UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
PRÓ REITORIA DE EXTENSÃO
FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE EXTENSÃO EM SAÚDE, ESPIRITUALIDADE E DOR DO CARIRI
(LIASE Cariri)

PROCESSO SELETIVO 2018

NOVOS MEMBROS

Material de Estudos

BARBALHA - CEARÁ
2018

PROGRAMA DE EXTENSÃO EM SAÚDE, ESPIRITUALIDADE E DOR DO CARIRI (LIASE Cariri)

PROCESSO SELETIVO 2018

NOVOS MEMBROS

Material de Estudos

Material de estudos norteador do Processo Seletivo 2018 para NOVOS MEMBROS do Programa de Extensão em Saúde, Espiritualidade e Dor do Cariri

(LIASE Cariri), da Pró Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Cariri (UFCA).

BARBALHA - CEARÁ
2018
SUMÁRIO

1. DEPOIMENTO DO FUNDADOR..... 04
2. INTRODUÇÃO..... 05
3. HISTÓRIA DA LIASE CARIRI..... 06
3.1 ANO 2012..... **06**
3.2 ANO 2013..... **09**
3.3 ANO 2014 ..... **12**
3.4 ANO 2015..... **18**
3.5 ANO 2016..... **24**
3.6 ANO 2017..... **29**
4. ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO COM O PACIENTE..... 48
4.1 PRO QUE INCLUIR A ESPIRITUALIDADE..... **49**
4.2 QUANDO INCLUIR A ESPIRITUALIDADE..... **49**

4.3 RELATOS DE PRÁTICAS..... **51**
4.4 O QUE PODE RESULTAR..... **51**
4.5 LIMITES E BARREIRAS..... **51**
4.6 QUANDO A ESPIRITUALIDADE É PREJUDICIAL..... **52**
4.7 RECURSOS SOBRE ESPIRITUALIDADE E SAÚDE..... **53**
5. VAMOS FALAR SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS..... 53
5.1 A EXPERIÊNCIA DA DONEÇA E DO LUTO NO SÉCULO XXI..... **58**
5.2 O QUE SÃO CUIDADOS PALIATIVOS?..... **62**
5.3 *HOSPICE*..... **63**
5.4 HISTÓRICO DE CUIDADOS PALIATIVOS E *HOSPICE*..... **65**
5.5 HISTÓRICO NO BRASIL..... **66**
5.6 O BENEFÍCIO POTENCIAL DOS CUIDADOS PALIATIVOS PARA PESSOAS EM RISCO DE DESENVOLVER UMA DOENÇA..... **67**
6. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)..... 68
6.1 O QUE É A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO?..... **68**
6.2 MÉTODO..... **68**
6.3 PRINCÍPIOS..... **69**
6.4 DIRETRIZES..... **70**
6.5 REDE HUMANIZASUS..... **72**
6.6 FORMAÇÃO E INTERVENÇÃO..... **73**
7. IMPACTO DA DOR NA VIDA DO PACIENTE: COMO TRATÁ-LA..... 74
8. PERSONALIDADES IMPORTANTES..... 79
8.1 DAME CICELY SAUNDERS..... **79**
8.2 ELIZABETH KUBLER-RÖSS..... **81**
8.3 HAROLD G. KOENING..... **82**
8.4 CHRISTIANA PUCHALSKI..... **83**
8.5 ANA CLÁUDIA QUINTANA ARANTES..... **84**
REFERÊNCIAS..... 86

1. DEPOIMENTO DO FUNDADOR

"*Como sei pouco e sou pouco*
Faço o pouco que me cabe
Me dando inteiro
Sabendo que não vou ver
O homem que quero ser (...)"
(Para os que virão - Thiago de Mello)

Que dizer da Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade do Cariri na Faculdade de Medicina da UFCA?

É sobre humildade. Continuamente, exercitar o ato de parar para *ouvir* o colega e a si. É colher, de cada situação, um aprendizado direcionado para a compreensão e *acolhimento* do outro (do "outro"

colega / profissional / irmão / gênero / orientação sexual / etnia / religião / posição política e por aí vai...). E por quê? Simplesmente por reconhecer-se tão pequeno quanto ele, diante da grandeza do *mundo*.

É sobre paciência. Persistir buscando o *autoconhecimento* como forma de reconhecer seu próprio lugar no mundo e, a partir disso, suas possibilidades de atuação para transformá-lo em algo melhor. *Autocrítica* é sempre importante, pois permite reconhecer novos defeitos e reajustar qualidades antigas.

É sobre integração. Conhecer gente bem parecida e gente bem diferente de você e enxergar nessas pessoas verdadeiras companheiras em uma jornada instigante: investigar a o que dá sentido ao ser humano e, especialmente, ao ser humano que *sofre*.

É sobre gratidão. Alegrar-se pela *oportunidade* de adentrar outros espaços (religiosos, místicos, naturais, filosóficos, coletivos ou particulares, simples ou requintados...) e, de cada um deles aprender muito. Não obstante, entender que esse caminho é um *continuum*, quer dizer, é uma longa jornada que se está apenas começando.

É sobre amor. Olhar para *dentro* e ver-se diferente; não necessariamente melhor ou pior que uma versão prévia de você, mas uma versão *maior* de você – com uma cabeça mais aberta, tendo vivido e aprendido muito. Olhar para os *lados* e reconhecer tantas mudanças também entre seus companheiros nessa empreitada, e ficar muito feliz com isso. Olhar para *cima* e sentir-se conectado àquilo que te dá *sentido*, tranquilo e calmo. *Consciente*.

Espero que essa experiência seja MAIS transformadora para vocês do que foi para mim. Nossa liga os recebe de braços abertos. Sejam bem-vindos!

Arthur Fernandes.

Médico generalista pela UFCA e Fundador da LIASE Cariri.

2. INTRODUÇÃO

Compilamos este material com o intuito de direcionar os estudos dos interessados no Processo Seletivo 2017 para bolsista remunerado da Monitoria de Introdução à Saúde e Espiritualidade em Semiologia Médica, do Programa de Integração Ensino e Extensão (PEEX), e para membro efetivo do Programa de Extensão em Espiritualidade e Saúde (LIASE Cariri).

A participação nas ações da LIASE Cariri confere ao estudante uma formação diferenciada no que diz respeito ao processo de saúde/doença/fim de vida e suas implicações no complexo homem/sociedade/natureza.

Isso se dá, antes de tudo, a partir de uma reflexão da abordagem integral do ser humano, nas suas dimensões física, psíquica, social, espiritual e cultural; reflexão essa que, embasada em estudos

científicos, empodera o estudante para romper com os paradigmas de uma saúde tecnicista, elitista, paternalista e focada na patologia do doente.

Concomitantemente, a partir da investigação temática, tematização e problematização da espiritualidade no contexto da saúde, a construção e execução das ações da LIASE Cariri contribuem para a formação de profissionais com capacidade de interação dialógica. Através do Programa, relações inter e transdisciplinares são estabelecidas pelos estudantes, na Universidade, nas Instituições parceiras e na Comunidade.

Outrossim, através do encontro (sob a ótica da espiritualidade) com os pacientes e suas subjetividades, sobretudo os pacientes que vivenciam o seu processo de finitude, aprende-se a importância de se identificar, acolher e aliviar seus sofrimentos, pois, como dizia Cicely Saunders (enfermeira, médica e assistente social que iniciou os Cuidados Paliativos no mundo), “o sofrimento humano só é intolerável quando ninguém cuida”. Constrói-se assim o valor da empatia.

Nessa vertente, outra contribuição da LIASE Cariri para o estudante que se deixa envolver nela e por ela é metanoia acerca do processo do cuidar, que deve perpassar também as dimensões do cuidador, pois citando a médica paliativista Ana Cláudia Arantes (pioneira na inserção dos Cuidados Paliativos no Brasil) “minha vida encheu-se de sentido quando descobri que tão importante quanto cuidar do outro é cuidar de si”. Espiritualidade em uma simples expressão é tudo aquilo que dá sentido à vida.

Em suma, o Programa possibilita ao estudante conceber/vivenciar uma saúde “humanizada” que une duas vertentes tidas como ambíguas, mas encaradas pela LIASE Cariri como complementares e indissociáveis: AMOR e CIÊNCIA.

Desejamos a todos bons estudos!

Gestão LIASE Cariri 2018.

3. HISTÓRIA DA LIASE CARIRI

3.1. ANO 2012

O Grupo de Estudos em Saúde e Espiritualidade (GESE) foi criado em 2012 no Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – *campus* Cariri, com o intuito de ampliar os estudos sobre saúde, ciência e espiritualidade através de encontros de formação e eventos acadêmicos.

O GESE nasceu, enquanto ideia, durante o IV Seminário Médico-Espírita do Cariri, realizado em abril de 2012 em Juazeiro do Norte, Ceará. Nessa oportunidade, um grupo de estudantes (foto 1, abaixo) do referido Curso tomou conhecimento da existência de iniciativas,

na forma de grupos de pesquisa e projetos de extensão universitária, que compartilhavam dos mesmos propósitos.

Figura 1. Idealizadores do GESE (da esquerda para a direita: Alécia, Arthur, Telésforo e Aline) com Dra. Marlene Nobre, que divulgou o trabalho desenvolvido por uma liga de saúde e espiritualidade em mato Grosso do Sul, ao centro.

Após essa sensibilização inicial, o grupo elaborou um cronograma de reuniões semanais para estudos da bibliografia disponível em bases de dados acerca do assunto, iniciando-se pelo livro Espiritualidade no Cuidado com o Paciente, publicação que foi um divisor de águas na sistematização das evidências atuais, escrito por Harold G. Koenig, médico psiquiatra e professor da Universidade Duke, nos Estados Unidos.

Figura 2. Livro Espiritualidade no Cuidado com o Paciente, de Harold G. Koenig, fundamento dos estudos do GESE.

A rotina de estudos se desenvolvia aos sábados pela manhã, na Faculdade de Medicina da UFC Cariri, na cidade de Barbalha. O grupo, então composto por um professor do curso

(Maurício Lopes, médico infectologista), um membro do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da mesma instituição (Suziy de Matos, bióloga), cerca de 8 estudantes e outros colaboradores que participavam esporadicamente das reuniões. Estas eram divulgadas eletronicamente em listas de e-mail e redes sociais, sendo abertas ao público externo, incluindo outras instituições de ensino.

O estudo deste livro desenrolou-se de maio a junho de 2012, e consistia na apresentação de um capítulo da obra por encontro, seguindo-se uma discussão dos temas propostos por Harold Koenig e também um momento de reflexões sobre a estruturação do que viria ser a Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade do Cariri (LIASE Cariri).

Para o segundo semestre letivo do ano de 2012, após a conclusão do estudo do livro, e buscando diversificar os temas abordados, foi construído um cronograma contando com mesas redondas e conferências feitas por palestrantes convidados (professores e pesquisadores

da comunidade acadêmica do Curso de Medicina da UFC Cariri e de outras instituições), conforme o quadro 1 abaixo:

Quadro 1. Cronograma de encontros teóricos, ano 2012.

DATA	FACILITADOR	TEMA
22/09	Membros da LIASE	Discussão de artigo - Bioética e espiritualidade na sociedade pós-moderna
29/09	Marcos Pereira (enfermeiro)	Palestra - Ética e Bioética na Pesquisa com Seres Humanos
13/10	Suziy de Matos (bióloga), Karla Lôbo (psicóloga), Renato Oliveira (juiz de Direito), Patrícia Brayner (médica obstetra)	Mesa-redonda - O Início da Vida Humana
20/10	Modesto Rolim (psicólogo)	Palestra - O Sentido da Vida
17/11	Suziy de Matos (bióloga)	Palestra - Religiosidade e Saúde
24/11	Sionara Carvalho (médica radioterapeuta)	Palestra - Espiritualidade e Medicina Paliativa
01/12	Maurício Lopes (médico infectologista), Alexandre Staudinger (médico urologista)	Discussão de casos - Espiritualidade na Prática Clínica
15/12	Nadya Ravella (psicóloga)	Palestra - Enfrentamento da Morte

Ao longo dos encontros neste período, o estatuto e a proposta de projeto de extensão universitária da LIASE tomou forma e foi concluída, finalizando-se o ano de 2012 com satisfação dos membros do GESE pela participação da comunidade acadêmica da região que, apesar de incipiente, foi importante.

Em um dos últimos encontros do grupo, pautou-se exclusivamente a construção do logotipo da LIASE. Solicitou-se que os participantes refletissem sobre a simbologia a se

representar no logotipo. Durante a reunião, todos deram suas contribuições, e o produto final é o símbolo hoje adotado como emblema da LIASE, repleto de significado:

- O mapa do mundo como plano de fundo representa o holismo, o integralismo, isto é, a presença disseminada do componente espiritual do ser humano em todos os locais e culturas, ao longo do tempo;
- As variadas cores das mãos indicam a pluralidade de matizes de expressões / manifestações religiosas, espirituais ou de fé existentes no planeta;
- A posição das mãos, de mais abertas até uma postura de prece, simboliza a convergência das diversas matizes de um mesmo sentimento: a busca pelo sentido da existência, promovendo a paz, a união, em prece.

Figura 3. Logotipo da LIASE Cariri.

3.2. ANO 2013

Iniciou-se o ano de 2013 com a submissão do projeto da LIASE a concorrência geral no edital de seleção de bolsas para ações de extensão da UFC. O projeto passou por duas etapas de seleção (primeira: local, no Colegiado do Curso de Medicina da UFC Cariri; segunda: ao nível de toda a UFC, no grupo avaliador da Pró-Reitoria de Extensão) e foi aprovado, recebendo uma bolsa de extensão.

A proposta tinha como objetivo geral: Proporcionar aos membros da liga acadêmica conhecimentos gerais e específicos, acerca da interação entre saúde e espiritualidade a partir de uma visão integral do ser humano atuando no ensino, na pesquisa e na extensão.

O grupo que participou assiduamente do GESE em 2012 elaborou, juntamente com prof. Maurício Lopes, orientador da Liga, o processo seletivo para novos membros, o qual era teórico, estruturado em questões objetivas e subjetivas, baseado no livro Espiritualidade no

Cuidado com o Paciente, sendo as respostas avaliadas por uma banca de três professores, incluindo o orientador da liga.

Deste processo, foram selecionados os primeiros 12 novos membros da Liga, que passava a ser composta, além desses, pelos membros do GESE, prof. Maurício Lopes e Dra.

Suziy de Matos. Logo após a seleção, realizou-se uma primeira reunião para discutir e construir o planejamento estratégico para as ações ao longo do ano.

Como Liga Acadêmica, a LIASE se propunha a desenvolver atividades nas dimensões do Ensino, da Pesquisa e da Extensão. Como resultado, um novo cronograma de estudos foi montado, conforme o quadro 2:

Quadro 2. Cronograma de encontros teóricos, ano 2013.

DATA	FACILITADOR	TEMA
24/04	Membros da LIASE	Discussão: Espiritualidade na universidade: um desafio possível
17/05	Andressa Alencar (psicóloga)	Palestra e dinâmica - Entendendo os sintomas físicos numa perspectiva cármica: as recordações do corpo sutil
05/06	Suziy de Matos (bióloga)	Palestra - Epigenética: o fim da ditadura dos genes
30/08	Juliana Linhares (psicóloga)	Palestra - Neuropsicologia: Pensamento, Fé e Saúde
18/09	Membros da LIASE	Discussão - O Poder da Prece
25/09	Valma Barros (terapeuta holística) e Maria José (mestre em reiki)	Palestra e oficina - Práticas integrativas: Cromoterapia e Reiki
09/10	Membros da LIASE	Discussão - Humanização da saúde: em foco o HumanizaSUS
25/10	Maurício Lopes (médico infectologista), Francisco Silva (filósofo), Emanuel Torquato (padre)	Evento - I Simpósio Café com Filosofia & Espiritualidade - Eutanásia
06/11	Patrícia Mauriz (médica paliativista)	Discussão de casos - Espiritualidade na Prática Clínica

Nesta proposta, pensou-se em abordar temas que correlacionassem a ciência e a medicina tradicionais com as reflexões trazidas ao paradigma da assistência à saúde pela psicologia e práticas integrativas e complementares, como a terapia reiki.

Visando contemplar essas e outras discussões, mediadas por palestrantes convidados, angariando a participação de um maior público externo, foi realizado o primeiro de grande alcance da LIASE: o I Seminário de Saúde e Espiritualidade do Cariri, que aconteceu de 6 a 8 de dezembro.

