento médico de especialidades no âmbito domiciliar. Esta questão é desdobramento da anterior e tem como base o atendimento dos clientes da rede privada no SUS. Nela encontramos

melhor compreensão por parte dos usuários, totalizando um percentual de 77.8% com afirmativa de ser de obrigação do SUS prestar o atendimento de forma universalizada e integral a todas as pessoas que o procuram. Notamos a discrepância com relação à resposta anterior, com 22.2% contradizendo esta informação, baseado no percentual de 99% supracitado, demonstrando clara falta de informação sobre o assunto.

A questão 5 possui o limiar igualitário de conclusão pelos questionados, demonstrando um comportamento de incompreensão por partes dos serviços prestados por ambos, onde o percentual de 38.9% informam que hospitais privados têm obrigação de atender aos clientes SUS. Por outro lado 61.1% refutam, deixando claro que não podem utilizar esses serviços sem a devida contratação de seus préstimos.

Questão 6, ainda no âmbito do privado, 99.% alegam que os hospitais privados têm obrigação de atender aos clientes SUS nas urgências, enquanto apenas 1% contrapõe-se. Essa questão, em especial, demonstra total incerteza e desinformação tanto na divergência entre urgência e emergência, quanto nas diretrizes dos serviços em questão.

A questão 7 visa estabelecer o nível de qualificação e diferenciação para os clientes em atendimento residencial, sendo representado por 72.2% onde os questionados afirmam que apenas as equipes homecare têm condições para determinar a complexidade do atendimento residencial, o que claramente nos remete ao elevado grau de conhecimento que esses profissionais possuem, fato esse expresso na oitava questão, onde 55.5% afirmam que os enfermeiros possuem qualificações necessárias para estabelecer a complexidade do atendimento residencial a ser desenvolvido, bem como solicitação de novos serviços com o intuito de melhorar o plano terapêutico.

A questão 9 coloca ambos os serviços de saúde frente a frente, tendo como desencadeante o regime estabelecido, tendo o SUS como princípio - a equidade, universalidade e integralidade - , enquanto os convênios têm como base o contrato firmado entre o contratante e contratado. Isto posto, deve-se apenas angariar o que fora acordado, contrapondo-se às determinações do SUS.

A última questão tem como princípio finalizar e fundir todas as inquirições e, deste modo, determinar o nível de esclarecimento dos inquiridos, viabilizando respostas diretas em todo o contexto apresentado até o momento. Contudo, como a sequência encontrava-se difusa, assim se manteve, com 77.8% afirmando ser de responsabilidade do convênio fornecer a prestação de forma integral aos seus contratantes. Partindo dessa premissa, teria então o SUS a obrigatoriedade de manter seus preceitos apenas aos seus usuários, como 100% responderam.

Conclusão

Considerando todos os aspectos arraigados neste singelo questionário, obtemos a evidência de que, estando na era da informação e com todos os recursos econômicos utilizados para informação do SUS, constatou-se a desinformação da população quanto à política vigente. Esse fato foi apresentado nos percentuais das respostas incorretas, o que nos remete às dificuldades culturais evidenciadas

à época por Oswaldo Cruz.

Apesar do SUS ser recente – foi criado há 23 mas com tempo suficiente para se dar a conhecer os seus princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade – tem como base a lei 8080/90, além das NOBs (Normas Operacionais Básicas).

Trata-se de um serviço público, ou seja, gratuito no tangente à assistência, não concorre com despesas adicionais ou contratação, é custeado por aqueles que contribuem com o país mas sem distinção de atendimento. Assim, fica ao SUS toda a obrigatoriedade da assistência de saúde expressa na força da lei, embasada na Constituição de 1988, onde cita que “é dever do estado a promoção da saúde” e “direito do cidadão a utilização desta”. Portanto, os demais planos privados ficam desobrigados ao cumprimento do que não se contratou e o cumprimento do préstimo contratado.

Homecare tem como objetivo prestar assistência conforme liberação e aprovação do plano terapêutico realizado pelo captador - seja enfermeiro, fisioterapeuta ou médico - pelos planos de saúde. Esses profissionais têm como função avaliar e estipular condutas e procedimentos que serão realizados no ambiente domiciliar. Os planos de saúde aprovam ou liberam os procedimentos indicado pelo homecare dentro do plano estabelecido no ato de contratação. Essa diretriz é clara para ambas as partes, ficando ao contratado executar apenas o que lhe é de obrigação firmado em contrato.

Nesta ótica, o SUS irá arcar com a assistência não contratada pelo usuário do plano privado de saúde, motivo pelo qual podemos compreender o SUS como o único sistema de saúde do país, enquanto os demais são complementos de assistência médico hospitalar.

Bibliografia

http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf

PERFIL NUTRICIONAL DE PACIENTES EM ATENDIMENTO DOMICILIAR

SUELLEN MEIRELES DAMASCO

NUTRICIONISTA VISITADORA DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES

Introdução

O atendimento domiciliar (Home Care) é uma nova área de atuação em saúde. O conceito relacionado à internação domiciliar surgiu nos Estados Unidos da América no século XVIII como uma alternativa aos altos custos da internação hospitalar. No Brasil, o crescimento dessa modalidade de atendimento é recente, datando da última década do século XX ^[1].

A terapia nutricional domiciliar (TND) permite que o paciente volte para sua casa e receba tratamento no ambiente familiar, confortável e seguro, funcionando como uma ponte entre o hospital e a residência do paciente, integrando a atuação nesses dois espaços de modo a permitir a continuidade da assistência com maior efetividade das ações. Seus benefícios são a diminuição das reinternações e dos custos hospitalares, a redução do risco de infecção hospitalar e a satisfação do paciente e de seus familiares ao ter seu tratamento realizado no domicílio ^[2,3].

De acordo com um estudo comparativo entre a terapia nutricional domiciliar e a terapia nutricional hospitalar^[4], foi verificado que os pacientes dos dois grupos conseguiram os mesmos benefícios nutricionais. Dessa forma, a atuação do nutricionista não se limita apenas aos aspectos relacionados à oferta do alimento mas também ao acompanhamento nutricional e dietético dos pacientes, fazendo as orientações e adequações necessárias para o cumprimento da dieta prescrita, levando em conta fatores emocionais, culturais e socioeconômicos, porém o modelo domiciliar apresentou um custo três vezes menor do que o hospitalar ^[5].

Objetivos

Tendo em vista a importância do atendimento domiciliar e da terapia nutricional domiciliar e sua repercussão na qualidade de vida do paciente, na presente pesquisa objetivou-se verificar o perfil nutricional de pacientes em atendimento domiciliar acompanhados pela equipe de saúde da São Paulo Internações Domiciliares.

Metodologia

A população alvo desta pesquisa foram os pacientes adultos atendidos pela São paulo Internações Domiciliares. Estes foram selecionados a partir de uma triagem de acordo com os prontuários nutricionais do sistema IWCare, sendo utilizado como critério de inclusão no estudo, uso de dieta por sonda via nasoenteral, gastrostomia e dieta via oral.

Resultados

Foram avaliados 42 pacientes no período de Janeiro a Junho de 2011, sendo 22 do sexo feminino (52,38%) e 20 do sexo masculino (47,61%).

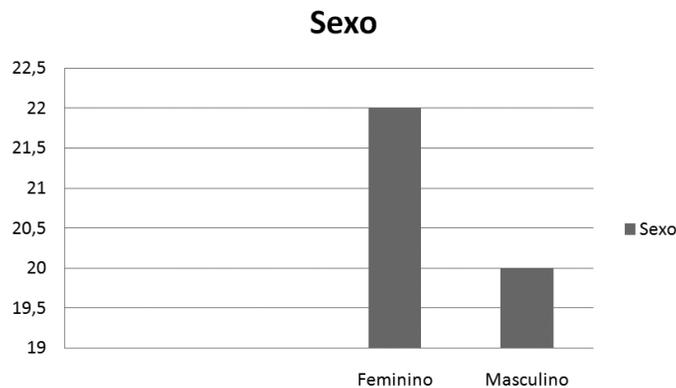


Gráfico 1 - Pacientes x Sexo

Quanto à via de administração, a mais utilizada foi a oral (26 pacientes/61,90%), seguida pela enteral (13 pacientes /30,95%) e pela mista (oral + enteral), com 3 pacientes (7,14%).

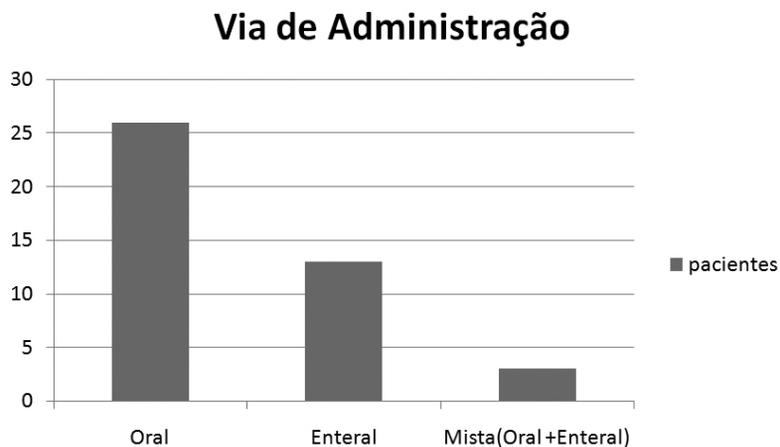


Gráfico 2 – Via de administração

A pesquisa revelou uma diferença em relação a outros estudos. Estes relatam que a via mais utilizada foi a gastrostomia (88,5 %), seguida da nasogástrica (7,5%) [6].

Em relação à idade foi possível verificar que 27 pacientes (64,28%) têm idade superior a 60 anos e 15 pacientes (35,71%) idade inferior a 60 anos.

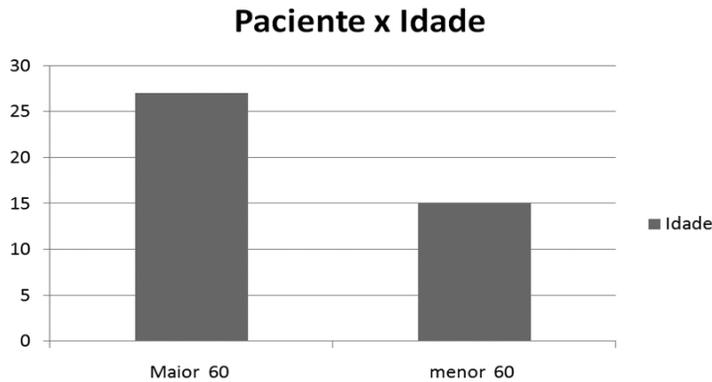


Gráfico 3 – Pacientes x idade

Esses dados podem ser comparados aos apresentados em outros estudos onde a população idosa prevaleceu em 60% e os demais adultos, 40%.

De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (Pnad) divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2006, a faixa etária de pessoas com mais de 80 anos, na composição da sociedade brasileira, foi a que mais cresceu entre os grupos etários de idosos.

Referindo-se ao estado nutricional, dos 42 pacientes avaliados, 30 deles (71,42%) apresentavam-se dentro do padrão de eutrofia, 6 pacientes (14,28%) acima do peso e apenas 6 pacientes (14,28%) apresentavam algum grau de desnutrição.

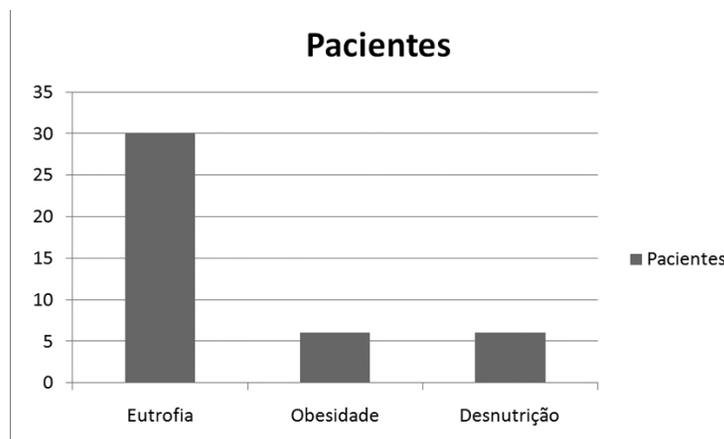


Gráfico 4 – Pacientes x estado nutricional

De acordo com outras pesquisas^[7], 67% dos pacientes em atendimento domiciliar apresentam algum grau de desnutrição. Os dados acima diferem dos dados apresentados no presente estudo; porém, é preciso levar em consideração que alguns pacientes já se encontravam em sobrepeso e, portanto, mesmo com uma perda de peso ainda permaneceram em eutrofia.

Conclusão

Este estudo mostrou que a maior parte dos pacientes em atendimento domiciliar são idosos com idade superior a 60 anos, o que caracteriza fielmente o perfil da população brasileira. Já a via de administração e o estado nutricional diferiram com grande discrepância de muitos estudos apresentados atualmente.

Porém, precisamos levar em consideração que a população estudada é pequena e alguns pacientes, graças ao bom atendimento da equipe multiprofissional, já utilizam a via oral como via principal de alimentação e muitos deles, mesmo tendo perdido peso, ainda estão em estado de eutrofia por estarem anteriormente com sobrepeso. Mesmo com essas limitações, acredito que esse estudo servirá de base para o aprimoramento no estudo de uma melhor estrutura para o aperfeiçoamento no bom atendimento nutricional aos pacientes em atendimento domiciliar.

Bibliografia

1. Andrade KC. Atendimento nutricional domiciliar: uma abordagem descritiva. *Nutrição em Pauta* 2002 Jul/Ago; 55: 38-42.
2. Fabrício SCC, Wehbe G, Nassur FB, Andrade JI. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *Revista Latino Americana de Enfermagem* 2004 Set/Out; 12; 5: 721-6.
3. Floriani CA, Schramm FR. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução. *Caderno de Saúde Pública* 2004 Jul/Ago; 20; 4: 986-94
4. Baxter YC. Economic study in surgical patients of a new model of nutrition therapy integrating hospital and home vs the conventional hospital model. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 2005 Jan/Fev; 29; 1: 96-105
5. Gonçalves PS, Mattos MK. Perfil nutricional de pacientes restritos ao domicílio na região oeste de Santa Maria. *Disc. Scientia. Série: Ciências da Saúde* 2008; 9; 1: 135-47
6. Madigan SM. Avaliação das necessidades dietéticas dos diferentes grupos de pacientes que recebem nutrição enteral domiciliar no reino unido. *Nutrição em Pauta* 2003 Jan/Fev.
7. Ruffier CMP, Bialek RK, Barret APM. Seis anos de experiência em assistência nutricional domiciliar. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, 2001; 16: 119-22.

ATIVIDADES CULTURAIS COMO TERAPÊUTICA PARA DEPRESSÃO EM PACIENTES SOB CUIDADOS PALIATIVOS

FABIANO CAMARGO

AUXILIAR DE FARMÁCIA DO PREMIER RESIDENCE HOSPITAL, GRUPO MAIS; GRADUANDO DE ENFERMAGEM PELA UNIVERSIDADE PAULISTA.

