

Peculiaridades da comunicação ao fim da vida de pacientes idosos

Claudia Burlá
Ligia Py

A comunicação com idosos ao final de vida e seus familiares é tarefa delicada para o profissional. Os pacientes estão no equilíbrio de suas fragilidades e fortalezas e o profissional, seu interlocutor, é provocado a considerar sua própria terminalidade. Os familiares experimentam um processo de luto antecipatório pela perda próxima que irão sofrer. A tomada de decisões deve pautar-se por princípios científicos e éticos. A comunicação deve ser clara, objetiva e adequada à capacidade de assimilação dos interlocutores. O protocolo Spikes é um guia metodológico para a comunicação das más notícias, composto por seis etapas: 1) postura do profissional; 2) percepção do paciente; 3) possibilidade de troca de informações; 4) conhecimento do assunto; 5) capacidade de explorar e enfatizar as emoções; 6) finalização da conversa, com estratégias e síntese. Ressalte-se que, tão ou mais importante que o conteúdo a ser comunicado, é o modo como a comunicação é feita.



Claudia Burlá

Médica, especialista em Geriatria e Gerontologia, secretária-geral e vice-presidente da International Association of Gerontology and Geriatrics, presidente da Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, consultora internacional do *Guia de cuidados ao fim da vida*, do governo do Canadá/Universidade de Toronto, e médica observadora do Serviço de Cuidados Paliativos e de Psiquiatria Geriátrica do Sunnybrook Health Science Center/Universidade de Toronto

Unitermos: comunicação, idosos, final de vida, cuidados paliativos

Introdução

As palavras comunicação e comunhão têm a mesma origem etimológica e reportam a uma mesma situação em pessoas que se põem em comum, partilham algo, se relacionam umas com as outras, com participação, união, ligação – como no exemplo da “comunhão da chuva com a terra gerando vida” (1).

Comunicação, assim entendida, poria os profissionais, os pacientes ao final de vida e seus familiares numa práxis relacional. No entanto, ao invés disso, com frequência temos uma prática em saúde, por vezes de alta sofisticação, regida pela lógica da informação, que, ainda etimologicamente, nos remete à ação de formar, fabricar, esboçar, desenhar, planejar, apresentar idéias e concepções, nada tendo a ver com qualquer conteúdo constitutivo da dinâmica da comunicação.

**Ligia Py**

Psicóloga, especialista em Geriatria e Gerontologia, doutora em Psicologia, pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Tanatologia e Subjetividade, do Instituto de Psicologia/UFRJ, secretária-geral da Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e membro efetivo do Conselho de Bioética do Inca

Os profissionais que trabalham com pacientes em fim de vida não escapam do insistente apelo da verificação realista de sua mortalidade, espelhada na morte do outro. Bem como não escapam do paradoxo de se saberem finitos ao mesmo tempo em que negam a condição de mortal (2). O conhecimento da finitude, ainda que necessário à estabilidade do funcionamento psíquico, se contrapõe à idéia da certeza da própria morte, que não pode ser consciente e persistentemente tolerada por ser humano algum sem que represente ameaça à integridade de sua organização psíquica. Assim é engendrado o medo da morte, como sábia garantia de reprimir a tormenta do pavor da própria aniquilação do ser humano (3).

Neste texto, apresentamos algumas idéias sobre as peculiaridades da comunicação entre profissionais, pacientes idosos ao final de vida e seus familiares, abordando o acolhimento e a orientação como integrantes da dinâmica comunicacional nesse específico cenário. Incluímos o protocolo Spikes como sugestão de ponto de partida para a criação de novos e mais apropriados modos de interação com nossos pacientes quando do momento de notícias de incúria, insucesso ou futilidade de tratamentos, agravamento do adoecimento e probabilidades de aproximação ou iminência da morte.

Peculiaridades da comunicação

No acolhimento ao paciente idoso

Freqüentemente, agimos como se morrer fosse um problema apenas de quem está morrendo. O fato é que morremos como vivemos, numa rede de relações vitais altamente complexas (4). Considerando tal assertiva, o encontro do profissional com um paciente idoso ao final de vida é, na verdade, um encontro entre duas pessoas que se comunicam, em estimulação mútua, res-

guardadas as particularidades do papel de cada um nessa relação. A aproximação da morte assinala um modo peculiar de comunicação que pode fluir por canais nunca antes visitados, quando o sofrimento do paciente se manifesta pela tristeza, frustração ou medo (5).

