

O SENTIDO DO SOFRIMENTO HUMANO

FABIO F. GUIMARÃES

RESUMO

O tema do sofrimento humano sempre esteve no horizonte das discussões a respeito do sentido para a vida humana e é, também, um dos temas mais preciosos quando se propõe uma discussão ética a respeito da conduta dos profissionais de saúde na relação direta com seus pacientes e no que diz respeito a uma compreensão mais clara e eficaz sobre o próprio papel profissional a ser desenvolvido pelos mesmos. Especialmente quando falamos sobre cuidados paliativos, o tema do sofrimento humano ganha relevância singular dentro do processo terapêutico, relacional e participativo entre profissionais e pacientes: da comunicação do início do tratamento, ao modo e valores a serem destacados dentro da interação profissional-paciente, bem como a singularidade subjetiva e objetiva do profissional e do paciente envolvidos na busca para um sentido à experiência de sofrimento vivida e acompanhada por ambos. Por isso, torna-se muito importante propor uma reflexão interdisciplinar a respeito do tema como colaboração teórica em favor daqueles que se dedicam ao serviço de pacientes em cuidados paliativos, a fim melhorar e ampliar o horizonte da humanização hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: *Ética; Conduta; Cuidado paliativo; Processo terapêutico; Comunicação.*

INTRODUÇÃO

O tema do sofrimento humano sempre foi abordado como tema central em diversas reflexões sobre o mistério do homem como ser chamado à existência: na medicina dos povos antigos, assim como na medicina moderna, horas de esforço e dedicação são oferecidas pela pesquisa sobre os recursos em favor do controle do sofrimento humano.¹

A filosofia de vários modos tentou explicar e compreender o sofrimento humano², a teologia nas suas diversas abordagens e desdobramentos confessionais já tentou compreendê-lo dando-lhe um sentido existencial, humanístico ou teleológico.³ A psicologia, por décadas de atividade prática, também encarou e dialogou com a face do homem sofredor que luta por uma vida sã e tranquila.

Vários autores do campo da psicologia, como Sigmund Freud, John Gasson, Magda Arnold, Victor Frankl, Jean Piaget, Franco Imoda, dentre outros, nos apresentaram as múltiplas faces do sofrimento humano e do simples homem que sofre.⁴ Faces que talvez já conhecêssemos em personagens da mitologia grega, como Penélope e Prometeu, ou, mais intensamente e popularmente, nos personagens bíblicos como Jó, Saul, Tobias, Jesus Cristo e Paulo de Tarso.

Todos estes exemplos ajudam-nos a com-

preender uma coisa: o sofrimento é parte integrante da experiência humana, enquanto realidade inevitável e presente.⁵ Diante desta constatação, resta ao homem duas atitudes cabíveis: aceitá-la e procurar integrá-la no desenvolvimento de sua história pessoal, ou rejeitá-la através da negação, da indiferença ou do relativismo existencial.

Contudo, neste artigo, antes de qualquer tipo de distinção ou classificação sobre o sofrimento humano, é preciso destacar duas circunstâncias irrenunciáveis:

1. Em sua existência, o homem está continuamente chamado a fazer escolhas e renúncias, por exemplo, no matrimônio, em sua carreira profissional, no simples planejamento das férias, na compra de um bem imobiliário, ou mesmo quanto a perdoar ou não uma ofensa sofrida.
2. Ele também está chamado a aceitar realidades em sua vida que superam ao mesmo tempo a sua chance de compreensão e a sua possibilidade de, em certos casos, realizar uma livre escolha, por exemplo, a família na qual nascemos, nossos pais, a nossa aparência fenotípica, as doenças geneticamente transmitidas, os momentos imprevisíveis da vida, como as súbitas perdas de pessoas significativas.

Assim, certos fatos e realidades se impõem diante do homem trazendo-lhe momentos novos e inesperados a serem vividos e integrados, que também são parte de sua história e não podem ser ignorados.