Introdução

Pacientes idosos sob cuidados paliativos estão propensos a depressão, uma vez que lidam com a presença de uma ou várias doenças crônicas (como o câncer, DPOC, Parkinson, etc.). Existe também, em pacientes com idade/patologia mais avançadas, o vislumbre da proximidade da morte, sendo esse um dos fatores causais da depressão. Depressão é uma doença psiquiátrica frequentemente sem diagnóstico e sem tratamento, mais comum entre os idosos. ⁽⁴⁾ Este estudo propõe a implementação de atividades culturais e educativas para este público, a fim de tentar diminuir a incidência dessa doença e garantir uma melhor vivência.

Para essa fundamentação, foi realizada uma pesquisa exploratória na forma de estudo bibliográfico, com levantamento de dados sobre depressão em pacientes sob cuidados paliativos, terapia ocupacional e as alternativas para a melhoria da auto-estima e qualidade de vida desses pacientes.

Objetivos

1. Propor como complementação às terapias atuais para depressão, o uso de atividades recreativas regulares para pacientes idosos em cuidados paliativos;

2. Identificar o perfil dos pacientes em questão, a fim de descobrir a origem dos males psicológicos que os afligem; 3. Exemplificar alguns dos estudos existentes sobre atividades recreativas para pessoas hospitalizadas.

Metodologia

A metodologia utilizada no processo de pesquisa do presente artigo consistiu na análise de diversas publicações. A fonte de pesquisa engloba artigos científicos, textos, circulares normativas e a base de dados Scielo e Bireme como referências no estudo da depressão em idosos. Também foi consultado o Estatuto do Idoso a partir de publicação da Prefeitura do Município de São Paulo.

Resultados

Alguns pacientes sob cuidados paliativos têm uma tendência a sentirem-

se deprimidos. Isso pode estar relacionado ao fato de que muitos idosos já não são ativos no mercado de trabalho, já não representam uma autoridade no lar e estão constantemente associados à debilidade física e mental. É nessa fase que há a perda da independência, onde o indivíduo não pode mais contar com suas funções motoras e depende de outras pessoas para realizar tarefas que antes eram consideradas simples por ele e comuns aos mais jovens. Há também a perda da autonomia uma vez que o idoso, caso esteja passando por algum estágio de demência, não pode tomar decisões a respeito de si mesmo e do ambiente que o cerca.

Antigamente, o idoso era tido como referência no círculo social em que estava inserido, sendo constantemente consultado sobre as questões inerentes à vivência, experiência, etc. Porém, na sociedade atual, onde predominam os valores da juventude como beleza, força, dinamismo, o idoso já não representa o ícone de sabedoria e conhecimento de outrora, sendo muitas vezes negligenciado e subestimado.

A ocorrência da depressão em idosos é relevante na prática clínica, para que se possa intervir adequadamente assim como prevenir os fatores de risco e garantir melhoria na qualidade de vida. ⁽⁴⁾ Para o paciente assistido na fase final da vida, que muitas vezes reside em casas de repouso e hospitais residenciais, o desafio é estimular a criatividade e a funcionalidade intelectual e motora, através de atividades recreativas e/ou culturais como livros, filmes, pintura, workshops, etc. Essas atividades tendem a quebrar a rotina hospitalar, tida muitas vezes como cansativa e estressante pelos pacientes e auxiliam na reconquista da auto-estima e realização pessoal.

O idoso que é estimulado a aprender e a realizar algum trabalho educacional passa a se ver de uma melhor forma, percebendo que mesmo tendo limitações ele ainda pode ter uma vida ativa. Para muitos indivíduos, essa realização pessoal é essencial na terapêutica de suas patologias e na convivência do ambiente hospitalar. Isso se deve ao fato de que muitos idosos que vivem nesses centros de convivência não se adaptaram a nova situação de não poder mais trabalhar. A perda das funções motoras e cognitivas, bem como a necessidade de ajuda para atividades do dia-a-dia e a dependência que esses indivíduos têm, gera insegurança. Os idosos são encarados como um peso social, sempre recebendo benefício e nada oferecendo em troca, um novo status muito difícil de lidar para quem estava acostumado a ser o provedor (a) ou ter participação ativa nas decisões do lar.

A exemplo de algumas vertentes de recreações em hospitais podemos citar a Assistência Auxiliada por Animais, a Musicoterapia e a Linguagem de Clown.

A Assistência Auxiliada por Animais ⁽⁹⁾ (AAA) consiste na visitação e recreação por meio do contato com animais, propondo o entretenimento e a melhora na auto-estima e interação com os demais pacientes. Ela segue um protocolo com normas e rotinas de segurança para se evitar acidentes e zoonoses entre os pacientes que já estão debilitados. Essas atividades vêm demonstrando grande progresso na socialização desse público em depressão com as demais pessoas que os rodeiam, como cuidadores e profissionais da saúde.

A Musicoterapia ⁽⁷⁾ consiste no exercício de tocar um instrumento (violão,

violino, etc.), cantar em grupo, ou praticar um exercício musical orientado, que podem funcionar como atividade terapêutica, fazendo os pacientes conviverem melhor com a sua condição, minimizando seu sofrimento. Além disso, há o estímulo da cognição desses idosos, o que pode ajudar em casos de demência .

A Linguagem de Clown⁽⁸⁾ constituiu-se em uma intervenção concreta que valoriza o processo de desenvolvimento infantil, mas também tem espaço para as demais áreas da saúde como a geriatria. Por ser uma atividade artística abre espaço para a fantasia, o riso, a alegria e a apropriação do cotidiano hospitalar; é um exemplo da expressão teatral como forma de terapia com a incorporação de intervenções que privilegiam as necessidades afetivas, emocionais e culturais do paciente e sua família.

Conclusão

O idoso intelectualmente ativo e estimulado tem mais ânimo de enfrentar os problemas fisiológicos e psicológicos da idade mais avançada. Essa é, portanto, uma ferramenta muito útil na conquista de uma maior qualidade de vida para esse paciente que reside em instituições de convivência. É sabido que nessa área existe uma grande dificuldade de implantação de atividades, haja vista que diversos pacientes apresentam grande debilidade e muitas vezes demências que impedem de realizar atividades educacionais/culturais ou de lazer. Apesar disso, essa iniciativa se faz necessária para esses pacientes que estão constantemente submetidos a procedimentos médicos, rotinas hospitalares, consultas psicológicas, rotinas extremamente estressantes apenas para manter suas funções vitais. Muitas áreas da saúde exploram essas vertentes, entre elas, a Assistência Auxiliada por Animais, Musicoterapia e Linguagem de Clown. Portanto, é de suma importância garantir a auto-estima do paciente através de todas as ferramentas de que dispusermos, focando a sua qualidade de vida, dignidade e adaptação a uma condição mais frágil.

Bibliografia

- (1) Atividades de lazer em idosos durante a hospitalização, Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol.40 n°. 2 São Paulo, Jun, 2006.
- (2) O conhecimento do diagnóstico de câncer não leva à depressão em pacientes sob cuidados paliativos, Revista da Associação Médica Brasileira, vol.52 n°. 5 São Paulo, Set./Out. 2006.
- (3) Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre, Revista Brasileira de Psiquiatria, vol.27 n°.4 São Paulo, Dez. 2005.
- (4) Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência, Revista de Saúde Pública, vol.40 n°.4 São Paulo, Ago. 2006.
- (5) Manual de cuidados paliativos, 1º edição, Academia Nacional de Cuidados Paliativos, Diagraphic, Rio de Janeiro, 2009.
- (6) Estatuto do Idoso, Lei n° 10.741, de 1º de outubro de 2003, Prefeitura de São Paulo, imprensa oficial, 2009.
- (7) A musicoterapia na doença de Parkinson, Ciência & Saúde Coletiva vol.14 n°.6 Rio de Janeiro Dec. 2009
- (8) A arte do teatro Clown no cuidado às crianças hospitalizadas, Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol.43 n°.1 São Paulo Mar. 2009
- (9) Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol.45 n°.1 São Paulo Mar. 2011

QUALIDADE DE VIDA DO ENFERMEIRO SUPERVISOR

PATRÍCIA FERRAZ DA ROSA
ENFERMEIRA SUPERVISORA

Introdução

A qualidade de vida é um conceito citado pela primeira vez em 1964, onde se afirmava que os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos, eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas^[1,2]. Conceituava-se a qualidade de vida de forma ampla que englobava aspectos subjetivos (sentimentos, percepção, bem-estar e satisfação) e objetivos (recursos materiais disponíveis, salário e carreira).

A qualidade de vida é um direito de todos, mas poucos têm esse direito em seu ambiente de trabalho. O conceito é extremamente amplo no campo profissional da enfermagem. O enfermeiro supervisor é associado a um trabalho estressor que necessita de várias medidas para torná-lo gratificante visando melhorias nas instalações, no quadro de funcionários e na remuneração para que seja reconhecido e valorizado, proporcionando uma satisfação pessoal e profissional.

O enfermeiro assume uma liderança de chefia - uma das principais causas de baixa qualidade de vida - sendo necessária a manutenção das relações interpessoais. Consideramos que os profissionais de enfermagem necessitam de um ambiente harmonioso, condições dignas de trabalho, aumento da sua remuneração e reconhecimento das ações realizadas.

A Enfermagem é uma profissão que exige bastante dedicação. Envolve atividades estressantes, num ambiente onde frequentemente as pessoas estão enfermas ou debilitadas. Isso tudo reflete num elevado índice de estressores no ambiente de trabalho. Cada profissional traz consigo influências culturais, familiares, convívios diferentes que precisam ser levados em conta e devem ser analisados para entender o comportamento humano no trabalho. A qualidade de vida no trabalho é o maior determinante da qualidade de vida pois vida sem trabalho não tem significado.^[3]

A supervisão de enfermagem é um processo vivo, dinâmico, que procura desenvolver a capacidade individual em função de um desempenho mais efetivo por parte do corpo de enfermagem. É mister o entendimento de que no processo de trabalho da enfermeira/enfermagem. No exercício da supervisão existem as interferências econômicas e políticas presentes no conjunto dos problemas no

trabalho e do trabalhador, além da existência das crises internas da profissão, que dependem tanto da competência técnica das enfermeiras quanto da competência ética e política na tomada de posição, vinculada ao Sistema Único de Saúde - SUS. É inegável, portanto, a qualidade do serviço, supervisão de enfermagem depende de vários setores e fatores, tanto interpessoal como extrapessoal.

As ferramentas de qualidade de vida são instrumentos, alguns bastantes antigos e conhecidos da supervisão de enfermagem tradicional, que possibilitaram maiores conhecimentos do trabalho e são úteis tanto no estabelecimento de prioridades quanto no acompanhamento das atividades e na identificação dos problemas. Neste modo de supervisão, as organizações têm de reconhecer o valor dos enfermeiros como pessoas e ajudá-los a melhorar continuamente suas habilidades, encorajando-os a assumir suas responsabilidades. Devem tratá-los com atenção e reconhecer seu comprometimento institucional estimulando-os a se aproximarem de seu trabalho com afinco.

Objetivos

O presente trabalho tem como objetivo avaliar os estressores da função de supervisão, bem como as ferramentas para a melhoria na qualidade de vida e trabalho dos enfermeiros supervisores.

Metodologia

Realizada pesquisa bibliográfica através de busca sobre os descritores qualidade, enfermagem, supervisão, em artigos científicos, livros e internet. Após análise dos artigos e textos sobre o assunto, utilizaram-se um total de quinze artigos científicos, sendo citados como fonte nessa pesquisa cinco autores.

Resultados

Através da revisão de literatura verifica-se que não há uma definição consensual a respeito da qualidade de vida no trabalho, mas sim várias correntes ou abordagens. Esse tema está frequentemente associado à melhoria das condições físicas do servidor, programas de lazer, estilo de vida, instalações organizacionais adequadas, atendimento a reivindicações dos trabalhadores e ampliações do conjunto de benefícios. Entretanto, o atendimento a essas necessidades envolve custos adicionais, o que já é obstáculo para a implantação de programas de qualidade de vida no trabalho.

A qualidade de vida no trabalho vem sendo estudada para agilizar, facilitar a vida do trabalhador, tornar o trabalho mais prazeroso, trazer bem-estar e amenizar o sofrimento no trabalho. Está ligado diretamente com a satisfação dos clientes internos e externos.

Segundo estudos, o profissional satisfeito veste a camisa da empresa, ou seja, a satisfação no trabalho reflete num melhor produto ou maior quantidade nos serviços prestados. O relacionamento entre subordinados e chefia é uma das principais causas de baixa qualidade de vida no trabalho. Portanto, esta

equipe deverá assessorar os gerentes no desenvolvimento e manutenção das relações interpessoais ^[3]. Segundo alguns escritores ^[4], a qualidade de vida no trabalho representa em que grau os membros da organização são capazes de satisfazer suas necessidades pessoais através do seu trabalho na organização. Qualquer reflexão do sujeito ou de um grupo que afaste a perspectiva de análise e compreensão das inter-relações humanas da ordem do histórico-social causa uma ruptura entre o objeto a estudar e suas condições de produção, sendo no mínimo desumana ou surrealista.

Isso implica considerar que as representações sociais das enfermeiras que fazem a supervisão – portanto, realidade social concreta - e a forma de entender e ofertar os seus serviços estão em consonância com o modo de produção a que estão submetidas. As enfermeiras, no exercício da supervisão local, constantemente frequentam, produzem, criam e recriam as instituições através dos tempos. Da mesma forma estão sujeitas às determinações históricas e contextuais.

Para que haja qualidade de vida no trabalho fora e dentro da empresa são necessárias várias medidas: compensação adequada e justa; condições de segurança e saúde no trabalho: carga horária e ambiente adequado; oportunidade imediata para a utilização e desenvolvimento da capacidade humana; oportunidade para crescimento contínuo e segurança; integração social na organização; constitucionalismo na organização do trabalho; trabalho e o espaço total da vida; a relevância social da vida no trabalho.

Contudo, o fator preponderante para o sucesso desta supervisão é a presença de uma liderança capaz de conduzir o grupo para objetivos comuns e bem estabelecidos. Existem sete posturas de comportamento que, por retratarem uma condição retrógrada, representam os pecados das chefias com os seus subordinados de prestação de serviços: apatia, dispensa, frieza, condescendência, automatismo, livro de regras e passeio.

Porém, alguns autores ^[5] alegam que as chefias têm que ser reconhecidas e respeitadas por sua liderança e credibilidade e não por seu poder autoritário, pois este poder e autoridade mal interpretados e usados indevidamente podem gerar medo e obediência passiva e não são capazes de produzir dedicação e comprometimento.

Então se faz mister que o enfermeiro supervisor, para alcançar sua qualidade de vida, necessita suprir uma hierarquia das necessidades. Fica claro a importância do bem-estar e a saúde do indivíduo no trabalho, pois é no trabalho que se passa a maior parte do tempo.

O modelo de mãe cuidadosa e abnegada é introjetado pela enfermagem. A organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos e uma organização do trabalho que os ignora. Para que a equipe de enfermagem possa prestar uma assistência adequada aos pacientes, com seus sentimentos de impotência profissional, ansiedade e medo minimizados, necessita receber apoio e acompanhamento de uma equipe interdisciplinar composta por profissionais especializados, que possa auxiliar o servidor na identificação do seu sofrimento e no entendimento da dinâmica

do trabalho de enfermagem, além de desenvolver programas de prevenção e manutenção da qualidade de vida no trabalho.

