

# Manual de Cuidados Paliativos



**ANCP**

ACADEMIA NACIONAL DE  
CUIDADOS PALIATIVOS

# Providências práticas para toda a família

LETÍCIA ANDRADE

## Introdução

Em Cuidados Paliativos pressupõe-se que no final da vida equipe e família já tenham estabelecido um vínculo adequado e que os dois lados já tenham ciência das possibilidades e dos próprios limites. Porém esse vínculo nem sempre é possível, apenas se efetiva quando há tempo hábil, espaço e interesse de ambas as partes. Muito se fala de vínculos entre paciente e família ou entre paciente e cuidador, mas pouco da necessidade de confiança mútua entre paciente/família e equipe de cuidados.

O reconhecimento de limites e possibilidades de cuidado e atenção de todos os envolvidos na questão (paciente, família e equipe) é o ponto crucial para que a assistência proposta surta o efeito desejado. Afinal, esse reconhecimento traz a tranquilidade necessária para a equipe atuar adequadamente, não exigindo e solicitando demais ou de menos da família e do paciente, sem ir além do que cada um pode oferecer. A "justa medida" deve ser buscada e pode ser obtida, visto que em nenhum momento o cuidar pode representar uma imposição e o ser cuidado deve ser sempre uma possibilidade, e não uma tortura.

No que se refere à equipe, é imprescindível a clareza com relação ao que o serviço se compromete a oferecer. Dessa forma, é extremamente importante a abordagem junto à família sobre o tipo de atenção dispensada, horário de funcionamento, o que se espera do cuidador familiar, critérios de dispensação de medicamentos, frequência das consultas ou visitas domiciliares etc.

O reconhecimento de limites e possibilidades, o controle adequado da dor e do desconforto, a ciência do diagnóstico, a possibilidade de optar pelo local de sua própria morte, se assim desejar, e o tempo para realização dos últimos desejos e resolução de pendências legais podem garantir a tão almejada qualidade de vida nos momentos finais e uma morte digna.

Os estágios (ou fases) pelos quais supostamente passam os pacientes em processo de finalização de vida, tão bem exposto nos primeiros estudos sobre o tema por Klüber-Ross<sup>(3)</sup>, ainda nos oferecem nos dias atuais parâmetros para melhor cuidado e atenção aos pacientes. A surpresa, a negação, a barganha, a revolta e a aceitação são ainda passíveis de serem reconhecidas nos pacientes e, no nosso entender, nas famílias destes.

Não é necessário dizer que não há passagem obrigatória pelas fases citadas, mas a importância do conhecimento das mesmas se dá no intuito de compreendê-las para melhor atender paciente e família, já que nem sempre o "desconhecimento" a respeito da doença é uma realidade. Em algumas situações estamos lidando com a negação, e nem sempre a busca de uma segunda opinião ou o não-crédito com relação ao que é explicado pela equipe revela uma família difícil ou não-aderente, mas traduz a surpresa pelo diagnóstico e pelas afirmações de que o tratamento curativo não é mais possível. A não-aceitação do tratamento proposto e a recusa de medicação e medidas de conforto, que tanto angustiam familiares e equipe, podem ser apenas revolta pela finalização da vida, pela impossibilidade de cura e pela inexistência de tanto tempo de vida como cada um gostava

ria de determinar. E, finalmente, a tristeza, o recolhimento em si mesmo, a necessidade que alguns pacientes apresentam de ficarem sozinhos, em silêncio, de não participarem das atividades em família e de estarem mais consigo mesmos não necessariamente se caracterizam como sinais de depressão, mas sim de aceitação da situação que vivenciam e de desligamento progressivo da vida.

Com esse entendimento não há por que esperar ou incentivar uma participação mais ativa do paciente na rotina da casa e nas conversas familiares, pois é possível que não haja mais esse interesse; não há por que cobrar uma adesão cega ao tratamento. Em algumas situações, outras dores trazem preocupações ainda maiores do que as físicas, e não há motivo para se falar tanto e tantas vezes sobre diagnóstico e prognóstico, pois família e paciente já o sabem e, às vezes, já não querem mais ouvir sobre o assunto. É imprescindível lutar contra a conspiração do silêncio (atitude que nega ao paciente e às vezes à família a ciência do diagnóstico), mas também é necessário reconhecer quando parar de abordar o assunto.

É preciso perceber quando o excesso de detalhes e informações e a insistência no processo de finalização de vida passam a ser uma verdadeira tortura para quem ouve em vez de fonte de conhecimento e preparo para família e paciente.

Atualmente a conspiração do silêncio vem sendo substituída pelo que denominamos de ditadura da verdade: atitude marcada pela insistência dos profissionais em abordarem centenas de vezes junto a familiares e pacientes a proximidade da morte como se eles não soubessem o que os aguarda.

Cada família e paciente devem ser vistos como únicos e ter suas necessidades atendidas da forma mais adequada possível, mesmo quando essas não são condizentes com as da equipe de atendimento.

A grande preocupação e o foco do assistente social em Cuidados Paliativos nessa fase final de vida podem ser resumidos em garantia da qualidade de vida nos momentos finais, morte digna para o paciente e auxílio na manutenção do equilíbrio possível para a família.

Tal equilíbrio familiar refere-se ao respeito a tudo o que já foi mencionado e também ao trabalho efetivo junto às famílias de não somente entendê-las, mas, e principalmente, de junto a elas propor alternativas que amenizem o sofrimento e a preocupação enfrentados.

## Pendências e providências legais

As orientações e providências tomadas junto ao paciente estão, obviamente, relacionadas com o grau de consciência e o poder de decisão mantidos por ele. Se consciente e lúcido, o paciente deve ser ouvido a respeito de últimos desejos, pendências e providências cuja resolução depende de sua vontade e anuência. Testamentos, registros de filhos, regularização de uniões, obtenção de tutelas e curatelas demandam tempo e profissionais tecnicamente preparados para orientações seguras e adequadas. Tais providências devem ser tomadas junto ao paciente e seu familiar mais próximo, e legalmente autorizadas, evitando-se que essas situações, que porventura não sejam adequadamente resolvidas, possam trazer preocupações e dificuldades nos momentos finais. Cabe ao assistente social propiciar essa abordagem a fim de que o paciente seja orientado na busca do profissional indicado.

São necessários cuidados especiais no que se refere a situações de famílias monoparentais (famílias compostas por um único indivíduo adulto acompanhado de seus filhos menores)<sup>(7)</sup>, quando é o adulto que está sob Cuidados Paliativos: a guarda dos filhos deve ser adequadamente trabalhada e decidida ouvindo-se o paciente em questão. O Conselho Tutelar da região e a Vara da Infância devem ser acionados em casos de conflito pela guarda ou inexistência de responsável.

## Estresse do cuidador familiar ou informal

Denominamos cuidador<sup>(4, 6)</sup> aquele familiar ou responsável pelo cuidado ao paciente, sendo o principal responsável por receber orientações e esclarecimentos da equipe, assim como se constituindo em elo entre paciente e equipe para algumas demandas. Em nossa prática cotidiana percebemos que o cuidador principal<sup>(2)</sup> geralmente é o mais envolvido no cuidado, por isso o mais sujeito a estresse e sobrecarga. Por esse motivo reafirmamos sempre a necessidade, quando possível, da divisão de tarefas e responsabilidades entre os familiares mais próximos, evitando-se assim a sobrecarga de apenas um indivíduo.

Se para o paciente os cuidados com o controle da dor, do desconforto e demais sintomas são sempre presentes, nem sempre nos atentamos para algumas situações que parecem simples mas causam grande estresse para a família. Essas situações que podem ser, senão evitadas, contornadas pela atuação dos profissionais, referem-se a falta de sono do paciente à noite, delírios, desinformação sobre diagnóstico, preconceito com relação ao uso de determinados medicamentos e conflitos familiares anteriores à doença, que só tendem a ser exacerbados em situações de estresse.

No trabalho cotidiano com pacientes sob Cuidados Paliativos e suas respectivas famílias é quase rotina o relato de que os pacientes não dormem durante a noite, solicitam a presença do cuidador o tempo todo e parecem ter medo de permanecer sozinhos, considerando que alguns até relatam tal dificuldade. Como parece ser uma ocorrência que não diz respeito à equipe, mas sim somente à rotina da residência, nem sempre atentamos para o fato de que o descanso do cuidador é imprescindível para a manutenção da saúde física e mental e para a garantia do cuidado adequado ao paciente. Se não há possibilidade ou interesse de divisão de tarefas, o fato de o paciente não dormir à noite (seja pelos efeitos colaterais da medicação, pela forma como esta está distribuída nos horários noturnos ou por medo) representa também a impossibilidade de descanso para o familiar, que no decorrer do dia terá a seu cargo todas as tarefas que lhe competem e à noite será novamente impedido de descansar. Essa rotina, em pouquíssimo tempo, leva à exaustão do cuidador e à impossibilidade de manutenção dos cuidados adequados.

## Reunião familiar

É sempre indicada a realização de uma reunião de família com o objetivo de clarificar os demais membros sobre a proximidade da morte e de uniformizar as informações, geralmente centralizadas no cuidador principal. Essa prática quase sempre traz tranquilidade para o indivíduo, que passa a não se ver como único detentor de informações e angustiado pela cobrança dos demais familiares pela cura que não

vem. A realização dessa reunião deve ser uma prática adotada pelas equipes de atenção em Cuidados Paliativos, principalmente nos âmbitos hospitalar, ambulatorial e de enfermaria, onde geralmente a presença de somente um ou dois familiares mais próximos ao paciente é possível, o que invariavelmente impossibilita a participação de outros interessados.

No domicílio é mais comum, principalmente nos dias finais, a presença de mais pessoas que se envolvem no cuidado, estando mais esclarecidas sobre o processo de doença ou de morte pelo qual passa o paciente.

As situações em que há mais de uma família envolvida, nos casos de uniões anteriores, o cuidado na abordagem é imprescindível. Nem sempre as separações ocorreram de forma consensual e há casos em que a mágoa ainda permanece em ambos os lados. Quando é desejo do paciente rever antigos companheiros ou filhos distantes pela separação anterior, tal providência deve ser tomada em consonância com a família atual, do contrário essa atitude poderá exacerbar conflitos antigos ou fazer surgir novas mágoas. Como já afirmado, cabe à equipe o auxílio na manutenção do equilíbrio familiar, na perspectiva de que este se mantenha após o falecimento do paciente.

## Ocorrência da morte no domicílio

Se o foco é sempre a manutenção da qualidade de vida nos momentos finais, morte digna e garantia do equilíbrio familiar possível, a morte no domicílio do paciente sob Cuidados Paliativos hoje representa grande ponto de discussão.

Nem todo paciente tem condições de falecer em casa, nem todos optam por isso e nem todas as famílias podem aceitar tal desenlace. Se por um lado morrer no domicílio pode trazer conforto para o paciente por estar em um ambiente que lhe é familiar, respeitando seus desejos e estando próximo da família, por outro pode causar extrema angústia para os familiares que estarão mais perto, por trazer a sensação de impotência ou de não ter feito o suficiente, podendo acarretar complicações no processo de luto dos envolvidos<sup>(1)</sup>.

Além disso, o significado de morte, o quadro clínico do paciente, a organização da família e as questões burocráticas devem ser bem avaliados pela equipe em conjunto com a família. A agonia respiratória, a dispneia, a possibilidade de sangramento e a dor incontrolável são sempre fatores que inviabilizam a morte em casa por causarem demasiado sofrimento para paciente e familiares. Quanto ao paciente, estar em casa pode proporcionar sofrimento maior do que o esperado e passível de ser controlado no ambiente hospitalar, e, com relação à família, a sensação de não ter evitado a dor ou de ter sido responsável por tamanha agonia é a causa do sofrimento.

Mesmo que tudo tenha sido minuciosamente explicado, a razão nesse momento não se sobrepõe à emoção de se presenciar tamanha dor. Por esse motivo, essa situação não deve ser imposta com a justificativa de que era um desejo do paciente; se esse desejo não for extensivo à família e se as situações citadas não forem adequadamente abordadas, a ocorrência da morte em casa constituir-se-á em violência para paciente e família e, a nosso ver, irresponsabilidade da equipe.

Além disso, as questões burocráticas que se apresentam devem ser antecipadamente solucionadas: a família deve ter informações precisas sobre o que fazer logo

após o óbito, a quem recorrer para a obtenção da declaração de óbito e os procedimentos de praxe (própria equipe, médico da família, ou, na impossibilidade desses, comunicar à delegacia mais próxima do bairro), serviços funerários disponíveis na região, documentos exigidos e todas as demais questões burocráticas que nem sempre são explicadas e que trazem tantos transtornos quando não encaminhadas da forma adequada. Sugere-se que o assistente social atuante na equipe elabore uma cartilha de orientações com as informações necessárias a ser distribuída na reunião de família ou em intervenções próximas ao falecimento do paciente. Nessa cartilha é importante constar as informações apresentadas no **Quadro**.

**Quadro – Sugestão de informações que devem constar na cartilha de orientações sobre o óbito**

		Observações
Documentos do paciente a serem apresentados na ocorrência do óbito para a obtenção do atestado de óbito	Cédula de identidade (RG), CPF, certidão de nascimento ou casamento e comprovante de residência (para que o endereço seja obtido de forma precisa)	O atestado de óbito deve ser fornecido pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente, desde que não haja suspeita de morte violenta ou inesperada <sup>(5)</sup> . No caso de impossibilidade, outras alternativas devem ser criadas conjuntamente entre equipe e família
Documentos a serem apresentados no serviço funerário	Além dos documentos acima acrescidos do atestado de óbito, cartão do INSS (aposentadoria ou pensão) e documentos comprobatórios de posse de túmulo (se houver)	Lembrar que o familiar que irá providenciar a documentação e a compra do serviço para o sepultamento também deve estar de posse de sua documentação pessoal com foto (cédula de identidade)
Serviço funerário	Endereços e telefones das agências funerárias da região ou do município com horário de funcionamento	Atentar para o fato de que nem todas as agências atendem 24 horas e acrescentar informações de como realizar o sepultamento gratuito para os casos em que haja essa necessidade, lembrando-se sempre de que tal prerrogativa é um direito garantido por lei

RG: registro geral; CPF: cadastro de pessoa física; INSS: Instituto Nacional do Seguro Social.

## Representações e significado da morte

Diante do exposto cabe aos profissionais entender e respeitar o significado da morte para paciente e família: questões religiosas devem ser sempre abordadas, e crenças, que em uma análise superficial parecem sem sentido, consideradas pela equipe na avaliação sobre o local onde ocorrerá o óbito. Por exemplo: resguardados os devidos cuidados e preparos, indica-se o domicílio como local mais indicado para o óbito nas situações em que a religião professada pelo paciente regulamenta que somente um membro designado pelo grupo religioso poderá tocar no corpo após o falecimento. Já nos casos em que se espera que não haja a ocorrência de autópsia para preservação do corpo e, tanto a equipe quanto a família não conseguirão garantir o fornecimento do atestado de óbito, o mais indicado é que o paciente faleça durante uma internação programada, em que a equipe tenha ciência do caso e possa auxiliar adequadamente nesses momentos finais.

Nas situações em que, apesar de todo o trabalho realizado pela equipe, o núcleo familiar não consegue perceber a morte daquele indivíduo como uma ocorrência natural, mas a vivencia como uma situação extremamente traumática, não há por que incentivar o óbito no domicílio, mesmo que seja esse o desejo do paciente. Deve-se abordar tal assunto demonstrando o quanto essa ocorrência pode ser traumática para esses familiares e o quanto isso pode representar um processo de luto complicado para os que ficam. Há que se respeitar a autonomia do paciente, mas essa autonomia é sempre relativa e partilhada quando se vive em família e principalmente quando se vive uma situação de dependência de outrem, como nos casos de doenças em fase final de cuidados.

Deve existir um cuidado especial por parte da equipe nas situações em que há envolvimento de crianças, e caso seja um dos pais que está sob Cuidados Paliativos. É um direito de o indivíduo deixar ou recusar a participação de seus filhos em seu processo de morte. Muitos adultos ainda optam por seus filhos pequenos não estarem próximos quando ocorrer o óbito, não com o intuito de negar a morte, mas de não forçá-los a presenciar esse desenlace. Essa participação nunca deve ser motivo de insistência da equipe com a justificativa de que é necessária a naturalização da morte: paciente e família são autônomos para decidir o que querem para si e para seus filhos e devem ter o direito de, até o final, definir qual a imagem que querem que seus filhos mantenham de si próprios.

## Conclusão

Com as informações e orientações apresentadas é necessário que o assistente social tenha disponibilidade de oferecer sempre apoio e escuta. Tempo disponível e espaços adequados, físicos e emocionais, devem fazer parte da rotina desse profissional que atende em Cuidados Paliativos. Em algumas ocasiões só é necessário estarmos junto da família, ouvir, entender e esperar, não há mais o que ser dito, quando tudo já foi explicado, não há mais o que "cobrar" quando tudo já está sendo feito. E é essa a abordagem mais difícil: a necessidade que temos de nos mostrar ativos, em intervenções e atividades constantes, faz-nos esquecer de que às vezes só é necessário estarmos presentes, e o não fazer já é, por si só, uma ação.

## Referências

1. COLIN, M. P. Luto: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus Editorial, 1998.
2. DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.
3. KLUBER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 1969.
4. LAHAN, C. F.; ANDRADE, L. O cuidador. In: JACOB FILHO, W. Avaliação global do idoso. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 171-80.
5. LAURENTI, R.; MELLO J.; HELENA P. O atestado de óbito. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 1996.
6. SANTOS, S. M. A. Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas: Alínea, 2003.
7. VITALE, M. A. F. Famílias monoparentais: indagações. In: Rev. Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, XXIII, n. 71, p. 45-62, 2002.



# As últimas 48 horas de vida

ARIEL DE FREITAS QUINTÃO AMÉRICO

*"Como é morrer?"*

*"a gente entra em coma? Dói?..."*

*"...como são as últimas horas?"*

## Introdução

Muitas questões envolvem os últimos momentos de vida. As incertezas são a absoluta verdade dos momentos que cercam a morte. Detalhes pequenos são questionados, ora devido ao humano desejo de controle, ora por questões espirituais, ora por questões desconhecidas da nossa consciência.

Ter controle da situação reduz a possibilidade de variação, o medo e a ansiedade. Questões pessoais antigas são redimensionadas e podem se dissolver pela proximidade do fim esperado.

As últimas horas costumam ser inundadas de tristeza, melancolia e saudade. Desejos de paz, boa partida e boa hora.

