



Curso de Capacitação em Saúde da Pessoa Idosa

Curso de Capacitação em Saúde da Pessoa Idosa

Módulo 09

A terminalidade no domicílio

O objetivo desta módulo é conhecer a abordagem da terminalidade com a equipe de Saúde da Família e o idoso no domicílio.

Vamos iniciar nosso texto com a seguinte reflexão:

O que é vida? Mais precisamente, o que é a vida de um ser humano? O que e quem a define? (...) Dizem as escrituras sagradas: "Para tudo há o seu tempo. Há tempo para nascer e tempo para morrer". A morte e a vida não são contrárias. São irmãs. A reverência pela vida exige que sejamos sábios para permitir que a morte chegue quando a vida deseja ir (ALVES, 2003).

Você consegue responder algum dos questionamentos propostos por Rubem Alves? Como o profissional de saúde e mais precisamente o profissional que atua na Atenção Básica pode agir diante desses questionamentos?

No decorrer de sua leitura, esperamos que você possa encontrar norteamentos no sentido de algumas respostas.

TÓPICO 01 **A TERMINALIDADE**

Nas últimas décadas houve importantes avanços científicos e tecnológicos que contribuíram para a área da saúde desenvolver-se de forma inigualável. Atualmente, os métodos diagnósticos e terapêuticos disponíveis para várias doenças são surpreendentes. Com efeito, têm-se disponíveis, por exemplo, unidades de terapia intensiva (UTI) equipadas com sofisticados recursos que permitem qualificar, quantificar e controlar diferentes tipos de fenômenos biológicos (CHIBA; SOUZA, 2010).

Neste contexto, o processo de morrer e morte tem se tornado mais institucionalizado, solitário e mecânico, visto que o medo de morrer ou de perder um ente querido nos leva a procurar os mais variados artifícios a fim de prolongar a vida. Esses artifícios, em algumas situações, configuram-se em procedimentos desumanos, descaracterizando totalmente a humanização dessa etapa da vida (NIETSCHE et al., 2013).

É a denominada morte "medicalizada". Pratica-se a chamada *distanásia*, que é a morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento, quando se utilizam medidas caracterizadas como curativas, utilizando-se tecnologias que prolongam a vida do paciente sem trazer qualidade de vida ou alívio do sofrimento, tais como drogas vasoativas, a hemodiálise, a ventilação mecânica, entre outros procedimentos (RODRIGUES; ZAGO, 2012).



VAMOS PESQUISAR

Você sabe a diferença entre eutanásia, distanásia e ortotanásia? Que tal pesquisar?

Sugerimos a leitura do artigo **Eutanásia, distanásia e ortotanásia**: revisão integrativa da literatura.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900029.



Tendo em vista os dilemas éticos que envolvem a terminalidade e o paradigma de “manutenção da vida a qualquer custo”, os princípios bioéticos de **não maleficência, beneficência, autonomia e justiça** são fundamentais para qualificar o debate, assim como nortear as decisões que o paciente, a equipe e os familiares tomarão ao longo do processo (CHIBA; SOUZA, 2010).

Você sabe o que cada um desses princípios significa? Vamos acompanhar abaixo:

NÃO MALEFICÊNCIA	BENEFICÊNCIA	AUTONOMIA	JUSTIÇA
O profissional de saúde tem o dever de, intencionalmente, não causar mal e/ou danos a seu paciente.	Quer dizer fazer o bem. De uma maneira prática, isto significa que temos a obrigação moral de agir para o benefício do outro.	De acordo com esse princípio, as pessoas têm liberdade para decidir sobre sua vida, podendo gerenciar sua própria vontade, livre da influência de outras pessoas.	Preocupa-se com a equidade na distribuição de bens e recursos considerados comuns, numa tentativa de igualar as oportunidades de acesso a estes bens.

Nesta trajetória, o paciente e/ou familiares podem escolher pelo local da morte, sendo a residência um espaço apontado como ideal. Essa idealização se deve ao fato de a residência ser o local mais familiar ao paciente. No entanto, morrer no próprio domicílio, acompanhado de seus entes queridos e no ambiente em que tudo é familiar, não é indicação para todos os casos (ANDRADE, 2010).

