



## Texto 23

Unidade de Aprendizagem IV



# Terminalidade da vida e cuidados paliativos

*Ligia Py, José Francisco P. Oliveira e Claudia Burlá*

É oportuno clarificar o sentido de terminalidade da vida e aproximá-lo da noção de finitude humana que, semanticamente, o tangencia.

Terminalidade da vida abrange uma dimensão temporal, diz respeito ao término histórico da jornada da vida de uma pessoa; é a consciência de que a vida constitui um ciclo cujas extremidades são o nascimento e a morte. Finitude, paralelamente, abrange uma dimensão existencial que emana do fundo da consciência humana; diz respeito ao sentimento de que cada um de nós caminha para um fim. Finitude abre-se, todavia, para o que poderíamos chamar de um apetite de infinito, movimento de transcendência, de ultrapassagem, que faz com que o homem se reconheça como um ser constantemente para mais.

---

## Para refletir

Acreditamos que, para cuidar de pessoas ao final da vida, é bom que cada um de nós pense sobre nossa própria condição irremediável de ser finito. Considerando essa dimensão da finitude humana, sugerimos que, por um instante, você se volte para si mesmo e pense em suas possibilidades de poder se abrir para o “apetite de infinito”.

---

O adjetivo “paliativo” tem como radical o substantivo “pálio”, no latim *pallium*, que significa originalmente a peça principal do vestuário dos gregos, também adotado pelos romanos, que se estende a manto, toga ampla ou mesmo coberta, cobertura, ou simplesmente veste, sobretudo a usada em ocasiões especiais.

O amplo significado de “pálio”, matéria-prima do que se entende por cuidados paliativos (OLIVEIRA apud PY et al., 2010).

Nas culturas originais, pália é um tipo de guarda-sol portátil feito de tecidos e franjas nobres, que cobre os dignitários das celebrações, podendo ser também uma espécie de toldo móvel sustentado por hastes em ambos os lados.

Pouco conhecida é a significação meteorológica de pália. Nomeia uma nuvem de névoa que cobre os campos prenunciando chuva. Nas regiões áridas, essa é a mais esperada promessa de vida, fertilidade e felicidade.

Por tudo isso, pode-se afirmar que a palavra “pália”, base etimológica do adjetivo paliativo, abarca amplo círculo semântico, que se divide principalmente em dois blocos que se tangenciam e, com muita certeza, se complementam: um diz respeito àquilo que cobre, protege, agasalha, enleva, alivia, defende; já o outro se refere à distinção, singularização, individualização e ao poder, não entendido como dominação ou honra, mas sim como encargo e missão.

Como quer que seja, partindo das considerações etimológicas, cremos que cuidado paliativo não se restringe ao paciente que está sendo cuidado, mas se estende àquele que cuida. Constitui, pois, um processo profundamente intersubjetivo, de estreita relação pessoal. Tal relação pressupõe uma radical crença no sofrimento do doente; uma radical sensibilidade às suas queixas; uma intensa atitude de disponibilidade. Sem isso não se conseguirá avaliar a intensidade e a extensão da dor, nem as conotações psicológicas que a cercam, o que parece fundamental para as decisões propriamente medicinais.

Na verdade, a imagem que se pode extrair de pália é literalmente a de um manto que se estende sobre um corpo fragilizado, evocando um singelo sentido de proteção e alívio. Um corpo fragilizado, mas que se faz sagrado no que tem de humano, de único, de irrepetível.

Fica a advertência: o homem há de ser coberto, ser vestido ou revestido com um cuidado infinitamente maior que aquele dispensado às ervas do campo – cuja existência é tão efêmera – que hoje vicejam e amanhã fenecem e, ressecadas, já não prestam para mais nada, a não ser para serem lançadas ao fogo.