Apesar desta constatação, ainda é comum pensar no sofrimento como uma realidade passional e passiva, sofrida pelo sujeito quase sempre como uma “vítima de circunstâncias ou de efeitos catastróficos” que acontecem dentro de seu itinerário de vida pacífico e sereno e diante dos quais ele não tem nenhuma ou quase nenhuma liberdade interior de escolha ou força de decisão capaz de assimilar o sofrimento e de dar-lhe um sentido válido.⁶

Por isso, o presente artigo se propõe a mostrar um caminho contrário a esta perspectiva tão difundida no senso comum sobre a idéia do sofrimento como “passividade sofrida” para que seja possível vislumbrar alguns pontos de originalidade que mostrem o quanto é possível abraçar o sofrimento humano e dar a ele um sentido válido para a vida e, ainda, de que forma é possível ajudar as pessoas que recebem cuidados dos profissionais de saúde a alcançarem um sentido para o sofrimento em suas vidas.

Será utilizada, como caminho reflexivo, uma analogia para desenhar um paralelismo entre os dois momentos mais importantes na vida de um homem: seu nascimento e sua morte, considerando múltiplos elementos relacionais e intra-psíquicos envolvidos.

SOBRE O NASCIMENTO: O “SER MÃE”

A mulher que decide ser mãe sofre com várias mudanças em sua vida: com seus ritmos, com seus hábitos, com o próprio corpo, com as novas exigências pessoais e responsabilidades. O trabalho de parto que virá será uma ocasião de exaustivo sofrimento e o parto, em si, a levará à experiência de momentos dramáticos de angústia, tensão e dor. Por mais assistida e bem acompanhada que ela esteja, existirá sempre uma parte do processo de parto que será única e exclusivamente dela, irrenunciável e irredutível que ela deverá enfrentar sozinha.

A mãe sofre por seu filho na hora do parto, mas não é em vão. Ela sofre para que ele viva e teme pela vida dele.

Apesar de nem sempre pensar nisto como sua primeira reflexão quando sonha em ser mãe, a mulher quando decidiu engravidar, escolheu para si mesma passar por este tempo de sofrimento que será exclusivamente dela e só dela, que nenhuma outra pessoa poderá dividir com ela em sua intensidade e força. Porém, ela consegue descobrir um sentido válido para este sofrimento que vai para além dela mesma; para além do seu conforto, para além da sua comodidade e que pode até comprometer temporariamente

o seu próprio bem estar.^{7, a}

Ao engravidar de modo responsável, ela escolheu e decidiu fazer uma doação pessoal do seu amor por alguém que ela não conhece, não sabe como será, nem se vai amá-la como ela o está amando agora, nem se vai sofrer por ela como ela sofrerá por ele, mas mesmo assim ela decide sofrer por ele e durante a sua gravidez, amando-o, aprenderá a amá-lo sempre mais, para um dia poder chamá-lo de “meu filho”.^{8, b}

Dar este sentido ao seu sofrimento a leva a abraçar com coragem e realismo um dos momentos mais marcantes de toda a sua vida: a hora do parto de seu filho.

Tudo isto descreve a experiência de um sofrimento que “vem ao seu tempo certo”, que é inerente a escolha da mulher ao ser mãe, que foi escolhido por ela, mas que não foi escolhido pelo bebê.

O bebê: Para o bebê, evitá-lo pode significar a morte, porém enfrentá-lo lhe abrirá a possibilidade de continuar vivendo.

O bebê não escolheu para si o sofrimento do parto, mas este momento se impõe diante dele.

Ele sofre sem saber o porquê, sem ter um sentido conscientemente válido para justificá-lo, sem conseguir entender o que esta acontecendo mesmo que houvesse alguém habilitado para explicá-lo.

Ele vive a convulsão da vida que o agita por inteiro em meio a dores e angústias, exigindo-lhe uma resposta, sem perguntar-lhe se sente-se ou não preparado para responder.^{6, 9, c}

O bebê não é culpado por isso, nem mesmo é uma vítima das circunstâncias.