Nem todas as famílias possuem meios de assumir os últimos cuidados e presenciar o falecimento na residência, nem todos os pacientes têm quadros clínicos adequados e nem todas as residências são propícias para essa situação. É preciso perceber não apenas o desejo do paciente e da família, mas todas as circunstâncias que cercam a possibilidade de falecimento no domicílio (ANDRADE, 2010).

Desse modo, o cuidado no fim da vida tem se tornado uma competência necessária para os serviços de atenção primária à saúde, principalmente pela proximidade que o cuidado na comunidade proporciona entre as equipes de profissionais, os doentes e as famílias (BALIZA et al., 2012).

SAIBA MAIS!

Os quatro princípios da bioética foram propostos inicialmente no Relatório Belmont (1978) para orientar as pesquisas com seres humanos e, em 1979, Beauchamps e Childress, em sua obra *Principles of biomedical ethics*, estenderam a utilização deles para todos aqueles que se ocupam com a saúde das pessoas.

Cuidados paliativos: evolução histórica, definição e princípios

Possivelmente, a comunidade manteve sua atenção voltada a um indivíduo que se encontrava nos últimos momentos de vida em seu leito desde os primórdios da história humana na Terra. Há relatos bíblicos e de outras situações isoladas, no entanto, uma forma sistemática de atendimento a esse tipo de paciente só foi registrada após os tempos medievais (CHIBA; SOUZA, 2010).

Os primeiros relatos dessa natureza aparecem na época das Cruzadas. Neste período um enfermo sem perspectivas terapêuticas era abrigado em hospedarias para receber os cuidados necessários oferecidos pelos monges religiosos. Esses locais eram denominados *hospices*, nome que originou o termo que designa o local de atendimento aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas curativas e que também indica a filosofia de atendimento para enfermos que padecem de doenças incuráveis (CHIBA; SOUZA, 2010).

O desenvolvimento moderno de cuidados paliativos aos enfermos sem possibilidade de cura retomou o seu rumo no final do século 19 até o final do 20. Um dos grandes movimentos visando à abordagem do cuidado integral do doente e não da doença surgiu na década de 1960, no Reino Unido, com o início do desenvolvimento dos cuidados paliativos, o chamado movimento hospice moderno (RODRIGUES; ZAGO, 2009).

A grande guinada deveu-se à enfermeira, assistente social e médica Cicely Saunders, que fundou o *Saint Christopher's Hospice*, na Inglaterra, no ano de 1967, dando uma nova dimensão aos cuidados paliativos. Ela foi pioneira na defesa do cuidado a partir da abordagem centrada no paciente em fase de terminalidade (RODRIGUES; ZAGO, 2009).

O modelo de cuidados paliativos chegou ao Brasil em 1983, no Departamento de Anestesiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Em 1986, na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, surgiu o Serviço de Dor e Cuidados Paliativos. Em 1989 surgiram o Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas (Cepon) em Florianópolis e o Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico (Gesto) no Inca no Rio de Janeiro (COSTA-FILHO et al., 2008).

Esses cuidados foram criados, inicialmente, para atender aos pacientes com câncer em estágio avançado, estendendo-se a todo paciente com alguma patologia que cause dor intensa, além de sintomas físicos, sofrimento emocional e espiritual tão profundos que tornem a vida extremamente insuportável. São cuidados direcionados aos pacientes em que não mais existe a finalidade de curar, uma vez que a doença já se encontra em um estágio progressivo, irreversível e não responsivo ao



tratamento curativo, sendo o objetivo desses cuidados proporcionarem qualidade de vida nos momentos finais (SUDIGURSKY; SILVA, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, define:

Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Para direcionar os cuidados paliativos na prática, a OMS (1990) estabeleceu os princípios que regem os cuidados paliativos:

Promover o alívio da dor e outros sintomas incapacitantes.

Reafirmar a vida e ver a morte como processo normal.

Não apressar ou postergar a morte.

Integrar aspectos psicossociais e espirituais aos cuidados.

Oferecer suporte ao paciente para que possa viver tão ativamente quanto possível até a morte.

Oferecer suporte aos familiares durante toda a trajetória da doença.