Historicamente, o patriarca Noé reservou uma bênção especial para seus filhos Sem e Jafé, pois eles, sabendo que o pai, embriagado, havia se desnudado totalmente em sua tenda, em um ato de desmedida dignidade tomaram um manto e, andando de costas, com os rostos voltados para o chão, cobriram respeitosamente a nudez do pai, sem vê-la. Uma enfermeira de origem japonesa, ao nos ensinar a cuidar de pacientes

idosos no fim da vida, deu-nos um testemunho da sua lida com o pai: sendo filha e mulher, não podia ver o corpo dele desnudo. Nos exímios cuidados para banhá-lo e vesti-lo, ela demonstrou delicado movimento com um lençol que cobria o pai. Tal lençol era manejado por ela com maestria e respeito que se nos afigurava como um balé amoroso e mágico. O essencial é ficar aí o registro do profundo respeito que se há de ter com o corpo, sobretudo o corpo do idoso (GÊNESIS: 9, 20).

Petrini (1990), em sua antológica obra *Accanto al morente*, de forma muito bonita opõe os cuidados propriamente médicos às necessidades espirituais e psicológicas dos doentes graves. Acompanha Jung e afirma que “enquanto as providências voltadas para salvar a vida ou para prolongá-la podem ser vistas como o *animus* da medicina, os cuidados paliativos constituem-se na *anima*” (PETRINI, 1990, p. 60, tradução nossa).

*Animus* e *anima* são definidos por Jung (1972) como arquétipos. *Animus* é o lado masculino inconsciente da personalidade da mulher. *Anima* é o lado feminino inconsciente da personalidade do homem.

Segundo Jung (1972, p. 210 §338):

Cada homem sempre carregou dentro de si a imagem da mulher; não é a imagem desta determinada mulher, mas a imagem de uma determinada mulher. Essa imagem, examinada a fundo, é uma massa hereditária inconsciente, gravada no sistema vital e proveniente de eras remotíssimas; é um ‘tipo’ (‘arquétipo’) de todas as experiências que a série dos antepassados teve com o ser feminino, é um precipitado que se formou de todas as impressões causadas pela mulher, é um sistema de adaptação transmitido por hereditariedade. Se já não existissem mulheres, seria possível, a qualquer tempo, indicar como uma mulher deveria ser dotada do ponto de vista psíquico, tomando como ponto de partida essa imagem inconsciente. O mesmo vale também para a mulher, pois também ela carrega igualmente dentro de si uma imagem inata do homem. A experiência, porém, nos ensina a sermos mais exatos: é uma imagem de homens, enquanto que no homem se trata de uma imagem da mulher. Visto esta imagem ser inconsciente, será sempre projetada, inconscientemente, na pessoa amada; ela constitui uma das razões importantes para a atração passional ou para a repulsa.

Podemos então, com muita singeleza, considerar que a *anima* se apresenta como a dimensão feminina dos cuidados e providências curativas. Quando o corpo já não responde, é o coração que há de ser tocado. E jamais se conseguirá tocar o coração sem uma maternal ternura.

Aí, podemos pelo menos vislumbrar, malgrado todas as incompletudes e insuficiências de nosso conhecimento, um pouco do mais genuíno e amplo sentido de pálio, a palavra-matéria-prima do que entendemos por cuidados paliativos (OLIVEIRA, 2010 apud PY et al., 2010).

### Para refletir

“Quando o corpo já não responde, é o coração que há de ser tocado” (OLIVEIRA, 2010 apud PY et al., 2010).

Pense sobre essa mensagem de José Francisco Oliveira. Busque, em suas lembranças, os pacientes idosos que você conhece, os que estão na proximidade da morte. Pense também nas pessoas com doenças terminais do seu convívio pessoal e naquelas que já morreram. Reflita sobre a falibilidade de nossa condição humana e a inexorável finitude de nossa vida. Pense na necessidade de reafirmarmos nossos valores de solidariedade, na urgência do nosso olhar desvelado para o outro, em nossa escuta acolhedora, em nosso toque caloroso que alivia e acalma.



Você encontra a íntegra da Resolução n. 1.805/2006 e da Resolução n. 1.995/2012 no site do CFM ([www.portalmédico.org.br](http://www.portalmédico.org.br)).

### Atualize-se!

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) criou a Comissão Permanente de Cuidados Paliativos em 2004 ([www.sbgg.org.br](http://www.sbgg.org.br)).