Trata-se de uma etapa de sua vida que ele poderá enfrentar, mesmo sem entender o “porquê” e o “para que” de tudo aquilo, porque, se o sofrimento é parte da experiência do homem

em sua existência, como afirmado há pouco, significa dizer que ele sempre poderá encontrar força e coragem para superá-lo.

Na hora do parto, a mãe, os médicos, os enfermeiros e a família estarão ao lado do bebê com suas mãos estendidas, amparando-o e protegendo-o, encorajando-o e ajudando o neonato a superar o sofrimento de sua passagem do nascimento para o começo de sua nova vida.

O sentido para o seu sofrimento só poderá ser compreendido por ele, num momento futuro, bem posterior ao seu dramático momento existencial da hora do parto. E o auxílio da mãe e de muitos outros será decisivo para que ele tenha essa chance.

Todas as passagens nas etapas do desenvolvimento de nossas vidas, do nascimento até a hora de nossa morte fará sempre retornar em nós esta angústia entre vida e morte.^{10, 11}

Por isso, o sofrimento em nossas vidas sempre nos impõe o tema da morte, transformado nas suas diversas faces e formas que se manifestam ao longo de nossa existência humana: o medo da perda e da separação, o medo da impotência, o medo da falência pessoal, o medo do abandono, o medo da solidão.¹²

Toda esta primeira parte da analogia que destaca a apresentação do nascimento e suas tensões serve para evidenciar os dois dramas da pessoa humana: a busca por um sentido válido para o sofrimento que seja capaz de sustentá-lo em sua luta pela vida e a urgência em reagir ao sofrimento. Ambos estão presentes na experiência do paciente em cuidados paliativos e naqueles que com eles se relacionam.

Profissionais da área de saúde comprometidos com o bem de seus pacientes não podem ignorar estes dois dramas da pessoa humana, nem simplificá-los, tampouco rejeitá-los.

^a Vitor Frankl (1991) desenvolve o sentido de transcendência a partir da ideia de que o homem é capaz de dar um sentido para a sua vida que seja capaz de absorvê-lo por inteiro no seu querer e agir.

^b Finance (2003) desenvolve uma longa e aprofundada reflexão sobre os valores que iluminam o homem no seu itinerário de vida para chegar a uma compreensão integral de pessoa. Muito válida e interessante é a referência do valor de base autotranscendente fundamental da existência humana: o dom de si mesmo que o autor apresenta em sua obra.

^c Wesiack (2002) e Albisetti (2001). Os dois autores, nas obras referidas, caminham sob esta mesma luz da constatação existencial quando apresentam o tema do medo.

SOBRE A MORTE: A COMUNICAÇÃO DO INÍCIO DA TERAPIA PALIATIVA

Alguns leitores poderão desagradar-se deste subtítulo. Não será sem razão. A comunicação do início de uma terapia paliativa não é sinônimo de morte. Não é esta a intenção deste subtítulo. Contudo, é inevitável que o tema da morte seja enfrentado nesta hora de modo bem direto. O agente de saúde pode até dissimulá-lo na conversa no que diz respeito ao seu discurso, mas não poderá impedir que ele surja no discurso de seu paciente diante de sua própria dor e angústia.¹³

Por isso, para continuar a analogia proposta, procurei usar este subtítulo e partir deste momento importante que envolve o paciente e o agente de saúde num diálogo direto e pleno de responsabilidade entre ambas as partes.

A comunicação do início de uma terapia paliativa não se resume a um boletim informativo, nem a declaração de um “não sucesso” de algo precedentemente bem estimado, nem a conclusão pelo interesse de um investimento que antes, possivelmente, fosse promissor, nem é a bacia de Pilatos e tão pouco se trata de uma sentença final.

Tal comunicação abre uma nova etapa em um momento decisivo na vida do paciente que o levará a rever toda a sua história de vida até o momento presente.¹⁴

Em muitos casos, bem antes da chegada de tal comunicação, o paciente já está vivendo várias perdas significativas em sua vida: da saúde, da liberdade de ação, da autonomia, a perda de sua própria dignidade e imagem física, a perda do controle sobre as próprias necessidades fisiológicas e, quem sabe até mesmo, o interesse como paciente tratável de alguma maneira.