Assim como o nascimento, o momento da morte é único e sozinho. Cuidadores e familiares o descrevem de forma sucinta como um momento de muito sofrimento, mesmo quando os sintomas estão bem controlados.

A conceituação precisa do início das últimas horas não é exata na literatura. Entretanto, essa definição transcende a necessidade real, que é a identificação desse momento cercado de sintomas exacerbados e que exige alteração do planejamento de tratamento e cuidado contínuo.

As últimas horas do paciente em fase final de vida são a continuidade da evolução progressiva de sinais e sintomas. Entretanto, devemos estar preparados para o aparecimento de novas causas de sofrimento, tanto para o paciente quanto para a sua família.

O uso de recursos terapêuticos de forma fútil ou obstinada (repetição de exames, uso de respiradores, infusão de medicamentos vasoativos e outros procedimentos essenciais à manutenção de funções vitais) deve ser evitado, pois seus efeitos são nocivos e os benefícios são menores. Submete as pessoas a mais dor e sofrimento do que sua própria doença lhe provocaria. Isso acontece nos ambientes em que não se aceita a morte como evento natural e esperado, ou onde os profissionais têm medo de infundada responsabilização civil ou criminal<sup>(2)</sup>. O uso desmedido desses recursos pode resultar num número crescente de pessoas completamente dependentes do suporte hospitalar de última geração, sem possibilidade de contato com sua família e sem individualidade, como em situações de internação em centros de terapia intensiva.

A morte não deve ser antecipada nem adiada<sup>(1)(2)</sup>.

Esses fatos vitimam qualquer sistema de saúde, com custos elevados e sofrimento da equipe. Esta, ao final de tudo, experimenta grande frustração por não poder alcançar o objetivo que lhe parece único: o da imortalidade.

## Cuidados Paliativos das últimas horas

Compreendem o conjunto de condutas e cuidados com o paciente que se encontra em rápido declínio funcional, por causa irreversível, nos seus momentos finais. O objetivo que devemos ter nessa fase é promover o controle dos sintomas de forma completa, prevenir os agravos das últimas horas de vida, suavizar a agonia final, além de evitar tratamentos que possam ser considerados fúteis nessa fase. Devem-se evitar investigações clínicas e procedimentos que não se prestem exclusivamente a melhor compreensão e manejo dos sintomas.

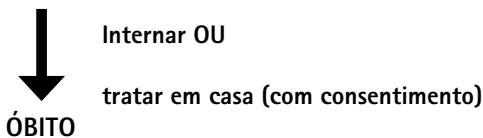
Reconhecer o processo de morte é uma das tarefas mais difíceis no campo da medicina. É perceber que, a partir de um determinado momento da evolução de um doente, as disfunções são irreversíveis e todo tratamento que tenta o prolongamento da vida implica prolongamento do sofrimento. As atitudes recomendadas são preservar a vida, sem tornar o tratamento mais sofrido que a própria doença, e atender prioritariamente às necessidades do doente em termos de alívio de sintomas<sup>(12)</sup>.

O quadro clínico do doente (**Quadro 1**) deve ser reavaliado, se possível duas ou mais vezes ao dia. Novas decisões devem ser consideradas sempre que necessário.

Nas últimas horas, o paciente se torna progressivamente mais "ausente" da vida. Não consegue mais se comunicar, alimentar-se ou movimentar-se. Até mesmo a expressão facial, muitas vezes sugestiva de dor ou sofrimento, torna-se difícil de ser interpretada. Os familiares percebem a gravidade e irreversibilidade do quadro. Quando esse momento é calmo, tanto pelos cuidados ao paciente, quanto pela resposta do mesmo aos tratamentos, a espiritualidade da família pode transformar o momento de partida. Então, a morte acontece com serenidade.

### Quadro 1 – Quadro clínico das últimas horas

- |   |
|---|
| • Fase final (últimas 48 horas)                         |
| • Anorexia e nenhuma ingestão de líquidos               |
| • Imobilidade   |
| • Alteração cognitiva e sonolência e/ou <i>delirium</i> |
| • Mioclônus   |
| • Dor   |
| • Colapso periférico, falências funcionais              |
| • Ronco final   |



## Principais sinais, sintomas e tratamento das últimas horas da vida

Quando todos os sintomas que serão apresentados se exacerbam e começa a emergir quadro de morte próxima e irreversível, a sobrevida média do doente é de horas a dias.

Esse quadro é chamado de últimas 48 horas, processo ativo de morte, agonia terminal, ou simplesmente agonia<sup>(2)</sup>.

Os sintomas mais indicativos dessa fase e sua conduta são descritos a seguir.

## **Anorexia**

Nas últimas 48 horas, as atividades metabólicas estão diminuídas, ocasionando uma anorexia fisiológica. O doente pode não ter nenhuma ingestão de alimentos, e a aceitação de líquidos se torna progressivamente mais difícil. Forçar a alimentação por meio do uso de sondas enterais pode ser considerado um procedimento iatrogênico, na medida em que provoca desconforto físico, tanto pela presença da sonda em si como por novos sintomas que podem surgir, como náuseas, vômitos, risco elevado de aspiração brônquica, sensação de plenitude e desconforto abdominal. A falta completa de aceitação de líquidos nas últimas horas é bem tolerada pelo paciente.

## **CONDUTA**

A hidratação artificial nessa fase deve ser cuidadosa para evitar acúmulos e edemas desnecessários, assim como quadros de congestão pulmonar e desconforto respiratório. A via subcutânea (SC) pode ser a melhor escolha, principalmente em ambiente domiciliar. Suporta um volume de até 1.500 ml diários de soluções isotônicas num mesmo ponto de infusão<sup>(4)</sup>. Hidratar os lábios com gaze molhada ou cubos de gelo pode ser confortante<sup>(1)</sup>.

## **Imobilidade**

Característica muito comum aos doentes em final de vida. O doente não consegue mais se movimentar. Contudo, deve-se movimentá-lo cuidadosamente a fim de evitar desconfortos.

## **CONDUTA**

A equipe e os cuidadores domiciliares devem ser muito bem treinados para realização da movimentação passiva do doente e auxílio ativo nas transferências, as quais devem ser evitadas por serem muito desconfortáveis e dolorosas nessa fase. Familiares devem ser orientados quanto à limitação desse momento. Insistências e tentativas desnecessárias devem ser evitadas.

Ordens explícitas sobre prevenção de úlceras de pressão, mobilização, cuidados com pele e mucosas, mobilização passiva não devem faltar às prescrições. Familiares devem ser estimulados a tocar no paciente como forma de expressar carinho, conversar ainda que o mesmo não esboce respostas, e evitar conversas desagradáveis no ambiente. Deve-se manter o quarto o mais calmo possível, estendendo-se também às atitudes de todos os membros da equipe de saúde. Todas as alterações de condutas, intercorrências e impressões do caso devem ser anotadas no prontuário.

## **Sonolência**

No final, o doente dorme praticamente todo o tempo, embora continue sendo despertável em alguns raros momentos. Pode se comunicar precariamente, abre os olhos com muita dificuldade e momentaneamente, retornando ao sono a seguir.

## CONDUTA

Esse sintoma é esperado nas últimas horas e não justifica redução ou suspensão das doses de sedativos. Entretanto, a avaliação dos medicamentos deve ser considerada se a sonolência surgir concomitante ao início do uso dos medicamentos.

## Alterações da cognição

Sintoma frequente na maioria dos pacientes, variando em intensidade. Nessa fase, a memória e o raciocínio se deterioram. As respostas são demoradas e, por vezes, inadequadas ou inexistentes. Em alguns momentos, podem surgir visões, alucinações e experiências sensoriais diferentes. O doente fala com pessoas que não vemos, comunica-se com parentes mortos há muito tempo, sinais que podem ser avaliados do ponto de vista místico por familiares. Seu olhar se torna fixo e muito profundo.

Nas últimas horas, podem surgir quadro de *delirium* e agitação motora, ou simplesmente um rebaixamento progressivo do nível da consciência, caracterizando um semicoma e coma que antecedem a morte. O *delirium* terminal, frequente em 80% dos pacientes com câncer avançado na última semana, é sinal de deterioração funcional significativa e indica a proximidade da morte. O *delirium* da fase final pode estar relacionado com vários fatores como hipóxia, variações tóxico-metabólicas como uremia, encefalopatia hepática, infecções, desidratação, acúmulo de medicamentos como os opioides, anticolinérgicos e diazepínicos<sup>(3)</sup>.

## CONDUTA

Alterações da cognição e pequenas alucinações devem ser toleradas. Intervenções medicamentosas são recomendadas quando o *delirium* se torna agitado e representa ameaça ao conforto e à segurança do doente. São elas:

- instituir uma hidratação de até 1.000 ml/dia pode prevenir a instalação do quadro. Pode-se optar em fazê-la no período noturno;
- reavaliar e ajustar dose dos opioides, em torno de 20% a 30% abaixo da dose anterior, nos casos de oligúria/anúria, dando preferência às infusões contínuas ou opioides de curta ação;
- utilizar medicamentos que devem ser ajustados de acordo com a necessidade. Neurolépticos em baixas doses são suficientes para controlar o *delirium*<sup>(4)</sup> na maioria dos casos, podendo a dose ser ajustada de acordo com a demanda individual (**Quadro 2**). Os medicamentos podem ser usados por via parenteral contínua, controlada por bomba de infusão, isoladamente ou associados a outros fármacos. As constantes reavaliações possibilitarão a titulação das doses adequadas.

**Quadro 2 – Neurolépticos mais usados<sup>(1, 3)</sup>**

Medicação	Forma de administração	Considerações
Haloperidol	1 mg via oral/subcutânea a cada 6 ou 8 horas	
	2 mg subcutânea	Em caso de urgência
Clorpromazina	12,5 mg a cada 12 horas	

Associar medicamentos. A conjugação de *delirium* mais agitação pode requerer a associação de um ansiolítico de curta ação em pequenas doses ou infusão contínua. O medicamento mais usado é o midazolam, por infusão contínua de 0,5 até 6 mg/hora ou SC em bolo de 2,5 a 5 mg, inicialmente<sup>(3, 6)</sup>.

## Mioclônus

Os abalos musculares involuntários são frequentes e indicativos de neurotoxicidade. Podem ser secundários a medicamentos, distúrbios metabólicos (uremia), hipóxia, desidratação ou por edema do sistema nervoso central (SNC), no caso de tumores e metástases centrais. São precursores de convulsões e devem ser controlados o mais rápido possível. No domicílio, o cuidador deve ser minuciosamente orientado para reconhecer o sintoma e comunicar-se rapidamente com a equipe assistente<sup>(1, 6)</sup>.

## CONDUTA

Nessas condições, a prevenção é fundamental e são utilizados anticonvulsivantes, como apresentado no **Quadro 3**.

Quadro 3		
Medicação	Forma de administração	Considerações
Midazolam	A partir de 1 mg/hora	Infusão contínua
	5 a 7,5 mg bolo SC ou EV	No momento da crise
Clonazepam	1 a 3 mg VO (gotas) 2 ou 3x/dia	Dose teto/dia: 20 mg
Fenitoína	300 mg/dia EV	Se já em uso anteriormente

SC: subcutânea; EV: endovenosa; VO: via oral.

## Exacerbação da dor e da dispneia

Sintomas que estavam sendo razoavelmente controlados podem se exacerbar nos últimos dias de vida e tornarem-se refratários à terapêutica habitual. O tratamento de sintomas, como dor e dispneia, deve ser mantido até o final da vida, mesmo quando se instala um coma e não se conhece mais a dimensão do sintoma. A dor é um sintoma preponderante entre pacientes em Cuidados Paliativos, mas dificilmente surge nessa última fase se já não existisse previamente. A suspensão abrupta de sedativos e opioides pode levar à abstinência física e provocar desconforto desnecessário ao doente. Entretanto, a suspensão de fármacos coadjuvantes, como antidepressivos, pode ser necessária a fim de evitar efeitos adversos exacerbados e dificuldade de controle dos efeitos colaterais<sup>(6)</sup>.

## CONDUTA

Para o controle da dispneia, afastadas as possíveis causas reversíveis como derrames pleurais, infecções respiratórias ou desconforto causado por ascite, por exemplo, o medicamento de escolha é a morfina em baixas doses, associada ou não a benzodiazepínicos, como o midazolam, ambos em infusão contínua e parenteral. A dose inicial da morfina

para alívio da dispneia em doentes em final de vida é de 10 mg/24 horas. No caso do midazolam, pode-se iniciar com infusão de 0,5 mg/hora a 1 mg/hora.

Quanto aos broncodilatadores, só devem ser indicados nos casos de comprovado broncoespasmo. Os corticoides, como hidrocortizona 300 a 500 mg IV, podem ser usados no broncoespasmo e também nas condições em que seu uso como anti-inflamatório pode ajudar a reduzir um edema peritumoral que provoca dispneia, como nas linfangiomas pulmonares, compressões de veia cava superior, compressões de traqueia por tumores extrínsecos<sup>(4, 8)</sup>. A eficácia dos corticoides é variável, e seu emprego deve ser seguido por avaliação contínua e descontinuado, se ineficaz<sup>(6)</sup>. O excesso de secreção brônquica pode ser aliviado pelo uso de anticolinérgicos, como indicado a seguir na conduta para ronco.

Para controle do quadro álgico, os analgésicos usados anteriormente devem ser mantidos em doses equipotentes, procedendo-se aos ajustes necessários para a via de administração escolhida. A via endovenosa (EV) só deve ser utilizada para as infusões contínuas. A via SC, porém, pode ser usada para infusão contínua ou intermitente de opioides. O controle do quadro álgico pode ser mantido por meio de opioides. O mais usado é a morfina, que permite ampla utilização devido ao fato de colaborar para o controle de outros sintomas (dispneia, fadiga e tosse), além da facilidade de administração por várias vias e ausência de dose teto<sup>(3)</sup>. O uso do fentanil transdérmico também deve ser considerado em relação à facilidade de administração e sua potência.

## Colapso periférico

As perdas de função orgânica que se desencadeiam nesse processo levam ao colapso periférico, caracterizado por palidez cutânea, extremidades frias, pele marmórea e cianose periférica. São comuns as alterações de padrão respiratório, com irregularidades no ritmo e períodos cada vez mais prolongados de apneia.

## CONDUTA

As vias de administração de medicamentos necessitam ser reavaliadas e adaptadas a cada caso. Os acessos venosos periféricos tornam-se difíceis, e as repetidas tentativas de punção podem ser bastante dolorosas. Acessos venosos centrais não devem ser instalados nessa fase pelo alto risco que representam e por não se encontrar justificativa diante do quadro clínico instalado.

É de grande valor nessa fase o manejo adequado da hipodermólise<sup>(7)</sup>, ou acesso subcutâneo. Por meio da instalação de um pequeno *scalp* do tipo *butterfly*, de calibre 25 ou 27 no tecido celular subcutâneo, preferencialmente abdominal, pode-se proceder à hidratação do doente e administrar fármacos diversos. A maioria dos medicamentos essenciais ao controle de sintomas nessa fase pode ser administrada por via SC com boa efetividade e sem efeitos colaterais indesejáveis (**Quadro 4**).

## Ronco

É evento comum à maioria dos doentes e caracteriza-se por uma respiração ruidosa, plena de secreções. Tem como causa a incapacidade de deglutir saliva e outras

secreções. É um dos sintomas que mais incomodam os acompanhantes e a família, provocando sensação de sofrimento.

## CONDUTA

O ronco deve ser prevenido ou minimizado. O emprego de anticolinérgicos em doses generosas como a hioscina 10 a 20 mg a cada 4 ou 6 horas é suficiente para atenuar o sintoma. Devem ser evitadas as repetidas aspirações de vias aéreas, pelo desconforto que causam ao doente. Na escolha de outros medicamentos nessa fase, considerar aqueles de maior efeito anticolinérgico. Por exemplo: na hora de optar por um neuroléptico, a clorpromazina é mais eficiente para diminuir secreções que o haloperidol e pode ser melhor indicada nas últimas horas de vida.

## Momento da morte

As últimas incursões respiratórias podem ser longas e suspirosas ou muito superficiais e pausadas. A cessação da respiração normalmente precede a parada dos batimentos cardíacos. Após a morte, ocorre o relaxamento da expressão facial.

## CONDUTA

O apoio e algum preparo espiritual tornam-se essenciais nesse momento. Não devem ser confundidos com os rituais religiosos. A religião do doente deve ser sempre respeitada e jamais o doente pode ser pressionado no final da vida a aceitar qualquer tipo de preceito religioso novo. Devem-se evitar atribuições de possíveis culpas, temores divinos ou qualquer outra situação que possa induzir medo no paciente<sup>(9)</sup>. A assistência espiritual deve ser essencialmente amorosa, livre, simples como um toque ou olhar. Escutar é mais importante que se fazer ouvir; transmitir ao outro a presença de um acolhimento constante e sincero é essencial.

## Considerações

Nas últimas horas, caracteriza-se uma agonia final. Todos os sintomas devem ser minuciosamente tratados e antevistos sempre que possível. A prevenção é a melhor medida. Além da terapêutica específica, medidas de conforto, bem como de apoios espiritual e familiar, são fundamentais nessa fase.

A terapêutica dirigida a pacientes em final de vida tem que seguir a lógica da racionalidade terapêutica de forma muito cuidadosa. A maioria dos medicamentos usados para o tratamento de doenças crônicas como hipertensão e diabetes podem ser suspensos quando o paciente entra em perfil de últimas 48 horas, para evitar interações medicamentosas indesejáveis. Os sintomas desconfortáveis são prioridades absolutas e, muitas vezes, a terapêutica se dirige exclusivamente a eles<sup>(11)</sup>. O uso de profiláticos contra trombozes, antidepressivos, diuréticos, protetores gástricos (a menos que se esteja em corticoterapia) também não se justificam nessa fase.

É importante que o paciente se sinta acolhido em seu ambiente, com presença contínua de alguém querido ao seu lado, suficientemente capaz de cuidar de deta-

lhes do conforto e, ao mesmo tempo, permitir partida serena e digna.

O ambiente do quarto deve ser individualizado, arejado e agradável, respeitando alguns hábitos do doente e de sua família. Luzes fortes, conversas indesejáveis e desrespeitosas devem ser evitadas. Em ambiente domiciliar, pode ser importante que a família esteja orientada e tenha à disposição pelo menos uma dose de medicamentos, como haloperidol, morfina ou midazolam.