A angústia ante a ameaça da morte, a perplexidade diante do desconhecido absoluto podem não comportar a expressão pela fala, esse modo régio de comunicação dos seres humanos. Estar em comunicação com os pacientes idosos ao fim de vida é estar em comunhão com eles, no acolhimento do poder inimaginável de sua capacidade de comunicação que nem a ausência da fala é capaz de conter. É quando o profissional tem a oportunidade de ser “alguém que acolhe o que vê e sente, que registra o que ouve, que procura captar a expressividade de outrem e que deve silenciar-se para que o outro possa exprimir-se” (6).

A velhice é uma conquista admirável da civilização tanto quanto da exclusividade de um indivíduo que atravessa o tempo, desafiando a vulnerabilidade do seu corpo que segue o curso contínuo do desenvolvimento, envelhecendo mais e mais. Um paciente idoso, portador de doenças crônicas de longo curso, é alguém marcado pela precariedade do corpo velho, cumulado de experiências de dores, perdas e muito sofrimento, mas também de superações que pôde inventar e lhe valeram de impulso para seguir sempre adiante, saboreando triunfos e prazeres possíveis.

A comunicação com esses idosos à beira da morte é uma delicada tarefa que busca alcançá-los no

balanço de suas fragilidades e fortalezas, quando o profissional, seu interlocutor, é provocado a considerar a sua própria terminalidade (7).

A recusa do contato profissional com o paciente idoso ao fim de vida não é incomum, razão da “conspiração do silêncio” que abole possibilidades de aprendizado e crescimento, essas coisas que nos interligam e justificam como humanos. Mas o medo pode ser paralisante, na expressão da recusa do profissional, como nos diz Pessini (8): “O sofrimento também nos infunde ‘medo’, porque nos vemos em espelho, a fragilidade, a vulnerabilidade e a mortalidade, elementos da nossa condição humana que não gostamos de ver lembrados ... porque nos confrontam com o nosso próprio fim”.

Um cuidado especial deve ser dado à relação transferencial. O paciente pode transferir uma situação ocorrida no passado de sua história pessoal para a realidade presente, que é desconhecida e ameaçadora para ele, devido à aproximação da morte. Nessa circunstância, pode revelar uma dependência acima do esperado, acompanhada de pensamento mágico e fantasias de ajuda, cujo fator desencadeador são aspectos inconscientes de sua personalidade totalmente fora de controle. O efeito produzido no profissional por tais manifestações do paciente configura a contratransferência, quando aparecem respostas emocionais estritamente de sua história pessoal, que podem atualizar-se na relação com o paciente. Apenas a partir da compreensão desses sentimentos o profissional pode construir uma relação solidária com o paciente, na qual se potencializam suas possibilidades de neutralizar tanto a sua onipotência

– transbordamento de cuidados – como a impotência – omissão de cuidados (9).

Daí, podemos observar como os momentos de enfrentar a verdade de um diagnóstico ou prognóstico desfavorável e comunicá-lo ao paciente são marcantes na vida profissional. A forma objetiva e clara é a melhor escolha, porém, via de regra, o despreparo é impeditivo de uma comunicação hábil, quando se trata dos infortúnios que frustram o propalado sucesso terapêutico que alimenta o narcisismo profissional (10). Uma notícia que altera, drástica e desagradavelmente, a expectativa do paciente sobre o seu futuro carece de uma modalidade de comunicação capaz de reduzir as incertezas, fortalecendo a relação profissional-paciente e viabilizando um direcionamento pertinente à realidade da situação (11).

É mesmo difícil e doloroso escutar o paciente na sua autopercepção: “Vejo certas coisas acontecendo e me vem uma sensação de pavor. O que vou fazer sem as mãos? Como será quando eu não puder mais falar? Não engolir não me preocupa muito, posso ser alimentado por um tubo. Mas a minha voz? As minhas mãos? Fazem parte essencial de mim. Falo por meio da minha voz. Gesticulo com as mãos. É assim que me dou às pessoas” (12).

