



Yvanna Carla de Souza Salgado  
(Organizadora)

# Cuidados Paliativos: Procedimentos para Melhores Práticas

Atena  
Editora  
Ano 2019

**Yvanna Carla de Souza Salgado**  
(Organizadora)

# **Cuidados Paliativos: Procedimentos para Melhores Práticas**

Atena Editora  
2019

2019 by Atena Editora  
Copyright © Atena Editora  
Copyright do Texto © 2019 Os Autores  
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora  
Editora Executiva: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Antonella Carvalho de Oliveira  
Diagramação: Geraldo Alves  
Edição de Arte: Lorena Prestes  
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

### **Conselho Editorial**

#### **Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

#### **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

### **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

### **Conselho Técnico Científico**

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo  
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba  
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico  
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará  
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista  
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia  
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal  
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

<b>Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)</b>	
C966	Cuidados paliativos [recurso eletrônico] : procedimentos para melhores práticas / Organizadora Yvanna Carla de Souza Salgado. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019.  Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-546-4 DOI 10.22533/at.ed.464192008  1. Pacientes. 2. Tratamento paliativo. 3. Saúde. I. Salgado, Yavanna Carla de.  CDD 616.029
<b>Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422</b>	

Atena Editora  
Ponta Grossa – Paraná - Brasil  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br

## APRESENTAÇÃO

A obra “**CUIDADOS PALIATIVOS: PROCEDIMENTOS PARA MELHORES PRÁTICAS**” aborda artigos relacionados aos cuidados paliativos, que são oferecidos aos pacientes que possuem uma doença não passível de cura; visando melhor qualidade de vida através da prevenção e alívio do sofrimento para que possam viver o mais confortavelmente possível.

Para que os resultados sejam satisfatórios, busca-se uma abordagem multiprofissional focada não somente nas necessidades dos pacientes, como também na de seus familiares. A Organização Mundial da Saúde define Cuidados Paliativos como a *“abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”*.

A obra possui o intuito de ampliar o conhecimento da temática, contribuindo assim para a formulação de políticas públicas, elaboração de protocolos e ferramentas de levantamento de dados, levantamento das questões éticas relacionadas à assistência e aprofundamento da compreensão da importância destes cuidados.

A obra é fruto do esforço e dedicação das pesquisas dos autores e colaboradores de cada capítulo e da Atena Editora em elaborar este projeto de disseminação de conhecimento e da pesquisa brasileira. Espero que este livro possa permitir uma visão geral e inspirar os leitores a contribuírem com pesquisas para a promoção da saúde e bem estar social.

Yvanna Carla de Souza Salgado

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
ACOLHIMENTO COMO TECNOLOGIA LEVE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	
<i>Vitória Eduarda Silva Rodrigues</i>	
<i>Francisco Gerlai Lima Oliveira</i>	
<i>Denival Nascimento Vieira Júnior</i>	
<i>Sara Joana Serra Ribeiro</i>	
<i>Brenda Moreira Loiola</i>	
<i>Camila Carvalho dos Santos</i>	
<i>Waléria Geovana dos Santos Sousa</i>	
<i>Manoel Renan de Sousa Carvalho</i>	
<i>Gabriela Maria da Conceição</i>	
<i>Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4641920081</b>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>13</b>
CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	
<i>Luís Paulo Souza e Souza</i>	
<i>Gabriel Silvestre Minucci</i>	
<i>Patrícia Silva Rodríguez</i>	
<i>Tamara Figueiredo</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4641920082</b>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>20</b>
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA EM CUIDADOS PALIATIVOS	
<i>Maria Lúcia de Mendonça Sandes</i>	
<i>Thiago de Sá Samuel</i>	
<i>Karla Fernanda Batista</i>	
<i>Maiara dos Santos Pereira</i>	
<i>Anna Beatriz Fernandes Bezerra Santos</i>	
<i>Monica Santos Teles</i>	
<i>Mayara de Jesus Silva</i>	
<i>Heryca Natacha Cruz Santos</i>	
<i>Priscila dos Santos Nascimento Gonçalves</i>	
<i>Michelly Karolaynny dos Santos</i>	
<i>Marília de Oliveira Santos</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4641920083</b>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>31</b>
AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA DO TEXAS <i>REVISED INVENTORY OF GRIEF</i> (TRIG) EM PAÍS BRASILEIROS QUE PERDERAM O FILHO COM CÂNCER	
<i>Erica Boldrini</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4641920084</b>	
<b>CAPÍTULO 5</b> .....	<b>42</b>
MEDIDA DO BEM-ESTAR DOS CUIDADORES DE PACIENTES PALIATIVOS ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS	
<i>Ligiamara de Castro Toledo</i>	
<i>Thiago Buosi da Silva</i>	
<i>Erica Boldrini</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4641920085</b>	