Participaram aproximadamente 120 pessoas de diversas instituições de ensino da região, congregando áreas como Medicina, Enfermagem, Farmácia, Psicologia, Nutrição, Odontologia, Direito, e Filosofia, em palestras, conferências, e mesas-redondas, em uma carga horária total de 20 (vinte) horas.

Figura 4. Logotipo do I Seminário de Saúde e Espiritualidade do Cariri.

Em discussões sobre a inserção da LIASE junto à comunidade, baseadas em estudos de experiências de participação comunitária de equipes de Saúde da Família do Rio Grande do Norte, optamos por tentar iniciar uma Tenda do Conto no Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) Vila Santo Antônio em Barbalha (CE).

A Tenda do Conto foi criada por Jacqueline Abrantes[4], enfermeira e coordenadora de uma Unidade Básica de Saúde em Natal (RN). Trata-se de uma estratégia que se utiliza da "contação de histórias", simbolizadas por um objeto que o participante traz consigo, para permitir aos participantes, dispostos em círculo, conhecerem-se e se (re)conhecerem uns nos outros, nas experiências de dificuldade, de alegrias, de sofrimentos e desafios vividos e sendo vividos.

Além disso, pensa-se ser possível expor com mais clareza os problemas vividos pelos indivíduos, permitindo à equipe de saúde e assistência social reconhecê-los e intervir mais efetivamente.

Ainda como resultado da tenda, espera-se um reforço do vínculo equipe-usuário, baseado na confiança e na espiritualidade. Foi feito um teste piloto da Tenda entre os próprios

membros da Liga, e as emoções sentidas foram grandes demonstrações de afetos e desejo de levar a proposta da LIASE adiante.

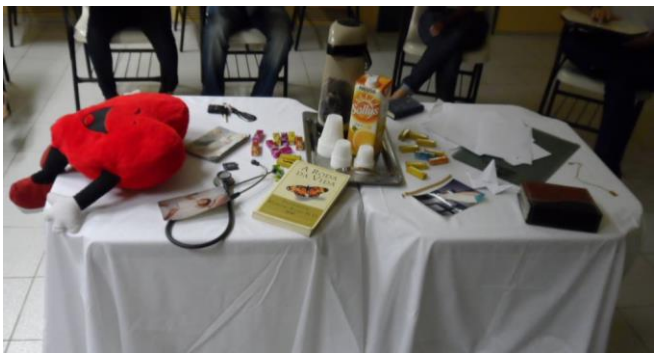

Figura 5. Objetos trazidos para a "contação de histórias" na Tenda do Conto da LIASE.

A Tenda do Conto teve três momentos de compartilhamento de histórias com o grupo de idosos do CRAS Santo Antônio, contando com apoio da equipe de assistência social e psicologia da unidade. Infelizmente, devido a limitações de horários do grupo, foi necessário suspender a intervenção, deixando o convite para a equipe gestora da unidade para participar da LIASE e pensar uma nova estratégia de ação.

"A meu ver, a espiritualidade é como um rio que não tem outro destino, senão o oceano que é a vida do outro… Assim, a Tenda do Conto foi, para mim, como um barco que me guiou seguramente até a imensidão do mar das vidas dos que estiveram presentes na dinâmica, permitindo-me conhecê-los um pouco melhor. Foi uma experiência ímpar de comunhão; de partilha do eu, do tu, do nós; de ciência prática que ressalta a importância da espiritualidade no cuidado do outro".

(Depoimento de Raphael Dantas, membro da LIASE Cariri, 2014).

3.3. ANO 2014

No ano seguinte, o projeto foi renovado, desta vez com maior acreditação pela Pró-Reitoria de Extensão, devido aos importantes resultados do ano anterior, recebendo duas bolsas.

Foi organizado o segundo processo seletivo para novos membros, com quinze novas vagas (sendo que 12 dos membros do ano anterior desejaram continuar na liga). Profs. Maurício Lopes e Suziy de Matos compuseram a banca avaliadora da prova, semelhante à do ano anterior.

Os membros deste ano são oriundos de cursos de medicina, psicologia e biologia de diversas instituições da região. Na reunião de acolhimento aos mesmos, foi feita uma nova Tenda do Conto, para dar as boas-vindas afetivas a LIASE. Num segundo momento, de

planejamento estratégico para o ano, foram elencados assuntos teóricos a serem abordados por palestrantes convidados (quadro 3).

Quadro 3. Cronograma de encontros teóricos, ano 2014.

DATA	FACILITADOR	TEMA
12/03	Maurício Lopes (médico infectologista)	Palestra – Espiritualidade: novo paradigma para a saúde e para a ciência
09/04	Modesto Rolim (psicólogo)	Discussão de filme - Eu Maior: um convite ao autoconhecimento e à busca da felicidade
12/04	Fernando de Souza (Espiritismo), Emanuel Torquato (Catolicismo), Samuel Esmeraldo (Candomblé), Luan Luna (Budismo), Amâncio Pimentel (Pastor), Francisco Silva (Filósofo, mediador)	Evento - II Simpósio Café com Filosofia & Espiritualidade - Fé: expressões, religiosidades e espiritualidade
07/05	Fernando de Souza (médico neuropediatra)	**Aniversário da LIASE** Palestra - Espiritualidade no cuidado com o paciente
11/06	Márcia Muniz (pedagoga)	Palestra - Espiritualidade e Programação Neurolinguística
13/08	Associação de Reikianos do Cariri	Palestra e oficina - Terapia reiki
20/09		I Simpósio de Cultura de Paz e Espiritualidade do Cariri
09 a 12/10	Diversos	I CONSESP – Congresso de Saúde e Espiritualidade do Cariri / I Jornada de Cuidados Paliativos / I Jornada de Saúde Única do Cariri.

Também foram construídas propostas de encontros maiores, construídas em junto com atores parceiros da LIASE (ex.: Liga de Saúde Comunitária da FAMED-UFCA; Curso de Filosofia da UFCA; Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional Sustentável da UFCA; Núcleo de Estudos em Ciência, Espiritualidade e Filosofia do Curso de Ciências Sociais da Universidade Regional do Cariri; Secretaria Municipal de Saúde de Barbalha;

Projeto Santuário, da Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia da Universidade de São Paulo; Unidade de Cuidados Especiais do Hospital Regional do Cariri, da Secretaria Estadual de Saúde): II Simpósio Café com Filosofia & Espiritualidade, I Simpósio de Cultura de Paz e Espiritualidade do Cariri.

Figura 6. Logotipo do Simpósio Café com Filosofia & Espiritualidade.

O II Simpósio Café com Filosofia & Espiritualidade congregou representantes de cinco denominações religiosas diferentes (Espiritismo, Catolicismo, Protestantismo, Candomblé e Budismo) para discutir, num diálogo inter-religioso com participação do público,

as relações que se constroem na história e cultura de cada religião e como contribuem para o estado de saúde dos sujeitos.

Figura 7. Logotipo do I Simpósio de Cultura de Paz e Espiritualidade do Cariri.

Com o tema "Contribuições da Espiritualidade para o Desenvolvimento Humano", o simpósio reuniu pesquisadores das áreas da Saúde, Sociologia, Psicologia e Desenvolvimento Sustentável para discutir as diversas relações da Espiritualidade com a construção de uma Cultura de Paz integral.

Atuando também na promoção de habilidades em pesquisa acadêmica, a LIASE, junto com Prof. Dr. Modesto Rolim, organizou o I Curso de Escrita Científica, tratando mais detidamente sobre elaboração e publicação de revisões sistemáticas da literatura, o qual foi altamente procurado por estudantes e pesquisadores de instituições da região.

Ao longo do ano, através de estudantes e professores da UFCA e de outras instituições, bem como de redes sociais, membros da LIASE foram contatados e convidados a participar,

como colaboradores, na facilitação de atividades, oficinas e palestras em outros eventos externos. Pode-se citar, dentre eles:

- **VI Semana de Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado** (Icó, CE): oficina "Saúde e espiritualidade: desafios e perspectivas";
- **17ª Semana de Acolhimento ao Ingressante do Centro Acadêmico Leão Sampaio** da FAMED-UFCA: oficina "Existe relação entre saúde e espiritualidade?"
- **18ª Semana de Acolhimento ao Ingressante do Centro Acadêmico Leão Sampaio** da FAMED-UFCA: oficina "Por que abordar a espiritualidade na prática?"
- **I Jornada Alagoana de Saúde e Espiritualidade** (Maceió, AL): palestra "Cuidar do outro é cuidar de mim: reflexões em saúde, espiritualidade e humanização a partir de Paulo Freire"; apresentação de pôster científico "Liga Acadêmica de Saúde e

Espiritualidade do Cariri no processo de construção de uma racionalidade médica holística", premiado como o melhor trabalho do evento;

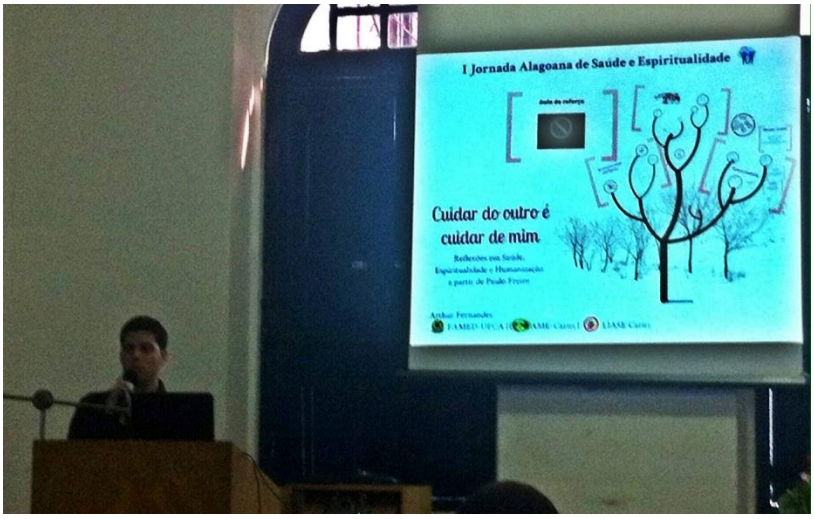

Figura 9. Arthur Fernandes, coordenador geral da LIASE, durante palestra na I Jornada Alagoana de Saúde e Espiritualidade (Maceió, AL).

- **III Encontro Acadêmico de Saúde e Espiritualidade de Pernambuco** (Recife, PE): palestra "Espiritualidade no Meio Acadêmico: um desafio possível";
- **Reunião mensal do Grupo de Pesquisa "Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde" do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri** (Crato, CE): discussão "Por que incluir a Espiritualidade na Saúde?".

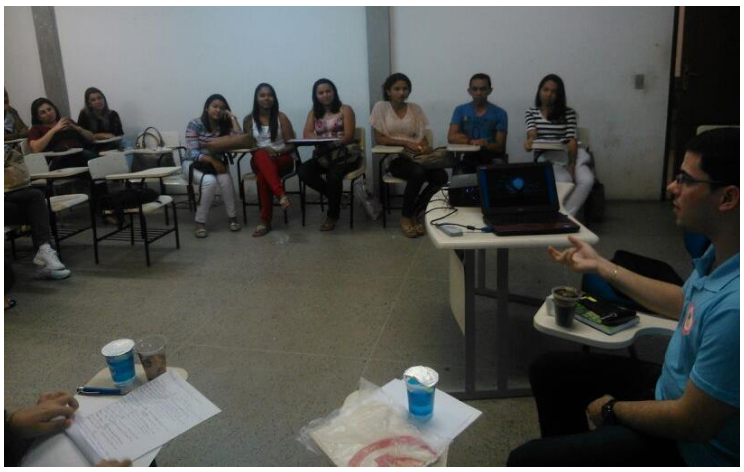

Figura 10. Equipe da LIASE em discussão junto ao Grupo de Pesquisa "Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde" do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (Crato, CE).

Ainda dentro da perspectiva do Ensino, a LIASE, com a intenção de iniciar discussões sobre a institucionalização da abordagem da espiritualidade na saúde, através de disciplinas ou módulos formais no currículo da Faculdade de Medicina da UFCA, estruturou, junto com professores parceiros, como Prof. Maurício Lopes, Profa. Suziy de Matos e Prof. Modesto Rolim, uma proposta de módulo optativo em Saúde e Espiritualidade, a se iniciar no ano de 2015, tendo como objetivo geral: Construir percepções sobre a importância da Espiritualidade como fator de influência no acompanhamento do paciente no processo saúde-doença e sua participação como instrumento de humanização no atendimento.

Não obstante, a reverberação das ações da LIASE atraiu médicas da Unidade de Cuidados Especiais (UCE) do Hospital Regional do Cariri, que trabalham com cuidados paliativos. A partir de então, a conjunção espiritualidade, saúde, humanização e cuidados com o paciente que vivencia a terminalidade da vida foi notória, resultando daí uma nova proposta de módulo optativo em Cuidados Paliativos, que inclui aulas teóricas e práticas, com extensa abordagem sobre espiritualidade e assistência integral ao paciente. O módulo iniciou suas atividades em agosto deste ano, e segue até dezembro próximo. A parceria com a UCE rendeu mais frutos, e a LIASE hoje desenvolve a "Sessão Kübler-Ross de cinema, amor e carinho" no auditório do hospital. A iniciativa envolve a exibição mensal de um filme ligado cuidados paliativos, espiritualidade e compreensão holística da pessoa, seguindo-se uma discussão entre os presentes, mediada pela equipe da unidade. Não obstante, está em fase de construção, pela LIASE, a proposta de estruturação de um Núcleo de Assistência Espiritual para o paciente internado no referido serviço, a ser apresentada a diretoria do hospital ainda em 2014, partindo de uma compreensão de assistência espiritual como atenção a necessidades subjetivas e existenciais de cada indivíduo, que podem ou não envolver religiosidade.

Outra ação conjunta em fase de organização, desta vez com o Curso de Filosofia da UFCA, é o III Simpósio Café com Filosofia & Espiritualidade, possivelmente dentro da temática da relação entre sexualidade, espiritualidade e saúde.

Aproximando-se do final do ano de 2014, a LIASE realizou o maior congresso de saúde e espiritualidade do norte e nordeste do Brasil. O I CONSESP – Congresso de Saúde e Espiritualidade do Cariri reuniu, de 09 a 12 de outubro, mais de 27 palestrantes de todo o país e mais de 300 congressistas em uma programação composta por palestras, conferências, mesas-redondas, oficinas práticas, além de apresentações de trabalhos científicos nas áreas temáticas de Saúde Holística, Educação Integral e Saúde e Sustentabilidade. Dentro do grande evento

houve, ainda, duas jornadas: I Jornada de Cuidados Paliativos e I Jornada de Saúde Única do Cariri.

Figura 11. Logotipo do I Congresso de Saúde e Espiritualidade do Cariri.

Promovido com apoio da Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal do Cariri e diversos outros patrocinadores, o I CONSESP foi um concretizou a presença da LIASE na região e difundiu em grande escala o debate sobre a conexão ciência e espiritualidade.

3.4. ANO 2015

No 3º ano de atividades, a LIASE se consolidou como grupo propulsor dos estudos sobre a relação entre ciência e espiritualidade na saúde. Tanto é que foram criadas, em 2015, com apoio da liga, dois novos grupos de estudo e pesquisa em saúde e espiritualidade no Ceará: Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade – LISAES (Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE) e Liga Acadêmica de Cuidado Espiritual em Saúde – LACES (Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE).

Não obstante, a liga angariou mais parceiros interessados em trabalhar sob a visão da espiritualidade na saúde: Programa Municipal de DSTs, AIDS e Hepatites Virais de Juazeiro do Norte/CE, Asssociação de Reikianos do Cariri (ARCA), Associação Brasileira de Homeopatia Popular (secção Cariri), Curso de Psicologia da Faculdade Vale do Salgado de

Icó/CE, Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte, Grupo de Pesquisa Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde (Curso de Enfermagem da URCA em Crato/CE).

A LIASE também realizou ações mais diretas ao público acadêmico do Cariri, especialmente à área de saúde, contribuindo para a percepção da espiritualidade como uma parte constituinte do individuo e, por conseguinte, a importância de considera-la nos cuidados de saúde. Isto se deu através de reuniões com resolução de casos clínicos, apresentações de filmes (sessões Kübler-Ross) e rodas de conversa, todas as atividades abertas ao público. Além disso, foi realizada a Segunda Jornada de Cuidados Paliativos do Cariri, atividade que contemplou um grande público e contribuiu para possibilitar um melhor entendimento acerca dos serviços de cuidados paliativos da região caririense, possibilitando um contato entre estes serviços e a comunidade acadêmica.