Quando o paciente demonstra pressentir que algo está por acontecer, está se comunicando. O avanço da doença e as observações que vai fazendo das condutas profissionais são percepções que podem inquietá-lo e despertar-lhe a necessidade de segurança e proteção. Nessas situações, o profissional é provocado em sua

capacidade de compreensão, tolerância e enfrentamento, tornando-se instrumento fundamental tanto no controle como no desencadeamento da ansiedade do paciente. Todo cuidado consigo mesmo é desejável, para que a relação comunicacional aconteça favoravelmente para ambos: profissional e paciente. É sempre bom lembrar que a comunicação entre o profissional e o paciente ao fim de vida está inserida na relação transferencial e que “a contratransferência é uma reação interna, sempre a carregamos em tudo que fazemos, são nossas implicações [...] ou seja, nós só nos lançamos, só nos engajamos a algo, a algum sentimento, idéia [...] se estivermos contratransferidos, nos implicando no contexto apresentado” (13).

Na orientação aos familiares

Profissionais e familiares são sujeitos de decisões que implicam em tratamentos pertinentes e disponíveis. O compartilhamento das decisões necessariamente inclui o paciente, quando está habilitado para tal, e é na dinâmica de uma boa comunicação que se torna clara a posição de cada um nesse cenário do fim de uma vida. Muitas vezes, decisões tomadas pelos pacientes quando em gozo da saúde e comunicadas aos familiares se modificam substantivamente na iminência da morte. O profissional deve estar habilitado para, na relação com os familiares dos pacientes, expressar-se de modo tal que a comunicação possa fluir com clareza e abertura para as mudanças ocorridas na condição de terminalidade do enfermo (4)

Para que uma decisão dessa natureza tenha consistência faz-se necessário que a comuni-

cação esteja fincada nas bases de informação suficiente para assegurar uma tomada de posição sustentada por princípios científicos e éticos. Para tanto, os profissionais têm a seu cargo a orientação aos familiares dos pacientes idosos e em fim de vida. A comunicação deve pautar-se na informação clara e adequada à capacidade de assimilação dos familiares em condições de interação na relação profissional-familiares. Os dados sobre o curso da doença, objetivamente trazidos com abertura para o esclarecimento das dúvidas referentes ao cuidado, visam à instrumentalização dos familiares, numa busca realista de soluções possíveis para os problemas que enfrentam no cotidiano (9)

Todo esse trabalho de orientação aos familiares circunscreve-se na dinâmica do luto antecipatório pela perda próxima que irão sofrer. Nesse processo, comprometem-se o interesse pelo mundo externo e a mobilização de recordações que engendram o sofrimento de perda, tantas vezes crivada de ressentimentos e culpa. Esse luto antecipatório é o que acontece antes da perda concreta do paciente. É uma expressão cunhada por Lindemann, em 1944, e estudada por Torres (2), referindo-se a uma possibilidade de elaboração psíquica na peculiaridade da “morte com aviso prévio”, quando paciente e familiares percorrem um tempo de espera, tão comum entre os idosos.

Uma forma clara, direta e suave para abordar com os familiares a condição do paciente, a evolução da doença, os problemas prováveis e de que modo devem se organizar para cuidar ou providenciar os cuidados do paciente é a melhor

estratégia de orientação que o profissional pode oferecer para instrumentalizar e tranquilizar os familiares. Torna-se, assim, possível dissipar dúvidas, abrandar receios, corrigir conceitos equivocados e fortalecer as relações profissional-familiares e familiares-paciente. Os jargões técnicos devem ser evitados, pois além de não contribuírem em nada para a compreensão dos conteúdos que interessam aos familiares, são instrumentos hábeis na poluição da relação profissional-familiares (14).