Entretanto, resta-lhe ainda uma coisa sob o seu controle e esta é a mais preciosa de todas: a chance de poder abraçar a sua própria história e de decidir o que irá fazer dela.^{5,15}

Um profissional de saúde comprometido com o bem de seu paciente não pode ignorar

que a sua postura e atitude influenciará significativamente o modo como o paciente olhará para si mesmo.

Não há como ignorar que em nível existencial o profissional de saúde está diretamente ligado ao sofrimento de seu pacientes.

Um médico ou um enfermeiro talvez sejam as pessoas que, melhor do que muitos familiares, conhecem e dividem os momentos mais fortes da vida do paciente e será sobre ele que o paciente depositará um primeiro olhar de esperança, não por algo mágico ou por uma cura fantástica, até porque a crueldade de seu sofrimento poderá retirar dele este tipo de expectativa ao longo dos anos. Contudo, a sua esperança será por não vir a ser abandonado por aquele em quem ele confiou até agora. Da mesma forma, um psicólogo pode muitas vezes acabar por conhecer e participar mais claramente e intensamente das angústias de seu cliente do que um próprio cônjuge ou filho.

A profissão do agente de saúde o levará, necessariamente, a esta experiência para a qual ele deverá de modo consciente preparar-se e capacitar-se como pessoa que saiba lidar e enfrentar seus próprios sofrimentos, para aprender a estar diante de seus iguais com um olhar de inconfundível humanidade.

Por isso, o modo como o profissional de saúde dará uma tal comunicação será muito importante, porque, necessariamente, colocará em jogo muitas coisas nele e em seu paciente, por exemplo: o sentimento de impotência dele e do paciente; o seu respeito pelo paciente e a sua admiração pela sua esperança e a dúvida e a insegurança do paciente em sentir-se capaz ou não de suportar a novidade; o calor humano de sua presença ao lado do paciente ou a sua frieza petrificante de indiferença e lastimação por alguém de quem a vida não tem pena de fazer sofrer.

Uma atitude de leviana imparcialidade ou de desinteresse pode favorecer e aumentar as chances da desesperação e de uma séria crise emocional no paciente.¹⁶

É claro que um sentido válido para o sofri-

mento deve ser descoberto e dado pelo próprio paciente. Contudo, furtar-se ao compromisso de *colaborador direto* com este fim que a vida exige do paciente seria, no mínimo, uma irresponsabilidade da parte do profissional de saúde.

Ao receber-se um paciente em cuidados paliativos, deve existir o zelo e o respeito diante de alguém que se prepara para realizar uma síntese válida de toda a sua vida e que no seu “aqui e agora”, mais do que exigir respostas dos outros sobre aquilo que esta passando, precisa exigir de si mesmo uma resposta à dramática pergunta que ele próprio faz para si: “*pelo que vale a pena viver e sofrer?*”

CONCLUINDO A ANALOGIA: O “SER PACIENTE”

Recordo-me de uma jovem senhora que em uma de suas últimas internações de emergência num estado muito crítico, logo após receber a notícia que seria avó dentro de seis meses, estando ao lado de seu filho, ao final da assistência religiosa, perguntou-me: “Padre, eu vou ver meu neto?”, ao que respondi: “A resposta para a sua pergunta não pertence a mim, mas uma coisa eu tenho certeza e posso dizer-lhe – e colocando a mão dela sobre a mão de seu filho disse – mesmo que a senhora não o veja, ele estará em boas mãos. Mãos que a senhora ajudou a preparar e ensinou a amar e sempre que ele se sentir amado, vai poder lembrar-se da avó que o amou, amando o seu pai.”

Como falado no início deste artigo, o sentido para o sofrimento humano é fruto de uma escolha pessoal que vai para além da própria pessoa, que envolve toda a sua história, que supera o pensar apenas em si mesma e que configura uma doação pessoal de sua própria vida.