Em 2003, foram acrescentados pela OMS outros princípios, atendendo ao conceito atualizado de cuidados paliativos:

- Utilizar uma abordagem de equipe para atender as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo aconselhamento para perda, se indicado.
- Reforçar a qualidade de vida e também influenciar positivamente o curso da doença.
- Aplicar precocemente cuidados paliativos no decorrer da doença, em conjunto com outras terapias que tendem a prolongar a vida, tais como quimioterapia ou radioterapia.



SAIBA MAIS!

A **tanatologia** é uma ciência interdisciplinar nascida nos Estados Unidos que tem como foco o estudo da morte e do morrer. O conhecimento e uma prática holística são as bases do cuidado interdisciplinar desta área. Nos últimos anos, os modelos de cuidado da pessoa durante o processo de morrer mudaram drasticamente. A compreensão teórica do processo do luto trouxe avanços e mudanças fundamentais no paradigma de cuidar destas pessoas (BOUSSO; POLES; ROSSATO, 2009).

Os cinco estágios do luto

Elizabeth Kübler-Ross foi uma médica que desenvolveu grandes trabalhos nos anos de 1960 envolvendo pacientes em estágio de doença avançado. Seu trabalho foi um dos pioneiros a se propor a estudar a temática da morte em sua época e sua teoria dos cinco estágios do morrer é amplamente conhecida na atualidade (LIMA-NETO, 2012).

Em seu trabalho com pacientes gravemente doentes, Kübler-Ross identificou mudanças no modo como os pacientes se sentiam, agiam e pensavam ao longo do processo de elaboração de seu próprio luto. Diante disso, a autora teorizou cinco estágios que foram generalizados para toda e qualquer experiência de perda ou de luto: **negação, raiva, barganha, depressão e aceitação** (LIMA-NETO, 2012).

Negação: os pacientes tendem a negar o fato de um mal que não tenha nenhuma perspectiva de tratamento e cura, fugindo do fato de que somos todos terminais e finitos.

Raiva: o paciente diante de uma catástrofe passa para um estágio de ressentimento, raiva e até inveja; sentimentos que representam, na verdade, uma grande dor, que se expressa na forma de agressão ao outro. É um estágio que já sinaliza um passo para a aceitação, uma vez que o enfermo passa a encarar a morte, mesmo com dificuldade, em vez de tentar fugir dela, negando-a, como no estágio anterior.

Barganha: é o terceiro momento no qual o paciente que já negou e, posteriormente, expressou todo seu pesar através da raiva, vê-se completamente sem domínio da situação, e na impossibilidade de agir, volta-se para o absoluto, para o sagrado, para Deus com o intuito de negociar alguma melhora por meio de promessas, trocas, pactos etc.



Depressão: é o penúltimo estágio para se chegar à aceitação. Não é uma melancolia no sentido psicopatológico, como se costuma entender em psicologia ou em psiquiatria, mas um momento de preparação, ligado a perdas futuras de pessoas, objetos, projetos e valores amados e que serve como facilitadora para a aceitação da morte.

Aceitação: é quando o enfermo compreende seu estado de finitude diante da morte iminente e busca deixar os laços que o prendem à vida sem recorrer mais ao uso de defesas psíquicas. Na verdade é quase como uma apatia de sentimentos, um momento de despedida e tentativa de fechamento de questões ainda em aberto.

TÓPICO 02 MORTE NA VELHICE

É na velhice que a morte se apresenta em estado bruto, como uma ameaça objetiva da morte pessoal, radicalizando a consciência da finitude que coroou os tempos de maturidade (PY; PACHECO; OLIVEIRA, 2009).

A morte está intensamente presente nas transformações que o envelhecimento impõe ao homem. Essa presença se dá no real, mas, também, na esfera simbólica. O objeto perdido na velhice, no tocante às perdas orgânicas, pode ser, por exemplo, a acuidade visual e auditiva, o vigor físico, a beleza juvenil, a memória, a elasticidade e a potência sexual. Ainda, a mudança de papel e status na vida em família e a perda do par amoroso e de amigos podem desencadear o processo de luto nessa fase do desenvolvimento do homem (COCENTINO; VIANA, 2011).