Na pesquisa, pudemos investir nos ligantes, estimulando-os na escrita científica. O resultado disso foram **02 artigos publicados** em periódicos (sendo um internacional, com fator de impacto = 0,35), **05 pôsteres científicos** apresentados em 3 congressos de caráter nacional, além de **uma palestra proferida** por um ligante em um dos congressos. Além disso, por influência da LIASE junto aos pesquisadores e diretoria da FAMED, está em avaliação uma proposta de Programa de Pós-Graduação em Ciências Biomédicas, a ser sediado na FAMED, que inclui uma linha de pesquisa sobre **Fisiopatologia e Antropologia da Espiritualidade**.

Dentro do ensino, a liga trabalhou com metodologia ativa (Aprendizagem Baseada em Problemas – ABP) ao longo do ano, fazendo discussões de casos clínicos sobre diversos temas dentro de saúde e espiritualidade. Foram 7 casos discutidos nesse ano. Além disso, foi possível articular com dois professores dos módulos de Semiologia Médica (4º período do curso de medicina) a inclusão de uma aula teórico-prática sobre abordagem da espiritualidade na saúde, com participação da LIASE na realização de uma simulação (*role-playing*), a partir do semestre 2016.1.

Em extensão e cultura, a LIASE contribuiu para a criação de um espaço destinado a práticas religiosas e espirituais no Hospital Regional do Cariri, a partir da mobilização de sua Comissão de Humanização hospitalar; realizar a Sessão Kübler-Ross de cinema mensalmente na FAMED/UFCA, agregando interessados em discutir temas sobre cuidados paliativos e espiritualidade; realizar a II Jornada de Cuidados Paliativos do Cariri, evento que contou com 08 oradores de todo o Brasil (incluindo a médica presidente da Academia Nacional de Cuidados

Paliativos) e mais de 350 ouvintes (tendo uma procura total de cerca de 700 interessados [inscritos + lista de reserva]).

Através do Treinamento Teórico-Prático em Anamnese Espiritual, realizado no Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, foi possível criar um grande link entre ensino, extensão e pesquisa, pois os ligantes consideraram a aprendizagem muito significativa, foi feito um relato de caso apresentado em congresso nacional e foram sensibilizados profissionais no hospital sobre a importância da abordagem da espiritualidade na prática clínica.

Parcerias com ONG´s e grupos de apoios que acolhem diariamente população de risco ou que possuem alguma necessidade específica na área da saúde, foram estabelecidas, a fim de destinar recursos provenientes de doações advindas de eventos e campanhas realizadas pela LIASE no ano de 2015. Realizamos parcerias com a Associação Comunitária Lucas Dantas (ACOLD) localizada na cidade de Missão Velha-CE, Lar e Casa de Apoio São Bento (CASB), localizada na cidade de Barbalha-CE, e o Instituto de Apoio a Crianças com Câncer (IACC) também localizado na cidade de Barbalha-CE.

Tudo isso pode ser constatado pelo demonstrativo de atividades abaixo:

1. Casos Clínicos sobre Saúde e Espiritualidade (discussões de casos clínicos na FAMED/UFCA) (todos)
   1.1. Novos paradigmas I - Modelos de assistência à saúde (biomédico, holístico…).
   1.2. Novos paradigmas II - Conceitos – espiritualidade, religião, religiosidade. Saúde integral.
   1.3. Instrumentos / Espiritualidade como recurso - Escalas, questionários, inventários
   1.4. Coping, resiliência, necessidades espirituais. Assistência espiritual.
   1.5. Evidências I - Saúde física
   1.6. Evidências II - Saúde psíquica
   1.7. Evidências III - Saúde social
2. Tenda do Conto 2015: exercício de contação de histórias/memórias de vida, estimulando autoconhecimento e integração entre os membros da liga (todos)
3. Treinamento Teórico-Prático em Anamnese Espiritual (TTPAE): 3 coletas de entrevistas (anamneses) espirituais de pacientes do Hospital Maternidade São Vicente de Paulo (HMSVP, Barbalha-CE), feitas por 07 grupos de 02-03 ligantes + 01 supervisor, totalizando 21 histórias
4. Semana de Saúde e Cidadania LGBT do Cariri 2015

4.1. Roda de conversa: Religiões e Diversidade Sexual (ligantes)

5. II Seminário AIDS e Religiões 2015
   5.1. Palestra: Influência da espiritualidade na vivência com o HIV/aids (ligantes)
   5.2. Oficina: Espiritualidade e saúde (ligantes)

Figura 12. II Seminário AIDS e Religiões – Crato/CE

6. Semana de Psicologia da FVS 2015
   6.1. Mesa-redonda: Saúde, Ciência e Espiritualidade (ligantes)
   6.2. Oficina: Espiritualidade e Saúde - abordagem no ambiente hospitalar (ligantes)
7. I Simpósio de Oncologia Pediátrica do Cariri
   7.1. Palestra: Enfoque da espiritualidade no paciente oncológico (prof. orientador)
8. I Jornada de Saúde da FJN 2015
   8.1. Palestra: Inserindo a espiritualidade nas práticas de saúde - evidências científicas (prof. orientador)
9. Congresso Brasileiro de Medicina e Espiritualidade 2015
   9.1. Pôster científico: Em busca de uma Racionalidade Médica Holística: percursos da Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade do Cariri (ligantes)
   9.2. Palestra: Desafios e estratégias de grupos de estudo em saúde e espiritualidade – visão do estudante (ligantes)
10. Semana de Recepção de Calouros do CALS
    10.1. Semestre 2015.1: Apresentação da LIASE Cariri e suas atividades (ligantes)
    10.2. Semestre 2015.2: Apresentação da LIASE Cariri e suas atividades (ligantes)
11. I Seminário do VER-SUS Cariri
    11.1. Mesa-redonda: Espiritualidade e Saúde (ligantes)

Figura 13. I Seminário VER-SUS Cariri – Juazeiro do Norte/CE

12. Congresso Brasileiro de Psiquiatria 2015

12.1. Pôster científico: Espiritualidade e Tenda do Conto: recursos para a promoção da Gerotranscendência e da Saúde Mental (ligantes)

12.2. Pôster científico: Saúde Mental em movimento: Estratégias para integração do ensino-aprendizagem com a Espiritualidade (ligantes)

Figura 14. Gisele Nogueira, Camilla Meireles e Arthur Fernandes – Congresso Brasileiro de Psiquiatria – Florianopolis/SC

13. Congresso Brasileiro de Educação Médica 2015

13.1. Pôster científico: Espiritualidade em Cuidados Paliativos: abordando a essência de um cuidado com compaixão (ligantes)

13.2. Pôster científico: Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade do Cariri: trilhando umas práxis humanística e solidária (ligantes)

Figura 15. Juliana Fontes e Arthur Fernandes – Congresso Brasileiro de Educação Médica – Rio de Janeiro/RJ

14. Grupo de Estudos em Cuidado Integral (Geci) da Faculdade ASCES (**Caruaru, PE**)
    14.1. Roda de conversa: Do sonho à prática – Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (ligantes)

Figura 16. Roda de Conversa – Geci – Faculdade ASCES – Caruaru/PE

15. Encontro com o Curso de Psicologia da FVS (**Icó, CE**)
    15.1. Roda de conversa: A visão da medicina sobre a morte, e as construções da Liga de Saúde e Espiritualidade (ligantes)
16. Semana Universitária da UPE 2015 (**Recife, PE**)
    16.1. Desconferência: Saúde e Espiritualidade (ligantes)
17. II Jornada de Cuidados Paliativos do Cariri

Figura 17. Lootipo e organizadores da II Jornada de Cuidados Paliativos do Cariri – Barbalha/CE

18. Reuniões clínicas da Equipe Multiprofissional em Cuidados Paliativos do Hospital Maternidade São Vicente de Paulo (HMSVP)
    18.1. Roda de conversa: Espiritualidade na Prática Clínica (ligantes)
19. VII Oficina Locorregional do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB)
    19.1. Palestra e discussão de caso clínico: Espiritualidade na Prática Clínica (prof. orientador)
20. Artigos publicados
    20.1. Revista de Medicina da USP: Ferreira AGC, Silva AF, Carvalho MVG, Bezerra MR. Experiências espirituais de um idoso sob cuidados paliativos: relato de caso / Spiritual experiences of a seriously ill elderly: a case report. Rev Med (São Paulo). 2015 jul.-set.;94(3):185-8.
    20.2. International Archives of Medicine: Fernandes da Silva, Arthur; De Carvalho Ferreira, Alberto Gorayeb; De Macêdo Melo, Rafaela; Caldas Lins, Hellen Lúcia Cruz; Soares Feitosa, Uilna Natércia; De Araújo Neto, Emídio Antonio; Dos Santos Rocha, Susanne; Leite Rolim Neto, Modesto. The influence of religiosity / spirituality on mental health. International Archives of Medicine, v. 8, p. 1-4, 2015.

3.5. ANO 2016

Nesse ano, a LIASE Cariri, articulando outros projetos e ações existentes, torna-se Programa de Extensão em Espiritualidade e Saúde do Cariri, com três eixos de atuação: Cuidados Paliativos, Cultura de Paz e Educação em Saúde e Espiritualidade.

Assim, com o objetivo de fornecer aos estudantes da graduação em medicina subsídios para abordar o paciente na dimensão espiritual, foi criada a Monitoria de Introdução à Espiritualidade na Semiologia Médica, cadastrada no Programa de Integração em Ensino e Extensão (PEEX), coordenada pelos professores Sandra Barreto e Marcelo Cruz e direcionada aos alunos do 4º período do curso de medicina da UFCA.

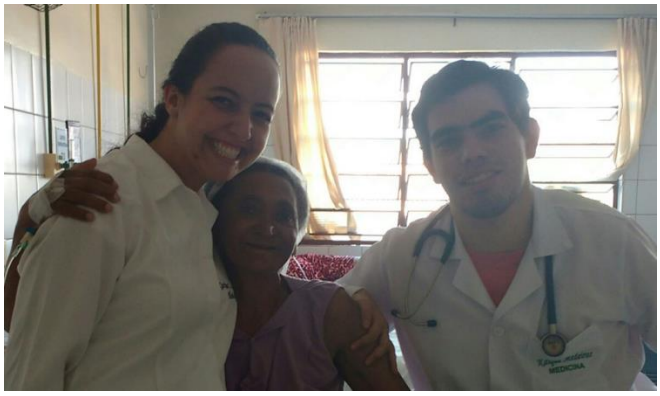

Figura 18. Prática em Anamnese Espiritual com estudantes do 4º período do Curso de Medicina da UFCA, no Hospital e Maternidade São Vicente de Paula (Barbalha, CE).

O Treinamento Teórico-Prático em Anamnese Espiritual (TTPAE) foi desenvolvido junto à Monitoria do PEEX e extrapolou os muros da FAMED/UFCA, sendo levado ao 46º Encontro Científico de Estudantes de Medicina (ECEM 2016), em Fortaleza-CE, e à III Mostra

UFCA, na modalidade de oficina. Desse modo, atingimos estudantes de medicina de vários estados do Brasil e de outras áreas de conhecimento.

Figura 19. Discussão de casos clínicos com estudantes de medicina conduzida por membros da LIASE, no ECEM 2016 (Fortaleza, CE).

Inspirados na Tenda do Conto realizada pela LIASE Cariri, ligantes criaram o Projeto Tenda do Conto do Cariri, vinculado à Pró-Reitoria de Cultura da UFCA, que atuou no Centro de Referência do Idoso (CRI), em Juazeiro do Norte, e na FAMED/UFCA, onde promoveu várias reflexões sobre Humanização em Saúde, como 'A importância do ouvir, do olhar e do acolher' e 'Saúde Holística - As dificuldades práticas de abordar saúde holística e de humanização do atendimento'.

Figura 20. Membros da LIASE e fundadores da Tenda do Conto do Cariri em sua primeira atividade com os idosos do CRI (Juazeiro do Norte, CE).

Por ocasião do *Setembro Amarelo*, mês da campanha de prevenção ao suicídio, a LIASE Cariri, em parceria com a Tenda do Conto do Cariri e a Liga de Saúde Mental (LISAM), promoveu a Sessão de Cinema + Roda de Conversa sobre Suicídio e Homofobia, onde foi exibido o filme Orações para Bobby, após o que seguiram-se depoimentos e discussões

facilitadas pela Psicóloga Thamyres Dionísio e pela Médica em Saúde da Família e Professora do Curso de Medicina da UFCA Ada Pontes.

Figura 21. Participantes da Sessão de Cinema + Roda de Conversa sobre Suicídio e Homofobia, na Faculdade de Medicina da UFCA (Barbalha, CE)

A LIASE promoveu ainda a III Jornada de Cuidados Paliativos com conferências, palestras e oficinas.

Figura 22. Logotipo e organizadores da III Jornada de Cuidados Paliativos do Cariri.

Palestras:

- Cuidados paliativos: UM ATO DE AMOR – *Dr. Otávio Cruz Sampaio Neto* - Médico Especialista em Saúde da Família e Comunidade e em Cuidados Paliativos - Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo/Barbalha | CE

- Comunicação difícil em saúde – *Dra. Carmen Carvalho de Brito Bezerra* - Médica Geriatra - Hospital Regional do Cariri/ Juazeiro do Norte l CE

Mesa-redonda:

- Atenção Multidisciplinar em Cuidados Paliativos - *Rosennyldo Duarte da Nóbrega* - Enfermeiro - Unidade de Cuidados Especiais (Cuidados Paliativos) e Unidade de AVC (fase crônica) - Programa de Assistência Domiciliar - Hospital Regional do Cariri/ Juazeiro do Norte | CE; *Karla Rossana Gomes Lôbo* - Psicóloga Clínica e

Ludoterapeuta; *Dr. Otávio Cruz Sampaio Neto, Dra. Carmen Carvalho de Brito Bezerra e Dra. Sandra Sampaio.*

Figura 23. Mesa-redonda.

Oficinas:

- Oficina 01: Programação Neurolinguística no Processo de Luto - *Ádamo Xenofonte Brasil* - Psicanalista e Hipnoterapeuta.
- Oficina 02: Vivenciando o luto - *Karla Rossana Gomes Lôbo* - Psicóloga Clínica e Ludoterapeuta.
- Oficina 03: Arteterapia - *Natalle Wold Gomes da Silva* - Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Cariri/ Projeto de Extensão Arteterapia em Cuidados Paliativos
- Oficina 04: Treinamento Teórico-Prático em Anamnese Espiritual - Equipe Liase (*Raphael Dantas, Juliana Fontes, Stefânia Rodrigues, Flávia Costa, Ana Carolina, Anthony*)

Apresentação:

- Amor e Ciência: a história da LIASE Cariri - Coordenação Executiva da LIASE Cariri

Conferência:

- Espiritualidade e Autocuidado do profissional de saúde - José Maurício Pereira Lopes- Médico Infectologista - Faculdade de Medicina da UFCA/ Barbalha l CE - Orientador da LIASE - Cariri

Por fim, com muito entusiasmo, recebemos o Prêmio Marlene Nobre de incentivo à pesquisa científica em saúde e espiritualidade e a Comenda do Jornal do Médico na categoria Projeto social, nos 15 anos criação do Curso de Medicina da UFCA.

Figura 24. Raphael Dantas, coordenador adjunto da LIASE, recebendo a Comenda das mãos da Pró-Reitora de Extensão da UFCA, Cláudia Araújo Marco, na Faculdade de Medicina da UFCA (Barbalha, CE).

Entende-se que este escopo de atividades ainda é tímido frente às possibilidades da região do Cariri, e mais ainda frente à necessidade dos estudantes, professores, profissionais nos serviços de saúde e, especialmente, pacientes. Ainda assim, avalia-se que os objetivos de fomento à pesquisa e promoção da discussão sobre a importância de se agregar, à avaliação

tradicional do doente, a dimensão espiritual, estão sendo cumpridos, o que se evidencia pela participação de discentes, docentes e cuidadores às reflexões e debates trazidos pela LIASE.

Figura 25. Membros da LIASE Cariri no III Simpósio de Cuidados Paliativos, na Faculdade de Medicina da UFCA (Barbalha,CE).