<b>Quadro 4 – Drogas que podem ser usadas por via subcutânea</b>	
<b>Grupo farmacológico</b>	<b>Medicamentos</b>
• Hidratantes	Solução glicosada a 5%
	Solução glicosada 5% com eletrólitos
	Solução fisiológica a 0,9%,
	Solução de Ringer
• Analgésicos opiodes	Tramadol
	Sulfato de morfina
	Metadona
• Antieméticos	Metoclopramida
	Ondansetron
	Dimenidrinato
• Anticolinérgicos	Hioscina
• Esteroides	Dexametasona (uso isolado devido ao risco de precipitação)
• Diurético	Furosemida
• Antitérmicos	Dipirona (uso isolado)
• Protetores gástricos	Ranitidina
	Omeprazol (administração lenta e diluída)
• Anti-inflamatórios	Diclofenaco (uso diluído)
	Ketorolaco
• Neurolépticos	Haloperidol
	Clorpromazina (uso diluído)
• Sedativos	Midazolam
	Clonazepam
	Fenobarbital (uso isolado)

Fonte: Maciel, (2006).



## Conclusão

Os cuidados dirigidos aos últimos momentos de vida requerem trabalho em equipe de forma sincronizada e detalhada, respeitando a racionalidade terapêutica e as singularidades de cada paciente e sua família. Medo, tristeza, saudade e angústia de familiares e membros da equipe não devem ser desconsiderados ou tratados apenas com medicamentos.

A decisão sobre o local da morte, seja em hospital ou em domicílio, deve ser feita em conjunto com a família, previamente discutida com a equipe e consideradas as condições e recursos de apoio, como estrutura domiciliar, familiar e do cuidador.

O auxílio de um assistente espiritual pode ser importante para o conforto da família, respeitando os preceitos religiosos, as crenças e a história de vida do doente.

Ainda que várias questões sobre o processo de morte sejam desconhecidas, muitos sintomas desconfortáveis podem ser controlados com carinho, interesse e técnicas médico-científicas. Cabe a nós perceber o doente como pessoa humana diante da sua maior limitação: o fim da vida. Esse confronto pelo qual todos nós passaremos requer humanidade, carinho e amor. Também exige de nós, profissionais em Cuidados Paliativos, o máximo possível de conhecimento acerca desse momento e a legítima habilidade de torná-lo mais sereno.

“É fundamental que o paciente se sinta seguro e acolhido em seu ambiente, com a presença contínua de alguém querido a seu lado. Alguém amoroso o suficiente para cuidar dos detalhes do seu conforto e, ao mesmo tempo, ter o desapego de permitir uma partida serena e digna”.

*Maria Goretti S. Maciel*

## Referências

1. ADAM, J. ABC of palliative care: the last 48 hours. *BMJ*. London: British Medical Association, 1997. v. 315, p. 1600-3.
2. BARBOSA, A.; NETO, I. G. Manual de cuidados paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006.
3. BONICA, J. J. The management of pain. 2. ed. London, 1990. v. 2.
4. BREITBART, W.; COLEN, K. Delirium in the terminally ill. In: CHOCHINOV, H. M.; BREITBART, W. Handbook of psychiatry in palliative medicine. Oxford: Oxford University Press, 2000. p. 75-90.
5. DOYLE, D.; WOODRUFF, R. The IAHPC manual of palliative care. 2. ed. London: IAHPC Press, 2004.
6. DOYLE, D.; GEOFFREY, H. Palliative medicine. Oxford: Oxford University Press, 2005.
7. FAINSINGER et al. The use of hypodermoclysis for rehydration in terminally ill cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 9, p. 298-302, 1994.
8. HOLLAND-FREI. *Cancer Medicine* 6. American Cancer Society. BC Becker Inc. Hamilton. London, 2003. p. 1101-21.
9. PIMENTA, C. A. M. Dor e cuidados paliativos. *Enfermagem, medicina e psicologia*. São Paulo: Manole, 2003.
10. TORRES, J. H. R. Deixar morrer é matar? *Revista do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo*, ed. 43, 2008.
11. TWYXCROSS, R.; LITCHER, I (1998). The terminal phase. In: DOYLE, D.; HANKS, G. W. C.; MACDONALD, N. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 3. ed. Oxford: Oxford University Press, 2005. p. 459-587.
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION: WHO, Câncer pain relief and palliative care report. Genebra, 1990.
13. WORLD HEALTH ORGANIZATION. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2. ed. Geneva: WHO, 2002.

# Suporte a paciente e família na fase final da doença

IVONE BIANCHINI DE OLIVEIRA

Paralelamente a toda a angústia gerada pela incerteza e por outros sentimentos que existem quando se tem um familiar gravemente enfermo, com uma doença irreversível e em fase final, há outras questões que também trazem preocupações. São demandas de ordem prática que exigem providências, orientações e encaminhamentos, a fim de contribuir para a organização da família frente à difícil situação que se avizinha.

Faz parte também desse trabalho a preocupação com provisão de recursos financeiros que deem conta de suprir as necessidades do paciente nessa fase e garantir futuramente a manutenção de seus familiares.

Na prática diária, o profissional precisa ter discernimento para decidir o melhor momento de tomar providências e também percepção de que algumas propostas evidenciam, às vezes contundentemente, a fase em que o paciente se encontra. Isso pode ser muito problemático nos casos em que a família não está preparada para a ocorrência da morte, muitas vezes voltando-se contra a equipe que assiste o paciente.

Se não houver habilidade para condução, ou seja, percepção de que se deve tratar de cada assunto a seu tempo, as medidas que poderiam ser de grande auxílio e benefício poderão trazer mais transtornos. Um exemplo disso é a possibilidade de propiciar a quebra da confiança, truncando a relação entre profissionais, paciente e familiares.

Evidentemente, a percepção desse "tempo" que norteará as ações só pode ocorrer quando há participação efetiva dos profissionais envolvidos, agindo conjuntamente e sinalizando o momento adequado para cada abordagem.

Optou-se por dividir o foco da atenção em dois momentos para melhor organizar ações e intervenções. A identificação desses momentos depende do estágio de evolução da doença.

## Primeiro momento: regularização de documentos, afastamento do trabalho e benefícios

O primeiro momento é quando o paciente tem o seu quadro agravado e necessita afastar-se do trabalho (esteja ele parcialmente dependente de cuidados e/ou sem perspectiva de recuperação). A reorganização da família vai requerer um aporte financeiro para o enfrentamento, pois, além de cuidados, serão necessários aquisição de medicamentos, material para curativos ou fraldas; dieta ou suplemento industrializado para alimentação e contratação de uma pessoa para auxiliar nos cuidados. Há, às vezes, necessidade de adquirir ou alugar cama hospitalar, cadeira de rodas e de banho, aparelho para inalação, aspirador e outros equipamentos, a fim de propiciar mais conforto ao paciente.

Dependendo da evolução da doença, esse período pode ser curto, mas nem por isso menos dispendioso, daí a necessidade imprescindível de orientações que permitam à família lançar mão de todas as alternativas possíveis para amenizar essas preocupações.

## **Documentação e regularização de estado civil**

É importante orientar paciente e família quanto à necessidade de a documentação pessoal do paciente estar corretamente regularizada. Caso haja alguma pendência quanto à exatidão de dados ou divergência entre documentos, deve-se providenciar a retificação. Isso evita futuros problemas com a concessão de benefícios, inventário etc.

Deve-se atentar para a mudança do estado civil na documentação, pois é comum casar-se e não providenciar essa alteração, assim como se separar e não averbar os termos do divórcio na certidão de casamento, inclusive com a determinação de pensão alimentícia. É importante também regularização de estado civil, celebração de casamento ou declaração de união estável em cartório.

Para a comprovação da condição de companheira, por exemplo, a previdência exige três provas plenas. É necessária a orientação sobre a existência dessas provas e sobre como reunir os documentos comprobatórios referentes à convivência sob o mesmo teto: conta bancária conjunta, beneficiário em seguro de vida ou seguro saúde, bens adquiridos conjuntamente, comprovante de residência no mesmo endereço, filhos em comum e declaração firmada em cartório ou pelo próprio paciente a respeito da vida em comum.

O reconhecimento de filhos poderá ser feito por escritura pública ou escrito particular a ser arquivado em cartório, conforme dispõe o Código Civil<sup>(4)</sup> em seu art. 1.609, lembrando sempre da importância dessas providências para a proteção da família.

Portanto, casar-se quando possível ou registrar em cartório a declaração de união estável é recomendável para se evitar transtornos futuros, assim como o reconhecimento dos filhos, para não deixá-los em desamparo. Em alguns casos, demora-se tanto para tomar essas providências que, com o agravamento do estado do paciente, isso já não é possível, quer pelo tempo exíguo ou pela impossibilidade de o paciente manifestar sua vontade.

## **Documentação de representação civil**

Prevenindo-se dificuldades futuras, o paciente pode nomear entre os familiares um que o represente. Para isso é necessária procuração para fins definidos ou não.

Caso o paciente já não tenha mais condição, em função de comprometimentos cognitivos, poderá ser interditado, nomeando-se um curador. Isso visa evitar transtornos com, por exemplo, recebimento do benefício previdenciário e permite movimentar a conta bancária, evitando-se dificuldades com a própria manutenção dos cuidados e o sustento da família. Lembramos que a realização de procuração é um procedimento simples, pois requer somente que a pessoa manifeste a sua vontade, podendo ir ao cartório ou o tabelião ir até sua casa ou ao hospital para lavrar o documento.

Outro procedimento possível é a curatela, que exige tempo um pouco maior e é feito no judiciário, com a assessoria de um advogado. Para filhos menores de pacientes viúvos ou solteiros, já com a ausência de um dos pais, é recomendável pensar em quem será o

responsável por eles quando o paciente falecer. Se for possível, o paciente poderá manifestar essa vontade para facilitar o processo de tutela.

Abrir uma conta conjunta bancária com um familiar, normalmente o cônjuge, quando o paciente está lúcido é uma forma rápida de facilitar a movimentação bancária, garantindo a manutenção da família.

## **Documentação e regularização de bens**

É também de grande importância que se regularizem imóveis com escrituras não registradas em cartório, prestações vencidas de financiamento, condomínios atrasados etc. No caso do financiamento da casa própria, são de suma importância regularização do imóvel, assim como documentação pessoal do mutuário e seus dependentes, pois, na aposentadoria por invalidez ou no caso de falecimento, quita-se a dívida do financiamento. Contudo, é necessário que a situação dos herdeiros esteja regular. Quando há intenção de deixar testamento ou doações, é necessária agilidade nessas providências para tornar a vida da família um pouco mais fácil após o falecimento.

## **Documentação de seguro**

Familiares normalmente não tocam em assuntos que possam parecer ao paciente que eles preveem seu falecimento. Assim, por se tratar de um assunto complicado para a família, deixa-se de verificar quais são os beneficiários constantes em apólices de seguro. É mais comum, principalmente, em seguro feito há muito tempo, quando o paciente era ainda solteiro e tinha os pais como beneficiários, que por ocasião do casamento e nascimento dos filhos tenha deixado de fazer a alteração da apólice na seguradora. Para essa abordagem, é recomendável que se perceba o momento oportuno e se eleja a pessoa da família com maior habilidade para conduzir um assunto tão delicado. Essa incumbência pode ser também do assistente social que o atende, desde que as condições sejam propícias.

## **PIS/PASEP e FGTS<sup>(1, 7)</sup>**

Uma vez regularizada a documentação, é importante identificar quais alternativas irão viabilizar os recursos a que paciente e família têm direito. Se o paciente foi inscrito no PIS até 04 de outubro de 1988, mesmo que no momento esteja desempregado, ele pode sacar a cota do Plano de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP), conforme dispõem as Resoluções nºs 1, de 15/10/96 (neoplasia maligna), e 2, de 17/12/1992 (vírus da imunodeficiência humana [HIV]). Quanto ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), tratando-se de HIV, o saque tem como base a Lei nº 7.670/88 e a neoplasia maligna, a Lei nº 8.922/94, que permite levantar o total existente na conta vinculada, inclusive os saldos dos planos econômicos. É importante lembrar que há possibilidade de saque do PIS e do FGTS pelo titular das contas (**Quadros 1 e 2**) caso um de seus familiares adoença e esteja nas condições anteriormente citadas.

## **Afastamento do trabalho**

As orientações quanto à necessidade de justificar a ausência no trabalho, por meio de relatórios médicos e realização de perícia para embasar afastamento, são pontos comuns

**Quadro 1 – Para efetuar o saque do PIS/PASEP é necessário estar munido de:****Documentação pessoal do titular**

- Comprovante de inscrição PIS/PASEP
- Carteira de trabalho
- Cédula de identidade (RG)
- CPF

**Documentação pessoal do dependente**

- Cédula de identidade (RG)
- Certidão de casamento ou nascimento

**Documentação médica comprobatória**

- Atestado médico em papel timbrado contendo:
  - Diagnóstico expresso da doença
  - CID\*
  - Estágio clínico atual da doença
  - Menção à Resolução n° 01/96 do Conselho Diretor do Fundo de Participação do PIS/PASEP
  - Carimbo que identifique nome e número do CRM do médico

\*Mencionar no relatório médico: "Paciente encontra-se sintomático para a doença classificada na CID".  
 PIS/PASEP: Plano de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público;  
 RG: registro geral; CPF: cadastro de pessoa física; CID: Classificação Internacional de Doenças; CRM: Conselho Regional de Medicina.

**Quadro 2 – Para efetuar o saque do FGTS é necessário estar munido de:****Documentação pessoal do titular**

- Carteira de trabalho (original e fotocópia)
- Comprovante de inscrição PIS/PASEP
- Cédula de identidade (RG)
- CPF

**Documentação pessoal do dependente**

- Cédula de identidade (RG)
- Certidão de casamento ou nascimento

**Documentação médica comprobatória**

- Atestado médico em papel timbrado contendo:
  - Diagnóstico expresso da doença
  - CID\*
  - Menção à Lei n° 8.922, de 25/07/94
  - Estágio clínico atual da doença e do paciente
  - Carimbo legível do médico com o número do CRM

\*Mencionar no relatório médico "Paciente encontra-se sintomático para a doença classificada no CID".  
 FGTS: Fundo de Garantia do Tempo de Serviço; PIS/PASEP: Plano de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público; RG: registro geral; CPF: cadastro de pessoa física;  
 CID: Classificação Internacional de Doenças; CRM: Conselho Regional de Medicina.

independente de instituições ou empresas. Com relação à concessão de benefícios, a normatização, no caso das instituições públicas, depende de cada estatuto. Os empregados de empresa, inclusive os domésticos e contribuintes individuais, são filiados ao Regime Geral da Previdência Social (RGPS).

Neste texto, nos deteremos nas orientações específicas para o afastamento do trabalho pela Previdência Social<sup>(8)</sup>.

## Auxílio-doença

O paciente que contribui para a Previdência Social, filiado ao RGPS, estando incapaz para o trabalho por mais de 15 dias, tem direito de solicitar auxílio-doença após 12 contribuições.

Essa carência<sup>(8)</sup> pode ser dispensada se o paciente for portador de alguma das seguintes doenças:

- doença profissional;
- esclerose múltipla;
- neoplasia maligna;
- tuberculose ativa;
- hanseníase;
- distúrbio mental;
- cegueira;
- paralisia irreversível e incapacitante;
- cardiopatia grave;
- doença de Parkinson;
- espondiloartrose anquilosante (artrose aguda nas vértebras);
- nefropatia grave;
- doença de Paget (inflamação deformante dos ossos) em estágio avançado;
- AIDS;
- contaminação por radiação (com base em conclusão da medicina especializada);
- hepatopatia grave.

Dispensa-se a carência, mas permanece a obrigatoriedade de estar vinculado à previdência.

Poderá ainda pedir benefício o paciente que estiver em período de graça, ou seja, tempo durante o qual o segurado está sem contribuir, mas que mantém a qualidade de segurado por ter contribuído por menos de 10 anos, durante 12 meses, e para os que contribuíram por mais de 10 anos, 24 meses. Em ambos os casos, acrescentam-se mais 12 meses ao período de graça, se houve o registro do desemprego no Ministério do Trabalho. Esse registro normalmente se dá pela solicitação do seguro-desemprego.

O paciente pode estar há algum tempo sem emprego, sem contribuição e com seu período de graça esgotado, porém, se a doença teve início quando ele ainda se encontrava na condição de segurado, existe possibilidade de solicitar auxílio-doença retroativo. Evidentemente haverá exigências de documentação da época, como relatórios médicos, declaração de internação hospitalar, exames etc. Quando isso ocorre, o auxílio é somente da data do início da doença, o que possibilita a concessão do benefício, porém sem retroação do pagamento.

É sempre bom reforçar que o pedido do auxílio-doença deve ser feito dentro de 30 dias da data do afastamento. Se isso não ocorreu, o início do auxílio-doença é considerado a partir da data do protocolo. Daí a importância de o profissional ter esse conhecimento e reforçar ao paciente ou a seus familiares sobre a necessidade de solicitar, a quem presta assistência, relatórios tanto para os empregadores, visando ao abono dos primeiros 15 dias, como para a perícia da Previdência Social. Se há dúvidas sobre a concessão do benefício, deve-se procurar uma agência do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS).

Não é necessário intermediário e o próprio paciente ou familiar pode agendar a perícia pelo telefone 135. É importante ter em mãos cédula de identidade, cadastro de pessoa física (CPF), PIS, carteira profissional, carnês, comprovante de endereço e anotações corretas do dia, local e horário da perícia. Quando do comparecimento à perícia, acrescentar aos documentos os relatórios médicos, com validade por 30 dias, e os resultados de exames.

- Se o paciente estiver internado ou sem condições de comparecer à agência do INSS, pode-se solicitar perícia hospitalar ou domiciliar;
- o auxílio-doença é um benefício temporário<sup>(8)</sup>, devendo o segurado submeter-se periodicamente à perícia e, em todas elas, comprovar doença e tratamento por meio de relatórios médicos e exames.

## Aposentadoria por invalidez

O auxílio-doença se converte em aposentadoria por invalidez quando a perícia médica da previdência<sup>(6)</sup> conclui que a doença é irreversível, com incapacidade definitiva. Isso pode ser imediato, dependendo do estado do paciente, ou posterior a um período com o benefício de auxílio-doença. Pode ainda ser constatado que o paciente é também dependente para as atividades diárias, concedendo a aposentadoria já acrescida de 25% correspondente ao benefício de assistência permanente. Esse benefício só cabe aos aposentados por invalidez e poderá ser solicitado quando o paciente, que já se encontrava por algum tempo aposentado, tem seu estado de saúde agravado, tornando-se dependente dos cuidados de terceiros. Solicita-se na agência em que foi concedida a aposentadoria.

A aposentadoria por invalidez permite o saque do PIS e do FGTS, caso não tenha ocorrido anteriormente, e a quitação do financiamento da casa própria. Quanto a seguros pessoais, é preciso verificar se a invalidez faz parte dos sinistros contemplados nas cláusulas do contrato, inclusive o seguro em grupo de empresa.