Assim, a aproximação da morte é um grande desafio para o paciente idoso. Não raro, abalam-se as suas crenças, vulnera-se o sentido da sua vida. Para lidar com o que parece insuportável, o paciente revela a verdade que ilumina a existência dos seres humanos: precisamos uns dos outros (PY; PACHECO; OLIVEIRA, 2009).

Conforme Py, Pacheco e Oliveira (2009), uma abordagem profissional voltada para os aspectos existenciais do paciente idoso ao fim da vida deve centrar-se em prover suporte e assegurar a presença junto a ele, para que possam partilhar seus medos obscuros, dúvidas, estranhezas, perplexidades e inquietações.

REFLITA COMIGO!

No geral, observa-se que os pacientes idosos ao fim da vida querem: Tomar suas próprias decisões; estar sem dor; podendo respirar sem esforço; manter-se limpos e confortáveis; saber quais são as expectativas acerca de sua condição física e se os familiares estão cientes e tranquilos sobre sua morte; profissionais que os vejam como seres humanos por inteiro; e querem finalizar suas pendências (PY; PACHECO; OLIVEIRA, 2009).



Você consegue perceber se na sua equipe de trabalho há preocupação com essas necessidades? Ou você ainda se depara com situações em que a necessidade profissional está acima das necessidades do usuário? Nesses casos como você poderia agir?



A morte do paciente no domicílio

Atualmente, com a modalidade de atenção domiciliar, a atividade dos profissionais de saúde requer conhecimentos e habilidades para cuidar de pacientes sob risco de morte, assim como seus familiares, considerando que, mesmo na Estratégia Saúde da Família (ESF), o profissional pode vir a cuidar de usuários que evoluam para a morte na própria residência, tais como os portadores de sequelas de acidente vascular encefálico (AVE), câncer, doenças obstrutivas crônicas, idosos portadores de doenças crônico-degenerativas etc. (RODRIGUES; ZAGO, 2012).

Desta forma, o domicílio, sempre que possível e desde que haja acompanhamento por profissionais de saúde, pode ser tornar o local ideal para o enfermo ficar na sua última etapa da vida. No entanto, existem situações em que os familiares não conseguem perceber a morte daquele indivíduo como um processo natural e, a vivência torna-se uma situação extremamente traumática. Sendo assim, não há por que incentivar a ocorrência do óbito no domicílio (ANDRADE, 2010).

IMPORTANTE!

A decisão de permanecer enfermo no domicílio deve ser tomada em conjunto com a família e respeitada pelos profissionais de saúde.

Os cuidados paliativos devem possibilitar que a pessoa tenha uma morte digna, independentemente da faixa etária, da doença e do cenário em que estiver. Tais cuidados atendem necessidades dos pacientes sem possibilidade de cura, que já não aguardam a melhora da doença, mas o conforto e a serenidade diante da morte (RODRIGUES; ZAGO, 2012).

É fundamental observar não só o paciente terminal, mas todo o seu entorno: o próprio espaço físico, os cuidadores formais e informais, os familiares, a situação socioeconômica, os traços culturais da família em questão e todas as possibilidades e limites aí vislumbrados (ANDRADE, 2010).

Desse modo, temos que estar conscientes que a doença não envolve só a pessoa doente, mas todo o grupo familiar. O doente passa a ser foco de atenção e o familiar eleito cuidador acaba por abdicar de algumas rotinas no seu modo de vida para poder se dedicar ao cuidado. A sobrecarga do cuidado restringe atividades, traz preocupações, insegurança e isolamento, e coloca o cuidador diante da morte e da falta de apoio emocional e prático. Esses fatores têm potencial para aumentar o risco de cansaço e *stress* (FERREIRA; SOUZA; STUCHI, 2008).



IMPORTANTE!

Uma das principais causas de ingresso de um paciente em situação terminal em uma instituição de saúde se deve às condições do cuidador, seja pela sobrecarga, pela insegurança, ou por uma situação não superada pela família, por isso é relevante e necessário formar e cuidar do cuidador (CELAYA, 2007).