Como já frisamos, a qualidade de vida no trabalho é uma compreensão abrangente e comprometida das condições de vida no trabalho, que inclui aspectos de bem-estar, garantia da saúde e segurança física, mental e social, e capacitação para realizar tarefas com segurança e bom uso de energia pessoal. Não depende só de uma parte, ou seja, depende simultaneamente do indivíduo e da organização, e é este o desafio que abrange o indivíduo e a organização.

Conclusão

A supervisão em enfermagem representa a garantia de um resultado favorável da assistência em termos quantitativos. O enfermeiro supervisor necessita de qualidade de vida relacionada à saúde, ao trabalho, e a todos os fatores que o rodeiam. E para que isso ocorra é preciso identificar os fatores que corrompem essa qualidade. Nascemos e morremos dentro das organizações de trabalho; as sociedades se organizam em função do trabalho; o trabalho é um núcleo definidor do sentido da existência humana. Se toda a nossa vida é baseada no trabalho, devemos torná-lo o mais prazeroso possível.

Bibliografia

1. Scorsin, LM. A qualidade de vida no trabalho da enfermagem e seus reflexos na satisfação pessoal. Disponível: <<http://www.google.com.br/web/artigos>>.
2. Silva, FPP. Burnot: um desafio à saúde do trabalhador. 2000; 2. Disponível: <<http://www.scielo.com.br/artigos/dissertação/2000>>.
3. Haddad, MCL. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. Revista para a Saúde 2000; 1:75-88. Disponível: <<http://www.google.com.br/webartigos>>.
4. SERVO, Maria Lúcia. Supervisão em Enfermagem: o (re) velado de uma práxis. Feira de Santana-BA: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2001.
5. Rebelo, PAP. Qualidade em Saúde: modelo teórico, realidade, utopia e tendência. Qualitymarked, 1995.

HOSPITALIDADE, HOSPITAIS E HOTELARIA HOSPITALAR

GLEICE MARIA MACIEL CAPUTO

GRADUADA EM TURISMO COM ÊNFASE EM HOTELARIA PELA UNAERP – CAMPUS GUARUJÁ, E PÓS-GRADUADA EM GESTÃO DA HOSPITALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE PELO CENTRO UNIVERSITÁRIO SENAC – UNIDADE FRANCISCO MATARAZZO (SP)

Introdução

O atendimento humano no segmento de saúde melhorou muito nos últimos anos. A necessidade de adequação da estrutura de serviços aos novos tempos tem sido cada vez mais urgente, principalmente em grandes hospitais. Ao focar o paciente, o hospital precisa preocupar-se mais com detalhes que possam tornar sua estadia menos desgastante e contribuir com sua melhora progressiva.

A hotelaria hospitalar entende que o hospital está com serviços muito próximos ao de um hotel. Sua clientela tem necessidades diferenciadas e um grau de sensibilidade muito maior ao ambiente. Introduzir serviços de hotelaria convencional em hospitais tem se mostrado uma forma de agregar conforto e serviços diferenciados em ambientes outrora despojados.

Para GODOI (2008), os hospitais são instituições complexas de serem administradas e a despeito dos seus esforços, carecem de uma estrutura física e humana menos traumática ao paciente, podendo tornar a hospitalidade um agente fomentador de calor humano, em contraste com a frieza característica do ambiente hospitalar.

Esta reflexão busca contribuir com a trajetória do Hospital Premier rumo ao desenvolvimento de um modelo próprio de acolhimento e hospitalidade para seus pacientes, familiares, funcionários, colaboradores e comunidade.

Conceitos e breve histórico da hospitalidade

Para um melhor entendimento do conceito de hospitalidade, devemos, preliminarmente, analisar seus significados, suas características e suas inevitáveis transformações. De acordo com GRINOVER (2007), no entendimento da cultura anglo-saxônica, a hospitalidade refere-se aos aspectos da hospedagem, da alimentação, do entretenimento e dos eventos. A outra posição, mais antiga, histórica, clássica, ultrapassa o contexto claramente comercial para enfrentar o campo complexo da Sociologia e da Antropologia. Consiste em satisfazer as necessidades de base (fisiológicas) e as necessidades de segurança, de reconforto, de afeto, de pessoas que estejam se deslocando, por razões religiosas ou de saúde, por meio de uma relação gratuita.

Segundo MONTANDON (2005 apud GRINOVER, 2007, p.28), a hospitalidade é um “modo de viver juntos”, regido por regras, ritos e leis que proporcionam o bom funcionamento do acolhimento.

ABREU (2003) define a hospitalidade como o atributo ou a característica que permite aos indivíduos de famílias e lugares diferentes se relacionar socialmente, se alojar e prestar serviços de forma recíproca. ANNE GOTMAN (1987 apud GRINOVER, 2007) entende a hospitalidade como uma virtude, associada à ideia de lar, de grandeza. Supõe que se pode receber sem constrangimento / desconforto: liberdade deixada à iniciativa individual próxima da amizade ou, mais precisamente, da adoção.

Segundo GODOI (2008), a hospitalidade pode ser definida como o ato de receber ou acolher bem o visitante, familiar, amigo ou desconhecido. Ou seja, a boa acolhida e a atenção não somente aos conhecidos, não importando os interesses envolvidos.

Para GRINOVER (2007), a história da hospitalidade é a história do homem, de seus encontros, de seus diálogos e de tudo aquilo que ele tem criado para facilitar sua aproximação com seus semelhantes.

Muitos estudiosos contemporâneos consideram que as primeiras manifestações de hospitalidade no mundo ocidental, do acolhimento, da proteção, do abrigo, das necessidades elementares, do oferecimento de um quarto, da alimentação e do calor da recepção são decorrentes das viagens, dos deslocamentos do homem por lugares nunca antes visitados. O exercício da hospitalidade acontecia numa época em que não era possível garantir a integridade física de quem viajava por total falta de locais aonde abrigar as pessoas. Entretanto, era sagrado - portanto, obrigatório - entre os gregos, e depois entre os romanos, receber em sua casa o estrangeiro, oferecer-lhe bebida e comida, lavar-lhe e curar-lhe os pés, sem perguntar-lhe o nome e a razão de sua viagem. Durante toda a estada, o estrangeiro era protegido por seu anfitrião contra qualquer tentativa de agressão. A violação dos direitos da hospitalidade era considerada um ato criminoso.

GRINOVER (2007) relata que na Idade Média existiam os lugares de e da hospitalidade: os santuários, ligados entre si por “caminhos”; no Ocidente cristão, capelas, oratórios e hospícios acolhiam os andarilhos de Deus e os hospitais eram onde se acolhiam e se tratavam os pobres e os doentes. Sob o prisma da hospitalidade, é necessário destacar que a Igreja Medieval, que favorecia o desenvolvimento das peregrinações e cobria o conjunto desse turismo de características religiosas, permitiu que certas tradições hospitaleiras se perpetuassem.

Para muitos historiadores, a hospitalidade confundiu-se, ao longo dos anos, com a história do turismo. Entretanto, GODOI (2008) faz considerações acerca da hospitalidade atual como algo mais do que simplesmente a ação de hospedagem e satisfação das necessidades humanas pagas ou não. A sua função de acolhimento modificou-se e, analisada sob a ótica do turismo, pode ser trabalhada de forma a adequar-se ao perfil de quem a busca.

De fato, segundo GRINOVER (2007), fatores essenciais para acionar o sentimento de férias bem-sucedidas são as atitudes prestativas, que criam o ambiente e que vão além da retribuição. Isso começa com o acolhimento: as

saudações de boas-vindas, fundamentais para criar a atmosfera e apagar a sensação de estranhamento e de insegurança.

ABREU (2003) considera que, no mundo atual, são raras as situações em que o estrangeiro estará completamente desamparado ao chegar a um lugar, como acontecia com o viajante antigo. Rodeado por um grupo, esperado, acolhido por uma estrutura ou outro grupo, o visitante (viajante) é exposto, ao entrar em um novo ambiente, a todo um código, todo um conjunto de normas e procedimentos a serem observados tanto por ele como pelos que o cercam.

A comercialização da hospitalidade e do acolhimento não implica obrigatoriamente em uma depreciação de sua característica original, que é a gratuidade. De fato, o serviço ao cliente e sua exploração financeira são de tal modo imbricados que se tornou quase impossível separá-los. Para ANNE GOTMAN, “fazer ainda mais” para o cliente é tentar captá-lo, em primeiro lugar, e também realçar o prestígio do estabelecimento anfitrião.

De acordo com SEYDOUX (Apud GRINOVER, 2007, p.58), essa obrigação de excelência, que exige ultrapassar a simples equivalência qualidade/preço, “é uma característica do dom, em virtude da qual não é suficiente satisfazer simplesmente seus deveres, mas fazer um sacrifício e, assim, marcar claramente a ausência de hospitalidade. O dom e, portanto, a hospitalidade, exigem extras.”

Desse modo, GODOI (2008) considera que a hospitalidade representa um papel-chave para tornar a acolhida o mais agradável e calorosa possível, mais que simplesmente satisfazer os desejos ou atender as necessidades de outra pessoa em deslocamento.

Através de uma visão ampla, GRINOVER (2007) pressupõe desse acolhimento certo conhecimento do homem por uma melhor percepção das diferenças, das particularidades, das personalidades, das ideias, das necessidades, dos gostos, das aspirações e das exigências. Esta progressão no conhecimento do outro recobre, de fato, não só o conjunto das relações humanas, mas também profissionais, que podem ser estabelecidas entre dois seres.

Sendo assim, o autor entende a hospitalidade como o conjunto dos comportamentos, das políticas e das técnicas utilizadas para se obter bom êxito na aproximação com o hóspede ou turista. Ou seja, uma relação humana de qualidade e com o objetivo de satisfazer sua curiosidade, suas necessidades, seus gostos e aspirações, e na perspectiva de desenvolver e estimular o conhecimento, a tolerância e a compreensão entre os seres humanos.

Bibliografia

ABREU, Vladimir Amâncio. Planejamento e gestão em turismo e hospitalidade. Ada de Freitas Maneti Dencker (coord.). São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

GODOI, Adalto Félix de. Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais. 2ª Ed., São Paulo: Ícone, 2008.

GRINOVER, Lúcio. A hospitalidade, a cidade e o turismo. São Paulo: Aleph, 2007.

BROOKLIN - O AMIGO DO IDOSO

MARIA LUIZA COSTA DE SOUZA

JORNALISTA E PROFESSORA NA EMEF DR. JOSÉ DIAS DA SILVEIRA

Já foi Quinto Desvio e Bairro do Cordeiro. Batizado na década de 1930 pela empresa Light & Power, o Brooklin Paulista tem muita história. História que começou por volta de 1822, numa grande propriedade rural com 174 alqueires, na chamada Fazenda Casa Grande, localizada entre a Avenida Morumbi, Rua Brito Peixoto e Godoy Colaço. Nesta grande fazenda moravam o alemão, Carlos Klein e sua descendência.

No início do século XX outro alemão, Julio Klaunig associou-se ao português Álvaro Rodrigues, transformando a fazenda num grande loteamento, dando início assim à urbanização do bairro. Timidamente, surgiram os primeiros estabelecimentos comerciais, antigos caminhos de Terra que davam espaço às estreitas e poeirentas ruas, pelas quais cavalos e lentas carroças puxadas por bois, faziam seu caminho.

Das mais remotas origens, começaram a chegar os forasteiros, povoando os loteamentos. Na parte baixa do Brooklin, fixavam-se os portugueses que haviam comprado os terrenos de Álvaro Rodrigues e transformaram esses lotes em pequenas chácaras e granjas. Na parte alta do Brooklin (da Rua Joaquim Nabuco), concentravam-se os alemães, ingleses, norte-americanos e funcionários canadenses da Light, companhia de luz.

Na atual Rua Joaquim Nabuco, concentrava-se um comércio primitivo com bares, vendas, armarinhos, farmácia, açougue e um posto policial. Na época, os comerciantes faziam seus pedidos, num único telefone à manivela. Esses pedidos chegavam no bonde, que quando atracavam na Rua Joaquim Nabuco, intermitentes apitos anunciavam a chegada de remédios, calçados, roupas, colchões, utensílios de cozinha, etc... Lá negociantes do bairro, aguardavam seus produtos, no meio da grande confusão na rua.

Quermesses, circos e parques animavam os finais de semana. Ao redor do Largo da Igreja, aconteciam os footings, onde muitos casais começaram a namorar, acabando no altar.

Em 1960, ergue-se o prédio da Paróquia Sagrado Coração de Jesus, sucedendo aquela pequena capela construída em 1927 e também o tradicional colégio dos meninos do Bairro, o querido e saudoso Colégio Meninópolis. Em 1968, acontece uma das últimas viagens do bonde. Essa Viagem do Adeus, foi cercada por manifestações de carinho e lágrimas da população.

Em 2011, o Bairro Brooklin torna-se um dos primeiros bairros Amigos do Idoso da cidade de São Paulo ou do Brasil, assim como a Vila Clementino e Mooca. Por iniciativa do Hospital Premier em parceria com a comunidade do bairro(Paróquia Sagrado Coração de Jesus, UBS Meninópolis, EMEF Dr. José Dias da Silveira, Rede Brooklin o Brooklin inicia um grande projeto referente a Política Pública do Idoso.

Assim como o mundo, o Brooklin também está envelhecendo já que 60% da população do bairro é composta por idosos ou pessoas com mais de 60 anos. Pelas calçadas, ao invés de carrinhos de bebês ou bicicletas, são bengalas e cabelinhos brancos que trafegam. E como estão nossas calçadas, parques, praças, transporte público, segurança, serviços de saúde, lazer para quem fez e faz parte da história do bairro?

Com um IPTU altíssimo, o bairro não possui ainda um geriatra e fica a pergunta, o Brasil possui geriatras suficientes para o número de idosos?

Em pouquíssimo tempo, haverá demanda destes profissionais e de cuidadores como uma agulha no meio do palheiro. Por uma Política Pública para o Idoso, de fato!! Se no Brasil existe uma política pública para a criança e adolescente, está mais do que na hora de fazer também para quem construiu a história deste país, desta cidade, deste bairro.

Precisamos aprender um pouco com os orientais, que reverenciam seus mais velhos e seus mestres. O idoso no Brasil só é lembrado em propagandas de farmácias ou para empréstimos consignados. Já está mais do que na hora de mudar essa mentalidade. É sim possível ter vida e qualidade de vida na velhice. Mais do que rótulos como Melhor Idade ou Idoso, é necessário mudar a consciência e consequentemente a atitude da sociedade. No dia primeiro de outubro, haverá o primeiro Congresso Municipal sobre o Envelhecimento Ativo - Cidade Amiga dos Idosos na Câmara Municipal de São Paulo e o Brooklin será bem representado. Precisamos pensar, refletir e mãos à obra.Obras!!!

Esse texto, dedico aos meninos e meninas de cabelos brancos do meu grande útero que é Brooklin, onde nasci, cresci, brinquei, estudei, trabalhei, fui, mas voltei e também a nossa homenagem à grande Dona Rita da Farmácia (da rua Joaquim Nabuco) e ao Sr. Roque Petroni, seu companheiro de vida e grande farmacêutico do nosso bairro. Os dois curaram muita gente pelo Brooklin, numa época que não haviam hospitais, médicos ou postos de saúde. Em nome do Brooklin, fica o agradecimento eterno...