Como no exemplo da mãe grávida, apesar do medo da própria morte e da morte do filho, a mãe transborda de esperança por uma vida que virá.

Por isso, é importante destacar o quanto a fé de um paciente torna-se um elemento fundamental a ser reconhecido e respeitado para que ele enfrente o drama de sua própria vida, sendo

capaz de encontrar uma esperança válida para ser acreditada e que o leve a transcender o seu sofrimento.

Recordo aqui do caso de um rapaz que durante os últimos meses de seu itinerário no cuidado paliativo, motivado por um trecho bíblico, por amor de seu irmão mais novo, tomou a firme decisão de recuperar a relação perdida com a mãe, que por anos o fez sofrer, e oferecia todo o seu sofrimento pela mudança de vida de sua mãe. Pela forma como ele abraçava o próprio sofrimento e o enfrentava com coragem, por sua urgência em amar e perdoar as pessoas, a sua resignação levou aquela mulher a uma surpreendente mudança de vida.

Com os pacientes em cuidados paliativos acontecerá uma experiência similar àquela do bebê que esta nascendo, que não escolheu o sofrimento que deve experimentar, mas que deve dar uma resposta urgente. Aqui contará muito a resposta e a atitude pessoal do agente de saúde de reconhecimento e de compromisso com a história e as crises dos seres humanos em todos os momentos possíveis de sua vida, inclusive nestes momentos menos seguros e confortáveis.

Recordo da mãe que no início do momento da última agonia de seu filho, estando sozinha e prevendo que seria duro de mais para ela, tranquiliza o filho e sai do quarto para pedir ajuda. Encontrando-se, ao susto, com uma enfermeira do turno que estava para começar uma manipulação em outro paciente, lhe pede: “Meu filho esta morrendo e não sei se vou suportar estar sozinha ao lado dele, por favor, vem ficar do meu lado!” A enfermeira naquele momento deixou tudo o que estava fazendo e foi ficar ao lado daquela mãe para assistí-la na partida de seu único filho.

Os pacientes em cuidados paliativos estão vivendo um dos momentos mais importantes das passagens de suas vidas,^{17,d} que os fará provar por mais uma vez todos os medos naturais de uma pessoa que deve fazer uma síntese de sua história antes de começar uma nova etapa.

A pergunta que pode acompanhar o profissional de saúde diante desta reflexão é: O que

fazer? Olhando para o exemplo do bebê que vem ao mundo e que no amparo das mãos amigas que o recebem com generosidade e atenção se sente seguro e descobre a coragem para enfrentar a novidade que se abre diante dele. E quanto a mim? Estou disposto a ser esta presença amiga e encorajadora? Ou ainda acredito que esta não seria parte do meu compromisso profissional e humano?

CONCLUSÃO

Como no paralelo traçado por esta apresentação, *a mãe se dispõe e decide sofrer por seu filho* e pelo *amor que sente por ele* descobre um sentido válido para o seu sofrimento. Assim ela ajudará o seu bebê a suportar seu próprio sofrimento, que é mais assustador e ameaçador do que o de sua mãe. Da mesma forma, o profissional de saúde é chamado a tomar uma atitude equivalente a estar a favor de seu paciente, ou seja, a buscar um sentido para o seu sofrimento. Ao ponto de também assumir a sua disponibilidade ao sofrimento para ajudá-lo a abraçar tão grande momento em sua vida.

Na relação de cuidado paliativo a busca por um sentido para o sofrimento humano não é uma responsabilidade exclusiva do paciente, porque tanto ele quanto o profissional de saúde, em níveis diferentes, estão envolvidos na mesma experiência existencial do sofrimento. Ambos devem descobrir um sentido para o próprio sofrimento e admitirem atitudes de mútuo apoio dentro da devida proporcionalidade de seus dramas.

É inegável a relação entre paciente e profissional de saúde e irrefutável a responsabilidade que envolve o profissional na assistência ao momento histórico vivido pelo paciente em seu itinerário de vida.