No ano seguinte, nasceu, em São Paulo, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos ([www.paliativo.com.br](http://www.paliativo.com.br)). O Ministério da Saúde instituiu a Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos pela Portaria n. 3.150, de 12/12/2006 ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)). O Conselho Federal de Medicina (CFM) instituiu a Câmara Técnica sobre a Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos, tendo expedido a Resolução n. 1.805/2006, que dispõe sobre a ortotanásia (morrer bem).

Essa resolução é um avanço na área da saúde e se insere no contexto científico da medicina paliativa. O CFM expediu também a Resolução n. 1.995/2012, que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade, em que as pessoas, em condições de plena lucidez, registram o que querem que lhes seja prestado em termos de tratamento e cuidado quando já não puderem decidir por si próprias.

Cuidado paliativo é uma abordagem voltada para a qualidade de vida tanto dos pacientes como de seus familiares frente a problemas associados a doenças que põem em risco a vida. A atuação busca a prevenção e o alívio do sofrimento por meio do reconhecimento precoce, de uma avaliação precisa e criteriosa e do tratamento da dor e de outros sintomas, sejam de natureza física, psicossocial ou espiritual (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

## Fundamentos dos cuidados paliativos

Cuidados paliativos foram definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) primeiramente em 1999, visando à assistência aos pacientes com câncer avançado. Depois, em 2002, foi feita uma revisão e cuidados paliativos passaram a abranger todos os pacientes com doenças irreversíveis que ameaçam suas vidas.

É preciso observar que existem também os cuidados ao fim da vida, marcando uma diferença no tempo de aplicação dos cuidados paliativos (WATSON, 2009 apud BURLÁ; AZEVEDO, 2011):

- Cuidados paliativos são os cuidados aplicados ao paciente em um *continuum*, a partir do momento da definição de uma doença progressiva e incurável, par e passo com outros tratamentos pertinentes a todas as possibilidades de qualquer remissão em seu quadro geral de progressão da doença.
- Cuidados ao fim da vida são parte integrante dos cuidados paliativos; referem-se à assistência que um paciente deve receber durante a última etapa de sua vida, a partir do momento em que se define um estado de declínio progressivo e inexorável, aproximando-se da morte.

### Cuidados paliativos

- São ações integradas, multidimensionais, multiprofissionais e interdisciplinares, destinadas a atender às necessidades do paciente e de seus familiares quando a expectativa de vida dele é limitada pela própria evolução das doenças que o acometem.
- Têm fundamentação bioética, a partir de uma reflexão sobre a realidade da condição humana, levando em conta a biologia, a biografia e o convívio relacional do paciente.
- Exigem o suprimento de um extenso arsenal médico-farmacológico para o atendimento às necessidades do paciente na evolução dos seus sintomas, com ênfase nos opioides para adequado controle da dor.
- Integram intervenções multiprofissionais para o atendimento ao paciente, tendo em vista seu bem-estar e o alívio do sofrimento.
- Aplicam-se já ao início do curso da doença, junto com outros tratamentos destinados a sua remissão, como em casos de câncer, cirurgias, químico e radioterapias.
- Incluem os exames necessários à melhor compreensão e ao controle das complicações clínicas que se apresentam.
- Não buscam acelerar nem retardar a morte: afirmam a vida e consideram o morrer um processo natural comum a todos os seres vivos.
- Integram os aspectos psicológicos e espirituais da atenção ao paciente e seus familiares.
- Oferecem um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viverem tão ativamente quanto possível até sua morte.
- Oferecem um sistema de suporte para ajudar a família a lidar com o paciente em seu processo de doença e também ajudam na elaboração do luto.
- As intervenções não irão influenciar no tempo de vida da pessoa, mas sim na qualidade da sua vida.

Ainda são aguardadas as assinaturas das portarias que regulamentam as diretrizes para a aplicação dos cuidados paliativos no SUS.

A Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos do Ministério da Saúde já definiu quatro níveis de atenção em cuidados paliativos, fundamentando-se em documento elaborado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos no ano de 2012 (CARVALHO; PARSONS, 2012):

- Ação paliativa: cuidado dispensado, em nível comunitário, por equipe vinculada ao Programa Saúde da Família (PSF) treinada para tal finalidade.
- Cuidados paliativos de grau I: cuidado dispensado por equipe especializada, em níveis ambulatorial, hospitalar ou domiciliar, porém sem leitos próprios, devendo valer-se, portanto, de uma equipe consultora em cuidados paliativos.
- Cuidados paliativos de grau II: cuidado dispensado por equipe especializada, em níveis ambulatorial, hospitalar ou domiciliar, com leitos próprios de internação e profissionais da própria instituição.
- Cuidados paliativos de grau III: têm a mesma característica do nível II, acrescida da capacidade para a formação de profissionais em cuidados paliativos.

Exemplos de situações elegíveis para cuidados paliativos em idosos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007):

- câncer;
- demência;
- miocardiopatia dilatada;
- doença pulmonar obstrutiva crônica;
- doença renal;
- insuficiência hepática;
- Aids.

## A comunicação nos cuidados paliativos

A comunicação liga os seres humanos na ação de compartilhar, de favorecer a união entre eles na conversa, que é a confluência de duas versões: a do profissional e a do paciente.

Desconhecendo a realidade da situação em que se encontra, o paciente pode deixar de lado a oportunidade de se reorganizar em sua vida emocional, familiar, comunitária e social. Algumas pendências são resol-

vidas na fase final da vida, que adquire, então, a função de suscitar a definição de resoluções e a tomada de decisões.

O primeiro cuidado nessa delicada comunicação é assegurar-se de que o paciente e seus familiares realmente têm interesse e condições emocionais para tomar conhecimento da situação. Escolher o momento mais propício para uma conversa requer sensibilidade do profissional, que deve dispor de tempo suficiente para o acolhimento da expressão dos sentimentos que surgirão no decorrer da conversa. Uma comunicação promissora pressupõe uma postura profissional realista, sensível, honesta e competente. As evasivas e a linguagem excessivamente técnica agravam o medo, a insegurança e a ambiguidade de sentimentos (BURLÁ; PY, 2006).

Há um protocolo para ajudar os profissionais na árdua tarefa de comunicar aos pacientes e seus familiares notícias sobre problemas graves, progressivos e irreversíveis. Trata-se do Protocolo Spikes (BUCKMAN, 1992), que, desde então, vem orientando uma comunicação mais apropriada entre profissionais, pacientes e seus familiares.

O Protocolo Spikes define seis coordenadas:

- postura adequada do profissional em um cenário apropriado;
- captação da percepção do paciente;
- abertura para uma troca de informações com o paciente e os familiares;
- segurança no domínio do conhecimento científico implicado no caso;
- capacidade de explorar e enfatizar as emoções;
- finalização da conversa com proposta de estratégias e síntese.

Vale lembrar Kübler-Ross (1981) quando nos ensina que, na comunicação com os pacientes e familiares, a importância maior está no modo como o profissional fala e escuta, e não no conteúdo a ser falado. É justamente essa diferença que pauta a comunicação no universo dos cuidados paliativos e torna tão especial a relação profissional-paciente-familiares.

No cenário da comunicação com os pacientes e familiares, lembramos a presença de cada um de nós, profissionais dedicados aos cuidados de idosos na fase final da vida; nós, os “curadores feridos” (ou “cuidadores feridos”). Ali, falando do outro que sofre, vemos refletido nosso próprio sofrimento, nossas dificuldades pessoais, nossas tristezas, nossas frustrações.

Por oportuno, transcrevemos aqui partes de um texto de Ligia Py e José Francisco Oliveira:

Esculápio, filho de Apolo e de Corônus, é educado na arte da medicina pelo centauro Quíron, o qual sofria a consequência de uma chaga incurável que lhe havia infligido Hércules como castigo. Ele é o curador necessitado de cura, quem ensina a Esculápio a arte de curar, isto é, a capacidade de se sentir à vontade na obscuridade do sofrimento, a arte de se sentir ‘em casa’ na dor, descobrindo no interior do mesmo as sementes da luz e da cura dos demais. Com a imagem do ‘cuidador ferido’, os terapeutas do corpo e do espírito são chamados não somente a ativar a dimensão curativa no exercício de sua atividade, mas também a tomar consciência de suas próprias feridas, envolvendo-se no processo terapêutico. Não sei se é exagerado dizer que o ‘cuidador’ – ‘um curador ferido’ – fatigado e tocado pelas chagas materiais ou espirituais do doente, vê, a cada atendimento, no rosto dele, o seu próprio rosto.