## Amparo assistencial: Lei Orgânica da Assistência Social

Ao paciente que não possui fonte de renda e se encontra totalmente dependente, é possível solicitar o amparo assistencial<sup>(3)</sup>, previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (Lei nº 8.742/93), no valor de um salário mínimo. Para obtenção desse benefício, a renda familiar *per capita* deve ser menor que 1/4 do salário mínimo. O paciente deverá passar por perícia médica, por isso a necessidade de se elaborar relatório médico atestando o estágio da doença e a condição de dependência.

Embora seja um benefício assistencial, sua concessão é feita pelo INSS, que conta com infraestrutura e rede bancária para viabilizá-lo. Assim, para solicitar informações ou agendar perícia, usa-se o mesmo número de telefone (135).

### Quadro 3 – Documentação necessária para recebimento do amparo assistencial, quando inválido

• Cédula de identidade (RG)
• CPF
• Carteira de trabalho
• Comprovante de residência
• Relatório médico
• Resultados de exames
• Requerimento de solicitação do benefício*
• Declaração do requerente ou de seu representante*

\*Fonte: [www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br).

RG: registro geral; CPF: cadastro de pessoa física.

Este benefício também cabe aos idosos maiores de 65 anos<sup>(6)</sup>, em igual condição econômica, ou seja, renda *per capita* menor que 1/4 do salário mínimo. É importante lembrar que esse benefício não se transforma em pensão, sendo extinto com o falecimento do paciente.

## Segundo momento: reorganização familiar após o óbito

Em um segundo momento, após o falecimento do paciente e depois de um período normalmente difícil, a família procura novamente se reorganizar, agora em um novo formato, revendo todos os aspectos, inclusive o financeiro, pois a preocupação real passa a ser a manutenção da família. O conforto e a atenção dados aos familiares passa por essa compreensão e há de se achar uma forma de ajudá-los efetivamente. Uma abordagem cuidadosa, respeitando o período de luto, mas não se excedendo nesse tempo, procura orientar sobre providências a serem tomadas, principalmente aquelas nas quais os prazos se expiram: pensão, inventário, documentação do financiamento da casa própria e seguro de vida.

É preciso inventariar as fontes dos recursos possíveis, identificando as alternativas que redundarão em renda, de forma a normalizar o mais breve possível a rotina e o cotidiano da família.

## Seguro de vida em grupo ou individual

Cabe às pessoas que o paciente designou como beneficiárias.

Se entre elas houver menores, o valor do prêmio que lhes cabe deverá ser depositado em caderneta de poupança e só poderá ser retirado com alvará judicial, sob assessoria de um advogado. O menor pode ser representado por um dos pais, um tutor natural ou, na falta desse, um tutor nomeado.

## Pensão por morte

É o benefício pago aos dependentes habilitados após a morte do paciente, que mantinha sua qualidade de segurado como contribuinte da Previdência Social<sup>(8)</sup> ou se encon-



trava em gozo de benefício. Para sua solicitação não é necessária carência, mas se exige vinculação à previdência. Normalmente é conversão de benefício que o paciente já estava recebendo. Os dependentes habilitados são aqueles considerados pela Previdência Social: cônjuge, companheira(o) e filhos menores de 21 anos, não emancipados ou inválidos. Esses são chamados de preferenciais e têm sua dependência econômica presumida. Há, porém, exigência de comprovação da condição de companheira(o), o que já foi mencionado anteriormente. Cabe aqui lembrar que a ex-esposa tem direito à pensão por morte, desde que conste o direito à pensão alimentícia na averbação da separação em certidão de casamento. Em tal situação, a pensão é rateada entre a ex-esposa e a companheira, assim como filhos de outras uniões, desde que menores ou inválidos.

O prazo para ser requerida a pensão é de 30 dias, depois do qual o início do benefício passa a ser a partir da data do protocolo, por isso a importância de agendar pelo telefone 135 da Previdência Social o mais rápido possível, sendo a forma mais simples de contato, inclusive para tirar dúvidas. É preciso comparecer no dia, na hora e no local onde deverá ser entregue a documentação necessária para a concessão da pensão. Os filhos menores serão representados por mãe ou pai, tutores naturais ou quem detiver guarda e tutela posteriormente<sup>(2)</sup>.

#### Quadro 4 – Documentação necessária para recebimento de pensão por morte (cópias e originais)

• Documento de identificação do segurado
• Título de eleitor
• Certidões de nascimento ou casamento
• Cédula de identidade (RG)
• CPF
• Carteira de trabalho ou outro documento que comprove a atividade
• Inscrição no PIS/PASEP
• Carnês de recolhimento quando for contribuinte individual
• Certidão de óbito
• Comprovante de residência

RG: registro geral; CPF: cadastro de pessoa física; PIS/PASEP: Plano de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público.

No caso de companheira, acrescentar as provas plenas exigidas pelo INSS (ver item sobre regularização civil). Filhos inválidos deverão submeter-se à perícia médica.

Na ausência dos dependentes considerados preferenciais, outros que dependem economicamente do paciente, como pais, irmãos menores ou inválidos, terão de provar essa dependência quando da solicitação da pensão. É importante lembrar que o direito à pensão não prescreve, porém o pagamento não retroage, daí reforçar mais uma vez a importância de se protocolar o benefício o mais rápido possível.

- A pensão tem o mesmo valor da aposentadoria do segurado falecido;
- se o segurado ainda não estiver aposentado, calcula-se uma aposentadoria por invalidez com início na data do óbito;

- caso o viúvo ou a viúva volte a se casar, não perde o direito à pensão;
- caso o dependente já seja pensionista, poderá optar pela pensão de maior valor<sup>(5)</sup>.

#### **Quadro 5 – Documentação necessária dos dependentes para recebimento da pensão por morte (cópias e originais)**

• Cédula de identidade (RG)
• CPF
• Certidão de casamento
• Certidão de nascimento dos filhos menores ou inválidos
• Comprovante de residência

RG: registro geral; CPF: cadastro de pessoa física.

A pensão permite o saque de PIS e FGTS pelos dependentes por meio da certidão de dependentes, que acompanha a carta de concessão da pensão emitida pelo INSS. Permite também o recebimento de saldo de rescisão do contrato de trabalho do falecido. Se houver dependentes menores, todas as importâncias que a eles couberem são depositadas numa caderneta de poupança da Caixa Econômica Federal (CEF). Esses valores só podem ser liberados por meio de alvará judicial, com assessoria de advogado.

Caso não haja dependentes com direito a pensão, o INSS pode emitir uma certidão de inexistência de dependentes para fundamentar alvará judicial, que irá liberar as importâncias para os familiares por ordem de sucessão.

## **Conclusão**

A Legislação é ampla e não seria possível colocá-la na íntegra, mesmo porque a intenção não é substituir os profissionais que dela têm competência, como os advogados, que devem sempre ser solicitados quando a situação exigir. A intenção, na verdade, é contribuir para que o assunto seja conhecido, possibilitar que o profissional que atende ao paciente e à família nessa condição reconheça quando e como encaminhar tais questões de forma adequada, evitando perda de tempo precioso para as resoluções que dizem respeito à manutenção da família.

## **Referências**

1. BARBOSA, A. Câncer: direito e cidadania. Como a lei pode beneficiar os pacientes e seus familiares. São Paulo: Arx, 2003.
2. BRASIL. Lei n° 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da criança e do adolescente. Disponível em: <[http://www.cress-sp.org.br/index.asp?fuseaction=leg\\_reg&tid\\_subsecao=9#](http://www.cress-sp.org.br/index.asp?fuseaction=leg_reg&tid_subsecao=9#)>. Acesso em: 16 jun. 2009.
3. BRASIL. Lei n° 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Lei orgânica da assistência social (LOAS). Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.cresssp.org.br/index.asp?fuseaction=leg\\_reg&tid\\_subsecao=9](http://www.cresssp.org.br/index.asp?fuseaction=leg_reg&tid_subsecao=9)>. Acesso em: 16 jun. 2009.
4. BRASIL. Código Civil. Rio de Janeiro: editora Escala, 2007.

5. DIVISÃO DE SERVIÇO SOCIAL DO ICHC/FMUSP. Cartilha de Atualização de Previdência Social. São Paulo, 2008.
6. ESTATUTO DO IDOSO. Lei n° 10.741. São Paulo: editora Saraiva, 2006.
7. HOSPITAL DO CÂNCER A. C. CAMARGO. Câncer – Direitos do Paciente: manual de orientação sobre legislação e benefícios.
8. TUDO O QUE VOCÊ QUER SABER SOBRE A PREVIDÊNCIA SOCIAL. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social, 2002.

# Aspectos particulares e ritos de passagem nas diferentes religiões

LUIS ALBERTO SAPORETTI

ALINI MARIA ORATHES PONTE SILVA

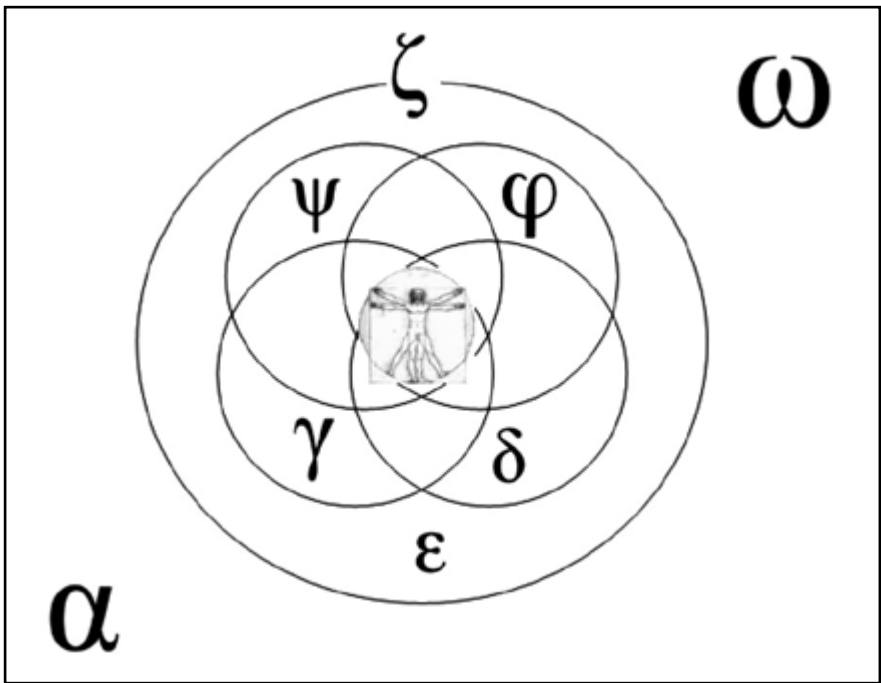
## Importância da abordagem religiosa e espiritual em Cuidados Paliativos

Muitas pessoas encontram em suas crenças religiosas a ajuda para entender sofrimento, significação e incerteza de sua vida. As religiões procuram, de algum modo, mitigar a agonia de nossa finitude e nosso sofrimento. Deus, segundo a formulação de várias culturas, não apenas suaviza a dor da mortalidade por meio da vida eterna, como também alivia um isolamento temível oferecendo Sua presença eterna e providenciando um projeto claro para que a vida seja significativa.

Não há mais dúvida quanto à importância dos aspectos religiosos e espirituais no cuidado dos pacientes, embora ainda haja muitos questionamentos a respeito de como acessar a dimensão espiritual do ser humano e quanto a em que consiste o bom "cuidado espiritual"<sup>(19, 34)</sup>. Noventa e cinco por cento dos americanos creem em alguma força superior<sup>(12, 21)</sup> e 93% gostariam que seus médicos abordassem essas questões se ficassem gravemente enfermos<sup>(6, 32)</sup>. No Brasil, a maioria da população apresenta crenças religioso-espirituais e as considera uma questão muito importante<sup>(4)</sup>. Entre os idosos, a quase totalidade acredita em Deus e 95% consideram a religião importante<sup>(9)</sup>. Estudos com pacientes internados demonstram que 77% gostariam que seus valores espirituais fossem considerados pelos seus médicos e 48%, que seus médicos rezassem com eles<sup>(15)</sup>. Contraditoriamente, a maior parte dos pacientes disse que seus médicos jamais abordaram o tema<sup>(15)</sup>. Parece que o envolvimento religioso positivo e espiritual está associado a uma vida mais longa e saudável<sup>(20)</sup> e a um sistema imunológico mais eficaz<sup>(16)</sup>. Outros estudos também demonstram que o estresse religioso negativo pode piorar o estado de saúde<sup>(17)</sup>. A atenção aos aspectos espirituais em Cuidados Paliativos tem tanta relevância, que alguns autores ousam colocá-la como maior indicador de boa assistência ao paciente no final da vida<sup>(34)</sup>.

Diante do desafio de cuidar do paciente no final da vida de maneira tão completa, devemos expandir nossa compreensão do ser humano para além de sua dimensão biológica. Na **Figura** podemos visualizar a representação esquemática das dimensões do ser humano<sup>(29)</sup>. Trata-se apenas de uma representação didática das diferentes facetas do homem, uma vez que é totalmente impossível analisar uma sem a interferência da outra. A dimensão física  $\phi$  representa nossa biologia, nosso corpo e os sofrimentos com ele relacionados, como dor, dispnéia, náuseas, vômitos, astenia, caquexia, confusão mental, depressão, ansiedade etc. Exponho aqui os distúrbios mentais como diagnósticos médicos que fazem grande interface com a próxima esfera, a psíquica  $\psi$ . Nessa esfera encontram-

se nossos medos, raivas, mágoas, alegrias e tristezas, os quais têm suas particularidades no paciente terminal. Nas esferas social e cultural  $\delta$  estão nossa etnia, nacionalidade, religião, escolaridade, classe social e os sofrimentos peculiares de cada uma. Existem religiões e etnias que lidam melhor com a morte, outras não. A família  $\gamma$ , como menor núcleo de subsistência do paciente, relaciona-se com a questão financeira e suas atribuições. A esfera existencial  $\varepsilon$  engloba todas as outras, dando significado e questionamentos a cada uma delas. Para cada um de nós, família, dinheiro, cultura, corpo, emoções e sentimentos são expressões de nós mesmos com maior ou menor importância e diferentes significados. Por fim, a dimensão espiritual  $\zeta$  engloba a relação do indivíduo com o transcendente  $\alpha\omega$ , sendo necessário diferenciá-la das questões existenciais e religiosas. Alguns autores consideram a dimensão existencial sinônimo da espiritual, o que é uma verdade apenas em parte. Todas as coisas que dão significado à vida de uma pessoa (família, trabalho, religião etc.) podem apresentar clara relação com o transcendente (Deus, o metafísico, o sobrenatural ou o sagrado). A profissão pode ser, por exemplo, a manifestação desse sagrado na Terra. Chamamos essa dimensão entre o existencial e o transcendente de espiritual. A religião instituída, por exemplo, pertence às dimensões cultural e social e pode ser considerada espiritual se realmente relaciona o indivíduo com o seu sagrado ou transcendente. Cada religião expressa o espiritual de um povo conforme suas características sociais e culturais.



**Figura** – Dimensões do ser humano:  $\phi$  física,  $\psi$  psíquica,  $\gamma$  familiar-financeira,  $\delta$  sociocultural,  $\varepsilon$  existencial,  $\zeta$  espiritual e  $\alpha\omega$  transcendente. A dimensão espiritual relaciona o existencial com o transcendente, seja ele Deus, natureza, sobrenatural ou sagrado<sup>(30)</sup>

O sofrimento humano pode nascer em qualquer dessas dimensões e é integrado pelos significado e sentido a ele associados. O sofrimento espiritual se alicerça na violação da essência do eu, o que se caracteriza frequentemente pela perda de sentido e identidade, assim como do prazer de viver seguido então pelo desejo de abreviar a vida<sup>(13, 19, 33)</sup>. O sofrimento religioso se caracteriza pela dor moral conduzida pela quebra de dogmas e preceitos daquela religião<sup>(13)</sup>. Embora alguns autores vejam a distinção entre religiosidade e espiritualidade como desnecessária, a espiritualidade move-se para além da ciência e da religião instituída. Ela é considerada mais primordial, mais pura e mais diretamente relacionada com a alma em sua relação com o divino. Já a religião é uma forma secundária, dogmática e frequentemente distorcida por forças socioeconômicas, culturais e políticas<sup>(32)</sup>.

## Como abordar as questões relativas a religiosidade e espiritualidade

Entre as dificuldades para abordar a questão espiritual no final da vida estão o próprio desconhecimento da equipe a respeito da sua espiritualidade/religiosidade e a ignorância do paciente com relação à sua finitude<sup>(25)</sup>. Apesar de a maioria dos pacientes desejar saber a respeito da gravidade de seu prognóstico, a maior parte dos médicos não é favorável a fazê-lo<sup>(17)</sup>. Dados brasileiros demonstram que a maioria expressiva dos pacientes idosos (83%) gostaria de saber caso tivessem uma doença terminal e 77%, de participar das decisões médicas quando perto da morte<sup>(6)</sup>. Não é possível abordar as questões espirituais sem uma real percepção da morte. A morte é a última crise a ser enfrentada e a última oportunidade para o crescimento espiritual, sendo seu grande desafio manter íntegra a identidade da pessoa diante da possibilidade da desintegração<sup>(13)</sup>.

Ao se avaliar a história religiosa/espiritual, deve-se identificar sua importância na vida do paciente e de sua família, assim como isso pode ser incluído nos cuidados do paciente. Puchalski e Maugans sugerem uma abordagem inicial por meio das siglas FICA<sup>(25)</sup> e SPIRIT<sup>(18)</sup>, como mostram os **Quadros 1 e 2**.

Quadro 1 – FICA (Puchalski)	
• <i>Faith</i> (fé)	Você se considera uma pessoa religiosa ou espiritualizada?
	Tem alguma fé? Se não, o que dá sentido à sua vida?
• <i>Importance</i> (importância)	A fé é importante em sua vida? Quanto?
• <i>Community</i> (comunidade)	Você é membro de alguma igreja ou comunidade espiritual?
• <i>Address</i> (abordagem)	Como nós (equipe) podemos abordar e incluir essa questão no seu atendimento?

Na busca pelo alívio do sofrimento e pela morte digna e pacífica, a equipe deve ter como objetivo, no domínio religioso, que o paciente esteja em paz com o Criador, receba o perdão Dele e os ritos adequados da sua tradição durante e após a morte. Do ponto de

vista espiritual devem-se buscar o sentimento de continuidade/transcendência, a síntese de sabedoria e a percepção do legado espiritual.