Esta conclusão exclui qualquer caráter de passividade ou de imparcialidade em torno da experiência do sofrimento humano para ambas

as partes (paciente e profissional) e acentua significativamente a importância da busca por um sentido que seja carregado de auto-transcendência.

REFERÊNCIAS

1. Floyer J. Medicina gerocômica: or, the Galenic art of preserving old men's healths, explain'd: in twenty chapters. To which is added an appendix, concerning the ... oyls and unction, ... By Sir John Floyer, ... Medicine, Science and Technology: Gale ECCO; 2010.
2. Copleston F. A History of Philosophy. Great Britain: Continuum; 1946-1975.
3. Latourelle R, Fisichella R. Dictionary of Fundamental Theology. New York: A Herder & Herder Book; 2000.
4. Gerrig RJ, Zimbardo PG. Psychology and Life. New York: Pearson; 2005.
5. Frankl VE. Em busca de sentido. Petrópolis: Vozes; 2003.
6. Wesiack W. Enfrentando o medo: uma abordagem criativa da doença e das crises. São Paulo: Paulinas; 2002.
7. Frankl V. Psicoterapia para todos. Petrópolis: Vozes; 1991.p.11-17.
8. Finance J. Persona e Valore. Roma: Pont. Univ. Gregoriana Editrice; 2003.
9. Albigetti V. É possível vencer o medo? São Paulo: Paulinas; 2001.
10. Ausubel DP. Theorie and Problem of Child Development. New York: Grune&Straition; 1959.
11. Winnicott DW. Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1978. p.79-87.
12. Gedo J, Goldberg A. Modelos de la Mente. Buenos Aires: Amorrortu; 1980.
13. Mezzomo AA. Il Mistero della Soferenza. In: Mezzomo AA et al. Umanizzazione Ospedaliera, traduzido por Marcia Regina Bazanelli do Livro: "Fundamentos da Humanização Hospitalar: Uma visão multiprofissional" do mesmo autor. Publicação pessoal em italiano; 2008.p.390-426
14. Reegen JGJ ter . Umanizzazione e Medicina. In Op.cit., p. 347-354.
15. Imoda F. Psicologia e Mistério. São Paulo: Paulinas; 1996. p.123-139.

^D Gallantin (1978) apresenta, em sua obra, a teoria da personalidade de Erikson, com suas fases ou estágios do desenvolvimento humano marcados por diversas passagens e sínteses existenciais que são protagonizadas por uma dinâmica entre conflitos intrapsíquicos e exigências psicossociais.

16. Mezzomo AA. Il Dolore Provoca la Necessità di Sostegno Spirituale, in Op.cit.p.398-400.
17. Gallantin J. Adolescência e Individualidade. São Paulo: Harbra; 1978.p.177-210.

ABSTRACT

Human suffering has always been on the core of the discussions on the meaning of human life. It can also be considered one of the most valuable subjects when we refer to ethical discussions on the conduct of the health care practitioners and professionals. At the very first direct contact with the patient, the health care professionals shall be able to have a clear and effective understanding of his/her own professional approach and role. When we specifically discuss palliative health care, human suffering gets a unique relevance within the

therapeutic, relational and participative process among practitioners, professionals and patients: starting with the communication that occurs at the beginning of the treatment, considering the way and the values to be highlighted in doctor-patient interaction, and the professional subjective and objective uniqueness which make part of the search for a meaning to be given to the experience of suffering both to the patient and to the health care professionals. Therefore, it becomes of great significance to propose an interdisciplinary discussion on the subject as a theoretical collaboration in favor of those who dedicate themselves to offer services to patients in the palliative mode to improve and expand the hospital humanization horizon.

KEY WORDS: *Ethics; Conduct; Palliative health care; Therapeutic process; Communication.*

TITULAÇÃO DOS AUTORES

EDITORIAL

LILIAN HENNEMANN-KRAUSE

Médica Anestesiologista e do HUCFF-UFRJ;

Responsável pelo Núcleo dos Cuidados Paliativos do HUPE-UERJ;

Mestranda FCM-UERJ;

Pós-graduação-Geriatria e Gerontologia-UnATI-UERJ;

Endereço para correspondência:
Rua Itacuruçá, 60 apto. 501, Tijuca
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20510-150

LUCIANA MOTTA

Médica Geriatra;

Doutora em Saúde Coletiva;

Coordenadora do Núcleo de Atenção ao Idoso/UnATI/HUPE/UERJ.