Bibliografia Consultada

Revista da Paróquia Sagrado Coração de Jesus

PARTE 2

Relatos de Experiências

O PASSEIO AO MUSEU DA LÍNGUA PORTUGUESA

DEBORAH KEIKO SHIMABUKURO

BACHAREL EM ENFERMAGEM NA FACULDADE SANTA MARCELINA. ENFERMEIRA VISITADORA DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES

Em 2006, a paciente L.C. realizou uma cirurgia devido a estenose do canal lombar. Mas houve regressão do quadro com parestesia em MMII sendo necessária uma segunda cirurgia em 2007. Em fevereiro de 2008, durante uma visita de enfermagem, a paciente informou que foi encaminhado ao seu médico, para avaliação, o Exame Eletroneuromiografia de MMSSII. Em março de 2008, fui comunicada que no resultado do exame, entre parênteses tinha interrogado ELA (Esclerose Lateral Amiotrófica), diagnóstico confirmado em abril de 2008 por seu neurologista.

Em maio de 2008, após consulta com especialista em ELA, o diagnóstico foi realmente confirmado. Nessa época, a paciente ainda conseguia conversar normalmente, apresentava engasgos esporádicos, movimentos de MSE, movimentos limitados de MSD e movimentos passivos de MMII. Desde então, a paciente veio regredindo significativamente os movimentos dos membros superiores e inferiores, tinha engasgos frequentes, apresentou piora da dicção e piora do quadro pulmonar com necessidade de uso de BIPAP não invasivo (pela máscara facial) em 2009.

Em outubro de 2009, a paciente foi avaliada pelo neurologista, sendo orientada a confecção de uma Gastrostomia (GTT) devido emagrecimento, perda da massa muscular e piora do processo de deglutição. Em dezembro de 2009, a paciente, através de Liminar Judicial, consegue liberação de 24 horas de enfermagem, seguindo com atendimento normalmente até início de janeiro de 2010, quando apresentou piora do quadro respiratório (insuficiência respiratória), sendo removida para Hospital.

Antes desta piora significativa, eu havia comentado com familiares para que discutissem sobre uma provável traqueostomia (TQT) com a paciente, pois a opção deveria ser dela. Porém, antes mesmo dos familiares chegarem a conversar com a paciente, ela apresentou piora clínica e foi removida para Hospital com um quadro de necessidade da confecção da TQT. Um dos familiares informou que a paciente não gostaria de fazer a TQT, mas que haviam conversado bastante com a paciente e decidiram que enquanto pudessem mantê-la viva, iriam fazer de tudo por ela.

No final de janeiro de 2010, a paciente recebeu alta hospitalar com TQT e Ventilação Mecânica (VM) por BIPAP. Desde então, a paciente segue em atendimento domiciliar com a São Paulo Internações Domiciliares, mantendo o quadro clínico atual: orientada, consciente, comunica com olhar – expressão facial –, discreto movimento de cabeça, ausência total de movimentos de MMSSII, com TQT e dependente de BIPAP e GTT.

No início de janeiro de 2011, durante uma visita de enfermagem à pa-

ciente, o auxiliar de enfermagem me informou que ela gostaria muito de visitar o Museu da Língua Portuguesa como último pedido antes de sua morte. Informei que estaria verificando essa possibilidade, já que a paciente é dependente de aparelho BIPAP.

Durante uma das reuniões semanais com a equipe de enfermagem, comuniquei minha gerente sobre a solicitação da paciente. De imediato, ela verificou com o médico, que autorizou o passeio desde que fosse acompanhada da enfermeira visitadora e do auxiliar de enfermagem, além de um responsável legal pela paciente.

Na próxima visita, informei o auxiliar de enfermagem, paciente e familiar que tivemos a autorização para realizar seu sonho. A pedido da paciente, ficou programado o passeio para o dia 15 de maio de 2011.

Após a autorização médica, o auxiliar de enfermagem S. R. R. iniciou os preparativos junto aos familiares para o dia do passeio, como compra de roupa e solicitação de táxi especial para cadeirante. Até mesmo a cadeira de rodas da paciente foi adaptada para a colocação do respirador e no break (bateria).

No dia do passeio ao Museu da Língua Portuguesa, liguei pela manhã para o celular do auxiliar de enfermagem e sou informada que estão se organizando para sair. Iria encontrá-los no Museu, pois antes iria atender uma outra intercorrência do plantão.

Quando cheguei ao Museu, na Estação da Luz (SP), a paciente já havia visitado o 2º andar. Os familiares - sobrinho e sua esposa, irmã, cuidadora e o auxiliar de enfermagem e outro auxiliar aguardavam o carregamento da bateria do respirador que havia descarregado completamente. Precisávamos ainda visitar o 3º andar, assistir ao filme de 10 minutos sobre a origem da linguagem e a Praça da Língua Portuguesa, repleta de imagens de textos e poesias projetadas em vídeo e em áudio.

Pegamos o elevador com a bateria carregada e com o BIPAP funcionando. Quando descemos do elevador, a bateria já havia descarregado e foi necessário começar ambuzar a paciente desde o corredor até conseguirmos chegar ao auditório. Quando chegamos, o auditório ainda estava aceso e fomos orientados a entrar por uma porta bem de frente ao telão.

Neste momento, observei que grande parte do público nos olhava: eu ambuzando e o auxiliar de enfermagem empurrando a cadeira de rodas. Mesmo quando as luzes do auditório se apagaram, tive a sensação que, mesmo no escuro, éramos observados. Neste momento, questionei se o auxiliar de enfermagem e a paciente tinham percebido esses olhares quando chegaram ao Museu. O auxiliar refere que por algum momento paciente pensou em desistir mas, após muita conversa, a paciente deixou os olhares das pessoas de lado e encarou aquele momento como se fosse único, pois estava realizando um sonho antes de sua morte. Para o auxiliar, esse momento também foi único em sua vida pois nunca tinha participado de uma experiência como essa - realizar o sonho de uma pessoa.

Observando a paciente no escuro, ela olhava atentamente ao telão sem se importar com as pessoas ao seu redor, curtindo aquele momento tão especial em sua vida.

Terminado o vídeo no auditório, fomos para a Praça da Língua Portu-

guesa. Em uma das citações das poesias, surgiu Monteiro Lobato: “Piscar é abrir e fechar os olhos – viver é isso”. A frase soou como um recado pois a paciente se comunica com olhar e com mínima expressão facial.

Terminada a sessão, passamos para o auditório, pois lá já não havia ninguém e o auxiliar pôde realizar os cuidados com a paciente, como aspiração de traqueostomia e vias aéreas superiores. Quando estávamos saindo do auditório, a paciente agradeceu a colaboração de todos os funcionários do Museu. De fato, fomos muito bem assessorados por toda a equipe. Desde o passeio ao Museu, a paciente, sempre que possível, passou a sair da residência para passear.

PARA ESTAR VIVO BASTA APENAS PISCAR OS OLHOS

SEVERINO DO RAMO ROCHA

AUXILIAR DE ENFERMAGEM EXTERNO DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES

No dia 23 de dezembro de 2009 recebi uma ligação que mudaria minha vida para sempre. Não imaginava o quanto mas estava disposto a descobrir.

Estava na Bahia, terra de todos os santos, em uma semana de férias. Meu celular tocou e do outro lado da linha uma linda voz se identificou como sendo da São Paulo Internações Domiciliares solicitando falar com o auxiliar de enfermagem Severino do Ramo Rocha.

Respondi prontamente e fui questionado se gostaria de assumir um paciente na região da Barra Funda, SP, a Sra. L.C., portadora de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA). Na ocasião, ela estava em tratamento com soroterapia e já em ventilação mecânica por traqueostomia. Aceitei o paciente, porém informei que estava fora de São Paulo e que retornaria somente no dia 5 de janeiro. A escaladora da São Paulo Internações Domiciliares respondeu que isso não seria problema, pois a paciente deveria receber alta do hospital somente no dia 23 de janeiro. Desse momento em diante não imaginava o quanto isso mudaria minha vida.

Ainda em clima de nordeste, cheguei ao domicílio e, para minha surpresa, a cuidadora parecia a Maria Bonita, esposa de Lampião, em guarda e aos gritos com todos da residência. Não havia motivo nenhum para gritos naquele momento. Depois fui descobrir que esse era seu perfil, mesmo antes de a paciente adoecer. Ainda assim, ela me encaminhou ao quarto da paciente para que eu recebesse o plantão e me apresentasse à paciente.

Há um ditado certo que diz: “A primeira impressão é a que fica”. Realmente. Essa impressão não consigo apagar de minha mente. Coitada, pensei. Parecia um guaxinim, com olheiras em ambos os olhos, reflexo de noites sem dormir por medo de morrer ou broncoaspirar a própria saliva, vendo sua vida esvaiecer em sofrimento.

Com o passar dos tempos, fui percebendo que ela tinha vontade de fazer as atividades que realizava sozinha como tomar um bom banho de chuveiro, assistir televisão na sala, cuidar de suas plantas, brincar com seus gatos, atividades essas que não eram nem ao mesmo acompanhada pela paciente, a qual se mantinha restrita a seu leito.

Iniciei com ela uma comunicação alternativa, através da única forma que ela ainda conseguia realizar: piscando. Simples assim. Ela estava consciente todo o tempo e presa somente com seus pensamentos. Informei que uma piscada significava sim e duas não. A primeira coisa que lhe perguntei foi se iria querer tomar banho de chuveiro e como não foi surpresa, sua resposta foi positiva.

Ela queria muito tomar banho de chuveiro, mas tinha medo de cair e ainda havia o medo da morte rondando sua vida. Além disso, ela se mantinha ligada

a aparelhos (ventiladores e oxigênio) para poder respirar. Precisava descobrir se havia alguma restrição médica que contra-indicava o banho de aspersão. Então, liguei para seu médico e fui informado que não havia essa restrição e que a paciente poderia sim satisfazer seu desejo. Solicitei ajuda da cuidadora da paciente para levarmos, paciente e equipamentos, até o banheiro para a Sra. L.C. tomar seu banho. A fisioterapeuta e a cuidadora da paciente me chamaram de louco. Quase infartaram. Mas era um desejo da paciente e depois de quase dois meses sem banho de chuveiro, ela aproveitou cada momento.

Desde esse dia, os banhos passaram a ser mais frequentes no banheiro e ao menos três vezes na semana eles ocorrem ao som de música da Lady Gaga. Não havia mais limites para os desejos da paciente, mas precisávamos descobrir seus pensamentos.

Nossa maneira de se comunicar foi aprimorada. Escrevia em um papel as letras do alfabeto e quando ela selecionava a letra correta, piscava novamente, formando palavras e frases. Cena linda de se recordar.

Partimos então para um grande sonho. Ela gostaria de conhecer o Museu da Língua Portuguesa, na Estação da Luz. Todos novamente acharam que eu e a paciente estávamos ficando loucos, porém o médico da paciente consentiu com esse passeio. Precisávamos adaptar e programar sua saída e em um dia de visita, seu médico me encontrou como a um mecânico ou engenheiro tentando adaptar a cadeira de rodas para transportar a paciente e equipamentos. Podem considerar que tenho alguns parafusos soltos por essas atitudes, mas alguns parafusos sei apertar e atender as solicitações daquela que um dia mudou minha vida.

No dia do passeio, a Sra. L.C. estava com seu lado psicológico abalado. Achava-se um “Alien” entre nós com todos os seus equipamentos e ventiladores. Expliquei a ela que o Alien do filme não piscava e que basta piscar para se estar vivo e querer fazer as coisas. Seus olhos se encheram de lágrimas e ela pediu para ser colocada na cadeira de rodas para irmos até o Museu.

Depois desse dia nunca mais paramos. Já fomos a churrascos, palestras e visitas na casa de amigos. É uma operação de guerra cada saída do domicílio. Equipamentos, materiais, dieta, medicamentos, cadeira de rodas adaptada, taxi adaptado para cadeirante, tudo isso programado com quase três dias de antecedência. Mas o mais importante e que não esquecemos jamais é o o espírito de alegria. Sem ele não fazemos nada.

Apreendi que para estarmos vivos e nos comunicarmos, basta apenas piscar os olhos. Isso fez a paciente querer viver novamente para o mundo. Não o mundo de dor e tristeza que se encontrava, mas um mundo de alegria e prazeres que a aguardava.

SEDENTARISMO

VANDA OLIVEIRA SANTOS CONSTANTINO

AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES

Sr. O. nasceu na cidade de Rosália, interior de São Paulo, em 1947, em uma família de agricultores. Com vários irmãos, cresceu com muitas dificuldades e muito trabalho. Acordava muito cedo para cuidar das plantações e dos animais, estudou até a 4ª série do 1º Grau, hoje ensino fundamental, que era o máximo que o governo oferecia na época.

Casou-se muito novo e logo foram vindo os filhos. Com três filhos ainda pequenos, resolveu morar na capital com a família. Vieram para um lugar isolado, no extremo sul de São Paulo, onde começou a trabalhar de cobrador de ônibus. E continuaram vindo mais filhos.

Mudaram-se para um lugar mais próximo do centro de São Paulo, ele conseguiu a habilitação profissional e foi promovido a motorista de ônibus, saindo para o trabalho de madrugada e só retornando para dormir algumas horas. Queria melhorar a vida da sua família.

Mas com a vida sedentária que levava, sua pressão começou a subir. Contudo, ele não se importava. Até que em um dia de folga, em sua casa, teve a primeira convulsão, devido à hipertensão de 230x160. Foi hospitalizado e orientado a mudar seus hábitos alimentares e a vida sedentária que levava.

As orientações não surtiram efeito. Ele continuou com as crises convulsivas até que em uma consulta médica foi diagnosticado um coágulo no lado direito de sua cabeça. O médico disse: “Se o Sr não morrer na cirurgia, pode morrer da hipertensão”.

Ele fez a cirurgia e foi um sucesso. Não ficou com nenhuma sequela, mas ainda assim não mudou de hábitos. Não demorou muito teve o primeiro AVC, que o deixou com movimentos lentos, mas consciente e podendo fazer tudo normalmente. A teimosia em não melhorar seus hábitos trouxe o segundo AVC e com esse ficou paraplégico e dislático. Fez fisioterapia para reabilitação mas não ajudava em seu tratamento.

Hoje não faz mais fisioterapia, a esposa é quem cuida dele. Continua a ter convulsões esporadicamente. Sua alimentação só é adequada porque ele não é mais o responsável por ela. Aos 64 anos, poderia ter uma vida totalmente diferente não fosse seu sedentarismo.

O AMOR POR SI MESMO E O AMOR AOS OUTROS – UM NÃO PODE SER PRATICADO SEM O OUTRO

DENIZE RUIZ DE BORBA

GRADUADA EM SERVIÇO SOCIAL. ASSISTENTE SOCIAL DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES

Quando o dia amanheceu, o céu estava com um azul que me lembrou o mar para onde iríamos passar o tão esperado fim de semana na praia. Levantei para preparar o café da família quando meu filho me chamou dizendo que não conseguia acordar o pai. Fui até o quarto e me deparei com meu marido desmaiado na cama. Liguei imediatamente para ambulância, meus filhos começaram a chorar sem entender o que estava acontecendo.