3.6. ANO 2017

Em 2017, o Programa da LIASE Cariri foi reestruturado e passou a organizar-se em torno de 3 eixos: Cuidados Paliativos, Educação em Saúde e Espiritualidade e Humanização em Saúde, contando com novas parcerias, como o Ambulatório da Dor no Câncer e Cuidados Paliativos, em Crato, e com novas ações como:

- Visita técnica à Unidade de Cuidados Especiais do Hospital Regional do Cariri (UCE-HRC);
- Prática de Anamnese biográfica em Cuidados Paliativos (PABCP);
- Exposição fotográfica: Cuidados Paliativos, um direito à vida na terminalidade;
- Portfólio de Espiritualidade e Saúde – PES;
- Educação continuada em Espiritualidade e Saúde – ECES;
- Reflexões sobre Humanização em Saúde;
- Setembro Amarelo - Mês de prevenção ao Suicídio;
- Comunicação em Espiritualidade Unificada – CEU.

2017 também foi um ano de consolidação da LIASE Cariri, no que diz respeito à produção científica, ao publicar artigos científicos em periódicos internacionais e apresentar trabalhos em

eventos científicos de abrangência nacional como o 13º Congresso Brasileiro da Dor e o XXXV Congresso Brasileiro de Psiquiatria.

Por fim, em 2017, realizamos o I Simpósio de Humanização em Saúde, um evento multidisciplinar, onde pudemos refletir e discutir, ao longo de um fim de semana, sobre a a

humanização do cuidado, desde a perspectiva do sujeito enquanto pacinete ao sujeito enquanto cuidador.Seguem abaixo, algumas imagens das ações desenvolvidas ao longo de 2017.

Figura 27. I Encontro de Educação Continuada em Espiritualidade e Saúde (I ECES). 11 de Março de 2017. Chácara Particular, Juazeiro do Norte-CE.

Figura 28. Processo seletivo LIASE 2017 e Monitoria de Introdução à Espiritualidade em Semiologia Médica (PEEX). 22, 23 e 24 de março de 2017. FAMED/UFCA, Barbalha-CE.

Figura 29. I Reunião Integrativa (Acolhimento de novos membros). 27 de março de 2017. FAMED/UFCA, Barbalha-CE.

Figura 30. Visita à Unidade de Cuidados Especiais. 28 de março de 2017. Hospital Regional do Cariri, Juazeiro do Norte-CE.

Figura 31. Palestra: CUIDADOS PALIATIVOS – UM DIREITO À VIDA NA TERMINALIDADE, no II Sarau do curso de Psicologia da Faculdade Vale do Salgado - FVS ("IDENTIDADE E DIREITOS HUMANOS"). 30 de março de 2017. Icó-CE.

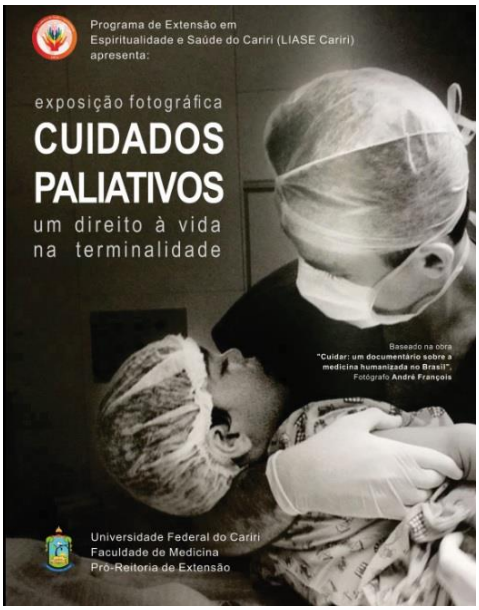

Figura 32. Banner da Exposição Fotográfica: CUIDADOS PALIATIVOS – UM DIREITO À VIDA NA TERMINALIDADE, no II Sarau do curso de Psicologia da Faculdade Vale do Salgado - FVS ("IDENTIDADE E DIREITOS HUMANOS"). 30 de março de 2017. Icó-CE.

Figura 33. Capacitação para Monitores de Introdução à Saúde e Espiritualidade em Semiologia Médica (PEXX).

Figura 34. Prática de Anamnese Biográfica em Cuidados Paliativos (PABCP) – 10 de abril de 2017. Ambulatório da Dor, Crato-CE.

Figura 35. I Reflexão de Humanização em Saúde ("Espiritualidade e Saúde: Por que? Para que? Para quem?). 12 de abril de 2017. FAMED/UFCA, Barbalha-CE.

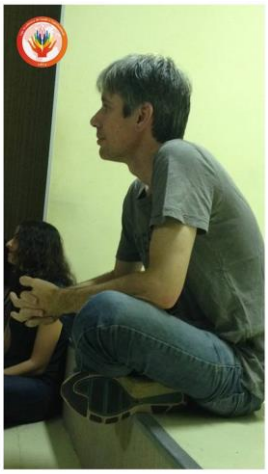

Figura 36. Davi Negrão, facilitador da I Reflexão de Humanização em Saúde ("Espiritualidade e Saúde: Por que? Para que? Para quem?). 12 de abril de 2017. FAMED/UFCA, Barbalha-CE

Figura 37. Treinamento Teórico-Prático em Anamnese Espiritual – Parte Teórica: Simulação de Aplicação do Protocolo FICA. 26 de abril de 2017. FAMED/UFCA, Barbalha-CE.

Figura 38. Treinamento Teórico-Prático em Anamnese Espiritual – Parte Teórica: Simulação de Aplicação do Protocolo FICA. 26 de abril de 2017. FAMED/UFCA, Barbalha-CE.

Figura 39. Treinamento Teórico-Prático em Anamnese Espiritual – Parte Teórica: Simulação de Aplicação do Protocolo FICA. 26 de abril de 2017. FAMED/UFCA, Barbalha-CE.

Figura 40. Treinamento Teórico-Prático em Anamnese Espiritual – Parte Teórica: Simulação de Aplicação do Protocolo FICA. 26 de abril de 2017. FAMED/UFCA, Barbalha-CE.

Figura 41. Prática de Anamnese Biográfica em Cuidados Paliativos (PABCP) – Ambulatório da Dor, Crato-CE.

Figura 42. Homenagem aos membros da LIASE que se formaram em 2017.1. 10 de maio de 2017. FAMED/UFCA, Barbalha-CE.

Figura 43. II Reflexão de Humanização em Saúde ("A Burocracia da Dor"). 10 de maio de 2017. FAMED/UFCA, Barbalha-CE.

Figura 44. II Reflexão de Humanização em Saúde ("A Burocracia da Dor"). 10 de maio de 2017. FAMED/UFCA, Barbalha-CE.

Figura 45. II Reflexão de Humanização em Saúde (“A Burocracia da Dor”). 10 de maio de 2017. FAMED/UFCA, Barbalha-CE.

Figura 46. Treinamento Teórico-Prático em Anamnese Espiritual (TTPAE) na Liga de Psiquiatria da Faculdade Estácio FMJ. 22 de maio de 2017. Juazeiro do Norte-CE.

Figura 47. I Sessão Kubler-Ross de Cinema. 24 de maio de 2017. HMSVP, Barbalha-CE.

Figura 48. Monitoria de Introdução à Espiritualidade em Semiologia Médica (PEEX). 9 de junho de 2016. Ambulatório da dor, Crato-CE.

Figura 49. Monitoria de Introdução à Espiritualidade em Semiologia Médica (PEEX). 16 de junho de 2016. Ambulatório da dor, Crato-CE.

Figura 50. II Reunião Integrativa (Reflexão: "O que a comunidade espera de nós?"). 06 de julho de 2017. FAMED/UFCA, Barbalha-CE.

Figura 51. II Reunião Integrativa (Reflexão: "O que a comunidade espera de nós?"). 06 de julho de 2017. FAMED/UFCA, Barbalha-CE.

Figura 52. Ações educativas de prevenção ao Câncer no Ambulatório de Oncologia Clínica e Cuidados Paliativos. 28 de julho 2017. Liga Norte-Rio-Grandense contra o Câncer, Natal-RN.

Figura 53. Ações educativas de prevenção ao Câncer no Ambulatório de Oncologia Clínica e Cuidados Paliativos. 28 de julho 2017. Liga Norte-Rio-Grandense contra o Câncer, Natal-RN.

Figura 54. Ações educativas de prevenção ao Câncer no Ambulatório de Oncologia Clínica e Cuidados Paliativos. 7 de agosto de 2017. Liga Norte-Rio-Grandense contra o Câncer, Natal-RN.

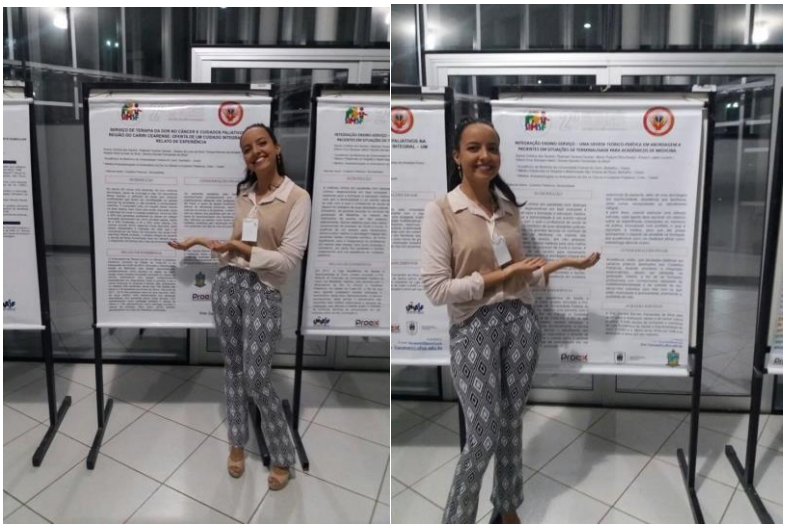

Figura 55. Apresentação dos Trabalhos produzidos pela LIASE no II Simpósio de Cuidados Paliativos. 11 e 12 de julho de 2017. Petrolina/PE.

Figura 56. III Reflexão de Humanização em Saúde: Sofrimento. 30 de agosto de 2017. Faculdade de Medicina UFCA. Barbalha-CE.

Figura 57. Apresentação dos Trabalhos produzidos pela LIASE no 13º Congresso Brasileiro da Dor. Centro de Convenções. 12 a 15 de setembro de 2017. Natal-RN.

Figura 58. Ação de Prevenção ao Suicídio – Setembro Amarelo. 16 de setembro de 2017. Centro de Barbalha-CE.

Figura 59. IV Reflexão de Humanização em Saúde: Suicídio. 20 de setembro de 2017. Faculdade de Medicina UFCA. Barbalha-CE.

Figura 60. I Conversas à noite – troca de visões e experiências sobre Cinema e Saúde no Setembro Amarelo. 28 de setembro de 2017. Faculdade de Medicina UFCA. Barbalha-CE.

Figura 61. Apresentação dos Trabalhos produzidos pela LIASE no XXXV Congresso Brasileiro de Psiquiatria. 25 a 28 de outubro de 2017. Transamérica Expocenter. São Paulo-SP.

Figura 62. I Simpósio de Humanização em Saúde: Do Paciente ao Cuidador. 11 e 12 de novembro de 2017. Faculdade de Medicina da UFCA. Barbalha-CE.

Figura 63. I Simpósio de Humanização em Saúde: Do Paciente ao Cuidador. 11 e 12 de novembro de 2017. Faculdade de Medicina da UFCA. Barbalha-CE.

Figura 64. I Simpósio de Humanização em Saúde: Do Paciente ao Cuidador. 11 e 12 de novembro de 2017. Faculdade de Medicina da UFCA. Barbalha-CE.

Figura 65. Mesa Redonda sobre Saúde do Cuidador no I Simpósio de Humanização em Saúde: Do Paciente ao Cuidador. 11 e 12 de novembro de 2017. Faculdade de Medicina da UFCA. Barbalha-CE.

Figura 66. Treinamento Teórico-Prático em Anamnese Espiritual – Parte Prática: Aplicação do Protocolo FICA com os pacientes. 14 de setembro de 2017. Enfermaria Cirúrgica, HMSVP, Barbalha-CE.

Figura 67. Treinamento Teórico-Prático em Anamnese Espiritual – Parte Prática: Aplicação do Protocolo FICA com os pacientes. 30 de agosto de 2017. Enfermaria Cirúrgica, HMSVP, Barbalha-CE.

Figura 68. Treinamento Teórico-Prático em Anamnese Espiritual – Parte Prática: Aplicação do Protocolo FICA com os pacientes. 22 de novembro de 2017. Enfermaria Oncológica, HMSVP, Barbalha-CE.

Figura 69. Treinamento Teórico-Prático em Anamnese Espiritual – Parte Prática: Aplicação do Protocolo FICA com os pacientes. 24 de novembro de 2017. Enfermaria Cirúrgica, HMSVP, Barbalha-CE.

Figura 70. Treinamento Teórico-Prático em Anamnese Espiritual – Parte Prática: Aplicação do Protocolo FICA com os pacientes. 30 de novembro de 2017. Enfermaria Oncológica, HMSVP, Barbalha-CE.

Figura 71. III Reunião Integrativa e de Encerramento das Atividades da LIASE em 2017. Tema: Uma explosão de Amor e Ciência. 6 de dezembro de 2017.Faculdade de Medicina da UFCA, Barbalha-CE.

Figura 72. Pacientes dando seu depoimento sobre o Ambulatório da Dor. Confraternização de Natal do Ambulatório da Dor. 8 de dezembro de 2017. Posto da Grota, Crato-CE.

Figura 73. Pacientes dando seu depoimento sobre o Ambulatório da Dor. Confraternização de Natal do Ambulatório da Dor. 8 de dezembro de 2017. Posto da Grota, Crato-CE.

Figura 74. Equipe do Ambulatório da Dor, Internos de Medicina e Membros da LIASE. Confraternização de Natal do Ambulatório da Dor. 8 de dezembro de 2017. Posto da Grota, Crato-CE.

4. ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO COM O PACIENTE - Harold G. Koenig

4.1. POR QUE INCLUIR A ESPIRITUALIDADE

Por que incluir a espiritualidade no tratamento? Por que um médico deve apontar as necessidades espirituais ou sustentar as crenças religiosas de um paciente? Os médicos precisam estar aptos a responder estas questões de uma forma clara e objetiva antes de decidir comentar sobre assuntos espirituais com pacientes. Aqui estão cinco razões as quais os médicos devem considerar:

- Muitos pacientes são religiosos, e crenças religiosas os ajudam a lidar com muitas coisas.
- Crenças religiosas influenciam decisões médicas, especialmente quando os pacientes estão seriamente doentes.
- Atividades e crenças religiosas estão relacionadas a melhor saúde e qualidade de vida.
- Muitos pacientes gostariam que os médicos comentassem suas necessidades espirituais.
- Médicos que falam sobre as necessidades espirituais não são novidade, tendo raízes na longa história na relação religião, medicina e cuidados de saúde.

Boas razões existem para identificar e indicar as necessidades especiais dos pacientes. Muitos pacientes são religiosos e usam as crenças e práticas religiosas para lidar com doenças. Por causa disto, as crenças religiosas geralmente influenciam as decisões médicas, especialmente as feitas quando a doença é grave ou terminal.

Muitos pacientes queriam que seus médicos apontassem as suas necessidades espirituais e os apoiassem nesta área, especialmente quando a seriedade da doença aumentasse.

E mais, crescentes dados nas pesquisas indicam que a maioria dos casos, crenças e práticas religiosas estão relacionadas a melhor qualidade de vida e saúde.

Finalmente, há uma forte ligação histórica entre religião e cuidados de saúde que tem sido esquecidos. Indicar as necessidades espirituais dos pacientes não é nada novo, tanto na prática da psiquiatria ou da medicina.

4.2. COMO INCLUIR A ESPIRITUALIDADE

Falar das necessidades espirituais dos pacientes significa que os médicos devem aprender a levar a história espiritual de uma maneira centrada no paciente e com respeito às crenças do paciente. Uma história espiritual propicia informações relevantes ao tratamento médico e comunica ao paciente que o médico está aberto a falar sobre as necessidades nesta área. As mais simples necessidades espirituais que aparecem em avaliações referentes a capelães ou conselheiros pastorais devem ser consideradas.