ARTIGO 1: CUIDADOS PALIATIVOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO

RODOLFO ACATAUASSÚ NUNES

Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia Geral da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Mestre e Doutor em Cirurgia Geral –
Setor Torácico da UFRJ.
Livre-Docente em Cirurgia Torácica - UNI-Rio.

Endereço para correspondência:
Rua Santa Luíza 259 apto. 104, Maracanã
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20511-030

LILIAN HENNEMANN-KRAUSE

(Vide Editorial)

ARTIGO 2: AINDA QUE NÃO SE POSSA CURAR, SEMPRE É POSSÍVEL CUIDAR.

LILIAN HENNEMANN-KRAUSE

(Vide Editorial)

ARTIGO 3: DOR NO FIM DA VIDA: AVALIAR PARA TRATAR.

LILIAN HENNEMANN-KRAUSE

(Vide Editorial)

ARTIGO 4: TRATAMENTO DA DOR ONCOLÓGICA EM CUIDADOS PALIATIVOS.

ODILEA RANGEL

Anestesiista da Clínica de Dor do Hospital
Universitário Pedro Ernesto da UERJ;

Responsável pelo setor de dor neoplásica da Clínica
de Dor da UERJ.

CARLOS TELLES

Professor Associado, chefe do Serviço de
Neurocirurgia e Clínica de Dor da UERJ.

ARTIGO 5: ASPECTOS PRÁTICOS DA PRESCRIÇÃO DE ANALGÉSICOS NA DOR DO CÂNCER.

LILIAN HENNEMANN-KRAUSE

(Vide Editorial)

ARTIGO 6: A FISIOTERAPIA NO ALÍVIO DA DOR: UMA VISÃO REABILITADORA EM CUIDADOS PALIATIVOS.

DANIELLE DE M. FLORENTINO

Fisioterapeuta;
Especialização em Fisioterapia Oncológica-INCA;

Núcleo de Cuidados Paliativos e Centro
Universitário de Controle do Câncer/UERJ.

Endereço para correspondência:
Rua XV de novembro no 226 /201, Centro
Niterói - RJ. CEP 24020-125
E-mail: danimeflo@yahoo.com.br

FLAVIA R. A. DE SOUSA

Especialização em Geriatria e Gerontologia /
UnATI-UERJ.

Núcleo de Cuidados Paliativos e Centro
Universitário de Controle do Câncer/UERJ.

ADALGISA IEDA MAIWORN

Doutoranda em Ciências Médicas na Disciplina
Pneumologia pelo Programa de Pós Graduação
Em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências
Médicas;

Responsável técnica da Divisão de Fisioterapia da
Policlínica Piquet Carneiro da Universidade do
Estado do Rio de Janeiro;

Conselheira do CREFITO - 2.

ANA CAROLINA DE AZEVEDO CARVALHO

Doutora - Ciências Biológicas-UFRJ;

Chefe do Setor de Fisioterapia - HUPE-UERJ.

KENIA MAYNARD SILVA

Doutoranda em Ciências Médicas na Disciplina
Pneumologia pelo Programa de Pós Graduação
Em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências
Médicas;

Fisioterapeuta da Disciplina de Pneumologia do
HUPE.

ARTIGO 7: A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS: MENTIRA PIEDOSA OU SINCERIDADE CUIDADOSA.

JANETE A. ARAUJO

Psicóloga;

Especialista em Psicologia Médica;

Núcleo de Cuidados Paliativos - HUPE.