Os dias que viriam a seguir seriam de angústia, apreensão e dúvidas se meu marido iria se recuperar ou não. O quadro se estabilizou e o médico recomendou que o levássemos para casa a fim de se recuperar junto à família, uma vez que no hospital não havia mais o que fazer.

Foi montado um pequeno hospital em minha casa. Porém, não sabia da grande transformação que tomaria conta da minha vida. O homem que foi amigo, amante, companheiro, pai e com quem dividi uma boa parcela de minha vida estava ali, na minha frente, totalmente dependente. Não sabia o quê e como cuidar daquele ser que era tão importante para mim.

Assumi a responsabilidade de tomar conta dele, sem orientação ou experiência, apenas com meu amor. Alimentar, limpar, conversar, cantar, mesmo sem saber se ele estaria me ouvindo ou não. Durante um bom tempo deixei de lado meus filhos, casa e os cuidados comigo mesmo. Com o tempo, fiquei sobrecarregada com a tarefa de cuidadora, mãe, dona de casa, profissional etc. Estava cansada, sem estímulos, e percebi que não estava ajudando nem a mim, nem à minha família e muito menos o meu doente.

Pensei: cuidar de alguém não é se anular como pessoa. Para cuidar, preciso antes de tudo conhecer meus limites, me amar e me respeitar para amar e respeitar quem precisa de cuidados. Percebi também que como ser humano estou suscetível a “altos e baixos” e isto não é uma negação à pessoa que está sendo cuidada. Muitas vezes fiquei me culpando por não estar suportando minha situação e não compartilhava isto com ninguém. Resolvi que precisava mudar minha perspectiva de vida.

Procurei a minha família, averigui as possibilidades existentes para tornar a minha rotina diária e a dos meus filhos leve e harmoniosa. Aprendi a discernir as atividades de auto cuidado das demais tarefas. Aprendi a colocar limites expressando o não de forma adequada para me proteger e proteger o meu ente querido. Comecei a pedir e a delegar atividades diárias.

Comecei a observar os meus próprios limites nas minhas ações e reações para saber quais são as atitudes e os comportamentos que facilitavam a minha relação com o outro. Isso para que pudesse proceder com adequação nos cuidados tanto comigo quanto para com a pessoa cuidada.

Esta é a vivência de muitos cuidadores que encontrei na minha vida profissional. Infelizmente, o que observo é que os cuidadores informais ainda não conseguem se auto cuidar para poder cuidar do outro.

TAPETINHOS EMBORRACHADOS

JULIANA BUENO RODRIGUES

ENFERMEIRA CLÍNICA DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES

Fui acionada para preparar uma paciente para cuidados no pré e pós operatório de cirurgia de Catarata.

Ao saber que se tratava de uma senhora de 89 anos, imaginei que seria um caso complicado, de uma frágil idosa, dependente para suas atividades de vida diária, fora da sua lucidez e coerência, prestes a sofrer uma cirurgia em que o pós operatório demanda cuidados intensos e antibioticoterapia rigorosa.

Ao chegar à residência, encontrei uma legítima senhora portuguesa: simpática, vaidosa, receptiva, hiperativa, totalmente independente e lúcida nos seus 89 anos de idade.

Já viúva, morava somente com a empregada em seu amplo apartamento num bairro nobre do município de São Paulo. A decoração resistia ao antigo, com alguns toques de modernidade: piso de madeira lustroso, cristaleira repleta de bibelôs e suas porcelanas antigas, cortinas volumosas e inúmeros tapetes em suas variadas formas, tamanhos e lembranças.

Fui então conhecer a história dessa carismática paciente e, durante a consulta de Enfermagem, recebi um pedido de socorro vindo do filho, discretamente, por um bilhete. Lá estava escrito mais ou menos assim: “Me ajude com os tapetinhos, precisamos nos livrar deles!”

Então, durante a anamnese, perguntei se a paciente já havia sofrido alguma queda em casa e, por consequência, fratura óssea. Este foi o pretexto para citar a grande proporção de idosos que sofrem acidentes domésticos por conta de quedas, e iniciar nosso plano contra os insalubres tapetinhos. Comecei tentando explicar o grande número de quedas que ocorrem em casa, o risco de tropeçar e escorregar nesses tapetinhos e etc. A paciente já foi logo citando que isso nunca ocorreu com ela, que sempre os teve em casa sem maiores problemas. E que, então, não corria esse risco.

Resolvemos dar uma “voltinha” pela casa e conferir se realmente os tapetinhos eram perigosos. Havia mais de 20 tapetinhos enfeitando toda a casa. Por todas as partes, no corredor, nos banheiros, na cozinha, nos quartos... Cada cômodo tinha pelo menos três desses mimos, cada um com sua particularidade. Cada um deles levava sua dona à algum momento de sua vida. Alguns foram comprados em viagens, outros presentes de alguém especial. Haviam também os que foram adquiridos simplesmente pelo “vício” em tê-los.

Em particular, conversei com o filho sobre o trauma e o estresse que tal mudança tão abrupta poderia causar em sua mãe. Expliquei que deveríamos “ir aos poucos”, conversando com ela e oferecendo outras alternativas para substituir a retirada dos tapetinhos insalubres. Não era simplesmente o fato da desestruturção da decoração, mas sim o valor emocional de cada tapetinho.

Conseguimos um acordo com a dona dos tapetinhos: para não mais cor-

rer riscos, eles seriam substituídos por outros emborrachados que seriam adquiridos a dedo logo que o pós operatório permitisse. Óbvio que quando eles efetivamente começaram a ser removidos, dava para perceber a decepção da já saudosa senhora, que repetia: “Ah, porque ficamos velhos e temos que perder as nossas coisas?” Eu tentava argumentar, dizendo que a velhice nos traz novas adaptações e que ela iria ter novos tapetes adaptados para aquela nova fase.

E assim, um por um, todos os tapetinhos foram retirados. Após nova negociação, foi definido que os substitutos seriam emborrachados e colocados em pontos estratégicos como a pia da cozinha e do banheiro. Claro que aquela senhora simpática acompanhava a retirada dos tapetinhos tentando “barganhar” um ou outro, alegando que não era tão perigoso estar ali na beira da cama, ou outro lá bem na porta de entrada do quarto, não faria mal algum. Sua face era de euforia e de tristeza, mas se conformando com o cruel destino de quem chegou à velhice. E assim foi feito.

Já no segundo dia pós operatório, quando pode sair à rua, a nossa querida senhora logo foi a uma loja de tapetes e voltou feliz com meia dúzia de novos tapetinhos, todos emborrachados. E quando cheguei à casa para uma nova consulta, fui recebida calorosamente (como todas as vezes) por uma nova senhora, encantada não só com a chance de recuperar a visão nítida pós operada de Catarata, mas que podia mostrar a todos as suas mais novas aquisições: tapetinhos emborrachados!

MESMO TENDO POUCO, SOMOS CAPAZES DE DOAR MUITO MAIS DO QUE IMAGINAMOS

PRISCILLA MODESTO NOGUEIRA

AUXILIAR DE ENFERMAGEM. ATUA NO SETOR DA ESCALA DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES

Quando trabalhamos na escala de um home care aprendemos muita coisa e nos tornamos parte de várias histórias. Duas delas me envolveram de forma especial. Logo que iniciei no setor de escala, tive que fazer uma cobertura de plantão na casa de uma senhora que morava sozinha, mas que, por vezes, estava acompanhada de seus familiares. Paciente L.P, nascida em 24/11/1927, com história clínica de Síndrome de Demência, Depressão, HAS, Pneumonia Aspirativa e Fratura do fêmur E.

Fiquei preocupada pois sabia que sua cuidadora não estaria na casa e que seus filhos estavam viajando. Apesar de apresentar muitas dores para se locomover e “problemas com seu peso”, ao chegar na residência encontrei uma senhora muito alegre e com vontade de viver. Três fatos me chamaram a atenção neste dia: o primeiro era a vontade que ela tinha de sair da cama, pois mesmo com dores, ela afirmava que “cama era para doente”. Foi logo me pedindo para colocar o seu sapatinho, para poder ir para a sala. O segundo foi quando eu a estava levando para a sala. Apoiada em mim, andei bem devagar e ela me falou que era para eu “andar mais rápido”, pois mesmo com dores ela ainda conseguia andar e só queria um apoio. O terceiro era a forma como ela me falava sobre a sua família, o orgulho que tinha de seus filhos e do amor de seus netos. Me falou sobre eles durante horas. Dava para sentir como ela ainda estava cheia de vida e de amor por sua família e como queria participar de tudo. Até mesmo da posse da nova presidente do Brasil, para a qual até se arrumou e colocou brincos. Queria “estar bem para esta mudança na história”.

Mas apesar de toda esta alegria, também era perceptível como ela se fragilizava com a insegurança de ficar sozinha e de ter que incomodar seus filhos. Pois, afinal, ela um dia foi quem cuidou de sua família!

Pouco tempo depois, no dia 04/03/2011, a paciente teve queda da própria altura, sendo removida para avaliação no Pronto Socorro e diagnosticado fratura bilateral de fêmur. Ficou internada e, mesmo com todas as tentativas, o seu caso se agravou. No dia 02/04/2011 fomos informados que a paciente evoluiu a óbito.

Tive a chance de conhecer um dos seus filhos e, escutando falar de sua mãe e do período em que ela esteve conosco, pude ter a certeza da importância que temos no dia a dia destes pacientes.

Outro paciente que sempre ficará marcado nas minhas lembranças é o Sr. S.A. Nascido em 6/11/1953, 57 anos, casado, história clínica de HAS desde 2003, ex tabagista (25 anos de uso), com diagnóstico fechado de Adenocarcinoma metastático em quadril e fêmur D (09/2010). Internado desde março de 2011 devido a um quadro de dor intensa em região lombar, ficou acompanhado por familiares. No dia 19/6/2011 o quadro do paciente se agravou, sendo removido

para o hospital com fortes algias, desidratação, vômitos e confusão mental, em uso de analgésicos de horário, Tramal e morfina e soroterapia; uso de oxigênio intermitente. Dado o agravamento do quadro, o paciente evoluiu para óbito dia 22/6/2011.

Um pouco antes dele vir a óbito, sua esposa entrou em contato conosco, muito preocupada, pois ele não estava bem. Me falou que estava com medo e que não sabia o que fazer. Conversamos por mais de trinta minutos; ela sabia que seu marido já não estava bem e que provavelmente não resistiria por muito tempo. Ela me falou também sobre as dificuldades de alimentar o paciente, pois ele não estava mais comendo; de suas tentativas de fazer seus pratos preferidos, mesmo sabendo que ele não comeria, e da dificuldade de ver seu estado piorando sem poder fazer nada.

À tarde, ela entra em contato novamente me informando que ele estava pior e sonolento. O enfermeiro também a orientou da melhor forma possível, tirando suas dúvidas e a escutando, com muita paciência. Na mesma noite, o paciente foi removido para o hospital e veio a óbito pouco tempo depois.

No momento em que perdemos pessoas queridas nas mesmas condições dos nossos pacientes, conseguimos enxergar como não somente os pacientes precisam de cuidados, mas também quanto a família fica fragilizada, necessitando de cuidados. E como este trabalho vai muito além de mandar um profissional para a residência - é um trabalho que envolve a doação e dedicação pessoal de cada profissional.

Faço deste relato uma homenagem a todos os pacientes: para S.A e L.P, e principalmente para a Sr^a Príncípia Modesto, aos quais tentamos dar o maior conforto e dignidade tanto para elas como para seus familiares.

É bom lembrar que um dia eles já foram os provedores de seus lares e cuidadores de suas famílias, de suas vidas e de muitos trabalhos. Mas hoje dependem de todo o apoio e respeito para, em seus momentos finais, tenham a certeza de que não estão desamparados ou abandonados por causa de sua enfermidade ou sua velhice. E para que tenham a certeza de que quando não mais estiverem no meio das pessoas que tanto as amam, saberão que não estarão desamparados e sozinhos mas eternamente vivos nos corações daqueles que os amaram para todo sempre.

Deus nos dá a cada dia a oportunidade de recomeçar uma nova história. A maneira de como seremos recordados depende somente do rumo que damos à nossa vida, lembrando que a maior herança da vida são os exemplos de amor, esperança e caridade que deixamos para todos.

APRENDENDO A CONVIVER COM A MORTE

PATRICIA ALVES CERQUEIRA

GRADUANDA DE ENFERMAGEM NA UNINOVE. AUXILIAR DE ENFERMAGEM DE GESTÃO DE MATERIAIS E TRÁFEGO DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES

Neste conto quero compartilhar uma experiência vivida nesta instituição, nos primeiros meses de trabalho, e o grande aprendizado que tive com a equipe multiprofissional que cuidou de uma senhora até sua terminalidade. Nada sei da vida desta senhora, mas sua filha era muito carinhosa e dedicada. A forma carinhosa de tratar cada pedido ou procedimento indicado à sua mãe era de se admirar.

Lembro-me bem que esta paciente e familiar foram atendidas e preparadas pela equipe dos cuidados paliativos. Aquela senhora de olhar doce e expressões não tão alegres estava com câncer e nada mais poderia ser feito para prolongar sua vida. Porém a equipe ofereceu a ela dignidade, paz de espírito, e o mais importante, deixou-a voltar para casa, estar junto de seus familiares mais queridos, sentir novamente o perfume do seu lar. Era o que ela mais queria.

Claro que, além da paciente, a filha também foi preparada, consolada e ensinada a ser forte diante daquela situação que tanto abalou sua vida e que mudou sua rotina por inteiro. Dedicara todos os seus minutos possíveis para estar ao lado daquela senhora que, para ela, era a melhor mulher do mundo.

O estado da paciente foi piorando gradativamente e finalmente havia chegado o momento de realizar seu último desejo: descansar no conforto de seu quarto. A paciente foi removida para sua residência. A filha cuidou de cada detalhe para que sua mãe desfrutasse de todo o conforto possível. O home care assumiu os cuidados da paciente, que estava muito debilitada, mantendo acesso venoso para hidratação. Todos nós estávamos avisados; porém, acredito eu, que não estávamos tão preparados quanto a filha. Em um final de tarde, recebo a ligação da filha com voz de choro me informando que o momento da partida de sua mãe finalmente havia chegado. Embora triste, me informava que a paciente estava lentamente nos deixando. Sua voz era trêmula, porém firme: era a voz de uma pessoa que foi bem preparada para poder acompanhar aquele momento.

A filha me dizia: “eu estou preparada” ... e as lágrimas tomavam conta de sua voz. “Mas não sei o que fazer agora”. Do outro lado da linha, eu tentava conter as lágrimas. Perguntei se ela queria que eu chamasse uma ambulância e fui surpreendida pela resposta: “Não!. Fui preparada para este momento e quero que minha mãe tenha tranquilidade em sua morte. Só me informe o que eu tenho que fazer quando ela se for para sempre”.

Sem saber o que fazer, passei a ligação para o meu gerente. Com certeza ele estaria mais preparado do que eu. Fiquei observando a conversa calma dele com aquela filha e pensando se eu teria toda essa força. Ao final das orientações, compartilhamos alguns pensamentos.

Este caso foi muito importante para o meu crescimento profissional pois vejo o quanto é importante nos preparar e preparar as famílias para o desenlace.