O cuidado ao cuidador é uma ação de acompanhamento que se traduz na realização de uma peculiar ‘paliação’, capaz de apontar-lhe dimensões inusitadas da relação cuidador-paciente ao fim da vida. Evidencia medo e coragem, fracasso e sucesso, raiva e afeição, essas coisas tão genuinamente humanas que iluminam a figura do ‘cuidador ferido’ – afinal, protótipo de cada um de nós – e, valendo-se de acolhimento e compreensão, apontam os caminhos de superação e de crescimento pessoal (PY; OLIVEIRA, 2011, 89-98).

## Avaliação de sintomas

A definição de cuidados paliativos determina que “a prevenção e o alívio do sofrimento, através do reconhecimento precoce, de uma avaliação precisa e criteriosa e do tratamento da dor e de outros sintomas, sejam de natureza física, psicossocial ou espiritual” (PY; OLIVEIRA, 2011).

Para o profissional avaliar os sintomas de um paciente em cuidados paliativos, é necessário perceber como ele está se sentindo, detalhar o que o está incomodando e definir uma intervenção direta e imediata, tendo em vista o maior alívio possível. Um bom controle e acompanhamento do paciente idoso que caminha para o fim da sua vida requer o reconhecimento de sintomas como dor, dispneia, fadiga, anorexia, náusea, vômito, constipação, confusão mental e agitação, muito comuns na fase terminal. Para tanto, devemos nos valer da nossa capacidade de observar e, acima de tudo, escutar o paciente nas suas queixas (PY; BURLÁ, 2010).

## Dor e sofrimento

O tormento da dor parece não ter fim..., mas tem. Há intervenções capazes de mitigar o intenso sofrimento causado pela dor física. Vale insistir na realidade de que a dor é um sintoma controlável.

---

### Para refletir

Você sabe qual é a diferença entre dor e sofrimento?

---

Dor, por definição, é uma experiência sensorial e emocional desagradável, comumente deflagrada por lesão tissular ou a ela atribuída. Por não existir um marcador biológico para mensurar sua intensidade, devemos utilizar estratégias que permitam quantificar e avaliar o resultado do tratamento proposto, muito embora o método mais acurado da evidência de dor e sua intensidade seja a informação dada pelo paciente, de como ele a percebe e a descreve. Dor tem características físicas, fisiológicas e psicológicas, controlável pela ação de medicamentos, manobras de fisioterapia e, às vezes, utilizando-se recursos cirúrgicos.

Sufrimento é inerente à condição humana. É claro que há sofrimento quando sentimos dor. Mas o sofrimento humano nos acompanha desde a tenra infância, sem que haja qualquer dor física, mas sim aquela dor que machuca a alma. O sofrimento tem sempre um sentido, que carece de encontrar sua significação, e também tem sempre uma destinação, que carece ser objetivada na transcendência do ser humano (PESSINI, 2004).

Na área médica, são os cuidados paliativos que vêm propondo investigações e intervenções para o acolhimento, compressão e alívio do sofrimento dos seres humanos ao fim da vida. Nessa perspectiva, procuram olhar a dor, o sofrimento, a solidão, o abandono, as incertezas que os idosos doentes sentem a partir do ponto de vista do seu padecimento inserido nas frágeis condições que lhes sobram. Esse é o fundamental compromisso da ética humanizadora que, a rigor, funda os cuidados paliativos.

---

### Para refletir

Faça uma reflexão sobre sua experiência profissional e pense em algo que aconteceu com você ou com algum(a) de seus(suas) colegas de trabalho, que tenha marcado a presença da dor e do sofrimento.