Os médicos podem considerar apoiar e até mesmo encorajar as crenças religiosas relacionadas à saúde e atividades que os pacientes achem úteis. Em circunstancias especiais, o médico pode rezar com o paciente, embora esta atividade seja mais controversa e arriscada do que avaliar as necessidades espirituais ou apoiar as crenças do paciente. Talvez até mais importante, as linhas de comunicação devem ser abertas entre os médicos e as comunidades religiosas para mobilizar recursos que ajudem os pacientes assim que sejam liberados de hospitais ou clínicas.

Trabalhar com enfermeiras paroquiais e voluntariar parte do tempo para ajudar programas de saúde são outros caminhos que os médicos podem encontrar para as necessidades espirituais, psicológicas e médicas dos pacientes dentro e fora dos sistemas de saúde**.**

4.3. QUANDO INCLUIR A ESPIRITUALIDADE

Os médicos não devem conduzir uma avaliação espiritual em um paciente não internado que vai submeter-se a uma extração de verruga, um resfriado, um Papanicolau de

rotina ou outros pequenos problemas, nem em situações de cuidados intensivos – a não ser que a situação claramente indique que as necessidades espirituais são presentes.

Da mesma forma, não é aconselhável encontrar mais informações em assuntos espirituais a não ser que o médico tenha uma relação duradoura com o paciente, exceto em casos onde um clínico geral, ou qualquer outro especialista ou cirurgião está responsável pelo paciente no momento de internação e há contato limitado com o médico oficial do paciente.

Os melhores momentos para conduzir uma avaliação espiritual incluem o seguinte:

- Quando tomar a história inicial como parte da avaliação de um novo paciente.
- Quando o paciente é admitido ao hospital por um novo problema ou exacerbação de um antigo.
- Quando o paciente é admitido em uma casa de repouso ou outro instituto de problemas crônicos.
- Quando o paciente é admitido em um hospício ou um ambulatório.
- Durante uma visita de rotina de um paciente saudável.
- Em qualquer época que as decisões médicas precisam ser feitas ou influenciadas por crenças religiosas.

Ter conhecimento sobre os recursos espirituais do paciente antes de uma repentina piora ou aparecimento de alguma outra doença é sempre preferível do que iniciar uma avaliação espiritual nos momentos agudos (para evitar alarmar o paciente). O melhor local para levantar a história espiritual é ao final da história social.

O apoio espiritual pode ser providenciado durante uma avaliação espiritual ou em outras situações que peçam isto. Os médicos devem sentir-se livres para providenciar apoio simples para as crenças e atividades saudáveis que o paciente ache útil para lidar com a doença, embora eles devam estar sempre prontos para indicar o paciente a membros religiosos que tenham experiência com as necessidades espirituais.

Alguns médicos podem decidir por situações claramente definidas a orar com pacientes, seja iniciando a oração ou concordando em rezar durante o pedido de um paciente. Para minimizar o risco de coação, é mais seguro quando o paciente inicia e conduz a oração, embora nem sempre isto seja possível.

Comentar assuntos espirituais é mais importante quando uma séria doença crônica ou aguda está ameaçando a vida ou a qualidade de vida, quando um fator estressante psicossocial está presente e envolve perda ou mudança (i.e. divórcio, falecimento de parente ou amigo, membro doente na família e assim por diante), ou quando o paciente está prestes a submeter-se

a uma cirurgia ou outro procedimento onde o resultado é incerto e o paciente tem dificuldade em lidar com isto.

O tempo dispensado para falar sobre assuntos espirituais não deve tomar lugar do tempo necessário para explicar as necessidades médicas de forma compreensiva. Se o médico é pressionado, até uma simples questão de uma forma simpática e humana sobre como o paciente está indo espiritualmente irá mostrar que o médico se preocupa com o que para alguns pacientes é a fonte central de sentido e esperança da vida.

4.4. O QUE PODE RESULTAR

Falar sobre assuntos espirituais como parte do tratamento – acessando as necessidades espirituais, apoiando as crenças dos pacientes, validando as preocupações religiosas, fazendo as referências apropriadas para encontrar as necessidades espirituais e, em casos cuidadosamente selecionados, orar com os pacientes – pode ter um potencial número de benefícios. Isto também pode ter consequências negativas tanto para médicos como para pacientes se conduzido de modo incorreto.

Por um lado, isto pode melhorar a capacidade do paciente lidar com a doença, melhorar a relação médico-paciente, aumentar a confiança e a crença no tratamento e motivar o apoio e o monitoramento da comunidade, aumentando a satisfação com o tratamento médico e aumentando a velocidade da recuperação.

Do lado médico, praticar a medicina integral pode colher bons frutos, levando a maior preenchimento e o retorno de um idealismo perdido. Por outro lado, quando médicos lidam com assuntos espirituais sem sensibilidade, cautela ou treinamento, os resultados podem ser desastrosos – levando o paciente e sua família a uma insatisfação e até caros processos.

4.5. LIMITES E BARREIRAS

É importante entender o papel e as responsabilidades dos médicos, tão bem quanto suas limitações quanto a até onde eles devem ir ao comentar assuntos religiosos. Obter o

consentimento do paciente é essencial, assim como manter os limites entre médico e paciente ao tomar a história espiritual, apoiando crenças religiosas e até orando com os pacientes.

As áreas de sombras devem ser conhecidas para evitar rígidos limites e manter a flexibilidade nestes assuntos. Há outras armadilhas e perigos que os médicos precisam reconhecer para evitá-los. Finalmente, os médicos precisam examinar e superar as preocupações ao tratar estes assuntos com seus pacientes.

4.6. QUANDO A RELIGIÃO É PREJUDICIAL

Além dos efeitos positivos que a religião pode ter sobre a saúde, ela também pode ter efeitos negativos. As crenças religiosas podem fazer com que os pacientes adiem a tratamento médico, recusem procedimentos que salvem suas vidas e parem as medicações necessárias – escolhendo a fé ao invés da medicina como tratamento de sua escolha. Enquanto isto não ocorre com frequência, quando ocorre cria muitos aborrecimentos e estresse para todos os envolvidos.

Os médicos precisam aprender a respeitar as decisões que os pacientes fazem, nem se sentir ofendidos ou rejeitados. Ao invés disso, eles precisam tentar entrar no ponto de vista religioso para melhor entender a lógica da decisão. Apenas desta forma a porta da comunicação entre médico e paciente pode ser mantida aberta.

A ideia de que as perguntas que os médicos fazem sobre assuntos espirituais e religiosos possam ser prejudiciais aborrecendo os pacientes ou induzindo-os a culpa é algo que deve ser seriamente levado em consideração fazendo com que os médicos tenham treinamento nesta área. No entanto, esta ideia não é bem consistente de modo que evite com que os médicos falem sobre assuntos de uma área de vital importância para a saúde psicológica, social e física.

4.7. RECURSOS SOBRE ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

Existem diversos recursos para ajudar os profissionais de saúde a comentarem sobre assuntos espirituais em sua prática clínica. Segue adiante uma lista de ferramentas para levantar

a história espiritual que são baseadas em cinco qualidades (brevidade, conteúdo, centrada no paciente, credibilidade e fácil de memorizar):

- Lista Espiritual de Kuhn;
- História Espiritual de Matthews;
- História Espiritual de Maugans;
- Questionário HOPE;
- História Espiritual ACP;
- Método de Avaliação Espiritual FICA.

Na LIASE Cariri, utilizamos essa última ferramenta em nossos treinamentos teórico-práticos, pois é um método rápido, tem conteúdo razoável, é centrado no paciente, foi publicado em uma revista médica e é fácil de ser lembrado, tendo as cinco qualidades necessárias em um método de avaliação. Assim, será estudado de maneira mais aprofundada ao longo das atividades da Liga.

5. VAMOS FALAR SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG)

5.1. A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA E DO LUTO NO SÉCULO XXI

Quando as pessoas adoecem, suas vidas mudam dramaticamente. Elas experimentam uma grande variedade de questionamentos, incluindo: as manifestações do processo de doença (p. ex., sintomas, mudanças funcionais e psicológicas) e o desafio de como se ajustarem e continuarem vivendo nessa nova circunstância. Uma doença geralmente leva a mudanças nos relacionamentos e nos papéis familiares e sociais. Pode resultar em perdas de oportunidades, de renda e de segurança financeira. Pode interferir nas experiências pessoais de valores, sentido e qualidade de vida. Pode ainda causar sofrimento e levar as pessoas a questionarem o que o futuro lhes reserva na vida e na morte.

As pessoas não desejam as mudanças provocadas pela doença. Percebem essas mudanças como uma ameaça para suas experiências significativas e valiosas e para o seu futuro.

Para muitas, essa é a primeira vez que encaram o fato de que irão morrer em algum momento (figura 1).

Figura 75: Desvio do percurso da vida

QUEM É AFETADO PELA DONEÇA?

Enquanto a doença afeta individualmente o paciente, suas consequências afetam também a família e todos os que vivem ou trabalham com o paciente. O processo da doença desafia e até pode alterar os papéis familiares e a dinâmica do grupo.

Figura 76: Transições do paciente e da família durante a doença e o luto

A formação do grupo familiar original desfaz-se conforme a doença ameaçadora da continuidade da vida progride até o momento da morte do paciente. Ao longo desse processo, surge uma nova formação do grupo com mudanças na liderança, nas funções dos seus membros e consequentemente na sua dinâmica. Mesmo o paciente não estando mais presente, suas memórias e seu legado sobrevivem e afetam a todos (figura 2). Quando o grupo familiar consegue lidar com as múltiplas mudanças e perdas relacionadas à morte, fazendo uma transição saudável através do processo de luto, pode reconstruir suas vidas e se reintegrar à

sociedade. Se essa transição não for bem sucedida, os familiares tendem a adoecer, prejudicando sua atividade profissional e sobrecarregando o sistema de saúde.

MÚLTIPLAS SITUAÇÕES COMPLEXAS

Os provedores do cuidado, para serem efetivos em aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida, devem estar aptos a identificar e responder a todas as necessidades humanas básicas, originalmente descritas por Maslow na sua Hierarquia das Necessidades Humanas (figura 3). Inicialmente construído para descrever as motivações humanas, o modelo se aplica para descrever as necessidades dos nossos pacientes e familiares através da experiência da doença e do luto.

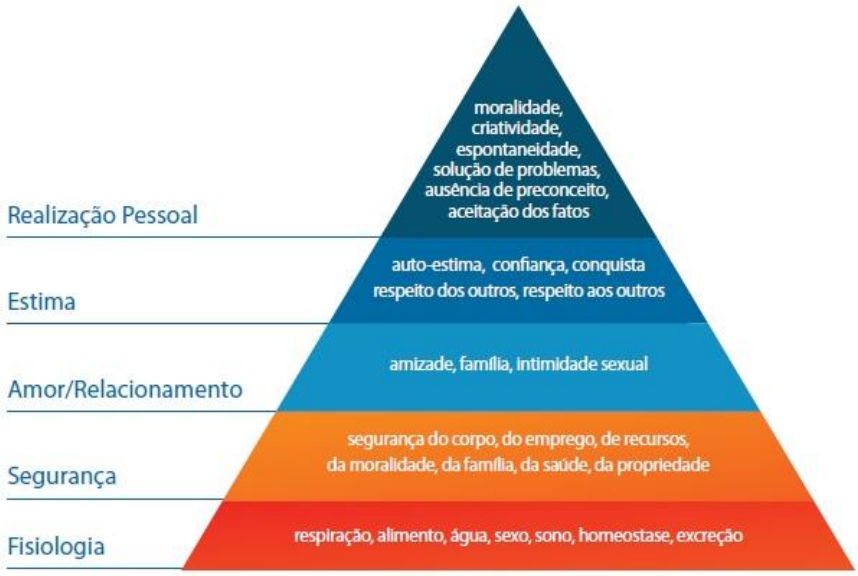

Figura 77: Hierarquia das Necessidades Humanas de Maslow

Esse modelo simples pode ser desdobrado nas múltiplas e complexas situações que o paciente e sua família enfrentam. A figura 4 mostra exemplos dessas situações, divididas em oito domínios de igual importância. Se o cuidado não favorecer a integração de algum desses domínios, isso pode prejudicar os demais. Pode levar ao aumento da angústia com complicações

adicionais tanto naquele domínio como em todos os níveis da hierarquia das necessidades humanas.

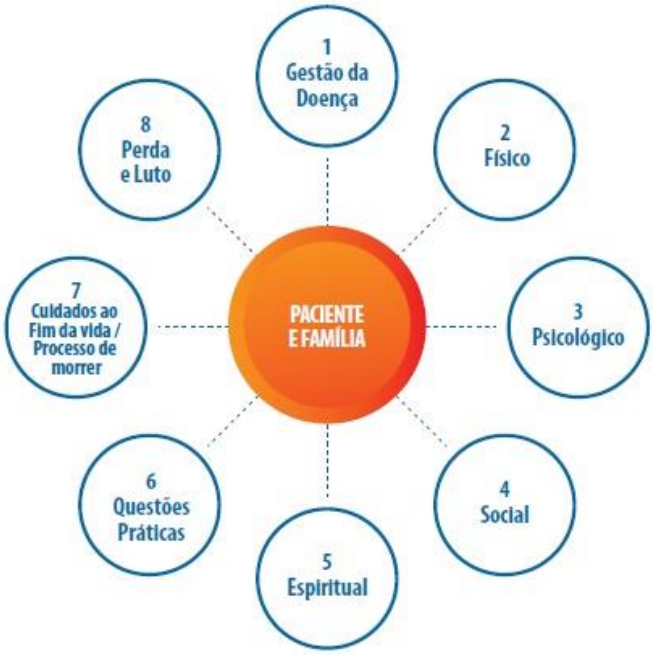

Figura 78: Necessidades do paciente / família presentes durante a doença e o luto.

PACIENTE E FAMÍLIA

Características Demografia, p. ex., idade, sexo, etnia, contatos / Cultura, p. ex., língua, culinária, peculiaridades / Valores pessoais, crenças, práticas / Escolaridade / Capacidades

1. GESTÃO DA DOENÇA Diagnóstico principal, prognóstico, evidências / Comorbidades, por exemplo, demência, depressão, instabilidade postural, incontinência / Intercorrências, p. ex., delirium, convulsões, quedas, falência de órgãos / Eventos adversos, p. ex., efeitos colaterais de fármacos	**5. ESPIRITUAL** Significado, sentido da vida / Sentido existencial, transcendental / Valores, crenças, práticas, filiações religiosas / Conselheiros espirituais, rituais / Símbolos, ícones
2. FÍSICO Dor e outros sintomas/ Nível de consciência, cognição / Função, segurança, órteses e próteses: • Motor, p. ex., mobilidade, deglutição, excreção • Sentidos, p. ex., audição, visão, olfato, paladar, tato • Fisiológica, p. ex., respiração, circulação • Sexual Hidratação, nutrição / Feridas / Hábitos, p. ex., alcoolismo, tabagismo	**6. QUESTÕES PRÁTICAS** Atividades da vida diária, p. ex., cuidado pessoal (caminhar, tomar banho, ir ao banheiro, alimentar-se, vestir-se, transferências); atividades domésticas (cozinhar, fazer compras, lavar a roupa, limpar a casa, usar banco) / Cuidadores / Dependentes, animais de estimação / Acesso a telefone, transporte, objetos pessoais, dinheiro / Legado / Preparação para a morte / Antecipação e gestão das mudanças fisiológicas nas últimas horas de vida / Rituais / Declaração de óbito / Manipulação do corpo e cuidados com a família / Funerais, Celebrações
3. PSICOLÓGICO Personalidade, capacidades, comportamento, motivação Depressão, ansiedade / Emoções, p. ex., raiva, angústia, desamparo, solidão / Medos, p. ex., abandono, sobrecarga, morte / Controle, dignidade, independência / Conflito, culpa, estresse, reações de enfrentamento / Auto-imagem, auto-estima	**7. CUIDADOS AO FIM DA VIDA / PROCESSO DE MORRER** Resolução de pendências, p. ex., conclusão de negócios, reconciliações, despedidas / Doação de órgãos e presentes, p. ex., objetos pessoais, dinheiro / Legado / Preparação para a morte / Antecipação e gestão das mudanças fisiológicas nas últimas horas de vida / Rituais / Declaração de óbito / Manipulação do corpo e cuidados com a família / Funerais, celebrações
4. SOCIAL Valores culturais, crenças, hábitos / Relacionamentos, papéis com família, amigos, comunidade / Isolamento, abandono, reconciliação / Ambiente seguro e confortável / Privacidade, intimidade / Rotinas, rituais, recreação, vocação / Recursos financeiros, despesas / Aspectos legais, p. ex., eleição de um procurador (familiar ou não), diretivas antecipadas de vontade, testamento / Proteção do familiar cuidador / Curatela	**8. PERDA E LUTO** Dor da perda, tristeza / Processo de luto, luto antecipatório / Luto social

EXPECTATIVAS ASSOCIADAS

Cada situação identificada pelo paciente e seus familiares é revestida de expectativas, necessidades, desejos e medos. Por exemplo:

Essas questões com expectativas, valores, esperanças e medos associados a cada uma delas são desafiadoras e estressantes. Mas também representam oportunidades para crescimento. As pessoas vão enfrentar desafios pessoais jamais vividos. Nessas circunstâncias, podem encontrar novas formas para suas atividades de vida diária, seus papéis familiares e sociais e seus relacionamentos. Podem, ainda, desenvolver um novo olhar para a vida, o futuro, o processo de morrer e a morte. Além disso, podem descobrir novas experiências significativas e valiosas nas suas vidas.