<b>CAPÍTULO 6</b> .....	<b>50</b>
AVALIAÇÃO DE BURNOUT EM COLABORADORES DO HOSPITAL DE CÂNCER INFANTOJUVENIL	
<i>Claudia Lucia Rabatini</i>	
<i>Erica Boldrini</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4641920086</b>	
<b>CAPÍTULO 7</b> .....	<b>59</b>
PLANILHA DE VISITAS DOMICILIARES: UMA EXPERIÊNCIA BEM-SUCEDIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	
<i>Mauricio Vaillant Amarante</i>	
<i>Ozinelia Pedroni Batista</i>	
<i>Camila Lampier Lutzke</i>	
<i>Shirley Kempin Quiqui</i>	
<i>Marcelo Luiz Koehler</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4641920087</b>	
<b>CAPÍTULO 8</b> .....	<b>65</b>
AVALIAÇÃO DO GRAU DE CONHECIMENTO ACERCA DE CUIDADOS PALIATIVOS DOS MEDICOS E ENFERMEIROS	
<i>Carlos Augusto Moura Santos Filho</i>	
<i>Rayanna Souza Santos</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4641920088</b>	
<b>CAPÍTULO 9</b> .....	<b>73</b>
MOMENTO ACOLHER: RELATO DE UMA VIVENCIA JUNTO A FAMÍLIA DO PACIENTE EM CUIDADO PALIATIVO	
<i>Flávia Roberta de Araújo Alves</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4641920089</b>	
<b>CAPÍTULO 10</b> .....	<b>76</b>
CUIDADOS PALIATIVOS: O USO DE PALESTRAS COMO UMA DAS FERRAMENTAS/INFORMATIVO, ESCLARECEDORA-REVISÃO DE PALESTRAS NO CANAL YOUTUBE NO BRASIL	
<i>Marilza Alves de Souza</i>	
<i>Marília Aguiar</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.46419200819</b>	
<b>CAPÍTULO 11</b> .....	<b>88</b>
ASPECTOS BIOÉTICOS RELACIONADOS ÀS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS EM FIM DE VIDA	
<i>Paula Christina Pires Muller Maingué</i>	
<i>Carla Corradi Perini</i>	
<i>Andréa Pires Muller</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.46419200811</b>	

**CAPÍTULO 12 ..... 97**

**O PACIENTE EM SUA FASE FINAL: O FISIOTERAPEUTA PODE AJUDÁ-LO NESSE PROCESSO?**

*Bárbara Carvalho dos Santos*  
*Francelly Carvalho dos Santos*  
*Brena Costa de Oliveira*  
*Suellen Aparecida Patricio Pereira*  
*Roniel Alef de Oliveira Costa*  
*Kledson Amaro de Moura Fé*  
*Edilene Rocha de Sousa*  
*Joana Maria da Silva Guimarães*  
*Laércio Bruno Ferreira Martins*  
*Daccione Ramos da Conceição*  
*Maylla Salete Rocha Santos Chaves*  
*Fabriza Maria da Conceição Lopes*  
*David Reis Moura*

**DOI 10.22533/at.ed.46419200812**

**CAPÍTULO 13 ..... 107**

**VIVÊNCIAS E NECESSIDADES DOS CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER**

*Danilo Ferreira Santos*  
*José Lucas Fagundes de Souza*  
*Aparecida Samanta Lima Gonçalves*  
*Valdira Vieira de Oliveira*  
*Júlia de Oliveira e Silva*  
*Gabriel Silvestre Minucci*  
*Luís Paulo Souza e Souza*  
*Rosana Franciele Botelho Ruas*

**DOI 10.22533/at.ed.46419200813**

**CAPÍTULO 14 ..... 121**

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE ACERCA DA ORTOTANÁSIA**

*Ana Dagnaria Rocha*  
*Claudiane Aparecida Guimarães*

**DOI 10.22533/at.ed.46419200814**

**CAPÍTULO 15 ..... 133**

**ESTUDO SOBRE OS FATORES ASSOCIADOS AO LOCAL DE ÓBITO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS, ENTRE 2007-2016, NA CIDADE DE BELO HORIZONTE**