Todos participamos deste mesmo momento. Vejo que a equipe teve papel primordial na vida daquela filha pois a orientou, preparou, consolou e ainda ajudou a realizar os últimos desejos de sua mãe. Acredito que todos aqueles momentos foram especiais também para a filha, para a paciente e para a equipe que participou de todo o processo de terminalidade desta história. E eu, que pude presenciar esta história de morte, não tenho lembranças tristes daquele momento e sim alegria de contar sobre uma pessoa que morreu com conforto, carinho e dignidade.

Dedico este conto a todos aqueles que cuidam de quem está cuidando e que também precisam de cuidados.

MORRER PARA VIVER

JULIANA BUENO RODRIGUES

ENFERMEIRA CLÍNICA DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES

Desde outubro de 2008 sou enfermeira visitadora da São Paulo Internações Domiciliares, empresa de home care que conta com uma equipe multidisciplinar que cuida daqueles que estão sob cuidados em seu domicílio.

Geralmente, são pacientes e familiares fragilizados diante da impossibilidade de cura e pela terminalidade da vida. Nós fazemos o possível para confortar, minimizar a dor e o sofrimento. Agradeço a Deus por fazer parte dessa equipe. Amo o que faço. Amo cuidar.

Dentre tantas outras situações que marcaram a minha vida profissional, vou citar uma que marcou demais por ser o oposto do que costumamos vivenciar. Mas não se trata de uma luta pela vida, e sim, de uma luta pela morte.

O desejo daquele simpático senhor era, enfim, poder estar juntos dos seus entes queridos que já se foram do nosso mundo material. Dizia estar cansado de, em seus 91 anos de idade, “somente dar trabalho aos outros” e não poder mais “viver de verdade” a vida.

Conheci o Sr. A. em outubro de 2008, um simpático senhor de 91 anos, morador do ABC paulista. Viúvo há muito tempo, morava com a filha, único neto e o cãozinho de estimação. Diariamente, acordava cedo e ia para a fabriqueta artesanal de tomates secos que a família possuía nos fundos de casa. Lá, limpava cinco caixas de tomate todas as manhãs e só saía quando tudo estivesse terminado.

A rotina diária, a relutância e a chateação com sua semi dependência para algumas atividades cotidianas como tomar banho ou levantar-se, as antibioticoterapias para as Pneumonias de Repetição, o uso de oxigênio por conta do coração - que também já estava cansado dessa vida - colocavam o sr. A. a pensar sobre o que realmente estava valendo a pena.

Em maio de 2009, uma forte pneumonia fez com que ele ficasse muito fraco. Fez uso de sonda para se alimentar, oxigênio para os períodos de muito cansaço aos pequenos esforços e dificuldade para deambular. Um mês depois, o próprio sr. A. sacou sua sonda para alimentação, dizendo que se não pudesse mais se alimentar sozinho, então também não queria mais viver. Não se permitiu o uso desses aparatos, que como ele mesmo dizia a mim: “Só prorrogam minha vida um pouco mais!”. E já em agosto daquele ano, com rígidas sessões de fisioterapia, voltou a deambular com ajuda de uma bengalinha, o uso de oxigênio foi reduzido para “somente em último caso, quando a falta de ar era grande” e as alimentações eram como de um bebê: pequenas porções e semi pastosas.

Continuou sua vidinha: todo dia pela manhã bem cedo ia ao encontro dos seus tomates. Terminada a tarefa, voltava para o seu quarto em companhia de seu fiel cachorro e lá ficava. Em toda consulta de Enfermagem eu recebia a queixa da filha, aflita com a perda de peso do pai mesmo com uso de suplemen-

tos alimentares, com a baixa aceitação alimentar e com as suas constantes ideias de morte.

Em toda consulta de Enfermagem, quando perguntava a ele como estava a vida, ele me respondia balançando os ombros: “Tô cansado ! Quero descansar logo, dar paz para vocês e ir encontrar minha esposa e os meus que já foram!”. Eu sempre argumentava que ele estava forte e que não deveria se entregar por nada. Quando chegasse realmente a hora, encontraria todos eles. A filha chorava durante essa nossas conversas. Tinha medo dessa ideia fixa de morte.

No começo de janeiro de 2010, já muito emagrecido e debilitado, adquiriu uma nova Pneumonia e iniciou outra antibioticoterapia. A medicação via oral já não estava dando certo; teve início uma sofrida antibioticoterapia via intramuscular, já que o acesso venoso não era mais possível devido ao quadro debilitado. Já não queria se alimentar, nem de alimentos de seu gosto favorito, mesmo em pequenas porções e hidratação hídrica. O restante da equipe também estava empenhada em fazê-lo se alimentar e ficar mais “forte”.

Ao final de janeiro fui chamada à casa. O Sr. A. havia parado de se alimentar e estava muito fraco. A indicação médica era de passagem de sonda para alimentação. Sentei-me à beira da sua cama, expliquei o que iria ser feito e, fingindo não saber que ele já usara esse aparato, expliquei como seria todo o procedimento e os benefícios que trariam. Ele escutou tudo, sem me interromper. Quando terminei, ele me disse: “Não quero! Isso só vai prorrogar meu sofrimento. Você vai colocar isso em mim, vai me manter alimentado e me fazer viver por mais algum tempo. Depois todo sofrimento voltará, eu sei bem o que é isso.”

Implorei para ele deixar fazer o procedimento. A filha também. Nada adiantou. E numa última tentativa supliquei: “Sr. A., por favor, vamos colocar a sonda!” e a resposta foi: “Não! Me deixe descansar!” Não teve como conter as lágrimas junto da filha e do cãozinho que todo o tempo estava ao lado da cama e parecia entender toda a situação. Nos abraçamos e decidimos compreender o que ele queria.

A filha me chamou à sala e questionou: “Quantos dias ele tem?” Não sabia o que responder e disse: “Não temos como saber, só Deus! Talvez 7 ou 15 dias. Não temos como saber !”

E durante uma semana, todos os dias, eu ligava para a filha questionando o quadro clínico de seu pai. Chorosa, respondia que ele ingeria diariamente apenas pequena quantidade de leite com suplemento. E só. Mantivera seu quadro de lucidez e reafirmava que não aceitava a sonda para alimentação.

Estávamos todos contando os dias... agoniados, esperando algum milagre. O único sereno era Sr. A. Talvez estivesse ansioso para o reencontro com a esposa...

A mistura de tristeza por estar prestes a perder um paciente-amigo era grande. Ao mesmo tempo, a felicidade em imaginar o quanto ele ficaria bem e feliz era maior. E assim, após 15 dias da negativa de sondagem, numa tarde chuvosa e fria de domingo, ele conseguiu seu almejado descanso. Deveria ir logo ao encontro de sua amada esposa, e aí assim “VIVER” ao seu lado para sempre.

SAUDADES DE UMA GRANDE HISTÓRIA DE VIDA

TALITA ANDRESSA P. DA SILVA

AUXILIAR DE ENFERMAGEM DO SETOR DE EXAMES DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES

O dia 6 de Dezembro de 2010 foi o início de um longo processo de adaptação em um local desconhecido, onde tudo era diferente do que eu já havia exercido. Nesta data, iniciava o trabalho de cuidadora no Hospital Premier. Fui apresentada à paciente T.J., 84 anos, e informada que era bastante agitada. E que a maioria das cuidadoras não conseguia continuar no plantão; todas haviam desistido.

Desde aquele dia sabia que iria mudar a minha vida e a de quem eu iria compartilhar alguns momentos de alegria e de sofrimento. Quando me deparei com T.J., vi uma senhora adormecida, respirando intensamente e tão frágil. Então iniciei minhas tarefas como toda profissional em começo de uma grande batalha: tentando fazer com que ela confiasse em meu trabalho.

Nos meus primeiros dias foi tudo muito complicado. Ela ficava bastante agitada. Gostava que nós, cuidadores, ficássemos somente dando as mãos para ela, noite e dia. Passados dez dias, ela começou a confiar em mim. Contudo, tinha que ser na hora dela. Era preciso paciência e compreender todo o seu anseio.

Aos poucos, fui descobrindo qual era o seu medo. Eu não entendia o porquê dela bater tantas palmas mesmo quando dávamos a ela a certeza de que estaríamos sempre tentando confortá-la. Criei coragem e perguntei: “Por que a senhora fica tão aflita?”. Ela então me respondeu: “Tenho um grande medo de morrer”.

Com meu coração disse a ela que isso só aconteceria quando Deus permitisse. Ela era muito isolada e bastante carente. Comecei a mostrar para ela o quanto era importante e bom andar de cadeira de rodas pelos jardins do hospital ou nos corredores para ver outras pessoas. Ou assistir a um programa de culinária na TV, fazer algumas atividades com a T.O., Fisioterapia e outras atividades. Seria bom quer ela fizesse dez ou quinze minutos de atividades pois isso estimularia sua vontade de reagir.

Fomos ficando mais amigas e tudo foi se ajeitando. No Natal, era comemorado o seu aniversário, e todos os seus familiares compareciam no momento da visita e faziam uma grande festa. Mas T.J sempre emburrada. Ainda assim, percebíamos que nada disso importava pois o amor de seus familiares era maior.

Depois de 4 meses de convívio contínuo, ela teve repentinamente uma parada cardíaca e foi internada na unidade semi-intensiva, onde permaneceu por mais 30 dias.

Sempre que podia, eu a visitava. Até que no dia 11/5/2011 recebi a notícia da melhora de T.J. Ela estava de alta para o quarto. Queria retomar as atividades que realizávamos antes de sua piora, mas ela estava bastante debilitada. Tínhamos que recomeçar o processo de forma bem lenta e com bastante caute-

la.

Infelizmente, no dia 27/5/2011, por volta das 21h, T.J começou a ficar bastante cianótica e com as pupilas bem dilatadas. Acionei a campanha do quarto. Em instantes veio toda a equipe do hospital para o atendimento necessário. Logo em seguida vejo T.J tranquila e adormecer até o dia seguinte. Dentro de mim eu sabia que havia algo de errado.

Na manhã seguinte ela teve mais uma crise convulsiva. Mais tarde teve outra e assim foram os seus últimos dias. Ela foi ficando inconsciente e sem reação.

T.J estava sob o manto dos Cuidados Paliativos. Na madrugada do dia 1º de junho, às 2h, vejo minha florzinha dar os seus últimos suspiros e ir a óbito. Naquele momento fiquei sem chão: era como se um buraco se abrisse e fôssemos colocadas juntas dentro dele. Quando a família chegou, tive que ser forte para confortá-los.

A partir desse dia tivemos que nos conformar. Arrumamos seus pertences e, como gratidão da família, ganhei o ursinho que T.J mais amava. Guardo-o comigo como uma gota de esperança que pode ainda existir: o amor.

Anjinho, descanse em paz, com a virtude dos pássaros que usam suas asas como um livre e constante desabafo.

A ARTE DO CUIDAR

VANILDA MARTINS COSTA

BACHAREL EM ENFERMAGEM. ENFERMEIRA DO PLANTÃO NOTURNO E AVALIADORA DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES

“Cuidar é uma ciência, é uma arte, é mais que um ato, é uma atitude solene”.

Minha caminhada em assistência domiciliar se resume a 12 anos. Ouço desabaços de pessoas que cuidam, uns tristes, outros comoventes. São muitos os que me comoveram, mas não seria possível inserir todos aqui. Resolvi então colocar alguns como “lição de vida e significado do cuidar com prazer”.

Cuidado significa atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é também perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostra, seus gestos e falas, sua dor e limitações. Percebendo isso, o cuidador tem condições de prestar o cuidado de forma individualizada, a partir de suas ideias, conhecimentos e criatividade, levando em consideração as particularidades e necessidades da pessoa a ser cuidada.

Relatos de cuidadores em assistência domiciliar

Cliente de 80 anos, com diagnóstico de Alzheimer e sequelas de AVC.

Cuidadora: filha

Todos os dias, ao acordar, pergunto se vou conseguir sobreviver mais um dia. É uma pergunta sem finalidade, pois ali em outro quarto, em uma cama, tem uma vida que necessita de mim, dos meus cuidados, do meu olhar, do meu aperto de mão, ou somente de um bom dia. Eu mesma respondo a minha pergunta: não vou sobreviver mais um dia e sim viver muitos dias: alguém quer que eu viva. Ao passar todos os dias naquela porta, meus pensamentos voltam ao passado. Um dia aquela pessoa que ali está deitada, com o olhar perdido no espaço de quatro paredes, foi minha super mulher. Foi aquela que, mesmo com dificuldades, conseguia matar a minha fome e a minha sede. Hoje, está no leito dependendo do estender das mãos das pessoas. Não posso abandoná-la agora, este é o momento que devo ser uma rocha pletórica. No seu rosto vejo transparecer uma vontade de ir embora, mas quando encosto minha mão na tua, vejo aquela dor se transformar em paz. É nesse momento que percebo que a minha luta é uma pequenina parte da luta pela sobrevivência daquela mulher que me deu a vida - “minha mãe”.

Cliente de 87 anos, sequelas de AVC.**Cuidadora: nora**

Há seis anos ela está em serviço de home care e estamos lutando para dar um final de vida digno a esta paciente (minha sogra). Por causa de algumas doenças oportunistas como a pneumonia e a ITU, somos obrigados a interná-la em instituição hospitalar. Vimos a sua dor e seu único pedido é: “deixe-me ir em paz e não lute mais por mim; sou caso perdido”. Comovidos, fazemos o possível para levá-la de volta ao nosso lar, mesmo que nossa dor, nossa luta, nosso trabalho, sejam grandes. “Queremos ela perto de nós e de vez em quando vê-la sorrir para nossas crianças.”

Cliente de 47 anos, com diagnóstico de ELA**Cuidadora: esposa**

Ele era um homem forte, batalhava muito pela sua família. Aos 44 anos de idade, começou a perder a força motora e foi diagnosticado esclerose lateral amiotrófica (ELA), doença até então desconhecida para nós. Desde este período, está em serviço de home care, e a cada dia se definhando. Consciente, comunica-se através de gestos formais. Fazemos o possível para o mantermos em casa, mesmo que o nosso sofrimento seja grande. Todos os dias ele pede: “estou morrendo aos poucos, não quero que vocês me vejam morrer”. É triste ver alguém tão querido indo embora. Mesmo assim estamos lutando para deixá-lo perto de nós, contrariando sua última vontade. “Este homem que estou vendo ir embora sem que eu possa fazer algo para trazê-lo de volta, apenas posso dar carinho, é meu esposo”.

Cliente de 85 anos, com diagnóstico de TVP crônica**Cuidadora: neta**

Ela era uma senhora forte, linda, de olhos azuis, alegre e querida pelos amigos e familiares. Tinha uma ferida grande em sua perna esquerda que não cicatrizava. Começou a perder a vontade pela vida, dizia que não queria mais viver e dar trabalho a todos que estavam à sua volta. Chorava em seu silêncio, queria ficar sozinha em sua cama porque já não conseguia forças para andar. Seus netos sempre estavam por perto dando amor, carinho, e palavras meigas. Recebia todos os cuidados necessários em seu lar e mesmo assim relutava para não viver. Fizemos de tudo para que ela não desistisse da vida, mas em uma noite fria, seu coração enfraqueceu, teve uma parada cardíaca e a faleceu. “Essa senhora que faleceu era minha vida, minha esperança, era a minha querida avó. Hoje ficamos com sua lembrança e as histórias que contava para nós.”