A RESPOSTA DE UM SISTEMA PROVEDOR DE CUIDADOS

A doença interrompe o projeto de vida da pessoa, gerando a necessidade de uma provisão de cuidados no sentido de recuperar sua capacidade para viver o mais próximo possível do “normal” ao longo da experiência da doença. Para responder a essa necessidade, é preciso uma combinação de intervenções terapêuticas apropriadas, que têm por objetivo o controle de sintomas, com práticas de alívio do sofrimento e de melhora da qualidade de vida. Assim, o

paciente e a família podem experimentar a doença e o luto de maneira diferente e seu futuro pode ser mais próximo ao originalmente planejado (figura 5).

Figura 79: Mudando a experiência da doença

5.2. O QUE SÃO CUIDADOS PALIATIVOS?

Cuidados Paliativos auxiliam pacientes e familiares a:

- Lidar com questões físicas, psicológicas, sociais, espirituais e de ordem prática, com seus medos, suas expectativas, necessidades e esperanças;
- Preparar-se para a autodeterminação no manejo do processo de morrer e do final da vida;
- Lidar com as perdas durante a doença e o período de luto;
- Alcançar o seu potencial máximo, mesmo diante da adversidade.

Cuidados Paliativos pretendem:

Cuidados Paliativos são indicados para todos os pacientes (e familiares) com doença ameaçadora da continuidade da vida por qualquer diagnóstico, com qualquer prognóstico, seja

qual for a idade, e a qualquer momento da doença em que eles tenham expectativas ou necessidades não atendidas.

Cuidados Paliativos podem complementar e ampliar os tratamentos modificadores da doença ou podem tornar-se o foco total do cuidado.

Cuidados Paliativos são prestados mais efetivamente por uma equipe interdisciplinar, p. ex., médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, capelães e voluntários que sejam competentes e habilidosos em todos os aspectos do processo de cuidar relacionados à sua área de atuação.

O PAPEL DOS CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE A DOENÇA E O LUTO

Originalmente, a atenção dos Cuidados Paliativos centrava-se em pacientes na fase final da vida. Hoje, se considera que eles vão além dessa prática: devem estar disponíveis para pacientes e seus familiares durante todo o processo de doença ameaçadora à continuidade da vida e também no transcurso do luto. A figura 6 apresenta um exemplo da necessidade variável de Cuidados Paliativos no decorrer de uma doença e da experiência de luto. A figura 7 ilustra a mudança específica no foco e nos objetivos de cuidado ao longo do tempo. A figura 8

apresenta ambientes nos quais pacientes e familiares podem ter a necessidade de Cuidados Paliativos.

Durante o curso de uma doença e o processo de luto, pacientes e familiares apresentam necessidade variável de Cuidados Paliativos, de acordo com a intensidade dos problemas que surgem de forma dinâmica.

Figura 80: A variação da necessidade de Cuidados Paliativos

Ao longo do tempo, o foco e os objetivos do cuidado vão progressivamente se deslocando desde uma ênfase em tratamentos modificadores da doença até tratamentos com intenção exclusivamente paliativa.

Figura 81: O Papel dos Cuidados Paliativos durante a Doença e o Luto

A linha superior representa o “quantitativo” total de tratamentos simultâneos. A linha pontilhada distingue tratamento modificador de doença do tratamento destinado a aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida (denominado Cuidados Paliativos). As linhas são retas para fins didáticos. Na verdade, o “quantitativo” de cada um dos tratamentos oferecidos simultaneamente oscila com base nas necessidades e prioridades do paciente e da família. Por

vezes, pode não estar indicado tratamento algum. Pacientes e familiares necessitam de acesso a Cuidados Paliativos em cada um dos ambientes em que estejam recebendo cuidados. Se o paciente precisa ser transferido de um ambiente para outro, é importante garantir a continuidade do cuidado, para que se mantenha respeitada a abordagem paliativa.

Na prática, por uma tendência histórica à medicalização da morte, a maioria das pessoas morre em um hospital. Contudo, observa-se que algumas pessoas com doença avançada e capacidade decisória preservada afirmam que gostariam de morrer em casa, o que costuma representar uma ideia excessivamente romântica. No cenário doméstico, seus cuidadores podem entrar em sobrecarga ao se sentirem impotentes para lidar com a realidade do estado de terminalidade do paciente. A pessoa que está morrendo precisa ser cuidada em um ambiente onde existam condições de controlar qualquer sintoma que cause desconforto, com possibilidade de acesso imediato a medicamentos necessários e à orientação específica de um profissional sobre o modo de usá-los. No Brasil, o desejável *"home care"* em suas diferentes nuances ainda não está devidamente implantado com recursos hábeis e profissionais treinados para a assistência apropriada de Cuidados Paliativos e Cuidados ao Fim da Vida.

Em todas as situações, porém, tanto em casa quanto em hospitais ou instituições de longa permanência, os profissionais devem estar capacitados para prestar Cuidados Paliativos de qualidade. Para isso, programas de educação continuada e de treinamento são fundamentais, permitindo que se alcance um acolhimento genuíno às demandas dos pacientes e dos familiares,

entre tantos objetivos desafiadores, como, por exemplo, o controle da dor, especialmente em pacientes com distúrbios de cognição.

Figura 82: Ambientes em que pacientes e familiares requerem Cuidados Paliativos

CUIDANDO DOS CUIDADORES

Uma pessoa que não pode, jamais, ser negligenciada no cenário dos Cuidados Paliativos é o cuidador, seja ele formal (contratado para desempenhar um serviço) ou informal (geralmente, um familiar). A progressão de uma doença incurável e a dependência progressiva que ela acarreta no paciente exigem, do cuidador, disposição física, superação da aversão para lidar com as secreções corporais do paciente e plasticidade emocional para encarar cada dia.

O cuidador pode apresentar sintomas de sobrecarga, como dor lombar, irritabilidade, humor deprimido, insônia, dentre outros. A equipe envolvida no cuidado precisa ficar atenta a esses sinais de alarme. Um cuidador em sobrecarga precisa de atenção imediata para si mesmo e também para que não perca o alcance máximo do seu potencial de cuidar, correndo o risco de não suprir as necessidades da pessoa doente. Por vezes, basta uma ajuda de outros cuidadores ou então um afastamento, ainda que temporário. Alguns cuidadores desenvolvem estratégias de enfrentamento que reduzem o risco de sobrecarga. Frequentar grupos de apoio oferecidos pela comunidade pode ser útil, assim como ter uma rotina de lazer e a possibilidade de férias programadas.

Falar francamente sobre as dificuldades e sobre seus sentimentos também costuma ajudar. O luto antecipatório é comum e requer o reconhecimento de sua existência e necessidade pela equipe para uma abordagem mais eficiente. O apoio ao cuidador é importante não apenas para facilitar suas tarefas, mas também para proporcionar a oportunidade de que uma

experiência emocional e estressante seja tão positiva quanto possível. A forma como as pessoas vivenciam a morte de um ente querido influencia a maneira como elas, algum dia, vão encarar sua própria finitude.

Num sentido mais amplo, todos os profissionais da equipe envolvidos no cuidado também são cuidadores e requerem atenção. Lidam diariamente com questões potencialmente estressantes, como sofrimento dos pacientes, comunicação de más notícias e conflitos familiares. Um olhar atento para esses profissionais permite identificar evidências de sobrecarga. Cada serviço deve criar os seus mecanismos de suporte aos profissionais para que eles consigam continuar a prover bons cuidados.

5.3. *HOSPICE*

Hospice é uma filosofia do cuidado. Refere-se à aplicação de Cuidados Paliativos intensivos para pacientes com doenças avançadas, próximos ao final da vida, englobando apoio aos seus familiares.

Hospice não significa, necessariamente, um lugar físico. Pacientes indicados para um atendimento no estilo *hospice* são aqueles com doença em fase avançada e estimativa de vida de 6 meses ou menos. O conceito de *hospice* refere-se a cuidados prestados ao final da vida, incluindo a assistência durante o processo de morrer, e se estende ao acolhimento de familiares em luto (figura 9).

Figura 83: Função do *Hospice* durante o Processo de Doença Avançada e Luto

Cuidados ao Fim da Vida são uma parte importante dos Cuidados Paliativos que se refere à assistência que a pessoa deve receber durante a última etapa de sua vida, a partir do momento

em que fica claro que ela se encontra em estado de declínio progressivo e inexorável, aproximando-se da morte. Esses cuidados objetivam propiciar:

- **Morte segura e confortável** – promovendo qualidade de vida durante os últimos meses do paciente e garantindo que ele morra da melhor forma possível;
- **Autodeterminação no gerenciamento do processo de morrer –** facilitando a resolução de pendências;
- **Luto eficaz –** auxiliando pacientes e familiares a lidarem com perdas e sofrimento e ajudando famílias a se reorganizarem após a morte do ente querido.

5.4. HISTÓRICO DE CUIDADOS PALIATIVOS E *HOSPICE*

Da Pré-História à Era Romana: Civilizações antigas respondiam de uma forma comunitária às doenças ameaçadoras da continuidade da vida uma vez que a morte era uma ameaça direta a todo o grupo. O papel de "curandeiro" era desempenhado por um homem ou uma mulher especialmente designados. Acreditava-se que essas pessoas tinham poderes divinos.

Século IV: Fabíola, médica religiosa romana, funda um abrigo para pobres, doentes e peregrinos, seguindo preceitos cristãos. Ela escolhe a palavra "*hospice*", que vem do latim *hospes* que significa hospedar um convidado ou estranho.

Idade Média e Cruzadas: Com a difusão do Cristianismo, mosteiros começam a acolher doentes e pessoas incapacitadas. Durante os séculos VI e VII, viúvas e mulheres abastadas trabalham nesses mosteiros como as primeiras "enfermeiras".

À época das Cruzadas, viajantes exaustos refugiam-se em mosteiros e conventos. Com frequência, esses viajantes chegam doentes e muitos passam seus últimos dias sendo cuidados por monges, freiras e voluntárias.

Reforma Protestante: Esse cenário acaba de forma abrupta na Inglaterra e no Norte Europeu com a instalação da Reforma e a consequente dissolução de muitos mosteiros.

Séculos XVII – XIX: Várias instituições de caridade surgem na Europa no século XVII, abrigando pobres, órfãos e doentes. Essa prática se propaga com organizações religiosas católicas e protestantes que, no século XIX, passam a ter características de hospitais.

1842: O termo "*hospice*" é aplicado pela primeira vez para um lugar dedicado ao cuidado de pessoas que estavam morrendo quando Madame Jeanne Garnier funda o Dames de Calvaire em Lyon, França. Esse modelo evolui para a Federation des Associations des Dames

de Calvaires e uma rede de sete *hospice*s, incluindo o Calvary Hospital na cidade de Nova Iorque.

1897-1905: A Irish Sisters of Charity é uma das primeiras organizações com missão específica de cuidar de pessoas com doença em fase terminal. Em 1897, funda o Our Lady's Hospice em Dublin e em 1905, o St. Joseph's Hospice em Londres.

1950 – 60: Em 1948, Cicely Saunders, enfermeira e assistente social em um hospital de ensino em Londres, cuida do paciente David Tasma, um judeu polonês com câncer retal avançado. As conversas com ele e seu trabalho subsequente como voluntária no St. Luke's Home for the Dying Poor (fundado em 1893 pelo Dr. Howard Barrett) motivam Cicely Saunders a estudar Medicina.

1967: Após muitos anos de estudo e trabalho no St. Joseph's Hospice, Cicely Saunders funda o St. Christopher's Hospice em Londres, pioneiro no ensino acadêmico. Ali os pacientes em fase final de vida encontram alívio da "dor total", em suas dimensões física, psicológica, social e espiritual. Cicely Saunders é considerada fundadora do *movimento hospice moderno* graças à missão de assistência, educação e pesquisa do St. Christopher's.

1974: Inspirada em Saunders, a enfermeira norte-americana Florence Wald lidera a fundação do primeiro *hospice* nos Estados Unidos em Branford, Connecticut. Nos EUA, os primeiros serviços de *hospice* foram oferecidos quase que exclusivamente nas casas dos pacientes. O movimento *hospice* incipiente era independente do sistema de saúde vigente. Ao contrário do que acontecia na Inglaterra, essas equipes eram geralmente compostas por enfermeiros e voluntários.

1974: No Canadá, o Dr. Balfour Mount, cirurgião urológico, após visitar o St. Christopher's Hospice, abre uma das primeiras unidades de *hospice* na McGill University, em Montreal. A palavra "*hospice*" em francês significa o lugar derradeiro para abrigar os doentes pobres e os desvalidos. Por esse motivo, Balfour Mount cunhou a expressão "cuidados paliativos" como sinônimo de "*hospice*", mais aceitável tanto para a língua inglesa quanto para a francesa.

1975: À mesma época, o Royal Victoria Hospital (Montreal, Canadá) inaugura uma unidade de cuidados paliativos e o St. Boniface Hospital (Manitoba, Canadá) abre uma unidade

de cuidados terminais – que poucos meses depois também assumiu a denominação de “unidade de cuidados paliativos”.

1977: Fundação do San Diego Hospice (Califórnia, Estados Unidos).

1982 – 83: Nos Estados Unidos, o padrão predominante de cuidados em domicílio é sistematizado através da legislação Medicare Hospice Benefit.

Década de 1990: Os termos “*hospice*” e “cuidados paliativos” apresentam origens históricas variáveis. Para atender as necessidades de pacientes e familiares que conviviam com doenças avançadas em muitos países e culturas diferentes, acontece uma evolução convergente no desenvolvimento de serviços da saúde. Atualmente, “*hospice*” e “cuidados paliativos” evoluíram para descrever o mesmo conceito de cuidado que pretende aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida.

5.5. HISTÓRICO NO BRASIL

Início dos anos 1990: O professor Marco Túlio de Assis Figueiredo abre os primeiros cursos e atendimentos com filosofia paliativista na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM).

1996: O Instituto Nacional do Câncer (INCA) inaugura o Centro de Suporte Terapêutico Oncológico, que veio a se transformar em uma unidade de Cuidados Paliativos (HC-IV) no Rio de Janeiro. Atualmente, é um dos serviços mais completos do país.

1997: Fundação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), com papel importante na divulgação de Cuidados Paliativos no país, com suporte de experientes

profissionais da América do Norte. Primeiro curso de Cuidados Paliativos na Universidade de São Paulo (USP).

1998: A ABCP realiza seu primeiro congresso e o Fórum Nacional de Cuidados Paliativos, onde se divulga o censo de serviços de Dor e Cuidados Paliativos.

1999: O INCA organiza seu primeiro evento de Dor e Cuidados Paliativos Oncológicos, com participação de expoentes internacionais.

2000: O Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo inicia o serviço de Cuidados Paliativos em modalidade de atendimento domiciliar. Dois anos depois, inaugura uma enfermaria para garantir a continuidade do cuidado.

2002: O Sistema Único de Saúde inclui a prática dos Cuidados Paliativos em serviços de Oncologia. Publicação da portaria 859 do Ministério da Saúde sobre disponibilidade de opioides.

2004: A SBGG institui sua Comissão Permanente de Cuidados Paliativos. A partir desse ano, surgem várias iniciativas de criação de serviços ou de grupos de interesse em Cuidados Paliativos por todo o país.

2005: Fundação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Os sócios fundadores são 30 médicos de diferentes especialidades clínico-cirúrgicas.