*Izabela Fuentes*  
*Marcelle Ferreira Saldanha*  
*Thais Therezinha Duarte Marques*  
*Eliene Antonieta Diniz e Asevedo*  
*Jéssica da Silva Andrade Medeiros*  
*Samuel Ribeiro Dias*  
*Tassiano Vieira de Souza*

**DOI 10.22533/at.ed.46419200815**

<b>CAPÍTULO 16</b> .....	<b>138</b>
CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE MÉDICOS DO IMIP SOBRE DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: “CORTE TRANSVERSAL”	
<i>Nicolle Galiza Simões</i>	
<i>Ana Karla Almeida de Macedo</i>	
<i>Bruna Priscila Dornelas da Silva</i>	
<i>Flávia Augusta de Orange</i>	
<i>Mirella Rebello Bezerra</i>	
<i>Jurema Telles de Oliveira Lima</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.46419200816</b>	
<b>CAPÍTULO 17</b> .....	<b>153</b>
RELATO DE CASO: IMPLANTAÇÃO DO ENSINO EM CUIDADOS PALIATIVOS NA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	
<i>Andrea Augusta Castro</i>	
<i>Natan Iorio Marques</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.46419200817</b>	
<b>CAPÍTULO 18</b> .....	<b>170</b>
PALLIATIVE CARE IN CONGENITAL SYNDROME OF THE ZIKA VIRUS ASSOCIATED WITH HOSPITALIZATION AND EMERGENCY CONSULTATION	
<i>Aline Maria de Oliveira Rocha</i>	
<i>Maria Julia Gonçalves de Mello</i>	
<i>Juliane Roberta Dias Torres</i>	
<i>Natalia de Oliveira Valença</i>	
<i>Alessandra Costa de Azevedo Maia</i>	
<i>Nara Vasconcelos Cavalcanti</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.46419200818</b>	
<b>CAPÍTULO 19</b> .....	<b>182</b>
SÍNDROME DO ESGOTAMENTO PROFISSIONAL ( <i>BURNOUT</i> ) EM UM HOSPITAL DE CUIDADOS PALIATIVOS: O CUIDADO COMO FATOR DE RISCO	
<i>Manuela Samir Maciel Salman</i>	
<i>Diana Mohamed Salman</i>	
<i>Thiago Vinicius Monteleone Lira</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.46419200819</b>	
<b>SOBRE A ORGANIZADORA</b> .....	<b>194</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO</b> .....	<b>195</b>

## ASPECTOS BIOÉTICOS RELACIONADOS ÀS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS EM FIM DE VIDA

### **Paula Christina Pires Muller Maingué**

Pontifícia Universidade Católica do Paraná  
PUCPR

Curitiba – Paraná

### **Carla Corradi Perini**

Pontifícia Universidade Católica do Paraná  
PUCPR

Curitiba – Paraná

### **Andréa Pires Muller**

Pontifícia Universidade Católica do Paraná  
PUCPR

Curitiba – Paraná

**RESUMO:** Neste artigo, será abordado o conceito e as implicações na atualidade de morrer com dignidade, a partir dos aspectos bioéticos envolvidos nestas questões e que, muitas vezes, dificultam a tomada de decisões pela equipe multiprofissional. Os avanços técnicos e científicos ampliaram o conhecimento da fisiologia humana, fisiopatologia, farmacologia, entre outros e foram, portanto, determinantes para o prolongamento da vida. No entanto, nem sempre esse prolongamento acontece com qualidade de vida e respeito às necessidades dos pacientes e, além disto, favorece a morte institucionalizada, em hospitais, especialmente nas UTI. A maioria dos profissionais é educada para interpretar a vida humana como fenômeno estritamente biológico e se

vale de toda a tecnologia para perseguir essa ideia equivocada, desta forma, acaba sendo praticada nas UTI a obstinação terapêutica. Essa prática clínica constitui um assunto polêmico no campo da bioética, sendo descrita no dicionário da bioética como *morte difícil ou penosa*. A equipe multiprofissional passou a enfrentar decisões de recusa ou suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis, devido a uma tendência crescente de se buscar o “morrer com dignidade”, mais do que retardar inutilmente e prolongar o sofrimento do paciente. Assim, a equipe multiprofissional, deve procurar disponibilizar aos seus pacientes, vítimas de doenças sem possibilidade de cura, melhores práticas clínicas, como os Cuidados Paliativos (CP) que poderão possibilitar a minimização do sofrimento durante o processo de morrer.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados Paliativos, Morte Digna, Obstinação Terapêutica.