---

## A dor provocada pelo câncer

O câncer é uma doença que consiste em uma situação especial. A dor é um evento que pode se estabelecer em razão da própria enfermidade, por aumento visceral, compressão de estrutura nervosa ou comprometimento ósseo metastático. Pode ocorrer também por causa do próprio tratamento, como efeito adverso de quimioterápicos (por exemplo, a polineuropatia), de radioterapia (como a radiodermite). Pode também ocorrer dor por sequela cirúrgica. Por norma, devemos abordar precocemente a possibilidade da ocorrência de dor, pois 50% dos pacientes com câncer morrem sentindo dor de forte intensidade, não lhes sendo prestado ou oferecido o alívio desejado e apropriado. Na fase final da vida de pacientes com câncer avançado, a dor severa torna-se menos frequente, especialmente se foi aliviada de forma correta nas fases anteriores.

A avaliação da dor deve apresentar as características da intensidade em termos de: leve, moderada e intensa. As escalas de dor, analógica ou visual, são apropriadas para monitorar e avaliar com mais exatidão a eficácia da terapêutica. E, na administração dos fármacos, deve ser evitada a via intramuscular, pois, além de ser dolorosa, provoca absorção irregular, principalmente nos idosos frágeis (BURLÁ; AZEVEDO, 2011).

Cabe, aqui, lembrar o sofrimento dos profissionais que tratam e cuidam dos pacientes que persistem em dores de difícil remissão: o sentimento de impotência alia-se à exaustão e a outras formas tão humanas de os profissionais sentirem o esvaziamento do eu que até então os ligava ao paciente. Talvez não seja exagero pensar que o profissional, fatigado e tocado pelas chagas materiais ou espirituais do doente, vê, a cada atendimento, no rosto dele, seu próprio rosto. É esta a imagem do “curador ferido”: os terapeutas do corpo e do espírito, que são chamados não somente a ativar a dimensão curativa no exercício de sua atividade, mas também a tomar consciência de suas próprias feridas, envolvendo-se no processo terapêutico (PY; OLIVEIRA, 2011).

Essa experiência humana é vivida na teia escorregadia da prática do cuidado, compondo o que se chama de “síndrome de sobrecarga de trabalho”. Carvalho (2007, p. 308) observa que

esta síndrome se caracteriza por sintomas somáticos, psíquicos e comportamentais. Os sintomas somáticos são exaustão, fadiga, cefaleias, distúrbios gastrintestinais, insônia, dispneia. Os sintomas psíquicos são humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, rigidez, negativismo, ceticismo, desinteresse; e os sintomas comportamentais são caracterizados basicamente por comportamentos evitativos.

Na verdade, o profissional necessita de apoio. É imprescindível fazer com que seus sentimentos possam vir à tona, tenham espaço para ser elaborados, possam se recolocar em termos de compreensão, e não de censura. Seu fatigante trabalho deve ser objeto de reconhecimento, de agradecimento. É essencial que o profissional se assegure de que as pessoas à sua volta são capazes de perceber o conteúdo emocional subjacente à sua fala e ao seu comportamento, e que elas sejam capazes de dividir com ele o quinhão de responsabilidade que se deve ter com a pessoa doente.

## O que fazer na anorexia ao fim da vida

A falta de apetite ou recusa alimentar é um sintoma muito comum ao fim da vida e causa mais transtornos à família que ao paciente. É preciso esclarecer à família que o paciente deixa de comer por causa da própria doença, que não irá agravar-se pela falta de alimento. Tranquilizar a família é o mais importante nesse momento. Podem ser oferecidos alimentos de que o paciente goste, de modo criativo, sempre em pequenas quantidades, mais ou menos de duas em duas horas. Por exemplo, para uma pessoa que goste muito de frutas, pode ser feito um congelado do suco para ser pincelado em seus lábios e língua.

A utilização de alimentação artificial deve ser criteriosamente avaliada pelos profissionais e discutida com o paciente e seus familiares. De modo geral, não traz benefícios ao paciente ao fim da vida e causa grande desconforto, além do custo envolvido.