Entre os aspectos a serem levantados durante a anamnese religiosa/espiritual estão possíveis conflitos com o Criador, religiosos, familiares, pendências com relação a ritos, sacramentos, obrigações e promessas, perda do significado maior da existência.

<b>Quadro 2 – SPIRIT (Maugans)</b>	
• <i>Spiritual belief system</i> (crença religiosa)	Qual é sua religião?
• <i>Personal spirituality</i> (espiritualidade pessoal)	Descreva as crenças e práticas de sua religião ou sistema espiritual que você aceita ou não.
• <i>Integration within spiritual community</i> (afiliação a comunidades espirituais ou religiosas)	Você pertence a alguma igreja, algum templo ou outra forma de comunidade espiritual? Que importância você dá a isso?
• <i>Ritualized practices and restrictions</i> (rituais e restrições)	Quais são as práticas específicas de sua religião ou comunidade espiritual (ex.: meditação ou reza)? Quais os significados e restrições dessas práticas?
• <i>Implications for medical care</i> (implicações médicas)	Qual desses aspectos espirituais/religiosos você gostaria que eu estivesse atento?

## Os ritos de passagem

São celebrações que marcam mudanças na condição do indivíduo. As principais transições marcadas por esses ritos são nascimento, entrada na idade adulta, casamento e morte.

Sempre que a força de um ato é maior em seu significado simbólico do que no seu resultado prático, estamos falando de um gesto ritual. Os ritos constituem uma sequência de gestos que visam estabelecer uma conexão entre as realidades relativa do mundo consciente e absoluta ou imaterial do inconsciente coletivo<sup>(3)</sup>.

O mundo moderno é carente de rituais claros de passagem, o que frequentemente causa dificuldade na identificação de um momento para outro da vida. Muitos rituais cumprem apenas uma função social, o que não auxilia as pessoas a realmente transcenderem seu sofrimento. A tendência hoje é fazer tudo depressa, "o mais indolor possível", reduzindo-se a simbologia ao mínimo necessário<sup>(7)</sup>, ou melhor, ao mínimo suportável.

## Características gerais dos ritos mortuários nas diferentes religiões

Os ritos mortuários se confundem com a própria história da humanidade. Cinco mil anos antes de nossa era, os homens neolíticos já realizavam ritos fúnebres e incineravam seus mortos. Todos os povos, cada um ao seu modo, e de acordo com sua cultura, ritualiza a morte e crê num tipo de existência pós-morte. Embora nossas culturas

sejam tão diversas, podemos notar como tais ritos e visões do além se assemelham de forma impressionante. Todas as culturas pretendem comunicar ao inconsciente uma mensagem. Assim, rito mortuário pretende mostrar um caminho, uma realidade simbólica, a qual o inconsciente reconhece e valida. Um ato que torna real o imaginário e conduz ao transcendente. O rito tranquiliza, pois se situa fora do tempo. Os atos de preparar o corpo, banhá-lo, ungi-lo e vesti-lo reafirmam ao falecido sua condição de pessoa e prolongam sua permanência com os que ficam, retardando a separação. A vigília, as orações e o fato de o morto dever estar sempre acompanhado "garantem" sua presença nesse mundo, assegurando sua identidade até a hora de sua partida para o além<sup>(3)</sup>.

Chega a hora da partida, a natureza reclama o corpo. Ele deve ser entregue Àquele que o criou. Cada povo, segundo suas tradições, encontra um modo de entregar a matéria à natureza e o espírito, ao Criador.

Alguns buscam o suave curso das águas: o corpo é colocado em uma balsa ou libertado livre no mar para encontrar-se com o berço da vida, as águas do líquido amniótico. É uma súplica para que o espírito encontre seu novo caminho e renasça em outro local, outro ventre, aqui ou no imaterial. A balsa se afasta e com ela afasta-se a morte. Podemos retornar à vida, o falecido já tem seu caminho no além...

Sob a terra, a grande estrutura que sustenta a vida, repousamos, enfim, nosso último sono. Buscamos a profundidade da mãe terra como crianças se enroscando em seu travesseiro. A terra nos acolhe, acolhe a todos. O corpo é coberto, cada nova porção de terra afasta-nos da morte, esconde nossa fragilidade, apaga nossa mortalidade. A terra encobre o falecido como se nada tivesse ocorrido. Do pó ao pó, nada, apenas uma porção de pó. Em breve novas vidas lá surgirão na eterna transformação que a terra propõe.

O fogo, princípio transformador e destruidor por excelência, liberta e purifica, seja dos micróbios, seja dos fantasmas que assombram a vida. A fumaça ascende aos céus, o que é imaterial retorna ao mundo dos espíritos. O que é denso permanece na terra, o pó. A Deus o que é de Deus, a César o que é de César.

Além de garantir ao falecido seu caminho no plano imaterial, os ritos pretendem dar aos entes que ficam o conforto e a possibilidade de vivenciar a morte numa dimensão transcendente.

## Os ritos mortuários nas diferentes religiões

### Cristianismo<sup>(11, 26)</sup>

Na visão do cristianismo, a morte é o despertar para a vida eterna; é a ressurreição que leva à abertura da consciência para se alcançar uma realidade mais ampla e infinita. A morte é considerada um momento de passagem, isto é, a pessoa passa de uma vida finita para a vida eterna. Nessa visão é preciso considerar o conceito da alma, que é imortal. A morte é apenas a separação do corpo físico da alma. Há uma aceitação do mistério da morte para encontrar uma nova vida totalmente com Cristo.

Os rituais de morte e luto no cristianismo têm similaridades, incluindo unção, velório, enterro e orações (cultos e missas). A fé cristã tem certas orações, canções e rituais que



são realizadas em volta da cama da pessoa que está morrendo. Para os cristãos católicos, os sacramentos são um sinal da presença de Deus. Normalmente a unção dos enfermos acontece após a absolvição dos pecados. A unção se destina a dar aos doentes força espiritual e consolo durante a enfermidade. Após a morte, o corpo do cristão é velado no cemitério, em casa ou na igreja. Durante o velório podem-se entoar cantos religiosos, fazer orações e celebrar missa. Ao padre cabe efetuar a "encomendação do corpo", com leituras de textos sagrados do Novo Testamento. Sete dias depois do enterro, é celebrada uma missa pela alma do falecido, na qual se reúnem parentes e amigos. Os católicos adotam o 2 de novembro como dia de finados para reverenciar os mortos, mas nada impede que parentes e amigos visitem os túmulos em qualquer outra data, podendo acender velas, levar flores e rezar pela alma do falecido.

É importante ressaltar que, segundo o Papa João Paulo II, "a renúncia a meios extraordinários ou desproporcionais não equivale ao suicídio ou a eutanásia; exprime, antes, a aceitação da condição humana diante da morte". Assim como é lícito o uso de narcóticos para supressão da dor e da consciência, desde que o paciente não tenha deveres morais e religiosos a serem cumpridos. (Pio XII, 1957)<sup>(23)</sup>.

O próprio Papa optou, no final de sua existência, por permanecer em seus aposentos e não ter sua vida estendida por outros recursos. Infelizmente, como em todas as religiões, as angústias pessoais com relação à morte são passionalmente misturadas aos desígnios do Criador e ao desconhecimento a respeito da premissas de cada religião, levando pessoas a opiniões e atitudes extremadas e fora dos princípios daquela religião<sup>(23)</sup>. A crença em milagres e na imoralidade do "deixar morrer" levam frequentemente pacientes com câncer avançado a serem submetidos a terapias de suporte em unidades de terapia intensiva (UTIs) e reanimações cardiopulmonares desnecessárias<sup>(25)</sup>.

## **Budismo**<sup>(8, 27)</sup>

No budismo, a morte é parte natural da vida, que todos terão de enfrentar um dia. Por meio da meditação os budistas se preparam para a morte, que possibilita a compreensão de que tudo é transitório e interligado. Segundo Dalai Lama, se quisermos morrer bem, devemos aprender a viver bem: se esperamos morrer em paz, devemos cultivar a paz em nossa mente e nosso modo de vida. O budismo crê na reencarnação, conceito segundo o qual após a morte a pessoa renasce. A maioria dos budistas adota a cremação. No budismo tibetano, quando alguém morre, a família chora a perda e começa a preparar o funeral. Os lamas locais ou monges se posicionam ao lado do corpo a fim de lerem o Livro Tibetano dos Mortos, que é uma descrição precisa do que cada um enfrentará na outra vida, uma experiência que os tibetanos chamam de "bardo". As palavras são destinadas a guiar o morto ao mundo do além. Depois de dias de orações ao lado do morto, o corpo está preparado para o funeral.

No Tibete, o corpo deverá voltar à posição fetal, ser envolvido em panos e levado a um local distante, ficando como oferenda aos abutres. Pode parecer triste e mórbido do ponto de vista ocidental, mas os tibetanos acreditam que o corpo sem vida é totalmente inútil, a menos que ele ofereça um último presente à terra: servir de alimento para outros seres vivos. Esse é o fim do corpo, mas não da alma. Durante 49 dias o espírito vagaria no além, até a reencarnação. Do ponto de vista do budismo tibetano, a verdadeira experiência da morte é muito importante. Embora como e onde renascer sejam condições

que, em geral, dependam de forças cármicas, o estado de espírito no momento da morte pode influir na qualidade do próximo renascimento. Assim, o modo como se morre é fundamental para um renascimento auspicioso. Desse modo vemos que, frequentemente, os adeptos do budismo aceitam a possibilidade da morte de modo mais tranquilo e desejam respeito e paz nessa hora.

## Espiritismo<sup>(14)</sup>

Segundo o espiritismo, assim que ocorre a morte, a alma regressa ao mundo dos espíritos, de onde tinha saído momentaneamente para mais uma encarnação. A reencarnação é necessária para a purificação da alma, que busca a perfeição. A morte é um instante em meio a um caminho infinito. É uma transição, e não um ponto final. Segundo a doutrina espírita de Allan Kardec, só existe a morte do corpo físico, enquanto o espírito imortal retorna a sua verdadeira vida, que é a espiritual. A doutrina espírita acaba com o conceito da morte como algo mórbido e finito a partir do momento que a encara como processo de renovação e reconstrução para outra etapa.

O velório é dirigido ao espírito do falecido e são realizadas preces na intenção da alma, criando-se um clima de vibração positiva em favor do espírito desencarnado, inclusive utilizando música. Os espíritas não adotam o uso de velas nem a prática do luto. Após o enterro, eles não preveem cerimônia alguma. Sempre que desejam, e de acordo com o foro íntimo de cada um, fazem preces para pedir boas vibrações para os desencarnados. Segundo O Livro dos Espíritos, "a visita ao túmulo é uma maneira de mostrar que se pensa no espírito ausente: é a imagem. A prece é que santifica o ato da lembrança, pouco importa o lugar quando se ora com o coração".

## Judaísmo<sup>(2, 10)</sup>

O judaísmo crê que a morte é o fim do corpo material. A verdadeira pessoa, que é a alma, é eterna. A própria morte é considerada uma parte da criação. No pensamento judaico, vida e morte formam um todo, sendo aspectos diferentes da mesma realidade, complementares uma da outra. A morte não significa a extinção do ser, mas o começo de uma nova fase.

Não há, para o judaísmo, motivos para o prolongamento artificial da vida ou para deixar a pessoa em sofrimento, exceto por desejo do próprio doente<sup>(31)</sup>. Assim, o uso de analgésicos para alívio da dor e até mesmo a sedação para conforto são estratégias possíveis desde que com a concordância do paciente/família. Prolongar a agonia por meio de recursos artificiais também não é justificado, no entanto a suspensão de medidas já estabelecidas que causem a morte não é considerada adequada<sup>(31)</sup>.

O enterro ocorre logo após a morte. Adiar o sepultamento é visto como um desrespeito para com o morto e uma interferência nos planos do Criador (exceto no Shabat e no Yom Kipur). A cremação não é permitida, e o corpo do falecido é lavado, vestido com uma roupa branca e colocado num caixão de madeira simples. Os homens são enterrados com seu xale de oração. Não se usam flores nem música na cerimônia. O rabino faz um discurso em memória do morto, e os filhos homens, ou o parente mais próximo do sexo masculino, recitam cantos de louvor a Deus (o *kadish*). Após o funeral, a família fica de luto por uma semana (*shivá*), abstendo-se de quaisquer atividades profissionais ou de

lazer. Parentes e amigos fazem visitas de condolências à casa dos enlutados e três vezes por dia (de manhã, à tarde e à noite) realizam-se serviços religiosos.

A noção de "vida após a morte" é uma declaração da crença na vinda do Messias, que ressuscitará fisicamente os mortos. Por este motivo o judaísmo proíbe a mutilação do cadáver.

A instituição da *shivá* tem como finalidade dar à família folgas psicológicas e espirituais para continuar a vida depois da perda de um ente querido. O enlutado não está só, muito pelo contrário, ele faz parte da "comunidade dos enlutados de Sion". É essa consciência de grupo que lhe dá conforto, já que recebe apoio e consolo de familiares e amigos durante esses dias, o que lhe permite emergir fortalecido, preparado para enfrentar as vicissitudes da vida e pronto para reassumir suas responsabilidades perante o seu povo. No aniversário de falecimento (*yahrzeit*) costuma-se visitar o túmulo do falecido e mantém-se uma vela acesa durante 24 horas. Os filhos recitam o *kadish* na véspera (à noite) e no próprio dia do *yahrzeit* (de manhã e à tarde). Algumas pessoas jejuam no dia do *yahrzeit* de um parente chegado, em sinal de pesar. Os *chassidim*, entretanto, consideram o *yahrzeit* uma ocasião de júbilo – com base no conceito místico de que a cada ano que passa a alma do falecido ascende a um nível espiritual mais alto.

A comunidade judaica conta, em vários estados brasileiros, com a Chevra Kadisha, uma entidade que providencia os cuidados com o corpo e organiza o funeral de acordo com a tradição.

## Islamismo<sup>(11, 26)</sup>

O islamismo deixa claro aos muçulmanos que a morte e a vida são presentes de Deus. Desde a infância é passada a noção de que tudo que começa tem um fim. Estimulam a usar este mundo sabiamente e a fazer o bem, para preparar-se para a vida que está por vir. Os muçulmanos acreditam no dia do juízo final, na vida após a morte e em que o praticante da religião receberá sua recompensa ou punição pelo que fez na Terra. A morte humana é o ingresso para a vida eterna num outro mundo. Morrer não significa término da existência, mas o começo da eternidade.

Sendo a morte e a vida presentes de Deus, devem ser respeitadas como tais. O sofrimento humano deve ser aliviado, a eutanásia não é permitida e o uso de suporte artificial de vida deve ser desencorajado pela equipe médica. Cuidados especiais devem ser tomados com o corpo, em especial das mulheres. O uso de sedativos e opioides para fins médicos é permitido, sendo necessária uma explicação clara a respeito dos objetivos. A sedação para conforto pode prejudicar as práticas religiosas e, assim, só será aceita se realmente essencial para alívio do paciente<sup>(1, 31)</sup>.

Constatado o óbito, devem-se tirar os adornos (anéis, brincos, aliança, relógio, correntes etc.) e posicionar o corpo "olhando" em direção à Meca.

No cemitério o corpo é retirado do caixão e despido para que se realizem três banhos. Preces com a intenção de purificação serão recitadas, e então uma mortalha feita de tecido branco 100% natural cobrirá o corpo. Por considerar a morte uma coisa natural, não há ritual de luto. A primeira noite é vista como a mais difícil para o falecido, então se deve orar na intenção de sua alma. Nos segundo e sétimo dias, missas são celebradas na mesquita, sendo também costume celebrar nos 30º, 40º e 60º dias, bem como uma vez por ano. Visitas ao cemitério são importantes para não se esquecer do falecido. O islamismo

prega que os falecidos só conseguem um vínculo com esse mundo pelas obras de caridade que fizeram em benefício dos outros e por intermédio de seus filhos orando por eles.

### Tradições afro-brasileiras<sup>(28)</sup>

Nas tradições afro-brasileiras, as percepções da natureza e do mundo espiritual estão integradas, e seus ritos são de acordo com essa perspectiva. Ao contrário de tradições judaico-cristãs, não há uma separação nítida entre a vida e a morte, o céu e a terra, o material e o imaterial, o homem e a natureza, o bem e o mal. Tudo se encontra unido pela enorme teia da vida.

No candomblé, morrer é passar para outra dimensão e permanecer junto com os espíritos, orixás e guias. A morte é bem vista para os idosos, pois completaram seu destino e podem seguir seu caminho no *òrun* (plano espiritual ou imaterial) livres das amarras terrenas e adquirindo poderes que podem auxiliar seus descendentes na Terra. Já a morte de um jovem é vista como uma tragédia. Prematura, é entendida como uma consequência de infração grave contra os orixás, ou uma inobservância de suas obrigações com a comunidade, as quais os ancestrais resolvem disciplinar.

Os ritos fúnebres na tradição iorubá visam preparar a passagem do morto do *àyé* (mundo material) para o *òrun* (mundo do além), assim como restabelecer as relações sociais e espirituais causadas pela ausência do falecido. Quanto maior a posição social e religiosa do indivíduo, maiores serão os vínculos a serem cortados e os esforços para o reequilíbrio. Nada deve reter o morto no *àyé*! O falecido, após receber seus rituais, passa a ser um ancestral e poderá ser invocado como *égún*. Esse ritual, o *àsèsè*, ocorre por sete dias após a morte.

A umbanda, cujo nome deriva do termo quimbundo (angolense), quer dizer feitiçeiro, xamã ou curandeiro. O termo umbanda, "u" + "mbanda", significa arte mágica da cura, ou simplesmente magia. É uma religião essencialmente brasileira, fruto da união entre candomblé, práticas ameríndias, catolicismo popular e conceitos espíritas kardecistas.

Segundo a umbanda, após a morte o ser desencarnado será encaminhado para uma esfera espiritual condizente com seus atos e vibração emocional acumulada durante a passagem no corpo físico, existindo a possibilidade da continuidade da vida no mundo espiritual ou na reencarnação. A umbanda reconhece também as forças naturais na forma dos orixás do culto africano, que frequentemente são sincretizado com santos católicos. O funeral umbandista é dividido em duas partes: purificação do corpo e do espírito, que acontece somente com a presença do sacerdote, um ajudante e um parente; e a cerimônia social para encomenda do espírito, realizada no velório e no túmulo. Esse ritual não deve ser envolvido de tristeza, e sim de alegria, pois o desencarnado está retornando para o plano eterno fora das ilusões e poderá retomar sua evolução de forma consciente, se assim estiver preparado.