Endereço para correspondência:
Rua Albano, 244 apto.101 bl.1, Praça Seca
Rio de Janeiro - RJ. CEP 22733-010
Telefone: (21) 9673-6917
E-mail: netteallves@hotmail.com

ELIZABETH MARIA PINI LEITÃO

Professora da Disciplina de Saúde Mental e Psicologia Médica da FCM/UERJ;

Chefe da Unidade Docente Assistencial;

UDA de Saúde Mental e Psicologia Médica - HUPE/FCM/UERJ.

ARTIGO 8: BUSCANDO NOVOS SENTIDOS À VIDA: MUSICOTERAPIA EM CUIDADOS PALIATIVOS.

ELISABETH M. PETERSEN

Musicoterapeuta
Especialização em Psico-oncologia.

Endereço para correspondência:
Rua Engenheiro Enaldo Cravo Peixoto, 95
apto.1204, Tijuca
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20511-230
Telefone: (21) 9242-9863
E-mail: bethpet2@yahoo.com.br

ARTIGO 9: O SENTIDO DO SOFRIMENTO HUMANO.

FABIO DE F. GUIMARÃES

Graduado e Mestre em Psicologia pela Universidade Gregoriana de Roma

Endereço para correspondência:
Av. 28 de Setembro, 200, Vila Isabel
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20551-031
Telefones: (21) 2568-3821, (21) 9727-9098
E-mail: fabiusfg@gmail.com

ARTIGO 10: O CUIDADOR DO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS: SOBRECARGA E DESAFIOS.

JANETE A. ARAUJO

(Vide Artigo 7).

ELIZABETH MARIA PINI LEITÃO

(Vide Artigo 7).

ARTIGO 11: OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM FERIDAS NEOPLÁSICAS NA ASSISTÊNCIA PALIATIVA.

RAFAELA MOUTA AGUIAR

Enfermeira;
Especialização Enfermagem do Trabalho;
Núcleo de Cuidados Paliativos – NCP-HUPE.

Endereço para correspondência:
Rua Saldanha Marinho 4 , Santo Cristo
Telefones: (21) 9808-6858
E-mail: rafaaguiar9@hotmail.com

GLORIA REGINA CAVALCANTI DA SILVA

Enfermeira;
Especialização em Enfermagem Cirúrgica;
Serviço de Enfermagem de Pacientes Externos;
Chefe de enfermagem do Ambulatório Central e Descentralizado - HUPE.

ARTIGO 12: HIPODERMÓCLISE OU VIA SUBCUTÂNEA.

MARIA O. D'AQUINO

Enfermeira do Núcleo de Cuidados Paliativos do HUPE;

Especialista em Enfermagem do Trabalho
Fac. de Enf. Luiza de Marillac;

Especialista em Enfermagem Intensivista - UERJ.

Endereço para correspondência:
Rua Santa Alexandrina, 70 apto 104 , Rio Comprido
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20261-232
Telefones: (21) 3027-5194, (21) 2215-6875
E-mail: modaquino@ig.com.br

ROGÉRIO MARQUES DE SOUZA

Enfermeiro

Coordenador de Enfermagem Hupe/UERJ

Professor da Universidade Veiga de Almeida

Especialista em Administração dos Serviços de Saúde UERJ - 1999

ARTIGO 13: A VIVÊNCIA DA
FONOAUDIOLOGIA NA EQUIPE
DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO
RIO DE JANEIRO

ANDRÉA DOS S. CALHEIROS

Fonoaudióloga;
Pós-graduação em Fonoaudiologia Hospitalar;
Preceptora de Fonoaudiologia da residência em
Fonoaudiologia do HUPÉ/UERJ.

Endereço para correspondência:
Rua Alecrim 722
Rio de Janeiro - RJ. CEP 21221-050
Telefones: (21) 3391-0905, (21) 7816-2324
E-mail: andreacalheiros@gmail.com

CHRISTIANE LOPES DE ALBUQUERQUE

Doutoranda em Clínica Médica / Terapia Intensiva
FM-UFRJ;
Mestre em Ciências Médicas pela FCM - UERJ;
Pós-graduação em M.O. - Disfagia pelo CEFAC- RJ.