Neste contexto do cuidado domiciliar, sabe-se que tanto profissionais como familiares de doentes em cuidados paliativos precisam receber suporte psicológico, emocional e espiritual para enfrentar o sofrimento e a morte, pois há necessidade de um preparo tanto técnico quanto emocional para essa categoria de cuidado (FERREIRA; SOUZA; STUCHI, 2008).

E como fica o cuidador?



Os desafios enfrentados pelo cuidador familiar não ficam somente no âmbito físico, psicológico e social, mas também atingem o econômico. É importante destacar que as condições socioeconômicas de vida podem até não ser determinantes para o cuidado ou a falta deste, mas interferem na manutenção do cuidado domiciliar por um período prolongado de tempo, condicionando ou não sua garantia até o final da vida do paciente (ANDRADE, 2010).

O cuidar no domicílio implica em adaptações na estrutura física da casa, o que demanda tempo e dinheiro. A falta de recursos financeiros para custear estas adaptações e, também, a falta de apoio do profissional da saúde no processo de estruturação do ambiente para atender a demanda do paciente e do cuidador são inerentes a este fator econômico (SILVA; ACKER, 2007).

Vale lembrar que a equipe de saúde deve, frequentemente, orientar, supervisionar e delegar as ações de cuidados aos familiares, como supervisão de alimentação, mudança de decúbito, higiene e trocas de roupas, entre outras atividades. Com uma boa formação, os familiares assumem essas atividades e adquirem confiança (ECHEBURÚA; CORRAL, 2007).

No entanto, o cuidado domiciliar no processo de morte não se restringe ao momento do óbito, vai mais além, finalizando com a visita denominada pós-óbito. Compartilhar uma situação delicada na vida da família possibilita que o profissional de saúde manifeste empatia por aquelas pessoas (RODRIGUES; ZAGO, 2012). Ter contato com a finitude do outro faz lembrar que somos finitos também, e traz o desejo de celebrar a vida.

IMPORTANTE!

Para cuidar do paciente no fim da vida de maneira holística, é preciso expandir a compreensão do ser humano para além da dimensão biológica. A atenção aos aspectos espirituais em cuidados paliativos tem tanta importância que alguns autores ousam colocá-la como maior indicador de boa assistência ao paciente no fim da vida (SAPORETTI, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No início desse texto fizemos alguns questionamentos, e a pergunta agora se direciona a você ter encontrado alguma resposta para o que indagamos. Já saberia responder, por exemplo, o que e quem define a vida?

Se você não conseguiu responder com exatidão alguma pergunta ou até todas, não se preocupe, os casos que envolvem a terminalidade do indivíduo abrangem questões éticas, sociais e religiosas, e nos cabe, enquanto profissionais de saúde, compreender que cada situação familiar é única e que cada indivíduo deve ser respeitado em suas decisões. Portanto, a resposta certa aos nossos questionamentos seria diferente para cada caso abordado, pois cada indivíduo e cada familiar, terá concepções e formas diferentes de lidar com a vida e com a morte.