## Finalizando

Longe de querer esgotar o tema, este capítulo apenas abre as portas do tema àqueles que cuidam do ser humano no final da vida. Muitas são as religiões não descritas aqui,

maiores ainda as subdivisões e fragmentações de todas elas. No entanto, podemos perceber que em todas há relação de aceitação da morte e continuidade da existência junto ao Criador.

A natureza religiosa e espiritual do ser humano é uma área ainda pouco abordada pelos profissionais da saúde e torna-se vital nos cuidados com aqueles que estão partindo. Conhecer nossas próprias questões sobre finitude, religião e espiritualidade é o ponto de partida para auxiliarmos melhor nossos pacientes.

A equipe deve ser treinada para aceitar os diferentes valores religiosos e espirituais, não impondo conceitos próprios, mas respeitando e incentivando a participação do paciente em sua prática.

A abordagem das questões espirituais e religiosas dos pacientes deve ocorrer no início do acompanhamento para que as medidas necessárias sejam tomadas em direção à resolução de possíveis demandas de paciente, família e equipe.

## Referências

1. AL-SHAHRI, M. Z.; AL-KHENAIZAN. A palliative care for muslim patients. *J Support Oncol*, v. 3, p. 432-6, 2005.
2. ASSOCIAÇÃO CEMITÉRIO ISRAELITA DE SÃO PAULO. Chevra Kadisha (ACISP). Disponível em: <<http://www.chevrakadisha.org.br>> ou <<http://www.chevrakadisha.com.br>>. Acesso em: 20 maio 2009.
3. BAYARD, J. P. Sentido oculto dos ritos mortuários. São Paulo: Ed Paulus, 1996.
4. DATAFOLHA. Disponível em: <[http://datafolha.folha.uol.com.br/po/dossies\\_index.shtml](http://datafolha.folha.uol.com.br/po/dossies_index.shtml)>. Acesso em: 5 maio 2007.
5. DEL GIGLIO, A. Cuidados com o paciente terminal com câncer, segundo a tradição judaica. *Rev Bras de Cancerologia*, v. 4, n. 15, p. 6-9, 2001.
6. EHMAN, J. et al. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Arch Intern Med*, v. 159, p. 1803-6, 1999.
7. ELABORAÇÃO DO LUTO EXIGE RITOS DE PASSAGEM. *Jornal de psicologia*, v. 19, n. 130, 2001. Disponível em: <<http://www.crpsp.org.br>>. Acesso em: 25 maio 2009.
8. EWANS-WENTZ, W. Y. O livro tibetano dos mortos. Editora Pensamento, 2000.
9. GIL, L. A. J.; CURIATI, J. A. E.; SAPORETTI L. A. Influência da qualidade de vida nas expectativas e nas decisões de fim de vida em idosos. Monografia de conclusão do curso de especialização em geriatria, 2007.
10. GLASMAN, J. B. A morte no judaísmo. Disponível em: <<http://www.visaojudaica.com.br>>. Acesso em: 12 abr. 2009.
11. HELLERN, V.; NOTAKER, H.; GAARDER, J. O livro das religiões. Editora Companhia das Letras, 2001.
12. HINSHAW, D. B. Spiritual issues in surgical palliative care. *Surg Clin N Am*, v. 85, p. 257-72, 2005.
13. HINSHAW, D. B. Spiritual issues at the end of life. *Clinics in family practice*, v. 6, n. 2, 2004.
14. KARDEC, A. O livro dos espíritos. São Paulo: Editora Petit, 2001.
15. KING, D.; BUSHWICK, B. Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. *J Fam Pract*, v. 39, p. 349-52, 1994.

16. KOENIG, H. G., et al. Attendance at religious services, interleukin-6, and other biological parameters of immune function in older adults. *Int J Psychiatry Med*, v. 27, n. 3, p. 233-50, 1997.
17. KOENIG, H. G.; PARGAMENT, K. I.; NIELSEN, J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *J Nerv Ment Dis*, v. 186, n. 9, p. 513-21, 1998.
18. MAUGANS, T. A. The spiritual history. *Arch Fam Med*, v. 5, p. 11-6, 1996.
19. MCCLAIN, C. S.; ROSENFELD, B.; BREITBART, W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet*, v. 361, p. 1603-7, 2003.
20. MUELLER, P. S.; PLEVAK, D. J.; RUMMANS, T. A. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc*, v. 76, n. 12, p. 1225-35, 2001.
21. National Cancer Institute. Disponível em: <<http://cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/spirituality/HealthProfessional>>.
22. PARKER-OLIVER, D. Redefining hope for the terminally ill. *Am J Hospice Palliat Care*, v. 19, p. 115-20, 2002.
23. PESSINI, L. Distanásia, até quando prolongar a vida? Ed. Loyola, 2001. p. 237-60.
24. PHELPS, A. C.; NILSSON, M. Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer. *JAMA*, v. 301, n. 11, p. 1140-7, 2009.
25. PUCHALSKI, C.; ROMER, A. L. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *J Palliat Med*, v. 3, p. 129-37, 2000.
26. PUCHALSKI, C. M. Spirituality, religion and healing in palliative care. *Clinics in Geriatric Medicine*, v. 20, p. 689-714, 2004.
27. RINPOCHE, S. O livro tibetano do viver e do morrer. São Paulo: Editora Palas Athena, 1999.
28. SAPORETTI, L. A.; SCARTEZINI, S. N. Ritos de passagem e visão pós-morte nas tradições afro-brasileiras: candomblé e umbanda. In: SANTOS, F. S. (org.). *Arte de morrer: visões plurais (no prelo)*.
29. SAPORETTI, L. A.; SILVA, A. M. O. P. Finitude: aspectos éticos, religiosos e espirituais. In: *Geriatría e gerontologia básicas (no prelo)*.
30. SAPORETTI, L. A. Espiritualidade em cuidados paliativos. Cuidado paliativo. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.
31. Shahid, A. Information for health care providers when dealing with a muslim patient. Medical Ethics Committee. Disponível em: <<http://www.islam-usa.com/e40.html>>. Acesso em: 20 jun 2009.
32. STEINHAUSER, K. E. et al. Are you at peace? One item to probe spiritual concerns at the end of life. *Arch Intern Med*, v. 166, p. 101-5, 2006.
33. WASNER, M. et al. Effects of spiritual care training for palliative care professionals. *Palliative Medicine*, v. 19, p. 99-104, 2005.
34. WILLIAMS, A. L. Perspectives on spirituality at the end of life: a meta-summary. *Palliative and Supportive Care*, v. 4, p. 407-17, 2006.

## Sites de interesse

- Associação Cemitério Israelita de São Paulo – Chevra Kadisha (ACISP): <<http://www.chevrakadisha.org.br>> ou <<http://www.chevrakadisha.com.br>>.

- Centro de Dharma da Paz Shi De Choe Tsog: <<http://www.centrodedharma.com.br/index.php>>.
- Federação Espírita Brasileira: <<http://www.febnet.org.br>>.
- Sociedade Beneficente Muçulmana do Rio de Janeiro: <<http://www.sbmj.org.br>>.
- Templo Guaracy do Brasil: <<http://www.templogaracy.org.br>>.
- Vaticano: <[http://www.vatican.va/phome\\_po.htm](http://www.vatican.va/phome_po.htm)>.

# Assistência ao luto

DEBORA GENEZINI

*“Se perdem gestos,  
cartas de amor, malas, parentes.  
Se perdem vozes,  
cidades, países, amigos.  
Romances perdidos,  
objetos perdidos, histórias se perdem.  
Se perde o que fomos e o que queríamos ser.  
Se perde o momento.  
Mas não existe perda,  
existe movimento.”*  
Bruna Lombardi (2006)

## Perdas

Ao longo do ciclo vital nos deparamos com inúmeras perdas. A definição de perda nos dicionários populares refere-se à privação de algo que possuíamos.

Podemos passar por perdas, saindo ilesos da vivência, no entanto algumas delas nos são caras e significativas, mobilizando sentimentos conflitantes e dolorosos.

Quando falamos em perdas não nos referimos necessariamente à morte, mas perdas psíquicas, físicas, materiais, entre outras. Autores como Fonseca e Parkes<sup>(4, 11)</sup> citam outros tipos de experiências que envolvem perdas, como a separação entre as pessoas vivas, a doença como parte da pessoa que morre, o próprio desenvolvimento humano como formas de evolução e morte, a morte psíquica, as amputações, a perda de uma casa, entre outras tantas possibilidades.

Desde o nascimento somos treinados por meio da vivência de perdas e mortes simbólicas a nos aproximarmos da noção de finitude. No entanto, o condicionamento pelo não-perder é imperativo: não podemos perder a hora, o controle da nossa rotina e não admitimos sequer deixar de ganhar uma competição.

Sabemos da vulnerabilidade humana e que existe adoecimento e fragilidade, mas no íntimo vivemos com a ilusão de que isso só ocorre a nossa distância. Contudo, somos forçados a olhar para o que tínhamos quando nós, algum familiar ou um amigo querido adoecer.

No caso do acometimento por uma doença que ameace a continuidade da vida, não perdemos só a saúde e a ilusão de imortalidade/onipotência, mas também papéis anteriormente exercidos nos contextos profissional, social, afetivo e econômico.

De acordo com Kovacs<sup>(8)</sup>, as perdas e suas elaborações fazem parte do cotidiano, já que ocorrem em todos os momentos do desenvolvimento humano e, embora sejam experiências universais, são vividas de forma particular por cada indivíduo.

Neste texto, especificamente, será abordada a atenção às situações de perdas por doença e morte e seus desdobramentos no cotidiano de pacientes, familiares e profissionais da saúde.



## Adoecimento e morte anunciada

A partir do diagnóstico de uma doença potencialmente mortal seguido pela evolução da enfermidade, paciente e família deparam-se com rupturas, limitações e privações. A rotina anteriormente vivida é alterada, e situações pouco familiares, como exames, medicações e procedimentos, ganham espaço. Ao longo das hospitalizações e dos tratamentos, os membros que assumem os cuidados principais do doente necessitam conciliar papéis antigos ao novo papel de cuidador, vivenciando, portanto, não só sentimentos geradores de sofrimento frente às perdas relacionadas com o ente querido, como também às suas próprias.

Os arranjos familiares dos séculos XX e XXI sugerem escassez na rede de suporte familiar/social, uma vez que as famílias tornaram-se menos numerosas, as residências ficaram menores e as mulheres e os jovens passaram a trabalhar fora de casa. Como consequência, a situação comum é que apenas um componente da família assuma o cuidado principal, acarretando intensas sobrecargas física e emocional.

Sentimentos ambíguos podem permear a vivência, ou seja, além de compaixão, solidariedade e pesar, os familiares podem também sentir raiva e desejo de breve retorno à sua rotina de atividades. Com a piora clínica do doente, a ambiguidade de sentimentos pode tornar-se ainda mais evidente. O aumento das reais possibilidades de sofrimento e dor do paciente pode suscitar, em muitos familiares, o desejo de que tal sofrimento se finde ou, em oposição a isso, o apego a uma ilusão fervorosa de cura e melhora, mesmo que isso fuja totalmente das possibilidades viáveis.

Diante da ambiguidade, posturas de superproteção ou afastamento podem surgir. Carter e McGoldrick<sup>(3)</sup> destacam que uma reação que ocorre na família quando da perda de um de seus elementos é com relação ao seu movimento, que pode ser de aproximação (centrípeto) ou de afastamento (centrífugo) entre seus membros.

Com a evolução da doença, caso o doente apresente-se debilitado física e emocionalmente, pode haver a necessidade de os familiares assumirem a responsabilidade pela tomada de decisões e fazer valer a autonomia do paciente pelo que compartilharam de sua biografia até o momento atual. Essa é uma das mais árduas tarefas para o sistema familiar que compreende um de seus membros gravemente enfermo.

Decidir por alguém, mesmo que tal decisão esteja pautada no desejo do paciente, reforça ao familiar uma representação de falta do ente querido. Há uma representação de "morte em vida". Nesses casos, o luto antecipatório, que será definido em breve neste texto, é vivenciado.

Pacientes afásicos, comatosos, demenciados, grandes sequelados neurológicos, extremamente debilitados pela doença e incapacitados de exprimir decisões, segundo Boss<sup>(1)</sup>, entram na caracterização da perda ambígua, uma vez que estão vivos, mas psicológica e socialmente ausentes. Tal ausência podem desencadear a antecipação do processo de luto.

O familiar vivencia um estranhamento de si e do ente amado. O ato de cuidar visando ao conforto e à qualidade de vida, de acordo com o que permitir a situação, estreita e intimiza o contato com o doente. Isso possibilita ressignificações desse vínculo e faz, muitas vezes, com que as experiências sejam as mais intensas em comparação às de toda vida. Porém, as alterações físicas, a evolução da doença e a possibilidade de morte representam um choque de realidade ao familiar que, ora está intimamente e intensamente próximo

ao doente, ora tem que iniciar a aceitação de que essa pessoa em algum momento não estará mais com ele. Inicia-se o que muitos autores chamam de vivência ou elaboração do luto antecipatório, a exemplo de Fonseca<sup>(4)</sup>, que consiste na vivência de conjunto de sentimentos relacionados com a dor, da notícia da existência de uma doença em estágio avançado ou da perda iminente de algum membro do sistema familiar. Pode-se ter tal experiência nas esferas cognitiva, emocional e comportamental.

Segundo Rando in Franco<sup>(12)</sup>, o processo de luto é iniciado a partir do momento em que é recebido o diagnóstico de uma doença potencialmente mortal, pelas perdas concretas ou simbólicas que essa doença possa trazer para a pessoa e sua família.

Para Lindermann<sup>(10)</sup>, a ameaça de morte ou separação pode, por si própria, iniciar uma reação de luto. Pesquisadores sugerem que as intervenções realizadas durante o luto antecipatório podem prevenir o desenvolvimento de problemas no luto pós-morte<sup>(4)</sup>.

Aos profissionais de saúde que acompanharem o paciente na fase final de vida, portanto, durante a vivência do luto antecipatório, é importante levar em consideração a intensidade do valor afetivo do mesmo para cada familiar. Esse dado auxilia na compreensão das reações psíquicas e comportamentais e no entendimento de que há um tempo interno para aceitação e elaboração da perda, peculiar a cada membro da família.

Na mesma proporção, é necessário que também seja dada atenção aos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados ao paciente, uma vez que juntamente vivenciam o luto antecipatório.

## Processo do luto

Para o profissional que trabalha em contextos de perdas e morte, é imprescindível o conhecimento a respeito da definição de luto e das reações comuns suscitadas por ele, uma vez que esse evento causará muitas mudanças de comportamento nos familiares e no próprio doente.

Bromberg<sup>(2)</sup> aponta o luto como um conjunto de reações a uma perda significativa e pontua que nenhum é igual ao outro, pois não existem relações significativas idênticas.

Engel *apud* Worden<sup>(17)</sup> pontua que a perda de uma pessoa amada é psicologicamente traumática na mesma medida em que sofrer uma queimadura grave é fisiologicamente traumático. Ele refere que o luto representa uma saída do estado de saúde e bem-estar e, assim como a cura é necessária no campo fisiológico, um período de tempo é necessário para que o enlutado retorne ao estado similar de equilíbrio.

Worden<sup>(17)</sup> lista categorias no processo de luto normal, dividindo-as em:

- sentimentos – tristeza, raiva, culpa, ansiedade, solidão, fadiga, desamparo, choque, anseio, emancipação, alívio e estarecimento;
- sensações físicas – vazio no estômago, aperto no peito, nó na garganta, hipersensibilidade ao barulho, sensação de despersonalização, falta de ar (respiração curta), fraqueza muscular, falta de energia e boca seca;
- cognições – descrença, confusão, preocupação, sensação de presença e alucinações;
- comportamentos – distúrbios de sono, distúrbios do apetite, comportamento aéreo, isolamento social, sonhos com a pessoa que morreu, evitar lembranças do falecido, procurar e chamar pela pessoa, suspiros, hiperatividade, choro, visitar lugares e carregar objetos que lembrem o falecido.

Seguindo a linha de sintomas físicos e psíquicos, vale destacar a necessidade de cautela quanto ao diagnóstico de depressão da pessoa enlutada. Tristeza não é depressão. Depressão reativa é esperada, mas a intensidade e a duração, se exacerbadas, podem indicar patologia. A medicação pode inibir ou adiar reações necessárias para a resolução do processo de luto.

Para fins didáticos, apresentamos as fases do luto descritas por Bromberg<sup>(2)</sup>, uma vez que o conhecimento dessas fases fornece bases para lidar produtivamente com os recursos disponíveis, respeitando as defesas necessárias a cada uma das fases. É fundamental ressaltar que as fases não ocorrem de maneira rígida e não constituem regra necessária no processo de luto, uma vez que existem a individualidade e a subjetividade do enlutado;

- entorpecimento — reação inicial à perda por morte, em que ocorre choque, entorpecimento e descrença. A duração pode ser de poucas horas ou de muitos dias. A pessoa recentemente enlutada se sente aturdida, atordoada, desamparada, imobilizada e perdida. Há também possíveis evidências de sintomas somáticos, como respiração curta e suspirante, rigidez no pescoço e sensação de vazio no estômago. A negação inicial da perda pode ser uma forma de defesa contra um evento de tão difícil aceitação, estando também presente nessa fase a tentativa de automaticamente continuar vivendo como antes;

- anseio e protesto — fase de emoções fortes, com muito sofrimento psicológico e agitação física. À medida que se desenvolve a consciência da perda, há muito anseio de reencontrar a pessoa morta, com crises de profunda dor e espasmos incontrolláveis de choro. Apesar da consciência da perda irreversível, o desejo de recuperar a pessoa às vezes é insuperável. Há momentos em que o indivíduo tem a viva sensação da presença do falecido. Aquilo que não tem relação com o morto tem pouco significado. A pessoa se mostra afastada e introvertida. Também é comum que o enlutado sinta muita raiva, às vezes dirigida contra si mesmo, na forma de acusações com sentimentos de culpa por pequenas omissões e cuidados que possam ter acontecido. Às vezes a culpa é dirigida contra outras pessoas, principalmente aquelas que oferecerem ajuda e consolo ao enlutado; que também pode dirigir a raiva ao próprio morto por tê-lo abandonado. A pessoa enlutada vivencia inquietude, como em busca do morto (principal característica dessa fase) e mostra-se obsessivamente preocupada com lembranças, pensamentos e objetos do falecido. Ocorrem também sentimentos contrários ou incompatíveis, como esperança e desapontamento;

- desespero — nessa fase o enlutado deixa de procurar pela pessoa perdida e reconhece a imutabilidade da perda. O enlutado duvida de que qualquer coisa que valha a pena na vida possa ser preservada, assim podem surgir apatia e depressão. O processo de superação é lento e doloroso. É comum que ocorram afastamento das pessoas e das atividades, falta de interesse e inabilidade para se concentrar em funções rotineiras ou para iniciar atividades. Os sintomas somáticos persistem, incluindo falta de sono, perdas de apetite, peso e distúrbios gastrointestinais;

- recuperação e restituição — a depressão e a desesperança começam a se entrelaçar, com frequência cada vez maior, a sentimentos mais positivos e menos devastadores. A pessoa enlutada pode aceitar as mudanças em si e na situação. Vem daí uma nova identidade, que lhe permite desistir da ideia de recuperar a pessoa morta. Dá-se o retorno da independência e da iniciativa. Mesmo com o processo de recuperação ainda em andamento, é comum a volta de sintomas que haviam cedido, particularmente em datas que ativam lembranças, como dias de nascimento, morte e casamento.