2006: O Conselho Federal de Medicina institui a Câmara Técnica sobre Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos. O Ministério da Saúde cria a Câmara Técnica de Assistência em

Cuidados Paliativos. O CFM publica a Resolução nº 1.805/2006, que reconhece a prática de Cuidados Paliativos.

2009: O CFM inclui, pela primeira vez na história da Medicina brasileira, os Cuidados Paliativos como princípio fundamental no novo Código de Ética Médica.

2011: A Associação Médica Brasileira (AMB) reconhece a Medicina Paliativa como área de atuação de seis especialidades médicas: Pediatria, Medicina de Família e Comunidade, Clínica Médica, Anestesiologia, Oncologia e Geriatria.

2012: Certificação dos primeiros médicos brasileiros em Medicina Paliativa como área de atuação – 45, dos quais oito são geriatras. O CFM lança a Resolução nº 1.995/2012 sobre Diretivas Antecipadas de Vontade.

2014: A Medicina Paliativa é reconhecida pela AMB como área de atuação de outras duas especialidades médicas: Medicina Intensiva e Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

5.6. O BENEFÍCIO POTENCIAL DOS CUIDADOS PALIATIVOS PARA PESSOAS EM RISCO DE DESENVOLVER UMA DOENÇA

Cuidados Paliativos também podem beneficiar pessoas em risco de desenvolver uma doença, incluindo os familiares nessa modalidade de assistência. Por exemplo, portadores de HIV, pessoas com genética favorável ao aparecimento de uma doença, idosos e até mesmo pessoas saudáveis preocupadas com a possibilidade de uma doença futura (figura 10).

Espera-se que, ao invés de serem percebidos como “cuidado para aqueles que estão morrendo”, os Cuidados Paliativos possam ser conhecidos como “cuidado para aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida ao longo da experiência da doença e do luto para que pacientes e seus familiares possam alcançar seu potencial pleno e viver mesmo quando

estiverem morrendo.” Pacientes em potencial, seus familiares e cuidadores irão beneficiar-se de:

- Informações sobre o que esperar durante uma doença e o luto;
- Informações sobre o que esperar de provedores da saúde;
- Comunicação eficaz e facilitadora do processo de tomada de decisões;
- Registro de suas diretivas antecipadas de vontade;
- Controle dos sintomas e das incapacidades;
- Alívio do sofrimento pelas perdas, ajuda na elaboração do luto e incentivo às ressignificações.

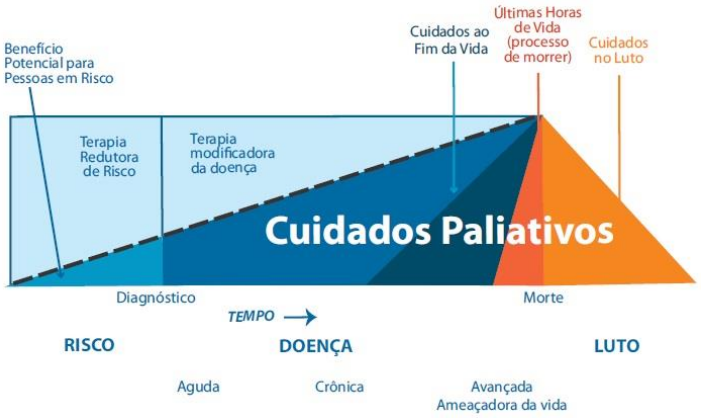

Figura 84: O benefício potencial dos Cuidados Paliativos para pessoas em risco de desenvolverem uma doença

6. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH) – HumanizaSUS

6.1. O QUE É A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO?

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar.

A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

Vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a PNH conta com equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde. A partir desta articulação se constroem, de forma compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações nos modos de fazer saúde.

A partir da análise dos problemas e dificuldades em cada serviço de saúde e tomando por referência experiências bem-sucedidas de humanização, a PNH tem sido experimentada em todo o País. Existe um SUS que dá certo, e dele partem as orientações da Política Nacional de Humanização, traduzidas em seu método, princípios, diretrizes e dispositivos.

6.2. MÉTODO

O HumanizaSUS, como também é conhecida a Política Nacional de Humanização, aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho.

A comunicação entre esses três atores do SUS provoca movimentos de perturbação e inquietação que a PNH considera o “motor” de mudanças e que também precisam ser incluídos como recursos para a produção de saúde.

Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma

coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho.

Mas incluir como?

As rodas de conversa, o incentivo às redes e movimentos sociais e a gestão dos conflitos gerados pela inclusão das diferenças são ferramentas experimentadas nos serviços de saúde a partir das orientações da PNH.

Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Incluir usuários e suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si.

HUMANIZAR O SUS REQUER ESTRATÉGIAS QUE SÃO CONSTRUÍDAS ENTRE OS TRABALHADORES, USUÁRIOS E GESTORES DO SERVIÇO DE SAÚDE.

6.3. PRINCÍPIOS

TRANSVERSALIDADE

A Política Nacional de Humanização deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.

INDISSOCIABILIDADE ENTRE ATENÇÃO E GESTÃO

As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede sociofamiliar

devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros.

PROTAGONISMO, CORRESPONSABILIDADE E AUTONOMIA DOS SUJEITOS E COLETIVOS

Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde.

6.4. DIRETRIZES

A Política Nacional de Humanização atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho.

Entenda melhor alguns conceitos que norteiam o trabalho da PNH:

ACOLHIMENTO

O QUE É?

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de

relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva.

COMO FAZER?

Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde.

Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco.

GESTÃO PARTICIPATIVA E COGESTÃO

O QUE É?

Cogestão expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão – que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo.

COMO FAZER?

A organização e experimentação de rodas é uma importante orientação da cogestão. Rodas para colocar as diferenças em contato de modo a produzir movimentos de desestabilização que favoreçam mudanças nas práticas de gestão e de atenção.

A PNH destaca dois grupos de dispositivos de cogestão: aqueles que dizem respeito à organização de um espaço coletivo de gestão, que permita o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores; e aqueles que se referem aos mecanismos que garantem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde.

Colegiados gestores, mesas de negociação, contratos internos de gestão, Câmara Técnica de Humanização (CTH), Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Gerência de

Porta Aberta, entre outros, são arranjos de trabalho que permitem a experimentação da cogestão no cotidiano da saúde.

AMBIÊNCIA

O QUE É?

Criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas.

COMO FAZER?

A discussão compartilhada do projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço é uma orientação que pode melhorar o trabalho em saúde.

CLÍNICA AMPLIADA E COMPARTILHADA

O QUE É?

A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia.

COMO FAZER?

Utilizando recursos que permitam enriquecimento dos diagnósticos (outras variáveis, além do enfoque orgânico, inclusive a percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas) e a qualificação do diálogo (tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto

destes com o usuário), de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS.

VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR

O QUE É?

É importante dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho.

COMO FAZER?

O Programa de Formação em Saúde e Trabalho e a Comunidade Ampliada de Pesquisa são possibilidades que tornam possível o diálogo, intervenção e análise do que causa sofrimento e adoecimento, do que fortalece o grupo de trabalhadores e do que propicia os acordos de como agir no serviço de saúde. É importante também assegurar a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão.

DEFESA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS

O QUE É?

Os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpri dos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta.

COMO FAZER?

Todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e também de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social.

6.5. REDE HUMANIZASUS

Um portal colaborativo para produção e difusão de informações em humanização da saúde entre gestores e trabalhadores da saúde, pesquisadores, estudantes e profissionais de diferentes áreas. Todos com um interesse comum: conhecer melhor, ampliar e colocar na roda de conversa virtual o tema da humanização.

A Rede HumanizaSUS abre espaço para o protagonismo de seus participantes possibilitando o compartilhamento das vivências, desafios, atualidades e uma série de formas

de conhecimento produzido em humanização por meio de textos, vídeos e fotos que constroem a história da PNH.

6.6. FORMAÇÃO É INTERVENÇÃO – INTERVENÇÃO É FORMAÇÃO

Por meio de cursos e oficinas de formação/intervenção e a partir da discussão dos processos de trabalho, as diretrizes e dispositivos da PNH são vivenciados e reinventados no cotidiano dos serviços de saúde. Em todo o Brasil, os trabalhadores são formados técnica e politicamente e reconhecidos como multiplicadores e apoiadores da PNH, pois são os construtores de novas realidades em saúde e poderão se tornar os futuros formadores da PNH em suas localidades.

A PNH investe em diversos materiais de formação, como cartilhas, documento base e outras publicações disponíveis on-line no portal do Ministério da Saúde. Acesse!

HUMANIZAR É CONSTRUIR RELAÇÕES QUE AFIRMEM OS VALORES QUE ORIENTAM NOSSA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE.

7. IMPACTO DA DOR NA VIDA DO PACIENTE: COMO TRATÁ-LA - *Dr. Irimar de Paula Posso (Professor-associado do Departamento de Anestesiologia da Faculdade de*

Medicina da Universidade de São Paulo. Presidente da Sociedade Brasileira para Estudo da dor – SBED)

Na maioria das faculdades de medicina não existe durante o curso de graduação uma disciplina específica para ensinar o aluno a fisiopatologia e o tratamento da dor. O estudo da dor é abordado de modo incompleto nas diferentes disciplinas, portanto o aprendizado sobre a terapêutica da dor para a maior parte dos médicos se processa de modo facetado e insuficiente.

Muitas vezes o tratamento da dor se faz de forma inapropriada, o que pode ocasionar graves consequências na evolução dos pacientes. Atualmente, com os programas de acreditação hospitalar, o tratamento da dor passou a ser feito de modo mais cuidadoso, com as orientações das diretrizes da *Europe Against Pain* (EAP) e da *Joint Comission on Accreditation of Health Care Organizations* (JCAHCO).

A dor não tratada ou tratada de forma inadequada produz efeitos sistêmicos. A dor aguda gera espasmo muscular, levando à hipoventilação e à hipoxemia. Além disso, a dor aguda produz lesão da musculatura respiratória, o que faz com que o indivíduo deixe de respirar adequadamente, e isso pode provocar diminuição da expansão pulmonar e acúmulo de secreções nas vias aéreas, em consequência, hipoxemia ou broncopneumonia. A dor deve, portanto, ser tratada para evitar problemas respiratórios.

Em nível cardiovascular, a dor aumenta a liberação de adrenalina produzindo taquicardia, hipertensão e sudorese. Devido ao espasmo vascular, pode ocorrer também isquemia, levando talvez ao infarto. Por outro lado, a dor aumenta a ansiedade, o que também aumenta a produção das catecolaminas, e consequentemente contribui para aumentar a frequência cardíaca e a pressão arterial.

Existem também efeitos musculoesqueléticos: a dor ocasiona vasoconstrição e diminuição da mobilidade, levando à atrofia muscular e à alteração do metabolismo. Na circulação periférica, a dor causa hipofluxo e estase venosa, o que pode causar trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar.

A dor aguda pode ser tratada de modo mais adequado, visto que seu manejo é fácil, ao contrário da dor crônica, cujo controle é mais difícil. A dor aguda tem uma função fisiológica, pois ela chama a atenção para o fato de que algo possivelmente nocivo está ocorrendo no

organismo. Assim que ela cumprir seu papel de alerta, ela deve ser tratada para não se tornar crônica. O estímulo doloroso repetitivo leva à sensibilização central, cronificando a dor.[4]

Figura 85: Efeito da dor nos sistemas de sinalização.

(Adaptado de: Cousins, M; Power, I. Acute and postoperative pain. In: Wall, P.D.; Melzack, R. (Eds.). Textbook of Pain. 4. ed. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone, 1999. p. 447-491.)

Quanto aos efeitos psicológicos, a dor produz ansiedade, depressão e insônia. Entre os efeitos socioeconômicos, constitui um fator de afastamento das pessoas do trabalho e também um mecanismo usado pelos pacientes para ser afastados do trabalho. Outros efeitos da dor abrangem a redução da função imunológica e alterações gastrointestinais, como diminuição do esvaziamento gástrico e da peristalse, com retenção de gases e distensão abdominal. A obstipação intestinal ocorre porque o paciente não se movimenta, diminui a motilidade intestinal causando, portanto, dificuldade para evacuar.

Embora não seja um sinal vital, como é o caso da temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial, a dor passou a ser considerada o quinto sinal vital, primeiramente porque deve ser avaliada sempre que os quatro sinais vitais forem avaliados, o que geralmente ocorre no mínimo quatro vezes durante o dia; em segundo lugar, se a intensidade da dor for moderada ou intensa a mesma deve ser imediatamente tratada, como ocorre sempre que um dos sinais vitais está alterado.

Há várias maneiras de avaliar a dor, algumas mais simples e outras mais complexas. Entre as mais simples estão as escalas unidimensionais, como a escala visual numérica (EVN),

que pontua a dor de 0 (sem dor) a 10 (dor mais intensa), a escala visual analógica (EVA), muito utilizada em pesquisa, a escala de descritores verbais e a escala de faces.

Em relação ao tratamento da dor, deve ser usada a denominada analgesia multimodal, que consiste no manejo da dor por meio de vários fármacos pela mesma via ou por vias diferentes de administração, para possibilitar o uso de doses menores de medicamentos, consequentemente com menos efeitos adversos embora com a mesma eficácia analgésica. Para a analgesia farmacológica, utilizam-se anti-inflamatórios não esteroides, opioides, anestésicos locais e adjuvantes (agentes não farmacologicamente classificados como analgésicos, mas que tem atividade analgésica como os antidepressivos e os anticonvulsivantes). Na analgesia não farmacológica, citam-se a acupuntura, a terapia física e a terapia complementar.

O uso racional de combinações de medicações analgésicas pode favorecer o alívio da dor, reduzir eventos adversos pós-operatórios e melhorar a recuperação pós-operatória funcional.

A analgesia multimodal pode ser aplicada seguindo as orientações da escada analgésica, desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde, que tem três degraus: o primeiro se refere à dor de baixa intensidade (EVN de 1 a 3) e utiliza analgésicos não opioides como os AINEs, a dipirona, o paracetamol e os adjuvantes; o segundo se refere à dor moderada (EVN de 4 a 6) e associa opioides fracos, como codeína e cloridrato de tramadol, aos medicamentos usados no primeiro degrau; o terceiro se refere à dor intensa (EVN de 7 a 10) e substitui opioides fracos por opioides fortes, como morfina, oxicodona e hidromorfona, mantendo os medicamentos usados no primeiro degrau.

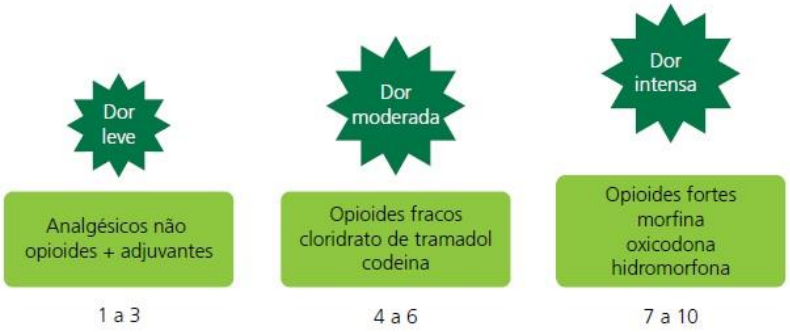

Figura 86: Analgesia segundo a OMS – Analgesia Multimodal

Opioide fraco é aquele que tem efeito teto, nível no qual o aumento da dose proporciona discreta elevação do efeito analgésico, mas também o aumento, em maior proporção, dos

eventos adversos. Com os opioides fortes, o nível do efeito teto existe porém é muito alto, geralmente atingido com doses muitíssimo maiores do que as usadas habitualmente.

É também importante destacar o fato de que as dores crônicas sobem a escada analgésica, ou seja, começam com intensidade leve e aumentam gradativamente, enquanto as dores agudas descem essa escada, portanto o tratamento da dor aguda deve se iniciar com os fármacos do segundo ou terceiro degrau, dependendo de sua intensidade.

A analgesia sistêmica ideal é obtida com uma concentração sérica dos analgésicos que fica entre dois parâmetros – a concentração mínima adequada para produzir o alívio da dor e a concentração máxima, acima da qual aumenta muito a intensidade dos eventos adversos. Essa faixa de analgesia é obtida com o uso de doses e de intervalos adequados. Cada fármaco tem duração de ação diferente. A morfina e a codeína, por exemplo, têm duração de ação de cerca de 3 horas. Já a duração de ação do cloridrato de tramadol é de 6 horas.