O profissional deve aprender a separar a mensagem do mensageiro e, assim, construir um bom relacionamento com os familiares. Não é pelo fato de ser portador de uma má notícia que a sua presença se torna indesejável para a família do paciente. A sua habilidade de comunicação é que definirá a qualidade da relação. Se explorar a própria sensibilidade, se usar positivamente a emoção, se expressar com sinceridade os sentimentos, certamente criará um vínculo de confiança com os familiares. Mas se, ao contrário, a má notícia for dada de maneira fria, impessoal, sem envolvimento nem compromisso com o paciente, aí sim a relação profissional-familiares fica totalmente prejudicada. O profissional que conseguir unir técnica à sensibilidade vai desempenhar melhor sua atuação como facilitador para o convívio dos familiares com o seu paciente idoso ao fim de vida (15)

Na comunicação com os familiares, é conveniente que os profissionais se empenhem na escuta da história dos afetos dentro das relações do paciente na dinâmica da família. Frequentemente, são momentos de tensão, quando deve ser facilitada a expressão emocional visan-

do à redução do estresse no confronto dos conflitos que agora se exacerbam. Esses conflitos, porém, no mais das vezes, são antigos calos presentes na história da vida familiar. Entretanto, é possível apontar para a adoção do compromisso humanitário, mesmo na ausência de uma construção afetiva na família. Assim, o profissional vai estar contribuindo para uma elaboração psíquica desses conteúdos emocionais, estimulando os familiares a usarem seus recursos internos para tentarem dar conta da situação de terminalidade de um dos seus (5).

De acordo com Goldani (16), a família é considerada “um processo de articulação das trajetórias de vida de seus membros, que se constrói e se reproduz no contexto das relações de classe, étnicas e de gênero”. Assim, para uma boa comunicação do profissional com os familiares dos pacientes idosos em fim de vida, é necessário que atentem para o fato de que as normas de conduta de uma família se forjam na interação das trajetórias individuais de seus membros, resultando em estruturas diferenciadas, cujas dinâmicas interferem na construção daquelas mesmas trajetórias, em movimento dialético contínuo. Então, a maneira como os idosos são tratados por seus familiares depende da forma de organização dessas articulações e interações, circunscritas em contextos sociais determinados (9).

O protocolo Spikes

Em 1992, quando Robert Buckman (11) lançou o protocolo Spikes, os profissionais que lidam com pacientes em final de vida receberam um guia metodológico para a comunicação

das chamadas más notícias, que abriu um caminho altamente promissor para a qualidade da relação profissional-paciente.

Todo profissional de saúde tem o dever de se capacitar para realizar uma comunicação franca com os pacientes e seus familiares. As más notícias devem ser dadas com sensibilidade, em um ambiente de serenidade que propicie a manifestação sincera de apoio, no ritmo do paciente e/ou familiares, e sempre com abertura para indagações, tantas quantas forem demandadas. É fundamental que o profissional jamais se esqueça de que más notícias não se transformam em boas notícias, qualquer que seja o arranjo lingüístico para expressá-las. No caso de pacientes idosos, é importante considerar a capacidade funcional do mesmo, sua disponibilidade física e psíquica para uma relação profissional-paciente que comporte a comunicação de más notícias. É sempre conveniente a presença dos familiares, não só pela vulnerabilidade do paciente como pela gravidade do anúncio da aproximação de sua morte, que, afinal, tem a ver com toda a dinâmica familiar (14).

O primeiro passo é a escolha do ambiente adequado para a comunicação. Cuidar para que haja privacidade e que o profissional disponha de tempo suficiente para responder a todas as perguntas do paciente e familiares, com capacidade para suportar os silêncios que se fizerem presentes.

O profissional precisa perceber o que o paciente sabe e o que quer saber sobre o seu estado. Precisa também sentir o ritmo da conversa. Sua sensibilidade é a antena que vai direcioná-lo para a percepção dos membros da família que

devem ser chamados para receber as notícias a respeito do paciente. Particularidades e até segredos familiares podem ser revelados no decorrer da conversa, o que vai demandar do profissional um manejo especial da situação, que pode resultar em constrangimento, desconforto e desavença entre os membros da família.

O protocolo Spikes é composto por seis etapas: 1) postura do profissional; 2) percepção do paciente; 3) possibilidade de troca de informações; 4) conhecimento do assunto em questão; 5) capacidade de explorar e enfatizar as emoções; 6) finalização da conversa, com estratégias e síntese.