A descrição das fases permite, inclusive, a identificação de alterações não-adaptativas frente ao processo de luto, ao que é chamado luto complicado, sendo muito útil o encaminhamento ao profissional especializado para acompanhamentos médico e psicológico.

Vale ressaltar novamente que o luto é um processo individual e subjetivo e que não existe uma regra rígida quando pensamos nas fases e no enfrentamento do mesmo. Elizabeth Kübler Ross<sup>(14)</sup> descreve as fases de enfrentamento do luto como negação, revolta, barganha, depressão e aceitação, mas nem todo processo de enlutamento e resolução do luto compõe todas as etapas, que são válidas como um "norte" para os profissionais que assistem pacientes e familiares em situações de doença e morte.

Rando<sup>(13)</sup> também é outro autor que divide as fases do luto em:

- reconhecer a perda;
- reagir à separação (expressividade emocional);
- recordar e reexperienciar a pessoa perdida/relacionamento (objetos, fotos);
- abandonar velhos apegos/elaboração;
- reajustar para se mover adaptativamente ao novo sem esquecer o velho;
- reinvestir.

Worden<sup>(17)</sup> refere que, considerando o luto um processo, é adequado observá-lo em termos de estágio, embora nem todos os enlutados passem por estágios em série. O autor reforça que há risco de ignorar o individual e pensar de maneira literal, especialmente na interpretação de profissionais novatos.

Segundo Walsh<sup>(16)</sup>, o campo da saúde mental ainda prioriza a atenção individual nos processos de luto, não valorizando o impacto da perda na família como um sistema interacional. No entanto, entende-se que para haver um prognóstico favorável ao enfrentamento individual, é necessário que se levem em consideração os processos familiares que acompanham os efeitos imediatos e a longo prazo da morte e as cadeias transgeracionais.

Walsh<sup>(16)</sup> estudou os efeitos da morte de um membro da família e aponta como resultados o aumento da vulnerabilidade à doença e a morte prematura de membros sobreviventes.

## Atenção a detalhes e comunicação

Em Cuidados Paliativos, a comunicação é um dos principais aspectos determinantes de sucesso ou insucesso na construção de vínculo e condução do caso.

A comunicação é vital no curso do processo da perda. Embora existam particularidades de cada núcleo familiar quanto a cultura, crença, valores, modo de expressão de sentimentos e dúvidas, é fato que a comunicação clara facilita a adaptação.

A comunicação deve seguir o pressuposto da verdade lenta e progressivamente suportável. O tempo necessário para que essa comunicação seja suportável só pode ser determinado a partir da vinculação empática e do conhecimento de alguns dados familiares e individuais.

A boa comunicação deve ter início desde o diagnóstico e ser clara em cada etapa do processo de doença e evolução para a morte.

Existem algumas variáveis que podem agir como facilitadores ou afetar adversamente nos processos de luto das famílias. Franco<sup>(5)</sup> descreve fatores que podem interferir significativamente no processo de morte e luto:

- natureza e significados relacionados com a perda;
- qualidade da relação que se finda;
- papel que a pessoa à morte ocupa no sistema familiar/social;
- recursos de enfrentamento do enlutado;
- experiências prévias com morte e perda;
- fundamentos culturais e religiosos do enlutado;
- idade do enlutado e da pessoa à morte;
- questões não-resolvidas entre a pessoa à morte e o enlutado;
- percepção individual sobre o quanto foi realizado em vida;
- perdas secundárias, circunstâncias da terminalidade.

Todos esses fatores oferecem ao profissional possibilidades de compreensão da dinâmica e relação do núcleo de cuidados e facilitam o estabelecimento do ritmo e tempo da comunicação.

Situações de crise tendem a exacerbar padrões de relacionamento tanto positivos quanto negativos. Esse dado deve ser considerado pelo profissional.

O padrão de comunicação da família deve receber uma atenção especial por parte da avaliação da equipe de cuidados. Comunicação bloqueada, permeada de segredos, mitos e tabus influencia na forma com que as informações circulam dentro do sistema familiar, levando a mal-entendidos e interferindo, muitas vezes, no processo de elaboração da perda. Quando o profissional não está atento a esses padrões de comunicação, pode acabar fazendo alianças com familiares, acobertando mentiras ou sustentando silêncios prejudiciais. Segundo Carter e McGoldrick<sup>(3)</sup>, os terapeutas, como também as equipes de saúde, devem ser modelos para as famílias, informando de forma factual e clara considerações sobre a morte, para que assim não haja má interpretação dos consulentes e se evite a transmissão de informações distorcidas a outros membros da família.

A proximidade com a morte, mesmo que não seja anunciada pelo médico e pela equipe, muitas vezes é clara para o doente, que chega mesmo a verbalizá-lo, gerando sentimentos de desconforto tanto para a família como para a equipe. Embora a eficiência da comunicação durante todo o processo de tratamento da doença até o desfecho da morte dependa da clareza com que informações e sentimentos são expressos, não exige de sofrimento para quem ouve e sente que o fim está próximo.

A equipe de cuidados que acompanha a família também pode ajudá-la a seguir em frente, esclarecendo possíveis reações normais de luto. Não são raros os relatos de familiares que dizem abertamente: "mas eu não tenho direito de estar sorrindo, sendo que eu perdi a pessoa mais importante da minha vida". Autorizar a família a seguir em frente, por meio de uma conversa acolhedora e franca, pode desmistificar possíveis inadequações em termos de comportamentos esperados diante do luto, como culpa e autorreprovação.

Com relação às famílias com crianças pequenas, é importante, segundo Walsh<sup>(16)</sup>, auxiliá-las a abordarem a questão da morte do familiar, ao invés de manterem-se os véus do segredo. As informações deverão ser abordadas levando em consideração as aptidões cognitivas para compreensão do fenômeno da morte conforme a idade, não as sobre-carregando nem as superprotegendo. Grupos de irmãos geralmente são negligenciados afetivamente quando os pais estão enlutados, uma vez que não estão disponíveis em recursos internos para acolher as crianças. Dessa forma, é importante que o profissional de saúde auxilie a identificar quem é a rede de apoio com que a família poderá contar e aponte para os membros do sistema familiar a possibilidade de acionar a rede para dar

conta dos cuidados básicos, como quem ficará com as crianças durante as providências de funeral, por exemplo.

A dificuldade dos pais em acolher crianças e adolescentes "sobreviventes" pode desencadear nestes culpa e persecutoriedade, o que só amplifica sofrimento e conflitos de toda a família. As intervenções terapêutica e educativa são necessárias no luto.

Idosos também costumam ser excluídos de alguns passos do processo da perda, pois são subestimados pela representação de fragilidade do velho, o que é bastante negativo e provoca a sensação de "falta de lugar", "ser um peso" e de que "ele é quem devia ter morrido".

## Intervenções junto ao enlutado

Existem alguns princípios apontados por Worden<sup>(17)</sup> referentes às tarefas que os membros da família vivenciam durante o processo de luto. A primeira diz respeito à necessidade de tornar-se mais ciente de que a perda realmente ocorreu, pois geralmente há a sensação de irrealidade e de que tudo permanece igual.

O segundo princípio consiste em auxiliar as pessoas que sobrevivem à morte a identificar e expressar seus sentimentos mais comuns nesse tipo de situação, como raiva, culpa, ansiedade, desamparo e tristeza. A maior parte dos enlutados procura ajuda para eliminar esses sentimentos e, de forma recorrente, por meio de medicação, o que não é absolutamente benéfico, já que não soluciona a fonte do problema. Para isso, é importante estimular os sobreviventes a falarem sobre os sentimentos evocados pela morte, bem como descrevê-la: como aconteceu, quem lhe contou, o que sentiu, onde estava quando ficou sabendo etc. O papel do terapeuta consiste em ajudar as pessoas a entenderem seus sentimentos, aceitá-los e, na maior parte das vezes, desmistificar muitos deles, uma vez que por meio da terapia podemos visitar com o paciente várias cenas vividas e entender que não há culpados.

O terceiro princípio baseia-se em ajudar o paciente a viver sem a pessoa falecida, facilitando a sua habilidade em tomar decisões de forma independente. Worden<sup>(17)</sup> descreve como "ajustar-se a um ambiente onde está faltando a pessoa que faleceu".

Já o quarto princípio está relacionado com o fornecimento de tempo para o luto, pois a família geralmente tem dificuldades em entender e aceitar essa necessidade, e elucidá-la facilita o processo de elaboração; é como autorizar as famílias a se permitirem esperar o tempo necessário para que as coisas se encaixem no seu lugar. Outro ponto importante é identificar para as famílias o comportamento dito "normal" do luto (salvo que o curso do luto seja complicado), uma vez que, frente a uma perda importante, principalmente de um filho, muitas pessoas têm a sensação de que estão enlouquecendo ou vão enlouquecer. Clarificar reações normais desse processo traz maior segurança e noção de realidade às famílias e pode ser tarefa de um aconselhamento de luto.

Ainda com relação ao quarto princípio, Worden<sup>(17)</sup> diz que "a tarefa do profissional não é a de ajudar o enlutado a desistir de sua relação com a pessoa que faleceu, mas a de ajudá-lo a encontrar um local adequado para o falecido em sua vida emocional". Ao longo de tarefas, estratégias e recursos (como linguagem evocativa, utilização de simbolismos e analogias, escrita, desenho, encenação, reestruturação cognitiva, evocação de memórias e imaginação dirigida) podem ser utilizados seguidos por resultados bastante positivos.

## Outras intervenções relevantes no pós-morte

Com relação aos procedimentos pós-morte, é interessante que a equipe de cuidados possa encorajar a família a planejar e participar de rituais memoriais, funerais, visitas ao túmulo etc. O ritual funerário, de acordo com Walsh e McGoldrick<sup>(15)</sup>, tem o objetivo de colocar o ente querido em contato íntimo com os familiares e amigos sobreviventes, oferecendo possibilidades de despedida e de encerramento da relação para que possam, então, seguir em frente com suas vidas. O objetivo do funeral é atingido quando ele possibilita que as pessoas envolvidas na perda estejam no melhor contato funcional possível umas com as outras e com o fato da morte.

A intervenção da equipe de saúde responsável pelos cuidados pós-morte com a família sobrevivente poderá ser um telefonema de condolências, aproveitando para oferecer um momento de acolhida, podendo ser dentro ou fora do ambiente hospitalar. Para as famílias, esse é um momento que favorece o fechamento de um ciclo, composto muitas vezes por desgaste de energia psíquica e de longo tempo de suas vidas, carecendo de um ritual de passagem para o retorno à vida social. O envio de uma carta de condolências em torno de 15 dias após a morte também costuma ser bem recebido pelos familiares.

As equipes de saúde que trabalham amparadas na filosofia dos Cuidados Paliativos têm a possibilidade de encerrar suas intervenções no acompanhamento do processo de luto de familiares, tanto em atendimento individual como em grupo, sempre que possível e necessário. O tempo de duração da prestação desses serviços é variável e está intimamente relacionado com a disponibilidade da equipe em conjunção com a demanda do enlutado. Poderão ser feitos encaminhamentos para serviços especializados quando não for possível o acompanhamento a longo prazo.

Os objetivos específicos do trabalho do profissional no processo de luto familiar são correspondentes às quatro tarefas descritas por Worden<sup>(17)</sup>: aumentar a realidade da perda; ajudar a pessoa a lidar com afetos manifestos e latentes; ajudar a pessoa a superar obstáculos para se reajustar depois da morte e encorajar a pessoa a dizer “adeus” adequado e sentir conforto ao reinvestir novamente na vida.

Um fator que auxilia os profissionais de saúde a manejar com a dor das famílias é reconhecer a importância da espiritualidade para a manutenção da saúde mental em momentos de intensa dor. Conforme Walsh<sup>(16)</sup>, a capacidade de fundamentar-se dentro do sistema de crenças espirituais da família proporciona significado, consolo e conforto, podendo promover a aceitação tão necessária nessa fase do ciclo vital. Segundo Franco<sup>(6)</sup>, a fé é um instrumento importante para o restabelecimento daquele que enfrenta o processo do luto, pois traz a possibilidade de aproximação com o sagrado, confortando e atenuando os sentimentos de desamparo.

Diante desse aspecto, é relevante que o profissional esteja atento à existência de alguma religiosidade na família, incentivando a busca de amparo nessas crenças que, antes da perda, eram fonte de acalento, caso a pessoa verbalize tal importância.

Também poderá caber aos profissionais de saúde incentivar o engajamento da pessoa enlutada e do sistema familiar em redes potencialmente sustentadoras que, segundo Walsh<sup>(16)</sup>, podem ser grupos religiosos, sociais e comunitários. A falta de conexões comunitárias torna a dor mais difícil de suportar e, dentro da própria comunidade, pode haver pessoas passando pelo mesmo pesar do processo de luto.

Frente a tudo isso, o papel mais importante do profissional de saúde é a estimulação das competências familiares, para que o próprio sistema familiar seja capaz de promover a reestruturação tanto individual como familiar. Assim, a família poderá lançar mão de recursos próprios para enfrentar do processo do luto, não sendo necessária a intervenção sistemática.

Quando os desafios são identificados e trabalhados de forma adequada, tendem a promover adaptação imediata, e também a longo prazo, dos membros da família, tendo como resultado o fortalecimento desse grupo como uma unidade funcional. É necessário um investimento no compartilhamento da experiência da morte e, posteriormente, em uma reorganização da sistemática familiar sem a pessoa que morreu, para que se possa pensar em reinvestimentos em outros relacionamentos e em outras realizações na vida.

Kovacs<sup>(7)</sup> acrescenta que o luto mal elaborado está se tornando um problema de saúde pública. É grande o número de pessoas doentes em função da excessiva carga de sofrimento sem possibilidade de elaboração, fenômeno que também acomete os profissionais de saúde que são cuidadores do sofrimento alheio, não tendo, muitas vezes, espaço para cuidar de sua própria dor. Também está em risco o profissional de saúde que não reconhece seu limite ao lidar com as perdas no ambiente de trabalho e na vida pessoal, tampouco busca uma rede de apoio para lidar com suas perdas, tanto reais como simbólicas, e tem grandes chances de adoecer, tanto psíquica como fisicamente.

## Finalizando

O que se observa é que o ser humano não é preparado para a finitude. Fomos introduzidos ao universo da celebração dos nascimentos, mas não da morte. Os rituais de perda e morte da cultura ocidental elucidam o quanto é sofrida a vivência da morte. A morte do outro nos impõe o confronto com nossa vida e nossa própria morte, e isso gera desconforto, ansiedade e sofrimento. Somos forçados a olhar atentamente para a qualidade da nossa vida e de nossas relações, uma vez que a morte é a fase final do ciclo vital.

Os Cuidados Paliativos representam, nesse sentido, o resgate do valioso cuidar, abrindo espaço para o viver e o morrer com paciente e familiares, considerados agentes ativos no processo junto à equipe de saúde. Nesse cenário, é possível legitimar os desafios inerentes à fase final de vida, à morte e ao luto.

Sendo o luto a última etapa da intervenção da equipe, surge a dúvida a respeito de quando ele termina. Não há resposta pronta. Parkes<sup>(11)</sup> diz que o processo de luto está terminado quando uma pessoa completa a fase final do luto de restituição, em que uma pessoa pode reinvestir suas emoções na vida e no viver. Worden<sup>(17)</sup> explica que o luto está terminado quando suas respectivas tarefas são completadas. Completa ainda com o fato de que uma pessoa, ao ser capaz de pensar em quem faleceu sem dor, está dando um sinal de reação de luto terminado. Existe sempre uma sensação de tristeza quando se pensa em alguém que se amou e se perdeu, mas é um tipo diferente de tristeza, sem a presença de manifestações físicas, como o choro intenso.

O recolhimento é um movimento essencial para a reorganização dos sentimentos que se confundem diante de uma perda significativa. É necessário um tempo para organizar um espaço para a dor, como também outros espaços para significar e re-significar essa perda. Reflexões sobre que parte do enlutado foi ferida e perdida junto com a pessoa que



morreu e sobre os caminhos possíveis de trilhar sem a pessoa amada revelam que a morte gera uma crise nos sistemas individual e familiar, sendo necessária uma reorganização.

"Não existe amor sem perda. E não existe a superação da perda sem alguma experiência de luto. Não ser capaz de vivenciá-la é ser incapaz de entrar no grande ciclo da vida humana de morte e renascimento – ser incapaz, isto é, de viver novamente."