DUPLO ALÍVIO

VIVIANE CRISTINA ROZELLI

GERENTE DE ENFERMAGEM DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES

Sra. S.C, 85 anos, iniciou atendimento de Home Care com diagnóstico de neoplasia de útero e pelve congelada. Seu quadro clínico e o estágio do tumor não permitiam uma operação. Seria muito arriscado para a paciente.

Devido a impossibilidade de cirurgia, mantinha-se apenas um tratamento conservador com uma sondagem vesical de demora com irrigação contínua, uma vez que a urina da paciente apresentava grande quantidade de grumos e sangue. Por diversas vezes o dispositivo ficava obstruído; seus grumos ou coágulos de sangue eram de tamanho superior ao que a sonda conseguia drenar. A inoperância desse sistema acarretava uma retenção urinária (ausência de diurese), causando-lhe muito desconforto e dor.

Em um episódio de obstrução dessa sonda, como comumente ocorria, o enfermeiro Thiago, na época subgerente de enfermagem, sob gerência do hoje coordenador do Home Care, Marcio Sampaio, acionara a enfermeira visitadora do domicílio para realizar uma visita à paciente e passar uma nova sonda vesical de demora, reiniciando o procedimento de irrigação e lavagem da bexiga da paciente.

A enfermeira, na época com 10 anos de experiência, compareceu ao domicílio e realizou cinco tentativas sem sucesso no procedimento. Após isso, ela, como de rotina e processo estabelecido na empresa, acionou o Enfermeiro Thiago informando que não havia conseguido realizar o atendimento da paciente.

A essa altura, Sra. S.C., com sua dor aumentada, solicitava insistentemente para ser encaminhada ao hospital para que seu problema fosse resolvido. Contudo, a demora na liberação de uma remoção e de uma vaga em ambiente hospitalar, faria uma espera ainda maior e a paciente não suportaria.

Diante disso, ambos os enfermeiros Thiago e Márcio me chamaram para uma conversa sobre essa ocorrência que estava em andamento e solicitar meu comparecimento ao domicílio para mais uma tentativa e reavaliação da paciente antes de removermos a paciente. Nessa época, em abril de 2006, trabalhava no setor administrativo da empresa há pouco menos de 2 meses e havia estava formada há apenas 4 meses.

Não tivera nenhum contato com pacientes depois dos estágios da graduação. Fiquei muito nervosa, pois além disso, jamais havia passado uma sonda vesical de demora, nem mesmo sob supervisão dos professores. Meu nervosismo era tão grande que sequer conseguia me lembrar quais materiais (sonda, gaze, anestésico, antiséptico, seringa – todos pareciam monstros nessa hora) seriam necessários para realizar o procedimento. Porém, nem por um momento disse aos meus superiores que eu estava insegura ou receosa com esse atendimento. Afinal, era minha obrigação, como enfermeira, saber o procedimento, o qual

aprendi em aulas teóricas na graduação.

Solicitei ao subgerente que separasse o material e liberasse um carro para me levar até a residência da paciente. O material foi separado prontamente e o carro estava a minha disposição para a ida até o domicílio. Durante o percurso, os sinais de nervosismo eram claros; suava frio, as pupilas estavam dilatadas e as mãos trêmulas. Comecei a rezar. Era a única coisa que podia fazer naquela hora. O caminho se tornara o mais longo de toda a minha vida. Enquanto rezava, tentava repassar passo a passo o procedimento que iria realizar logo a seguir. Enfim chegamos. Não se passaram nem 20 minutos da minha saída do Home Care até o domicílio da paciente. Toquei o interfone do apartamento avisando de minha chegada e foi autorizada minha entrada. Faltavam poucos metros para encarar a situação. Somente eu, naquela ocasião, poderia resolvê-la ou complicá-la.

Fui recepcionada pela auxiliar de enfermagem que acompanhava a paciente. Ao chegar ao quarto, deparei-me com uma senhora com fâcie de dor, idosa, com seus cabelos bem brancos e que solicitava, insistentemente, sua remoção. Creio, não fosse sua dor, que seu desejo era permanecer tranquila em seu leito, sem ser necessária nenhuma saída de seu lar, desejo esse daqueles que estão em atendimento domiciliar com cuidados paliativos.

Ela já estava sem nenhuma sonda, a anterior havia sido retirada pela enfermeira visitadora. Acalmei a Sra. S.C. e expliquei que caso não conseguisse realizar o procedimento na primeira tentativa, iria junto com ela para o hospital. Para distraí-la, enquanto preparava todo o material, liguei a televisão em seu programa favorito e deixei-a assistindo. Solicitei ajuda da auxiliar de enfermagem para o preparo dos materiais. A mesma estava me interrogando com relação a minha experiência profissional enquanto me auxiliava.

Tudo pronto. Respirei fundo, calcei as luvas estéreis, expus a uretra da paciente e havia presença de sangue. A região estava bem machudada devido as tentativas anteriores. Passei bastante anestésico na sonda e na paciente para que a mesma não sentisse dor durante o procedimento de passagem da sonda.

Enquanto a Sra. S.C. assistia sua televisão, eu introduzia a sonda bem lentamente. Para minha felicidade, a sonda começou a refluir e a urina já era visível na bolsa coletora e em todo o sistema. Iniciamos o procedimento de irrigação e a sonda foi fixada na paciente.

Informei a Sra. S.C. que o procedimento estava concluído e que não seria mais necessário removê-la ao hospital.

O alívio foi duplo, meu e o da paciente. Sua dor sumira e meu nervosismo também, pois havia conseguido realizar o procedimento e impedira que a paciente fosse removida ao hospital.

Jamais poderei esquecer o momento e as palavras de gratidão da Sra. S.C.. Despedi-me sob súplicas de retorno ao domicílio caso o problema se repetisse.

Mais aliviada, e feliz da vida, retornei ao carro que me trouxe de volta para a empresa. Ao chegar, informei todo o ocorrido a meus superiores e o sucesso do procedimento. Somente nesse momento informei-lhes que esse havia sido o meu primeiro procedimento de sondagem vesical em paciente.

Achei que seria morta nesse momento, pois poderíamos ter tido problemas com o convênio da paciente diante de uma queixa, porém fui parabenizada e orientada a informá-los sobre outras situações que jamais fizera, antes de ir ao domicílio. Sigo esse aprendizado e orientação até hoje e os repasso a toda a equipe como uma experiência de vida.

Quanto à Sra. S.C., nunca mais retornei ao seu domicílio. Ela falecera pouco tempo depois, em decorrência de sua doença.

PARTE 3

Reflexões & Poéticas

O QUE FAZER EM CUIDADOS PALIATIVOS?

ANDREA FRANCISCO BRITO

GERENTE DO DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA DO HOSPITAL PREMIER, SÃO PAULO INTERNAÇÕES
DOMICILIARES E PROATIVA SAÚDE

Cuidar

Unir

Inovar

Doar

Amar

Dividir

Olhar

Saudar

Paliar

Assistir

Lutar

Inspirar

Acolher

Tocar

Instruir

Vivenciar

Ouvir

Sentir.

O que podemos fazer em Cuidados Paliativos?

LIBERDADE

NILZA CRISTINA SOUSA ROBERTO

AUXILIAR DE FATURAMENTO DO GRUPO MAIS

Liberdade de fazer o que gosto,
O que tenho vontade,
Liberdade para voar,
Mesmo que com as asas da imaginação
E com ela posso pensar um mundo melhor
Onde ninguém sinta a dor,
Que machuca e impede de sermos livres
Eu quero andar, correr, quero falar e ser feliz,
Quero minha autonomia, minha vida de volta.
Eu me lembro, mesmo que vagamente,
Das coisas que fazia.
Pequenas coisas, mas que hoje vejo tão importantes.
Que saudade da minha vitalidade,
Minhas próprias roupas
E conseguir vesti-las sozinha.
Quando no auge da minha plena juventude,
Esbanjava beleza por onde passava,
Hoje com as marcas de uma vida que passou,
Vida sofrida, vida vivida, repenso o que fui.
Agora as pessoas dizem o que tenho que fazer,
em todos os momentos, pessoas diziam o que devo fazer.
A diferença está na escolha entre fazer ou não.
Hoje já não posso mais escolher...
Triste vida essa...

UM NOVO OLHAR

EVERLY ROSARIA DE SOUZA

TÉCNICA DE ENFERMAGEM. GRADUANDA DE ENFERMAGEM NA UNIVERSIDADE ÍTALO BRASILEIRO.
DEPARTAMENTO DE CONTAS MÉDICAS DO HOSPITAL PREMIER

Sempre fui muito concentrada no trabalho, e essa concentração, junto com uma “sede” de crescer, nunca me deu tempo de ver as pessoas à minha volta com um olhar humano, sem barreiras ou julgamentos... Até este ano...

O paciente era só mais um paciente, o cuidador era só mais um cuidador e o familiar também era só mais uma pessoa. O que realmente fazia a diferença era ficar bem feito. Mas neste ano, tive a notícia que seria mãe, e o que no início não parecia mudar em nada, com o passar das semanas foi mudando a parte mais importante em mim, o meu olhar.

O jeito de enxergar as pessoas, de tudo que está em minha volta, e o que parecia ser tão normal, passou a ter um novo significado, muito mais intenso, com muito mais clareza. E essa clareza veio desprovida de julgamentos, alimentando assim meu desejo de conhecer as pessoas, suas histórias. Entendi que cada uma delas tem algo de especial, e que cada uma delas é especial pra alguém.

Vim sentindo um desejo de fazer com que cada dia valesse a pena, de realmente fazer a diferença. E ao olhar ao meu redor, me deparei com duas situações que nunca havia percebido estar tão perto.

Um pai que cuida de seu filho adolescente que interrompeu suas atividades diárias, ainda muito jovem e atualmente sem perspectivas melhora do quadro clínico, mas mesmo assim, esse mesmo pai, numa mistura de sentimentos de amor e culpa, se apóia na esperança da recuperação de seu filho. E uma mãe, que numa prova de amor imensurável, abandonou toda família, para ser a grande companheira de sua filha, vítima de paralisia cerebral, com a certeza de que vai valer à pena. Essas são só duas histórias, das muitas que vivenciei.

Ao dar espaço para essas sensações, percebi que esse sentimento não é único. É paterno, é materno, é um sentimento que várias pessoas à minha volta sentem, ou irão sentir. Basta se permitirem a isso: a dar espaço para um novo olhar.

A cada bebê que nasce, nasce também uma mãe, nasce uma nova mulher.

RESPEITAR O IDOSO É RESPEITAR O SEU PRÓPRIO FUTURO

MARCELA GONÇALVES

AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES

A assistência prestada pela equipe multiprofissional da São Paulo Interações Domiciliares é fundamental para o bem estar do paciente e de sua família. Trabalhamos com muita responsabilidade, dedicação e de uma forma muito humana, pois nós sabemos a importância, tanto para quem está doente quanto para a família, de dispor de uma assistência domiciliar e os benefícios que ela proporciona.

O respeito ao idoso me faz recordar o poema transcrito abaixo. Com isso, expresso o meu mais profundo respeito e admiração pelo competente cumprimento da missão da nossa empresa.

A arte de envelhecer

Oswaldo Augusto Cavallario

*Viva, viva, viva o momento presente.
 Não deixe para amanhã o que pode fazer hoje.
 Observe-se o bastante para não se enganar sobre si mesmo.
 Corrija as sua falhas com diligência e coragem.
 Ria de si mesmo.
 Seja equânime e justo.
 Seja Verdadeiro e cuidadoso com as pessoas.
 Dê sem pensar em retorno, nunca.
 Prepare-se para ser o professor em vez do aluno.
 Tenha compaixão pelo sofrimento alheio.
 Sempre tente ajudar:
 Sua linguagem agora é a paciência.
 Mesmo que não queira, ela nasce numa determinada idade...
 Limpe o Seu carma e o de sua família praticando boas ações
 e dedicando o mérito para o benefício de todos os seres;
 Assim você estará preparando o seu futuro,
 sua velhice, sua madurez.
 Prepare-se para morrer um dia,
 pergunte-se o que vai responder quando for indagado:
 “-O que você tem para nos mostrar da sua vida?”
 Porque você será indagado, seja ateu ou devoto.
 Você dará vários nomes a isso. Essa energia:
 Buda, Cristo, Deus, Energia, Vida, Mente, Psique, Eu mesmo.
 Mas ela estará lá, dentro/fora de você,
 como sempre esteve e estará.
 Observe a natureza, o tao.
 Tudo nasce, tudo morre, tudo tem um ciclo.
 Viva os seus ciclos com paixão, sem medo.
 É a sua vida!*

ANJOS DOS CORREDORES

VANILDA MARTINS COSTA

ENFERMEIRA AVALIADORA DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES

São pessoas que iniciam o dia com a missão de “ajudar”, esquecendo de suas famílias e lares, vivendo apenas para o bem estar do próximo, o “paciente”, e no fim do dia ter a satisfação de seu dever cumprido.

Quando no recesso de seu lar, quantas vezes são chamados para socorrer algum vizinho, ou para ajudar em algum acidente. Sempre estão dispostos a largar tudo e acudir quem deles estiver necessitando.

Profissão que exige uma vocação, podendo ser um sonho que inicia na infância, até transformar este sonho em carreira, ou mesmo desejo na fase adulta, não podendo ser definida como um trabalho de forma mecanicista, nem o paciente como um conjunto de problemas biológicos aguardando o resultado de uma reação química de fármacos prescritos. Diante dos nossos olhos, o paciente não é um problema biológico e sim uma pessoa, um ser humano único em busca do alívio ao seu sofrimento. Esta visão empresta à enfermagem a característica de profissão humanizada e elevada em seus princípios fundamentais.

São responsáveis quase diretos pela vida daqueles que estão sob seus cuidados, estas pessoas somos nós; profissionais da Enfermagem: Enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem.

Existirá emoção mais nobre e sublime para nós, profissionais da enfermagem, quando estamos a colaborar com a mais rica de todas as atividades humanas - o alívio do sofrimento do nosso próximo.

Para Vanda Horta, “o profissional da enfermagem é um ser humano emotivo, sensível, amoroso e solidário com o sofrimento humano, razão pela qual se dedica ao trabalho que escolheu como profissão”. Esta profissão renomada surgiu do desenvolvimento e evolução das práticas de saúde no decorrer dos períodos históricos.

As práticas de enfermagem instintivas foram as primeiras formas de assistência. Teve início em instituições hospitalares e asilos; em domicílios, iniciou no período colonial com uma simples prestação de cuidados aos doentes, realizada por um grupo formado, na sua maioria, por escravos. O trabalho do profissional da enfermagem vai crescendo em domicílios. Trata-se de um trabalho sublime, comprometido cada vez mais com a saúde e o bem-estar do ser humano.

NOVAS CONQUISTAS E NOVOS OBSTÁCULOS

FABIO ROBERTO MACIEL VIEIRA

ENFERMEIRO CLÍNICO DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES

Iniciei como Auxiliar de Enfermagem na São Paulo Internações Domiciliares em 16 de novembro de 2010. Para mim era tudo novo, pois minhas experiências como auxiliar eram somente na área hospitalar por quase 13 anos. Já tinha trabalhado em Home Care, mas foi em residências de pacientes onde adquiri conhecimentos que me acrescentaram muito.