Setting - Postura do profissional
Perception - Percepção do paciente
Invitation - Troca de informação
Knowledge - Conhecimento
Explore emotions - Explorar e enfatizar as emoções
Strategy and summary - Estratégias e síntese

A comunicação das más notícias deve acontecer numa conversa em ambiente amigável, que possa dar segurança ao paciente e seus familiares. Um modo interessante de iniciar a conversa é perguntar diretamente ao paciente como está se sentindo e o que imagina estar acontecendo em relação ao seu tratamento e à doença. Algumas vezes, o próprio paciente já antecipa que a situação está ruim e que já percebeu que algo não está equilibrado. Esse é o momento adequado para traçar diretrizes positivas e evitar expectativas não realistas. Com a

abertura do profissional para a troca efetiva de informação e para a elucidação das dúvidas e questionamentos, as incertezas do paciente diminuem e uma relação de confiança e respeito mútuo se torna possível (5).

Nessa comunicação, fortes reações emocionais são esperadas, tanto dos pacientes como de familiares que choram, gritam ou caem em desconcertante apatia, causando ao profissional grande dificuldade de intervenção. O suporte do profissional deve conjugar a capacidade de escuta com a competência científica e a estrutura intrínseca de lidar com situações críticas, envolvendo os seus aspectos contratransferenciais, como abordado anteriormente.

Na finalização do encontro, o profissional deve assegurar-se do que foi entendido pelo paciente e familiares, tanto quanto for possível na ocasião. Vale lembrar que, muitas vezes, a elaboração da conversa só se dará posteriormente. Uma síntese do encontro é imprescindível, acrescida da disponibilidade deixada pelo profissional para novas incursões do paciente e seus familiares, quando necessário.

Considerações finais

A condição terminal dos idosos nos remete a uma reflexão sobre a velhice e a morte. No mistério do corpo se inscreve a nossa perplexidade diante dos desdobramentos do aumento da longevidade, do inacabamento e da finitude do ser humano.

O anúncio da aproximação da morte dos pacientes idosos a eles mesmos e a seus familiares deve acionar recursos internos do

profissional, que o leve a considerar sua própria condição de humano e mortal, com o trunfo da competência científica que o privilegia na comunicação com o paciente e familiares. A lembrança persistente de Hipócrates é a regra básica para o profissional competente e sensível: “Penso que o melhor médico é aquele que tem a sabedoria de falar com os pacientes, segundo o seu conhecimento, da situação do momento, do que

aconteceu antes e do que acontecerá no futuro”.

Finalmente, a convicção de que mais importante do que falar é a forma como falar e escutar deve pautar a construção da relação do profissional com o paciente idoso em final de vida e seus familiares, de modo que a comunicação seja a sua efetiva oportunidade para concretizar a metáfora da “comunhão da chuva com a terra gerando vida”.

RESUMEN

Peculiaridades de la comunicación al final de la vida de pacientes ancianos

La comunicación con el adulto mayor al final de vida y con los miembros de su familia es una cuestión sensible para el profesional; los pacientes están en el borde entre sus debilidades y fuerzas, y el profesional es llevado a considerar su propia finitude. Los miembros de la familia experimentan un proceso del luto de anticipación para la pérdida que ellos deben sufrir dentro de poco del paciente. La tomada de decisión debe ser según principios científicos y éticos. La comunicación debe ser clara y objetiva, y satisfecha al nivel de entendimiento de miembros de familia y/o del paciente. El protocolo Spikes es una guía metodológica en como romper noticias malas. Esto incluye seis pasos: 1) actitud del profesional; 2) la percepción del paciente; 3) posibilidad de cambio de información; 4) conocimiento del asunto; 5) capacidad de explorar y enfatizar emociones; 6) finalizar la conversación, con un resumen de ella y el establecimiento de estrategias. Tan importante como, o aún más importante que, el contenido de la comunicación es la forma en como comunicar la información.