### **BIOETHICAL ASPECTS RELATED TO END-OF-LIFE CARE PRACTICES**

**ABSTRACT:** In this article, the concept and implications of dying with dignity will be approached from the bioethical aspects involved in these issues and that, often, make it difficult for the multiprofessional team to make decisions. Technical and scientific advances have broadened knowledge of human physiology,

pathophysiology, pharmacology, among others and were therefore determinants for the prolongation of life. However, this extension does not always occur with quality of life and respect for patients needs and, in addition, favors institutionalized death in hospitals, especially in ICUs. Most professionals are educated to interpret human life as a strictly biological phenomenon and use all the technology to pursue this misconception, in this way due to this mindset therapeutic obstinacy is practice in the ICUs. This clinical practice was a controversial subject in the field of bioethics as a difficult or painful death. The multiprofessional team began to face decisions of refusal or suspension of treatments considered futile or useless, due to an increasing tendency to seek the “die with dignity”, rather than unnecessarily delaying and prolonging the suffering of the patient. Thus, the multiprofessional team should seek to make available to their patients, victims of diseases without possibility of cure, better clinical practices, such as Palliative Care (CP), which may allow the minimization of suffering during the dying process.

**KEYWORDS:** Palliative Care, Dignified Death, Therapeutic Obstination.

## 1 | MORRER COM DIGNIDADE

A temática “morte digna” ou “morrer com dignidade” vem sendo, ao longo dos anos, pauta na agenda da Bioética. Ela tem ganhado destaque nos últimos anos, no Brasil, principalmente com o crescimento dos Cuidados Paliativos. Entretanto, quando se avalia a qualidade de morte no mundo, nosso país ainda tem muito para avançar. Uma pesquisa mundial da consultoria britânica *Economist Intelligence Unit*, divulgou, em 2015, o Índice de Qualidade de Morte (Death Quality Index 2015), da qual apresenta-se um pequeno recorte:

Trata-se de um ranking que classifica países em relação aos cuidados paliativos oferecidos à sua população segundo critérios como ambiente de saúde e cuidados paliativos, recursos humanos, formação de profissionais, qualidade de cuidado e engajamento da comunidade. Para a organização do ranking foram utilizados dados oficiais, pesquisas e entrevistas com profissionais da área, dos 80 países avaliados, o Brasil ficou na 42ª (SOCIEDADE ..., 2015).

Quando se pensa em morte digna, Paiva e colaboradores (2014) remetem à importância de se viver com dignidade e, quando chegar o momento, morrer também com dignidade. Para tanto, não há obrigação nenhuma de iniciar ou continuar uma intervenção terapêutica quando existe sofrimento do paciente e dos familiares e quando o esforço terapêutico não surte benefícios reais. Como a vida, a morte digna também é um direito humano. Parece estranho que atualmente precisamos falar do direito de morrer, quando desde sempre todo discurso referente a direitos remeteria ao mais fundamental de todos os direitos: o direito de viver, o qual é fonte de todos os direitos e assim inclui também o direito de morrer (JONAS, 2013). E como direito

de morrer ou por morte digna se compreende a morte sem dor, sem angústia e em conformidade com a vontade do titular do direito de viver e de morrer (RIBEIRO, 2006).

Os avanços técnicos e científicos que ocorreram durante os séculos XX e XXI ampliaram o conhecimento da fisiologia humana, fisiopatologia, farmacologia, entre outros e foram, portanto, determinantes para o prolongamento da vida. Este fato favoreceu a morte institucionalizada, em hospitais, especialmente nas UTI, espaço que apresenta recursos tecnológicos e humanos, destinados ao atendimento de pacientes graves ou com risco de morte, que dependem de cuidados intensivos de toda a equipe multiprofissional de uma forma contínua. No entanto, nem sempre esse prolongamento acontece com qualidade de vida e respeito às necessidades dos pacientes (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

As UTI tornaram-se locais onde a tecnologia, ao lado de importantes contribuições para salvar vidas, acabou por induzir a adoção de condutas e práticas clínicas inadequadas. A maioria dos profissionais é educada para interpretar a vida humana como fenômeno estritamente biológico e se vale de toda a tecnologia para perseguir essa ideia equivocada. Esta obsessão em manter a vida biológica a qualquer custo acaba por levá-los a praticar obstinação terapêutica (SIQUEIRA et al., 2016).