## Referências

1. BOSS, P. A perda ambígua. In: WALSH; MCGOLDRICK. Morte na família: sobrevivendo às perdas. Porto Alegre: Artmed, 1998.
2. BROMBERG, M. H. P. F. A psicoterapia em situações de perdas e luto. Campinas: Editorial Psy II, 2000.
3. CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. Tradução de M. A. V. Veronese. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
4. FONSECA, J. P. Luto antecipatório. Campinas: Editora Livro Pleno, 2004.
5. FRANCO, M. H. P. Luto em cuidados paliativos. In: Cuidado paliativo. São Paulo: CREMESP, 2008.
6. FRANCO, M. H. P. Nada sobre mim sem mim: estudos sobre a vida e morte. Campinas: Editora Livro Pleno, 2005.
7. KOVACS, M. J. Educação para a morte: temas e reflexões. São Paulo: FAPESP e Casa do Psicólogo, 2003.
8. KOVACS, M. J. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
9. LINDER. Morte na família: sobrevivendo às perdas. Tradução de C. O. Dornelles. In: WALSH, F.; MCGOLDRICK, M. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
10. LINDERMANN, E. Symptomatology and management of acute grief. American Journal of Psychiatry, 1944.
11. PARKES, C. M. Luto: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus, 1998.
12. RANDO. Luto em cuidados paliativos. In: FRANCO, M. H. P. Cuidado paliativo. São Paulo: CREMESP, 2008.
13. RANDO, T. A. Treatment of complicated mourning. Illinois. Research Press, 1993.
14. ROSS, E. K. Sobre a morte e o morrer. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
15. WALSH, F.; MCGOLDRICK, M. Morte na família: sobrevivendo às perdas. (C. O. Dornelles, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
16. WALSH, F. Fortalecendo a resiliência familiar. São Paulo: Roca, 2005.
17. WORDEN, W. W. Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

# Anexo

**Quadro-síntese dos principais sintomas que não a dor presentes na fase final de vida e as condutas sugeridas a serem implementadas**

Sintomas	Causas principais	Tratamento não-farmacológico	Tratamento farmacológico
Alteração de sono/vigília (insônia ocorre em 29% a 59% dos casos de câncer avançado)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dor noturna</li> <li>- Depressão/ansiedade</li> <li>- Maior inatividade durante o dia</li> <li>- Cochiladas diurnas</li> <li>- Efeito colateral de medicações</li> <li>- Álcool e cafeína</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnicas de relaxamento</li> <li>- Ouvir os medos do paciente</li> <li>- Diminuir as cochiladas diurnas</li> <li>- Incentivar exercícios e atividades moderadas durante o dia</li> <li>- Evitar álcool e cafeína</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratar eficazmente a dor</li> <li>- Benzodiazepínicos: lorazepam 1-2 mg, 1-2x/dia), ou midazolam (15-30 mg)</li> <li>- Clorpromazina em doses baixas</li> <li>- Levomepromazina (4-6 gotas/noite)</li> <li>- Rever horário e administração de esteroides</li> <li>- Se delírio associado, haldol (2,5-5 mg/noite)</li> </ul>
Anorexia/caquexia (tratamento polêmico)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Progressão da doença</li> <li>- Alteração do paladar</li> <li>- Vômitos</li> <li>- Dor intensa, dispneia ou depressão</li> <li>- Boca seca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dieta fracionada em pequenas quantidades, várias vezes ao dia</li> <li>- Dietas coloridas com levantamento prévio do antigo cardápio alimentar (anamnese alimentar)</li> <li>- Se indicada, dieta por SNE em posição gástrica ou gastrostomia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esteroides: prednisona (5-15 mg/dia) ou dexametasona (2-4 mg de 8/8 h)</li> <li>- Megestrol (160-1.600 mg/dia)</li> <li>- Suplementação vitamínica</li> <li>- Antidepressivos (tríclicos, ISRS etc.), s/n - dose usual</li> <li>- Uso experimental: ômega 3, canabinoides, pentoxifilina, GH, talidomida</li> </ul>

**Quadro-síntese dos principais sintomas que não a dor presentes na fase final de vida e as condutas sugeridas a serem implementadas**

Sintomas	Causas principais	Tratamento não-farmacológico	Tratamento farmacológico
Astenia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Progressão da doença</li> <li>-Anemia</li> <li>- Dor</li> <li>- Depressão</li> <li>- Insônia</li> <li>- Infecções crônicas e agudas</li> <li>- Má absorção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoio emocional</li> <li>- Conservar energia</li> <li>- Períodos de descanso mais frequentes</li> <li>- Se indicado, uso de equipamentos como andador e cadeira de rodas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratar as causas específicas</li> <li>- Transusão sanguínea para conforto, conforme o caso</li> <li>- Considerar uso de estimulantes do SNC: metilfenidato (Ritalina®) 5-20 mg/dia</li> </ul>
Boca seca	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efeito colateral de medicação</li> <li>- Desidratação</li> <li>- Respirar de boca aberta</li> <li>- Candidíase oral</li> <li>- Vômitos, anorexia</li> <li>- Depressão, ansiedade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oferecer frequentes goles de água ou outro líquido</li> <li>- Umedecer os lábios</li> <li>- Oferecer líquidos cítricos e gelados (sucos, gelatina, iogurte)</li> <li>- Oferecer pedacinhos de gelo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rever medicação anticolinérgica (hioscina, morfina, atropina, amitriptilina) e diuréticos</li> <li>- Saliva artificial, se disponível</li> <li>- Tratar candidíase (nistatina oral, fluconazol), se for o caso</li> </ul>
Broncorreia (hipersecreção)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipersecreção pela doença de base (DPOC, ICC, anasarca)</li> <li>- Incapacidade de tossir ou deglutir secreção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Posicionamento em decúbito lateral</li> <li>- Estado de hipohidratação</li> <li>- Se indicada, aspiração de vias aéreas com sonda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratar infecção, se presente ou se indicado</li> <li>- Diuréticos para diminuir edemas</li> <li>- Drogas anticolinérgicas (ver em "sororoca")</li> </ul>

**Quadro-síntese dos principais sintomas que não a dor presentes na fase final de vida e as condutas sugeridas a serem implementadas**

Sintomas	Causas principais	Tratamento não-farmacológico	Tratamento farmacológico
Confusão mental (demência ou delírio)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encefalopatia, metástases cerebrais</li> <li>- Causas metabólicas: desidratação e distúrbios eletrolíticos</li> <li>- Efeito colateral de drogas anticolinérgicas e da morfina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter o paciente num ambiente seguro e familiar</li> <li>- Remover objetos perigosos</li> <li>- Usar frases simples</li> <li>- Diminuir sons (televisão, rádio)</li> <li>- Medicação deve ser supervisionada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Corrigir os distúrbios hidroeletrólíticos/ rever medicações</li> <li>- Tranquilizante: diazepam (2,5-5 mg 1-2x/dia) ou midazolam (15 mg/noite)</li> <li>- Haloperidol (5-10 mg/2,5 mg no idoso), se paranoia ou dificuldade em dormir à noite</li> </ul>
Convulsões (10% dos pacientes na fase terminal podem apresentar convulsões)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipertensão intracraniana</li> <li>- Tumor ou metástase em SNC</li> <li>- Pós-neurocirurgia</li> <li>- Distúrbios hidroeletrólíticos (Na, Ca, Mg, glicose)</li> <li>- Abstinência de anticonvulsivantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar em linguagem simples o que é convulsão e suas causas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exame neurológico e FO</li> <li>- Se tumor, dexametasona (4 mg de 6/6 h)</li> <li>- Corrigir distúrbios hidroeletrólíticos</li> <li>- Drogas: benzodiazepínicos, anticonvulsivantes (doses habituais)</li> <li>- Manter anticonvulsivantes VR ou midazolam (5-10 mg SC) ou fenobarbital SC (deve ser diluído 1:10)</li> </ul>

**Quadro-síntese dos principais sintomas que não a dor presentes na fase final de vida e as condutas sugeridas a serem implementadas**

Sintomas	Causas principais	Tratamento não-farmacológico	Tratamento farmacológico
Constipação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inatividade, fraqueza</li> <li>- Menor ingestão alimentar e de líquidos</li> <li>- Obstrução intestinal pelo tumor</li> <li>- Hipercalcemia</li> <li>- Confusão mental e depressão</li> <li>- Efeito colateral de medicações</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encorajar atividade física, se possível</li> <li>- Oferecer mais água</li> <li>- Dieta rica em fibras</li> <li>- Chá de sene</li> <li>- Movimentar os membros inferiores</li> <li>- Realizar massagem abdominal no sentido horário</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rever medicação: codeína (dose), morfina, antidepressivos tricíclicos</li> <li>- Óleo mineral (1 medida 2x/dia)</li> <li>- Bisacodil (5-10 mg até 2x/dia)</li> <li>- Lactulose (10 ml 2x/dia) (máximo de 30 ml 3x/dia)</li> <li>- Outros laxativos orais</li> <li>- Enteroclismas s/n</li> </ul>
Delírio (mais de 40% dos pacientes apresentarão confusão mental ou delírio na fase final de vida)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fase terminal da doença</li> <li>- Alterações do nível de consciência</li> <li>- Encefalopatia metabólica</li> <li>- Distúrbios hidroeletrólíticos (Na, Ca, glicose)</li> <li>- Infecção</li> <li>- Efeito colateral da morfina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suportes emocional e psicológico</li> <li>- Presença de familiares</li> <li>- Presença de calendário e relógio</li> <li>- Ambiente tranquilo</li> <li>- Música suave</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Corrigir os distúrbios hidroeletrólíticos, se cabível</li> <li>- Neurolépticos em geral; olanzapina, risperidona e quetiapina</li> <li>- Haloperidol é a droga de escolha (5-10 mg/2,5 mg no idoso, até de 8/8 h)</li> <li>- Benzodiazepínicos: midazolam (15 mg/noite), lorazepam (1-2 mg/dia), diazepam (2,5-5 mg 1-2x/dia)</li> </ul>

**Quadro-síntese dos principais sintomas que não a dor presentes na fase final de vida e as condutas sugeridas a serem implementadas**

Sintomas	Causas principais	Tratamento não-farmacológico	Tratamento farmacológico
Depressão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percepção da fase terminal da doença</li> <li>- Sensação de inutilidade</li> <li>- Sofrimento contínuo</li> <li>- Dor não adequadamente controlada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suportes emocional e psicológico</li> <li>- Presença de familiares</li> <li>- Seguimento com psicologia/psiquiatria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antidepressivos (várias classes): doses usuais e crescentes</li> </ul>
Diarreia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medicação laxativa em "excesso"</li> <li>- Abstinência de opioides</li> <li>- Antibióticos, antiácidos</li> <li>- Infusão rápida da dieta por SNE</li> <li>- Gastroparesia (DM, hipertireoidismo, doença inflamatória intestinal etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar a ingestão de líquidos: água, reidratantes orais, energéticos esportivos</li> <li>- oferecer líquidos em pequenas porções, várias vezes ao dia</li> <li>- Manter dieta, porém SEM fibras</li> <li>- Infundir dieta por SNE mais lentamente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rever medicação: opioide</li> <li>- Drogas constipantes, se não for diarreia infecciosa, como codeína (10-30 mg 6/6 h VO) ou loperamida (4 mg VO dose única)</li> <li>- Antiespasmódicos s/n</li> </ul>
Disfunção urinária (a prioridade é melhorar o desconforto da retenção urinária)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Progressão da doença</li> <li>- Alterações do nível de consciência</li> <li>- Efeito colateral de medicações</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispositivo urinário não-invasivo (Uripem®) + bolsa coletora ou garrafa plástica (homens)</li> <li>- Uso de comadre (mulheres)</li> <li>- Uso de fraldas descartáveis</li> <li>- Prevenção de dermatite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se incontinência, introduzir s/n anticolinérgicos, antidepressivos tricíclicos</li> <li>- Se retenção, rever medicação constipante (codeína, morfina, antidepressivos tricíclicos)</li> <li>- Antibióticos, se infecção de trato urinário</li> </ul>

**Quadro-síntese dos principais sintomas que não a dor presentes na fase final de vida e as condutas sugeridas a serem implementadas**

Sintomas	Causas principais	Tratamento não-farmacológico	Tratamento farmacológico
Dispneia: causas multifatoriais (avaliar sempre a causa base)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Linfangite carcinomatosa/ metástases pulmonares</li> <li>- Ansiedade ou pânico</li> <li>- Progressão da doença pulmonar de base</li> <li>- Infecção pulmonar</li> <li>- Derrame pericárdico com tamponamento</li> <li>- Acidose metabólica com falência de múltiplos órgãos</li> <li>- Atmosfera muito seca</li> <li>- Derrame pleural</li> <li>- Anemia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reposicionar o paciente na cama ou cadeira</li> <li>- Elevar o decúbito</li> <li>- Abrir janelas</li> <li>- Ventilar o paciente</li> <li>- Oferecer água</li> <li>- Fazer exercícios respiratórios</li> <li>- Oxigênio suplementar (CPAP, O<sub>2</sub> contínuo)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Corticoides nas linfangites, compressões tumorais</li> <li>- Broncodilatadores s/n</li> <li>- Se hipersecreção, hioscina (10 mg VO 8/8 h)</li> <li>- Se tosse seca, codeína (5-10 mg 6/6 h)</li> <li>- Se indicada, toracocentese de alívio</li> <li>- Morfina (iniciar com 2,5-5 mg 4/4 h VO ou 2 mg 4/4 SC)</li> <li>- Sedação paliativa, se dispneia incontrolável, midazolam associado a morfina como primeira opção</li> </ul>
Mioclonias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efeito colateral de medicações: metoclopramida, opioides (dose alta), neurolépticos</li> <li>- Abstinência de álcool, benzodiazepínicos, barbitúricos, anticonvulsivantes</li> <li>- Por hipóxia do SNC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar em linguagem simples o que é mioclonia e suas causas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rever medicações</li> <li>- Rever dose de opioides</li> <li>- Sedar com midazolam (5-10 mg SC de hora em hora), até cessarem as mioclonias (depois, 20-30 mg/dia)</li> <li>- Alternativas: diazepam (10-20 mg VR de hora em hora)</li> </ul>

**Quadro-síntese dos principais sintomas que não a dor presentes na fase final de vida e as condutas sugeridas a serem implementadas**

Sintomas	Causas principais	Tratamento não-farmacológico	Tratamento farmacológico
Náuseas e vômitos (não administrar gastrocinéticos se vômitos por obstrução TGI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obstrução intestinal</li> <li>- Dismotilidade gástrica</li> <li>- Efeito colateral de medicações</li> <li>- Efeitos da QT</li> <li>- Distúrbios metabólicos (hipercalcemia, uremia, infecção)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dieta fracionada e em pequenas porções</li> <li>- Alimentos e líquidos frios e azedos: gelatina, sorvetes, sorbets, pedaços de gelo, musses</li> <li>- Técnicas de relaxamento</li> <li>- Higiene oral pré e pós-prandial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antieméticos: metoclopramida (10-30 mg 8/8-4/4 h) ou dramamine</li> <li>- Outras drogas: haloperidol (1-2 mg/dia), clorpromazina (25-50 mg a cada 6-12 h), diazepam (5 mg)</li> <li>- Ondansetrona (4-8 mg de 8/8 h), se pós-QT</li> <li>- Via de administração SC (preferencial) ou supositórios</li> </ul>
Prurido	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pele seca</li> <li>- Alergia</li> <li>- Dermatites</li> <li>- Infecção fúngica ou escabiose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hidratação da pele (óleo com ácido graxo essencial: girassol ou canola)</li> <li>- Banho: água não muito quente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Checar medicação/alimentos</li> <li>- Tratar dermatites</li> <li>- Anti-histamínicos/corticoides s/n</li> <li>- Tratar infecção (fungo/parasita)</li> </ul>
Ronco da morte ("sorroca", em inglês: <i>death rattle</i> ). Ocorre em 25% a 92% na fase final de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Secreção acumulada na garganta por não conseguir deglutir (geralmente paciente já inconsciente ou quase inconsciente)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar o significado do ruído à família/cuidador</li> <li>- Eventualmente aspiração de VAS, procedimento que pode impressionar muito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hioscina, homatropina ou escopolamina (30 gotas na boca até de 6/6 h ou 1 ampola de Buscopan® SC de 6/6 ou até de 4/4 h)</li> <li>- Atropina colírio a 1% VO (2-3 gotas [= 1-3 mg] a cada 6-8 h) (cuidado com taquicardia)</li> <li>- Se disponível, adesivo de escopolamina</li> </ul>



### Quadro-síntese dos principais sintomas que não a dor presentes na fase final de vida e as condutas sugeridas a serem implementadas

Sintomas	Causas principais	Tratamento não-farmacológico	Tratamento farmacológico
Soluços (checar a causa)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispepsia</li> <li>- Tumor ou metástase do SNC</li> <li>- Irritação do nervo vago/frênico</li> <li>- Efeito colateral de medicações: corticoides, BCC, anticonvulsivantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dieta fracionada e líquidos frios</li> <li>- Esfregar com gaze o céu da boca</li> <li>- Xilocaina gel + uma colher de sopa de açúcar diluído em um pouco de suco de limão ou laranja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Checar medicação</li> <li>- Se distensão abdominal, dimeticona (30-60 gotas na boca)</li> <li>- Tratar dispepsia</li> <li>- Metoclopramida (10-20 mg VO ou SC 3 a 4x/dia) ou haloperidol (1-2,5 mg 1-3x/dia)</li> <li>- Baclofeno (10 mg VO a cada 8-12 h)</li> </ul>
Sudorese (checar a causa)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Febre, infecção</li> <li>- Por tumor, geralmente associado a linfoma de Hodgkins, tumores malignos e/ou metástase hepática</li> <li>- Distúrbio hormonal</li> <li>- Medicações</li> <li>- Suspensão abrupta de opioides</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Secar sudorese com tecido absorvente</li> <li>- Diminuir a temperatura do ambiente</li> <li>- Propiciar fluxo de ar no ambiente</li> <li>- Evitar alimentos quentes e/ou picantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratar a causa da febre, infecção</li> <li>- Descontinuar antipiréticos</li> <li>- Diminuir sudorese paraneoplásica: naproxeno (250-375 mg 2x/dia); cimetidina (400-800 mg 2-3x/dia); propranolol (10-20 mg 2-3x/dia); olanzapina 5 mg/dia; estudos com talidomida (100 mg/noite)</li> <li>- Trocar antidepressivos por venfalaxina (37,5-75 mg/dia VO)</li> <li>- Considerar rodízio de opioides</li> </ul>

Autoria da Dra. Celia Maria Kira

SNE: sonda nasoenteral; GH: hormônio de crescimento; SNC: sistema nervoso central; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; ICC: insuficiência cardíaca congestiva; FO: fundo de olho; TGI: trato gastrointestinal; VR: via retal; SC: subcutâneo; DM: diabetes mellitus; VO: via oral; CPAP: sistema de pressão positiva contínua das vias aéreas; QT: quimioterapia; s/n: se necessário; VAS: vias aéreas superiores; BCC: bloqueador do canal de cálcio.

## Referências

1. DOYLE, D. et al. Oxford textbook of palliative medicine. 3. ed. 2005.
2. GUIA FARMACOGERIÁTRICA. Disponível em: <<http://www.semer.es/docs/Farmacogeriatria.pdf>>.
3. INCA. Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_48/v02/pdf/conduitas3.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v02/pdf/conduitas3.pdf)>.
4. SYMPTOMS AND SYMPTOMS MANAGEMENT FORUM IN ENCICLOPEDIA OF DEATH AND DYING: SY-VI. Disponível em: <<http://www.deathreference.com/Sy-Si/Symptoms-and-Symptom-Management.html>>.
5. WHO. Palliative care: symptom management and end-of-life care, 2004. Disponível em: <<http://www.who.int/3by5/publications/documents/en/genericpalliativecare082004.pdf>>.