Em relação aos opioides, há dados indicativos de que a utilização desses medicamentos é baixa no Brasil em comparação a outros países, como os Estados Unidos e vários países da Europa. Isso significa que em nosso país os pacientes têm sua dor subtratada. Uma das razões do pouco uso dos opioides é a falta de confiança ou o medo de desencadear eventos adversos que esses medicamentos suscitam.

Os possíveis eventos adversos associados aos opioides incluem náuseas, vômitos, constipação, prurido, sonolência, intoxicação, adição, dependência e tolerância. A incidência de náuseas, vômitos e sonolência depende do opioide, da dose, da via de administração e da sensibilidade de cada paciente, além da presença de tolerância, o que significa que a intensidade desses sintomas diminui à medida que o paciente vai se adaptando ao seu uso. Já a incidência de constipação intestinal depende do opioide, da dose e da sensibilidade de cada paciente, porém é importante destacar que para a constipação intestinal não ocorre a tolerância.

A intoxicação por opioide tem incidência muito baixa e associa-se aos seguintes eventos: depressão respiratória, arreflexia, hipotensão, taquicardia, apneia, cianose e óbito. Essa

intoxicação ocorre com doses elevadas de opioide e geralmente não é observada nos tratamentos clínicos habituais.

Em relação à adição aos opioides, observa-se que os fatores de risco associados incluem a genética, história familiar de alcoolismo e uso de drogas, e os antecedentes pessoais de adição, de doenças psiquiátricas e de abuso sexual. Os sinais indicativos de adição incluem:

- O paciente usa o opioide de forma compulsiva para solução de conflitos pessoais, e não para alívio da dor.
- Aumenta a dose por conta própria.
- Não aceita a prescrição ou pede mais medicação.
- Solicita receita de vários médicos.
- Não aceita mudanças no tratamento.
- Apresenta alteração de comportamento.
- Perde o controle em relação à prescrição, usando cada vez mais opioide.
- Abusa do opioide apesar dos efeitos colaterais provocados por doses excessivas e é incapaz de atender às próprias responsabilidades e obrigações.

Há também a dependência do opioide, e quando a pessoa dependente não recebe o opioide desenvolve a síndrome de abstinência, caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas associados à falta do medicamento. Os fatores desencadeantes dessa síndrome são a interrupção abrupta, a rápida redução da dose, a administração de um antagonista e a diminuição da concentração sanguínea da droga. Os sinais e sintomas da síndrome de abstinência incluem rinorreia, piloereção (pele arrepiada) e midríase.

Tanto a dependência física quanto a adição podem ou não estar presentes simultaneamente, pois são condições diferentes. A dependência física é um fenômeno neurofarmacológico, enquanto a adição é um fenômeno comportamental.

Ainda se faz necessário comentar a tolerância e a pseudotolerância. A tolerância é a necessidade de aumentar a dose do opioide para atingir ou manter o efeito desejado. O desenvolvimento da tolerância está relacionado a mecanismos moleculares e celulares. A tolerância se desenvolve com o uso contínuo do opioide. Já a pseudotolerância é a necessidade

do aumento da dose por outros fatores, como progressão da doença, aparecimento de nova doença ou aumento da atividade física.

8. PERSONALIDADES IMPORTANTES

8.1. DAME CICELY SAUNDERS (22 de junho de 1918 – 14 de julho de 2005)

Nascida em 22 de junho de 1918 em Barnet, Hertfordshire, Inglaterra, Dame Cicely teve sua formação profissional como enfermeira, assistente social na área médica e, por fim, como médica. Envolvida com o cuidado de pacientes com doenças terminais desde 1948, deu muitas

aulas e palestras sobre o assunto, escreveu muitos artigos e contribuiu com vários autores de livros.

Fundou o St Christopher's Hospice em 1967 e este foi o primeiro hospice a reunir os especialistas em controle da dor e controle de sintomas com aqueles das áreas de cuidado humanitário, ensino e pesquisa clínica. O St Christopher's Hospice foi também pioneiro no campo dos Cuidados Paliativos, que agora são reconhecidos mundialmente. Por meio de sua visão focada e, ao mesmo tempo, ampla e também pela experiência prática e disseminação de seu trabalho pelos cursos do St. Christopher´s Hospice, ela revolucionou a maneira pela qual a sociedade cuida dos doentes, dos que estão à morte e dos enlutados.

É reconhecida como a fundadora do moderno movimento hospice e recebeu muitas honrarias pelo mérito de seu trabalho. Em sua vida, recebeu um total de 25 homenagens e honrarias, tanto na Inglaterra como em outros lugares do mundo. Entre elas, destacam-se a medalha de ouro da Associação Médica Britânica pelos serviços na área da Medicina, o Prêmio Templeton por avanços na religião, o Prêmio Onassis por serviços para a Humanidade, o Prêmio Humanitário Raoul Wallenberg.

Dame Cicely recebeu o título de Dama do Império britânico em 1980 e recebeu a comenda da Ordem do Mérito em 1989.

Ela admitiu a inadequação dos cuidados oferecidos nos hospitais às pessoas próximas da morte. Com freqüência, familiares e pacientes ouviam a afirmação de que nada mais havia a fazer, afirmação que ela se recusava a aceitar. Durante todo o tempo em que teve atuação plena no St. Christopher´s Hospice, sua frase padrão foi: 'temos muito mais a fazer ainda'.

Pesquisas pioneiras sobre o uso de morfina para controle da dor foram realizadas no St. Christopher´s, juntamente com outras pesquisas cuidadosas sobre novas abordagens no controle dos sintomas. Dessa forma, para Dame Cicely Sauders, o paciente próximo da morte era muito mais do que alguém com sintomas para serem controlados. Ela estava convencida da enorme importância que deveria ser dada à combinação de cuidados médicos e de enfermagem de excelência com o apoio holístico, que reconhecesse as necessidades, tanto práticas como emocionais, sociais e espirituais. Para ela, a família e o paciente constituíam uma unidade de cuidados e convidou Dr. Colin M. Parkes, psiquiatra britânico famoso por seu trabalho com

pessoas enlutadas, para desenvolver no St. Christopher´s o serviço de atendimento de pessoas enlutadas, durante a doença e depois da morte.

Em 1969, Dame Cicely foi mais uma vez pioneira, levando equipes para atendimento domiciliar e desenvolvendo toda uma filosofia que permitiu essa prática na comunidade.

Em 2001, o St Christopher's Hospice recebeu o Prêmio Humanitário Conrad N Hilton no valor de 1 milhão de dólares, o maior prêmio humanitário do mundo, em reconhecimento ao trabalho de Dame Cicely.

ST. CHRISTOPHER´S HOSPICE

Não é possível falar de Cicely Saunders sem falar de sua obra magistral, que é o St. Christopher´s Hospice, onde tive a oportunidade de fazer cursos e acompanhar atendimentos clínicos, tanto no programa de internação como no atendimento domiciliar.

O St Christopher's Hospice foi construído para esse propósito e inaugurado em 1967, por Cicely Saunders. Ele foi resultado do sonho que ela tinha de poder oferecer cuidados de qualidade à pessoa próxima da morte. Tornou-se o fundamento de uma nova filosofia que passou a influenciar os cuidados com a saúde no mundo todo e abriu o caminho para uma nova atitude em relação à morte, ao morrer e ao luto. É conhecido como o berço do movimento *hospice* moderno e seu foco na integração de cuidado, educação e pesquisa levou a uma mudança profunda nas atitudes médicas e de enfermagem no mundo todo.

Oferece atendimento a mais de 2.000 pacientes por ano no reino Unido a apoia o movimento *hospice* em países em desenvolvimento e também por meio de parcerias internacionais. Compartilha experiências e conhecimentos por meio de um vasto programa de treinamento, educação e pesquisa, que trouxe melhorias no cuidado da pessoa à morte, para muito além de sua área geográfica.

É uma das maiores instituições educadoras em Cuidados Paliativos no mundo. Mais de 50.000 pessoas já foram treinadas para que pudessem se tornar líderes em seu campo, seja na

Medicina, na Enfermagem, na Psicologia ou no Serviço Social. Ajudou também a instituir programas de Cuidados Paliativos em mais de 120 países.

8.2. ELIZABETH KÜBLER-ROSS (8 de julho de 1926 - 24 de agosto de 2004)

Foi uma psiquiatra que nasceu na Suíça. Ela é a autora do livro *On Death and Dying*, no qual ela apresenta o conhecido Modelo de Kübler-Ross. Após uma série de derrames cerebrais, Elisabeth faleceu aos 78 anos em Scottsdale, Arizona. Em 2007 ela foi eleita para o *National Women's Hall of Fame* dos Estados Unidos.

A publicação de seu livro mais famoso em 1969 *On Death and Dying* (Sobre a morte e o processo de morrer) marcou o rumo de seu trabalho, enriquecido posteriormente com contribuições de especialistas de uma área específica da profissão médica, a tanatologia. Nesse livro, ela identifica fases nos períodos que antecedem a morte e cria métodos para médicos, enfermeiros e familiares acompanharem e ajudarem um paciente terminal.

Elisabeth foi pioneira no tratamento de pacientes em estado terminal. Ela deu o impulso para a criação de sistema de asilos específicos para doentes nos Estados Unidos, que são estabelecimentos para internar e cuidar de pessoas em estágio terminal.

No final de sua carreira, Elisabeth dedicou sua pesquisa à verificação da suposta "vida após a morte", fazendo, com sua equipe, milhares de entrevistas com pessoas que relataram experiências de uma suposta morte (pessoas que morreram por alguns instantes e voltaram),

também chamadas de Experiências de Quase Morte (EQM). Esse novo interesse da especialista na época foi recebido com ceticismo pela maioria dos cientistas e médicos.

8.3. HAROLD G. KOENIG

Completou sua graduação na Universidade de Stanford, a graduação em enfermagem na San Joaquin Delta School, o treinamento em medicina na Universidade de Califórnia em São Francisco e psiquiatria, geriatria e bioestatística na Duke University Medical Center.

Atualmente, ele tem muito reconhecimento no cenário da psiquiatria, medicina familiar, geriatria e faz parte do corpo docente da Duke, como professor de psiquiatria e ciências comportamentais e médicas. Também é professor adjunto no Departamento de Medicina da Universidade King Abdulaziz em Jessah, na Arábia Saudita, e na Escola de Saúde Pública na Universidade Médica de Nigxai, China.

Dr Koening é diretor do Centro de Espiritualidade, Teologia e Saúde na Duke University Medical Center e tem diversas publicações no cenário da saúde mental, geriatria e religião, com mais de 400 publicações científicas, aproximadamente 70 capítulos em livros e 40 livros. Suas pesquisas com religião, saúde e questões éticas na medicina têm se destacado em dezenas de programas de notícia, em canais de tv nacionais e internacionais (incluindo ABC World News tonight, Dr. Oz Show e inúmeras vezes no The Today Show, no Good Morning America e NBC

Nightly News), mais de centenas de estações de rádio nacionais e internacionais e centenas de jornais e revistas (incluindo Reader's Digest, Parade Magazine, Newsweek, Time e Guidepoist).

Ele deu palestras no Senado dos Estados Unidos (1998) e na Câmara dos Deputados federais (2008) sobre o benefício da religião e espiritualidade na saúde pública e faz inúmeras viagens para realizar seminários e palestras sobre estes temas.

Recebeu o prêmio *Oskar Pfister* da Associação de Psiquiatria Americana, em 2012, e, em 2013, o prêmio *Gary Collins* da Associação Americana dos Conselheiros Cristãos.

Seu último livro é chamado *Saúde e Bem-estar nas sociedades islâmicas* (2014, Springer International). Seu foco de estudos muda posteriormente para a criação de uma psicoterapia espiritualmente integrada para o tratamento de transtornos morais em veteranos de guerra com síndromes pós-traumáticos.

8.4. CHRISTINA PUCHALSKI

É pioneira internacional e líder no movimento de integração da espiritualidade nos cuidados em saúde. Como fundadora e diretora do Instituto George Washington de saúde e espiritualidade (GWish) na Universidade de Washington, DC, ela continuou abrindo caminho para o entendimento e integração do cuidado espiritual nos tratos paliativos e cuidado dos amplos sistemas do processo de saúde. Ela co-fundou recentemente a Rede Global de Saúde e Espiritualidade e atua na comissão Ad Hoc para soluções no cuidado paliativo.

Dra. Puchalski é professora de Medicina e Ciências da Saúde na Escola de Medicina da Universidade de Washington. É graduada em cuidados paliativos e medicina generalista e co-

diretora do MFA-GWU Ambulatório de Suporte e Clínica Paliativa e na Clínica Geral para profissionais de saúde em Washington, DC.

Ela tem recebido inúmeros prêmios, incluindo o prêmio de *Aluno destaque* da Universidade de Washington e o prêmio da Academia Americana de Clínica e Cuidados Paliativos Humanitários em reconhecimento por sua formação e liderança.

Dra Puchalski tem publicado amplamente em revistas com temas que vão desde investigações bioquímicas até questões de ética, cultura e espiritualidade nos cuidados na saúde. Ele é autora de numerosos artigos e capítulos de livros, chegou a publicar um livro com a Oxford University Press: *Um tempo para ouvir e cuidar: espiritualidade e o cuidado com doenças sérias e morte*. Ela também é co-editora de um teto internacional sobre saúde e espiritualidade publicado pela Oxford University Press.

Suas áreas de pesquisa envolvem a angústia espiritual, comunicação sobre disfunções espirituais com o paciente, modelos de cuidado espiritual e diretrizes para a implementação desses modelos em ambientes de saúde clínica e educacional.

Ela é, acima de tudo, uma médica e a base de seu método de tratamento é a integração das crenças espirituais dos pacientes em seus cuidados, abordando sensivelmente as questões que pacientes graves trazem e auxiliando os profissionais em sua prestação de cuidados. O trabalho de Puchalski no campo da medicina e espiritualidade engloba o clínico, o acadêmico e a transmissão de sua pesquisa para outros.

8.5. ANA CLAUDIA QUINTANA ARANTES

Médica formada pela USP, com residência em geriatria e gerontologia no Hospital das Clínicas da FMUSP. Fez pós-graduação em psicologia do luto pelo Insituto 4 Estações de

Psicologia e especialização em Cuidados Paliativos pelo Instituto Pallium e Universidade de Oxford.

É pioneira no Brasil na área e foi a responsável pela elaboração e implantação das políticas assistenciais e treinamentos institucionais em Avaliação da Dor e de Cuidados Paliativos do Hospital Israelita Albert Einstein e é sócia fundadora da Associação Casa do Cuidar.

É coautora dos livros *Cuidado Paliativo* (CREMESP, 2008) e *Manual de Cuidados Paliativos – ANCP* (2009 e 2012). Publicou seu primeiro livro de poesia, *Linhas Pares*, lançado 2012, assinando como Claudia Quintana. Poesias fazem parte da vida da Dra. Ana Claudia.

Além de escrever, ela as prescreve aos pacientes. Em 2016, publicou o livro *A morte é um dia que vale a pena se viver*, assinando como Ana Claudia Quintana Arantes.

REFERÊNCIAS

Baltieri, D.A. *et al*. **Diretrizes para o tratamento de pacientes com síndrome de dependência de opióides no Brasil**. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v.26, n.4, p.259-269, 2004.

Berry PH, Dahl JL. **Pain Management Nursing**. 2000;1:3-12.

Bowler, D.B. *et al*. In: Cousins, M.J.; Phillips, G.D. (Eds.). Acute Pain Management, 1986. p.187–236.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 1ª ed. Brasília, 2013. 16p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf >. Acesso em: 12 de Janeiro de 2017.

Cousins, M; Power, I. **Acute and postoperative pain**. In: Wall, P.D.; Melzack, R. (Eds.). Textbook of Pain. 4. ed. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone, 1999. p. 447-491.

Koenig, HG. Espiritualidade no cuidado com o paciente. **Por quê, como, quando e o quê.** São Paulo: Editora FE, 2005.

Modig, J. *et al*. **Thromboembolism after total hip replacement: role of epidural and general anesthesia**. *Anesth. Analg*., v.62, n.2, p.174-180, 1983.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Vamos Falar de Cuidados Paliativos**. Brasil, 2015. 24p. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>. Acesso em: 12 de Janeiro de 2017.