Pessini e Bertachini (2014) definem as UTI como ambientes tecnicamente perfeitos, porém sem alma e ternura humana. Assim, os profissionais de saúde que atuam nestes ambientes não devem esquecer que, mesmo possuindo recursos tecnológicos cada vez mais avançados, a máquina jamais substituirá a essência humana.

De acordo com Cook e Rucker (2014), quando a disfunção orgânica da doença crítica desafia o tratamento, quando os objetivos do cuidado não podem mais ser cumpridos, ou quando o suporte a vida provavelmente resultará em desfechos que são incongruentes com os valores dos pacientes, a equipe multidisciplinar das UTI devem garantir que os pacientes morram com dignidade.

Segundo Sancho et al. (2015, p. 4), entende-se como conceito de morrer com dignidade:

viver dignamente até o último momento. Deve-se considerar o doente como ser humano até o momento da morte, com respeito as suas crenças e valores, assim como sua participação na tomada de decisões mediante uma relação sincera com a equipe assistencial. Associa-se ao fato de morrer com dignidade a ausência de sofrimento. Também há que se ter em conta outros fatores humanos, como a presença dos entes queridos e a criação de um ambiente agradável (tradução nossa).

Em decorrência das dificuldades de entendimento dos profissionais de saúde da limitação das medidas curativas, a obstinação terapêutica ou futilidade terapêutica, acaba muitas vezes sendo praticada nas UTI. Essa prática constitui um assunto

polêmico no campo da bioética, sendo descrita no dicionário da bioética como *morte difícil ou penosa* (BARCHIFONTAINE; PESSINI, 2000), visto que prolonga o sofrimento do paciente em fim de vida e não acarreta qualquer benefício terapêutico. A equipe multidisciplinar precisa entender que a finitude humana é um processo natural e cronológico da vida e compreender também as questões legais dessa ação, para que possa aceitar essa limitação (PESSINI, 2016).

Porto e colaboradores (2014, p. 246) afirmam que:

Inevitavelmente cada vida humana chega ao seu término, e é missão daqueles que assistem os pacientes em fim de vida, assegurar que esta passagem ocorra de forma digna, com cuidados médicos e com o menor sofrimento possível.

Azevedo e Oliveira (2018) reforçam que mesmo com todo o aparato tecnológico, a morte não será extinta, mas alguns profissionais de saúde parecem não acreditar nisso, o que determina alguns dos conflitos bioéticos no provimento da assistência a pacientes em fim de vida e muitas vezes estes conflitos impedem a execução de melhores práticas clínicas nesta assistência.. É preciso que se compreenda que qualquer que seja a duração de uma vida, ela é completa. Sua importância não reside na duração e sim no valor que é dado a ela. Sempre haverá aqueles que vivem muito e não viveram e cabe a cada um de nós mudarmos isto enquanto é possível (MONTAIGNE, 1972). Se os profissionais de saúde conseguirem encarar a vida desta maneira, serão capazes de aceitar com mais facilidade a sua terminalidade e assim proporcionar a seus pacientes uma morte mais digna e com menos sofrimento.

Junges (1999) define a obstinação terapêutica como a intenção de evitar a morte em um paciente em CP, instaurando medidas não indicadas, desproporcionais ou extraordinárias. Costuma-se dizer que tais atitudes prolongam o tempo de morte e não a vida, aumentando o tempo de dores e sofrimentos, sem trazer benefício algum ao indivíduo. A obstinação terapêutica promove uma morte frequentemente acompanhada de sofrimento, medicamente lenta e prolongada, onde não se prolonga a vida, mas sim o processo de morrer. Nesta situação, o que está em jogo é a dignidade humana; e a obstinação terapêutica torna-se então um drama humano, já que não preserva essa dignidade (GARRAFA; PESSINI, 2003).