Unitérminos: comunicación, adulto mayor, final de vida, cuidados paliativos

ABSTRACT

Specific characteristics of communicating the end of life to senior citizen patients

Communicating the end of a senior citizen's life to his or her family members is a delicate task for a medicine professional. Patients are in a balance between strengths and weaknesses and the doctor, who acts as the patient's voice, is made to question his own mortality. Family member go through a preemptive anticipated mourning process for being in the imminence of suffering a loss. The decision-making process must be guided by ethical and scientific principles. Communication must be clear, objective, and using terms that can be understood by people who receive it. The Spikes protocol is a guide covering the proper method for communicating bad news, made up of six steps: 1) the doctor's posture; 2) the patient's perceptions; 3) a possibility of information exchange; 4) knowledge about the topic; 5) a capacity to explore and emphasize emotions; 6) bringing the conversation to an end, with strategies and a synthesis. It must be pointed out that the way information is communicated is just important, or perhaps even more important, than what is being communicated.

Uniterms: communication, senior citizens, end of life, palliative care

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
2. Torres, WC. As perdas do paciente terminal e o luto antecipado. *Psicologia e Argumento* 2000 abr;19(28):7-12.
3. Py L, Oliveira AC. Humanizando o adeus à vida. In: Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola, 2004: 135-147.
4. Murray TH, Jennings B. The quest to reform end of life care: rethinking assumptions and settings new directions. In: Jennings B, Kaebnick GE, Murray TH, editors. *Improving end of life care: why has it been so difficult?* Hasting Center Report Special Report 2005;35(6):552-557.
5. Burlá C, Py L. Comunicação ao fim da vida. *Revista Prática Hospitalar* 2006 jan./fev.;8(43): 110-113.
6. Oliveira PS. *Vidas compartilhadas: cultura e co-educação de gerações na vida cotidiana*. São Paulo: Hucitec/FAPESP, 1999.
7. Burlá C, Py L. Humanizando o final da vida em pacientes idosos: manejo clínico e terminalidade. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola, 2004: 125-134.
8. Pessini L. *Morrer com dignidade*. Aparecida/SP: Santuário, 1990.
9. Py L. *Velhice nos arredores da morte: a interdependência na relação entre idosos e seus familiares*. Porto Alegre: EdipucRS, 2004.
10. Baile WF, Lenzi R, Parker PA, Buckman R, Cohen L. Oncologists'attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. *J Clin Oncol* 2002;20(8):2189-2196.
11. Buckman R. *Breaking bad news: a guide for health care professionals*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1992.

12. Albom, M. A última grande lição: o sentido da vida. 13ª ed. Rio de Janeiro: GMT, 1998.
13. Seminário MLA. Revisando o tema da contratransferência. Apostila da disciplina Teorias e Sistemas Psicanalíticos II. Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia/UFRJ, 1995.
14. Burlá C. Palição: cuidados ao fim da vida. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Caçado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006: 1079-1089.
15. Burlá C. Envelhecimento e cuidados ao fim da vida. In: Py L, Pacheco JL, Sá JLM, Goldman SN, organizadores. Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro: Nau, 2004: 375-397.
16. Goldani, AM. Mulheres e envelhecimento: desafios para novos contratos intergeracionais e de gênero. In: Camarano AA, organizador. Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 1999: 75-113.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Buckman R. I don't know what to say... 2nd Toronto: Key Porter Books Limited, 1996.
- Doyle D, Hanks G, Cherney N, Calman K. Oxford textbook of palliative medicine. 3rd Oxford: Oxford University Press, 2004.
- Hoskin P, Makin W. Oncology for palliative medicine. Oxford: Oxford University Press, 1998
- Morrison RS, Meier D. Geriatric palliative care. Oxford: Oxford University Press, 2003.
- Penson J, Fisher R. Palliative care for people with cancer. 2nd Oxford: Hodder Arnold Publisher, 1995.
- Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida. São Paulo: Loyola, 2001.
- Pessini L, Barchifontaine CP, organizadores. Bioética e longevidade humana. São Paulo: Loyola, 2006.
- Py L, Trein F. Finitude e infinitude: dimensões do tempo na experiência do envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Caçado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, Orgs. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006: 1353-1360.
- Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news: a review of the literature. JAMA 1996;276:496-502.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Claudia Burlá
Rua Artur Araripe, 43 / 1003 - Gávea
Rio de Janeiro / RJ - Brasil
CEP 22451-020