REFERÊNCIAS

- ALVES, R. Sobre a morte e o morrer. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 12 out. 2003. Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaofz1210200309.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2014.
- ANDRADE, L. Residência: morada da vida e da morte. In: YAMAGUCHI, A. M et al. **Assistência domiciliar**: uma proposta interdisciplinar. São Paulo: Manole, 2010. p. 307-317.
- ARAÚJO, L. F.; LOBO-FILHO, J. G. Análise psicossocial da violência contra idosos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 1, 153-160, 2009.
- BALIZA, M. F. et al. Cuidados paliativos no domicílio: percepção de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 2, p. 13-18, 2012.
- BARCELOS, E. M.; MADUREIRA, M. D. S. Violência contra o idoso. In: CHAIMOWICZ, F. **Saúde do idoso**. Belo Horizonte: NESCOM, UFMG, 2013. p. 138-149.
- BOUSSO, R. S.; POLES, K.; ROSSATO, L. M. Desenvolvimento de conceitos: novas direções para a pesquisa em tanatologia e enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 2, p.1331-6, 2009.
- CELAYA, A. A. Posibilidades y límites de los cuidados paliativos domiciliarios. In: ASTUDILLO, W. et al. (org.) **Los cuidados paliativos, una labor de todos**. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2007. p. 159-170.
- CHIBA, T.; SOUZA, M. R. B. Cuidados paliativos: histórico, definição e paradigma do cuidado. In: YAMAGUCHI, A. M. et al. **Assistência domiciliar**: uma proposta interdisciplinar. São Paulo: Manole, 2010. p. 301-306.
- COCENTINO, J. M. B.; VIANA, T. C. A velhice e a morte: reflexões sobre o processo de luto. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 3, n. 4, p. 591-600, 2011.
- COSTA-FILHO, R. C. et al. Como Implementar cuidados paliativos de qualidade na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 20, n. 1, p. 88-92, 2008.
- ECHEBURÚA, E.; CORRAL, P. Cómo sobrellevar mejor el proceso de duelo? In: ASTUDILLO, W. et al. (org.) **Los cuidados paliativos, una labor de todos**. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2007. p. 231-246.
- FERREIRA, N. M. L. A.; SOUZA, C. L. B.; STUCHI, Z. Cuidados paliativos e família. **Revista de Ciências Médicas**, v. 17, n. 1, p. 33-42, 2008.
- LIMA NETO, V. B. Tanatologia e logoterapia: um diálogo ontológico. **Revista Logos e Existência**, v. 1, n. 1, p. 38-49, 2012.
- NIETSCHKE, E. A. et al. Equipe de saúde e familiares cuidadores: atenção ao doente terminal no domicílio. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, p. 55-62, 2013.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Control del cáncer**: Aplicación de los conocimientos: guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. 2007. 42 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44025/1/9789243547343_spa.pdf?ua=1>. Acesso em: 10 dez. 2014.



PY, L. A. O.; PACHECO, J. L.; OLIVEIRA, J. F. Morte na velhice. In: SANTOS, F. S. **Cuidados paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 179-191.

RODRIGUES, I. G.; ZAGO, M. M. F. A morte do paciente no domicílio. In: MALAGUTTI, W. **Assistência domiciliar**: atualidades da assistência de enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. p. 235-252.

SAPORETTI, L. A. Espiritualidade e religiosidade no final da vida. In: YAMAGUCHI, A. M. et al. **Assistência domiciliar**: uma proposta interdisciplinar. São Paulo: Manole, 2010. p. 377-396.

SILVA, C. A. M.; ACKER, J. I. B. V. O cuidado paliativo domiciliar sob a ótica de familiares responsáveis pela pessoa portadora de neoplasia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 2, p. 150-154, 2007.

SUDIGURSKY, D.; SILVA, E. P. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n. 3, p. 504-508, 2008.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – *Natalino Salgado Filho*

Vice-Reitor – *Antonio José Silva Oliveira*

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – *Fernando de Carvalho Silva*

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – *Nair Portela Silva Coutinho*

COMITÊ GESTOR - UNA-SUS/UFMA

COORDENAÇÃO GERAL

Ana Emília Figueiredo de Oliveira

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

Deborah de Castro e Lima Baesse

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIAS E HIPERMÍDIAS

Rômulo Martins França

Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde.

Unidade UNA-SUS/UFMA: Rua Viana Vaz, nº 41, CEP: 65020-660. Centro, São Luís - MA.

Site: www.unasus.ufma.br

Revisão ortográfica

Fábio Alex Matos Santos

Revisão técnica

Claudio Vanucci Silva de Freitas

Judith Rafaelle Oliveira Pinho

Normalização

Eudes Garcez de Souza Silva

(CRB 13ª Região nº Registro – 453)

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

Violência e terminalidade: a terminalidade no domicílio/Germano Silva Moura (Org.). - São Luís, 2014.

13f.: il.

1. Doente terminal. 2. Morte. 3. Pesar. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. UNA-SUS/UFMA. I. Freitas, Claudio Vanucci Silva de. II. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. III. Título.

CDU 236.1:614

COPYRIGHT @ UFMA/UNA-SUS, 2014. TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA OBRA, DESDE QUE CITADA A FONTE E QUE NÃO SEJA PARA VENDA OU PARA QUALQUER FIM COMERCIAL. A RESPONSABILIDADE PELOS DIREITOS AUTORAIS DOS TEXTOS E IMAGENS DESTA OBRA É DA UNA-SUS/UFMA.