Tudo o que é novo assusta. Mas fui tão bem recebido pela equipe que logo o medo passou. Já na entrevista conheci uma pessoa muito boa e com um coração gigante que é a enfermeira Renata Alter. No meu primeiro plantão noturno, conheci a auxiliar de enfermagem Patrícia Cerqueira, auxiliar de enfermagem Alessandra Santos e a enfermeira Vanilda Costa, que me receberam muito bem e tiveram muita paciência para me ensinar e orientar em minhas funções.

Estava adorando tudo, mas tinha uma grande dificuldade para falar ao telefone e via rádio, em público. Tinha ainda o medo pois não tinha muito conhecimento do chamado IW e do monitoramento dos pacientes. Mas aos pouco a enfermeira Vanilda, com muita calma e paciência, foi me explicando tudo. Haja paciência nisto.

Meu serviço era fechar escalas dos pacientes que necessitavam de cuidados, como curativos, que estavam em uso de antibiótico, solicitação de recargas de O2, comunicar nas residências visitas médicas que, dependendo do grau de necessidade do paciente, seriam semanais, quinzenais ou mensais. Parece pouca coisa mas quando via aquele monte de telas, anota aqui anota lá, envia notes para enfermagem, fisioterapia, farmácia... Achava que nunca iria conseguir. Mas na vida basta querer. Consegui passar por esta barreira com bastante esforço e força de vontade de aprender.

Em dezembro, recebo uma ligação da gestora Sonia perguntando se eu tinha interesse em assumir plantão diurno. Fiquei meio confuso e assustado pois não poderia perder o emprego. Mas também não queria trabalhar no período diurno. Fiquei tão atrapalhado que nem perguntei o motivo. Fiquei de pensar e retornar com a resposta para a gestora no mesmo dia.

Pensei, pensei, e retornei a ligação. Perguntei por qual motivo, pois já estava acostumado a trabalhar no noturno há 12 anos. Ela falou que eu teria uma chance como enfermeiro e não mais como auxiliar de enfermagem. Não pensei duas vezes e aceitei. A sorte não bate na mesma porta duas vezes.

Iniciei como enfermeiro sabendo das dificuldades que teria. Nem ao menos sabia como as pessoas do Home Care me aceitariam nessa nova função. Mas fui bem recebido pela equipe; passei em todos os setores para treinamento e todos tiveram muita paciência comigo de me explicar e me orientar quanto ao serviço. Às vezes ouvia: “vou passar o serviço para o enfermeiro Fabio”. Confesso que ainda não tinha me dado conta de que o Enfermeiro Fabio era eu!

Quando recebia uma ligação de familiar solicitando um suporte, ficava meio assustado, pois não estava vendo paciente e teria que acreditar no que estava ouvindo do familiar ou do auxiliar de enfermagem, no outro lado da linha. Tinha que tomar uma conduta ou saber como orientar a pessoa que se encontrava em alguma dificuldade ou dúvida quanto ao paciente. Esperavam que eu os orientasse para realizar um cuidado, uma administração de medicamento ou mesmo solicitar uma avaliação médica de urgência.

Olhava para o lado meio sem jeito e perguntava para quem estava de plantão comigo – Enfermeiras Renata Alter e Patrícia Ferraz, que com muita paciência explicavam como funcionavam esses atendimentos e como realizar os contatos médicos, solicitações de exames e outros atendimentos necessários para manter paciente estável e confortável, e os familiares tranquilos, na medida do possível.

Como é inevitável quando estamos aprendendo, errei bastante no começo mas hoje posso dizer que erro bem menos que antes. Estou aprendendo a cada dia e com esta equipe sei que tenho muito que aprender.

Hoje não vejo pessoas que trabalham comigo e sim uma nova família que conquistei. Agradeço a todos do Home Care, especialmente a Gerente Viviane, Enfermeiras Renata, Patrícia e Vanilda e as auxiliares de enfermagem Patrícia, Eliane, e Alessandra, pela paciência que tiveram comigo e pela oportunidade de crescer tanto profissionalmente quanto como ser humano.

DE SANCHO PANÇA A DOM QUIXOTE

DIOGO OLIVE GOMES

MÉDICO COORDENADOR CLÍNICO DA SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES

Minha história no Grupo MAIS iniciou-se por volta de 2005, surpreendentemente para alguns, como auxiliar administrativo. À época, estudante de medicina, conheci o personagem que modificaria minha jornada profissional para sempre. Os ideais e filosofias apresentados a mim por ele, como um verdadeiro professor catedrático, regaram-me e fizeram minhas raízes aprofundarem. Esse internato voluntário a que fui submetido, acompanhando um mestre, assim como antigamente, foi decisivo na escolha da especialidade médica a ser seguida por mim.

Desde o início da faculdade, tive preferência absurda por disciplinas cirúrgicas. Estava ávido e certo da carreira em cirurgia geral. Após ser convidado a tornar-me médico do grupo, fiquei mais uma vez vislumbrado pelas histórias e desafios enfrentados. Logo, posso dizer que iniciei minha jornada como Sancho Pança e a termino como Dom Quixote, tornando minhas as ideologias e “fantasias”, que fizeram do meu mundo o “real”.

Hoje, estou na carreira de Medicina de Família e Comunidade, apaixonado pelo cuidado, em todos os seus aspectos. Agradeço, humildemente, a esse mestre. Hoje entendo sua admiração pelos personagens de Cervantes.

LISTA DE AUTORES

1. Andrea Francisco Brito
2. Carolina Oliveira Tieppo
3. Cristiane Sugawara
4. Débora Cristina Romualdo Nozzella
5. Deborah Keiko Shimabukuro
6. Denize Ruiz de Borba
7. Diogo Olive Gomes
8. Everly Rosaria de Souza
9. Fabiana Sousa Novais Petitto
10. Fabiano Camargo
11. Fabio Roberto Maciel Vieira
12. Flaviana Cavalcante da Silva
13. Gabriela Fiorone Cheque Selmini
14. Geovan Farias de Lira
15. Gleice Maria Maciel Caputo
16. Juliana Bueno Rodrigues
17. Laís Folha Peccia
18. Letícia Mota
19. Marcela Gonçalves
20. Marcio Sampaio Mendes
21. Maria Lucidalva da Silva
22. Maria Luiza Costa de Souza
23. Marilia Bense Othero
24. Natalia Tulli
25. Nilza Cristina Sousa Roberto
26. Patricia Alves Cerqueira
27. Patrícia Ferraz da Rosa
28. Patrícia Sereno
29. Paula Adriana de Nobile Branco
30. Priscilla Modesto Nogueira
31. Renata Alter
32. Rosane Lima dos Santos Kümpel
33. Severino do Ramo Rocha
34. Suellen Meireles Damasco
35. Talita Andressa P. da Silva
36. Vanda Oliveira Santos Constantino
37. Vanderson Caetano dos Santos
38. Vanilda Martins Costa
39. Vaniusa Silva Abade
40. Viviane Cristina Rozelli

Agradecimentos

Neste ano, fruto da demanda de parte dos funcionários do Grupo MAIS, esta publicação foi precedida do curso **Cultura Científica – módulo preparatório ao Prata da Casa 4** e do qual participaram 42 pessoas.

De cunho educativo não-formal, a atividade foi coordenada pela OBORÉ e contou com a parceria do Departamento de Jornalismo e Editoração da Escola de Comunicação e Artes da USP. Oferecido pelo Hospital Premier/Grupo MAIS aos interessados em desenvolver suas capacidades de escrita científica para fins de publicação, o curso foi realizado quinzenalmente, entre os meses de fevereiro e junho de 2011, com 72 horas de atividades presenciais, leituras e práticas de produção de textos.

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

É pela oportunidade da rica convivência e da saudável troca de conhecimentos que registramos aqui o nosso mais profundo agradecimento ao seletivo grupo de profissionais:

Angélica Yamaguchi, médica especialista em Geriatria e Gerontologia, assistente do Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI) e membro do Núcleo de Apoio à Pesquisa na disciplina de Geriatria e Gerontologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HC-FMUSP).

Audálio Dantas - Reconhecido como um dos textos mais brilhantes do jornalismo brasileiro, foi deputado federal e presidente do Sindicato dos Jornalistas de São Paulo à época do assassinato do jornalista Vladimir Herzog pela ditadura militar (1975). Foi o primeiro presidente da Federação Nacional dos Jornalistas e vice-presidente da Associação Brasileira de Imprensa. Atualmente, é o diretor executivo da revista Negócios da Comunicação. Escreveu, entre outros livros, O Circo do Desespero, Repórteres, O Chão de Graciliano (Prêmio APCA 2007) e A Infância de Graciliano Ramos (Prêmio Fundação Nacional de Literatura Infantil e Juvenil).

Ausonia Favorido Donato - Doutora em Saúde Pública pela USP, com Mestrado em Educação em Saúde Pública e Psicologia da Educação. Dedicou-se ao trabalho na área de educação formal e na área de saúde pública desde 1969. É Diretora Pedagógica do Colégio Equipe, em São Paulo, e Diretora do Núcleo de Formação e Desenvolvimento Profissional do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de SP.

David Braga Jr - Médico especializado em Clínica Médica pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP). Administrador público especialista em Planejamento Estratégico para Ações de Governo pela Unicamp. Consultor da OPAS, Fiocruz e Ministério da Saúde. Médico concursado do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. Atualmente, coordena o Centro de Ensino, Pesquisa e Desenvolvimento Profissional do Grupo MAIS.

Manuel Carlos Chaparro - Doutor em Ciências da Comunicação e Livre Docente da Escola de Comunicações e Artes da USP. Atua no Jornalismo desde 1957 sendo quatro vezes premiado com o Esso de Jornalismo. Foi presidente da INTERCOM - Sociedade

Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, principal sociedade científica brasileira na área da Comunicação Social, e é membro do Conselho de Ética da Abra- com – Associação Brasileira das Agências de Comunicação.

Marcelo Soares - Jornalista investigativo. Escreve para vários jornais e revistas, incluindo o Los Angeles Times. Traduz gibis para a Panini Comics Brasil e escreve o blog “E Você Com Isso”. Um dos criadores da Associação Brasileira de Jornalismo Investigativo, ganhou o Prêmio Esso de Jornalismo por montar um banco de dados de políticos. Organiza cursos sobre Reportagem Investigativa com Auxílio de Computador e ministra oficinas sobre Jornalismo de Precisão.

Marina Ruiz de Matos - Cientista Social com mestrado em Epidemiologia e doutorado em Saúde Coletiva pela Unifesp. É pesquisadora científica da Superintendência de Controle de Endemias da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e professora do Departamento de Medicina Preventiva da Unifesp. Tem pesquisas, atuação e publicações nas áreas de planejamento e avaliação de serviços de saúde e epidemiologia de doenças endêmicas.

Abaixo, o registro da aula inaugural do Curso com a presença da educadora Ausonia Donato, coordenadores e alunos. Na sequência, os professores convidados.



Fotos: Marcos Zaniboni (Oficina d’Olhar)



Da esquerda para a direita:
Audálio Dantas, Manuel Chaparro, Angélica Yamaguchi, Ausonia Donato, David Braga, Marina Ruiz de Matos e Marcelo Soares.

Conheça mais o MAIS

Conceber, organizar e fazer funcionar cotidianamente um modelo empresarial sustentável que contemple as circunstâncias econômicas, sociais, humanas e culturais globais, nacionais e locais não é tarefa fácil nos tempos atuais. Exige paciência e muita disciplina. Exige uma atuação no presente com o olhar no futuro. Exige também sabedoria: reconhecer as enormes dificuldades de transformar teoria em prática mas fazer, de fato, tudo o que tiver que ser feito para uma idéia virar realidade.

Em julho de 2008, dirigentes administrativos e técnicos das empresas São Paulo Internações Domiciliares, Premier Residence Hospital e ProAtiva Saúde reuniram-se para planejamento estratégico. Através de uma discussão bastante enriquecedora, foram construídos e pactuados conceitos gerais de estratégia para implementar uma organização que, além de agregar as empresas já consolidadas, pudesse incorporar novas empresas e novas atividades dentro um Modelo de Atenção Integral à Saúde.

Assim, sob o signo da ousadia e da clara intenção de crescer e frutificar, esta nova organização foi denominada MAIS, prefixo que, desde então, passou a acompanhar o nome das empresas ou atividades abraçadas pelo Grupo. Sua Missão, Visão, Valores e Diretrizes foram então elaboradas e as novas prioridades estabelecidas.

Aspectos fundamentais como logística, custo, racionalização e otimização das ações foram objetos de análise profunda, assim como também o foram as atividades ligadas à formação - capacitação regular e permanente, estímulo ao estudo, à pesquisa e à divulgação dos resultados do trabalho e da experiência prática dos profissionais – fator importante para obter resultados positivos na atividade de atendimento domiciliar no Brasil.

De olho no futuro mas calcado no conhecimento acumulado de mais de uma década de trabalho no campo da saúde, o Grupo consolidou e fundamentou as bases de uma atuação segura e competente no mercado de prestação de serviços, dentro de conceitos técnicos e administrativos irremediáveis, onde a atenção integral às necessidades dos pacientes, dos seus familiares e cuidadores é protegida pela competência técnica e ética de sua equipe de colaboradores.

grupo **MAIS**
Modelo de Atenção Integral à Saúde



A São Paulo Internações Domiciliares é uma das maiores empresas do segmento no Brasil e seu principal objetivo é garantir ao paciente assistido em seu LAR níveis de qualidade e segurança compatíveis aos oferecidos no ambiente hospitalar. Por meio desse serviço, o paciente é atendido com mais conforto, de forma individualizada, próximo da família e das pessoas que ama e com um risco de infecção muito menor.

A São Paulo Internações Domiciliares está capacitada a atender pacientes nos diversos níveis de complexidade clínica, desde atendimentos pontuais até pacientes com grande dependência dos mais variados diagnósticos.

Contamos com uma estrutura de Call Center com Retaguarda Médica 24h. Dispõe de Unidades Avançadas de Atendimento Móvel para suporte ao atendimento de Urgências/Emergências nos domicílios (APH - Atendimento Pré-Hospitalar).

www.spinternacoes.com.br



O Premier Hospital é especializado no atendimento a pacientes crônicos de alta dependência, especialmente idosos, portadores de patologias como neoplasias em estágio avançado, demências, sequelas neurológicas graves e outras doenças crônicas.

O trabalho segue os princípios dos Cuidados Paliativos. Segundo a Organização Mundial de Saúde, são o conjunto de medidas capazes de prover melhor qualidade de vida à pessoa com alguma doença que ameaça a continuidade da vida, bem como a seus familiares, com impecável controle de dor e sintomas desconfortáveis, e suporte emocional, social, espiritual em equipe multiprofissional.

www.premierhospital.com.br



A Proativa constitui-se numa equipe transdisciplinar com foco na promoção e na prevenção de agravos à saúde. Neste sentido, utiliza-se de amplo instrumental para as intervenções, que vão desde palestras de sensibilização e esclarecimento ao monitoramento de condições crônicas.

Dentre suas atividades, destaca-se a preocupação no estabelecimento de uma cultura de proteção à saúde nos ambientes corporativos, oferecendo soluções e produtos adequados a cada realidade e respeitando a estrutura epidemiológica de cada população de colaboradores.

www.proativasaude.com.br