A sensação de sede deve sempre ser atendida. É recomendada uma hidratação básica, que pode ser obtida pela reposição hídrica no período noturno. Em cuidados ao fim da vida, a ideia não é alcançar níveis ideais de hidratação, mas sim o conforto. Sempre há o recurso de aliviar a sensação de sede colocando gelo picado embaixo da língua do paciente e umedecendo os lábios e a boca ao longo do dia. Lembremos que a manutenção da higiene bucal é fundamental para o conforto do paciente.

O uso dos fármacos deve ser criteriosamente estudado pelos médicos, caso a caso, e as informações devem ser passadas com clareza para toda a equipe, paciente e familiares. Uma comunicação de boa qualidade é um bom caminho para a qualidade do final da vida do paciente (BURLÁ; AZEVEDO, 2011).

Com a evolução da doença para a fase terminal, novos problemas podem advir, sendo um deles a não aceitação dos medicamentos por via oral. Nesse momento, a via de eleição para a administração dos fármacos é



Para ampliar o conhecimento sobre cuidados paliativos, recomendamos:

- CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2. ed. ampl. e atual. Porto Alegre: Sulina, 2012.
- e outras leituras disponíveis nos sites <[www.sbgg.org.br](http://www.sbgg.org.br)>; <[www.paliativo.com.br](http://www.paliativo.com.br)>; <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>; <[www.portalmédico.org.br](http://www.portalmédico.org.br)>; <[www.paliativo.org.br](http://www.paliativo.org.br)>.

a subcutânea. A hipodermóclise é o método mais indicado para a reposição de fluidos e de medicamentos para pacientes em fase terminal, devendo ser utilizada amplamente pelo baixo risco de complicações, por ser indolor e altamente eficaz (BURLÁ; AZEVEDO, 2011).

Quanto à gastrostomia percutânea, há indicação apenas nos casos graves, em enfermidades obstrutivas e quando há necessidade de medicações contínuas. Esse é um dos tópicos que requer uma discussão clínica minuciosa, levando em conta a terminalidade do paciente, suas disposições pessoais ou de seus familiares, quando o paciente não tiver condições cognitivas e de consciência para decidir sobre o procedimento.

## Referências

BUCKMAN, R. *Breaking bad news: a guide for health care professionals*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1992.

BURLÁ, C.; AZEVEDO, D. A. Palição: cuidados ao fim da vida. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 1226-1241.

BURLÁ, C.; PY, L. Peculiaridades da comunicação ao fim da vida de pacientes idosos. *Bioética*, Brasília, DF, v. 13, n. 2, p. 97-106, 2006. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/111](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/111)>. Acesso em: mar. 2014.

CARVALHO, V. A. Cuidados com o cuidador. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). *Humanização e cuidados paliativos*. 4. ed. São Paulo: Loyola: Centro Universitário São Camilo, 2007. p. 305-319.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2. ed. ampl. e atual. Porto Alegre: Sulina, 2012.

FLORIANI, C. A.; SCHAMM, F. R. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2123-2132, 2008. Suplemento 2.

JUNG, C. G. *O desenvolvimento da personalidade*. Petrópolis: Vozes, 1972. (Obra completa, 17).

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: M. Fontes, 1981.

PESSINI, L. Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola, 2004. p. 11-13.

PETRINI, M. *Accanto al morente*. Milano: Vita e Pensiero, 1990.

PY, L.; BURLÁ, C. Cuidados ao fim da vida. In: GUARIENTO, M. E.; NERI, A. L. (Org.). *Assistência ambulatorial ao idoso*. Campinas: Alínea, 2010. p. 353-360.

PY, L.; OLIVEIRA, J. F. P. Um cuidador a ser cuidado. In: MORITZ, R. D. (Org.). *Conflitos bioéticos do viver e do morrer*. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina/Câmara Técnica sobre a Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos, 2011. p. 89-98.

PY, L. et al. Cuidados paliativos e cuidados ao fim da vida na velhice. *Geriatrics & Gerontology*, Fortaleza, v. 4, n. 2, p. 90-106, 2010. Disponível em: <<http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/revista/volume4-numero2/completo.pdf>>. Acesso em: mar. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Definition of palliative care*. [Geneve, 2007]. Disponível em: <[www.who.int/cancer/palliative/definition/en](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en)>. Acesso em: mar. 2014.