Siqueira e colaboradores (2016) colocam que o progresso técnico-científico da medicina tem proporcionado verdadeiros “milagres” ao salvar vidas de pacientes em UTI, que até pouco tempo pareciam impossíveis de serem mantidas. Por outro lado, assombra e assusta o fato de podermos estar diante de uma situação em que se prolonga sofrida e inutilmente o processo de morrer.

Devido ao perfil dos pacientes das UTI, destaca-se como principal questão, do ponto de vista bioético, a adequação do esforço terapêutico, ou simplesmente adequação terapêutica, visto que uma das principais preocupações da terapia

intensiva é permitir que o paciente morra digna e tranquilamente (MORITZ et al., 2008). O respeito à autonomia, à autodeterminação pessoal, é a base para a adequação terapêutica. E, nesse contexto, se aceita a suspensão de medidas compreendidas como não benéficas aos pacientes no momento em que eles se encontram. A adequação terapêutica compreende tanto não iniciar, rever, otimizar, ajustar ou suspender uma terapia desnecessária, não ressuscitar nos casos de parada cardiorrespiratória, não submeter o doente à ventilação mecânica, e a alimentação e hidratação artificiais contra a sua vontade (RIBEIRO, 2006).

Ainda neste sentido, segundo Sancho e colaboradores (2015, p.4, tradução nossa), adequação terapêutica “consiste em retirar, ajustar ou não instaurar um tratamento quando o prognóstico limitado assim o aconselhe. É a adaptação dos tratamentos à situação clínica do paciente”. Não se trata de uma limitação de tratamento e sim de uma adequação do mesmo, adaptando-o à situação clínica do paciente e em respeito à sua autonomia (D’ ASSUMPCÃO, 2010).

Como já foi dito, alguns procedimentos são considerados muito invasivos e não justificáveis em pacientes com doenças consideradas incuráveis e avançadas, como: reanimação cardiorrespiratória, administração de drogas vasoativas, métodos dialíticos e nutrição parenteral, sendo estas as terapias mais comumente recusadas, não instauradas ou suspensas (MORITZ et al., 2008). Nessas situações, a instauração de tais procedimentos pode configurar a obstinação terapêutica (SANCHO, 2015). Com o intuito de proporcionar a estes pacientes dignidade e alívio do sofrimento durante todo este processo, a equipe multiprofissional deve se organizar para oferecer os cuidados necessários (LIMA, 2015). Esta conduta deve garantir dignidade ao paciente no processo da morte, permitir ao mesmo entender a finitude humana e morrer em paz, além de contribuir igualmente para que todos os envolvidos nesse processo, paciente, equipe, família e amigos, aceitem a morte mais tranquilamente (SANTANA et al., 2017).

Pautados no princípio da não maleficência, um dos princípios bioéticos segundo a teoria do princípalismo, os médicos junto à equipe multiprofissional podem suspender intervenções fúteis, que não tragam benefícios ao paciente e somente prolonguem o processo de morrer. Hipócrates, há 2500 anos, dizia que um dos papéis da medicina é “recusar-se a tratar daqueles que foram vencidos pela doença, entendendo que, diante de tais casos, a medicina torna-se impotente” (MORITZ, 2002). Entretanto, estes profissionais não podem se eximir da responsabilidade dessa decisão final (COHEN; GOBETTI, 2001). E o medo gerado por essa responsabilidade, principalmente diante dos familiares, pode muitas vezes levar os profissionais à prática de obstinação terapêutica.

A presença dos familiares próximos e amigos, criação de ambiente favorável na medida do possível, controle de sintomas desconfortáveis, respeito às crenças e valores, estimulando o indivíduo e sua família a participarem das decisões é essencial para se promover uma morte digna. A equipe multiprofissional deve sempre

manter uma relação sincera com o paciente e proporcionar ao mesmo que possa viver dignamente até o último momento (SANCHO et al., 2015). A morte no tempo certo deve ocorrer sem abreviações desnecessárias e sem sofrimentos adicionais, sem incorrer em prolongamentos abusivos e pensando em promover sempre o alívio da dor e do sofrimento (GARRAFA; PESSINI, 2003).

Atualmente, sete em cada dez óbitos ocorrem nos hospitais e, mais especificamente, nas UTI. Isso leva à necessidade de todos os profissionais serem preparados para saber tratar do paciente com doença incurável avançada e aceitar a sua limitação como curador (MORITZ, 2009).

O arsenal tecnológico disponível hoje nas UTI é tão grande, que a equipe multiprofissional pode se sentir na obrigação de oferecer todas as opções terapêuticas possíveis, não importando se o prognóstico da doença é limitado. Isto acaba por permitir aos profissionais a possibilidade de manter vivo um organismo seriamente enfermo e de adiar o momento da morte até limites antes impensáveis (PORTO et al., 2014). Sendo assim, a obstinação terapêutica transforma o final da existência do paciente em uma sofrida experiência de estar aprisionado a uma parafernália tecnológica que apenas prolonga sofrimentos de maneira insensata. Na verdade, para estes pacientes, o objetivo mais adequado seria o de proporcionar condições para uma morte sem dor e sofrimento e com cuidado compassivo, que pudesse se estender, inclusive aos familiares do enfermo (SIQUEIRA et al., 2016).

Os pacientes e seus cuidadores não estão preparados para enfrentar a morte, assim como a maioria dos indivíduos. Muitos profissionais que prestam assistência a pacientes em fim de vida, percebem esta experiência como apavorante, principalmente devido à falta de conhecimento sobre os aspectos relacionados à terminalidade da vida. É desejável que os profissionais atuem efetivamente na fase da terminalidade para que a família compreenda a morte como parte da vida, buscando minimizar o sofrimento dos envolvidos, bem como evitar qualquer conflito de interesse diante desta tomada de decisão (SANTANA, 2017).

Na visão da formação das ciências de saúde, extremamente tecnológica, as questões ligadas ao fim da vida são vistas com sentimentos essencialmente ligados à perda, à impotência, à derrota e ao fracasso (SILVA, 2014). Nos cursos da área de saúde dedicam-se muitas horas para o estudo de tecnologias avançadas de suporte artificial de vida e quase nenhum tempo para refletir sobre a morte e o processo de morrer. Assim os profissionais de saúde estão cada vez mais expostos à dúvida sobre o real significado da vida e da morte (PORTO et al., 2014).

Em cada fase do ciclo de vida, a percepção da morte pelo paciente em fim de vida pode ser diferente. Na infância, a morte pode ser representada conforme se modificam o pensamento e a linguagem. Para o adulto, a morte pode depender da experiência física e psicológica pela qual se está passando. Já, para o idoso, a morte pode ser configurada em um cenário de maior resignação (BORGES et al., 2006). A morte é um evento previsto para as pessoas idosas e, por isso, o grau de aceitação

da morte desses pacientes é maior, devido ao fato de ser encarada como a fase final do ciclo da vida, porém, quanto mais jovem o paciente, mais difícil é lidar com esta situação (KÜBLER-ROSS, 2017).

Em todas as etapas da vida, do nascer ao processo de morte e morrer, percebe-se que o cuidar deveria ser o objetivo principal dos profissionais de saúde. Devido à sensação de fracasso e à grande resistência em aceitar a própria finitude e a terminalidade da vida como última fase do processo natural de existir, a morte ainda não é bem aceita pela maioria destes profissionais (SANTANA et al., 2017). Alguns alegam ser a vida um bem sagrado e por nada se afastam da determinação de tudo fazer enquanto restar mesmo que apenas um sopro de vida. Esta obsessão em manter a vida biológica resulta na prática da obstinação terapêutica (PORTO et al., 2014).

A equipe multiprofissional das UTI passou a enfrentar decisões de recusa ou suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis, devido a uma tendência crescente de se buscar o “morrer com dignidade”, mais do que retardar inutilmente e prolongar o sofrimento do paciente (BITENCOURT et al., 2007). Assim, o médico, juntamente com a equipe multiprofissional, deve procurar disponibilizar aos seus pacientes, vítimas de doenças sem possibilidade de cura, CP que poderão possibilitar a minimização do sofrimento durante o processo de morrer (MORITZ, 2011).

Segundo a filosofia dos CP, o paciente não deve ser visto como um objeto, mas como uma pessoa única, a ser assistida de maneira individualizada, respeitando-se seus direitos e necessidades, entendendo assim o real significado do “cuidar”, no qual a atenção ao doente deve ser global e continuada, integrando todos os aspectos físicos, psicológicos e espirituais do paciente (PESSINI et al., 2010).

Os CP partiram de um conceito que abarca um conjunto de práticas e discursos voltados para o período final da vida de pacientes com doenças incuráveis avançadas, para uma visão contemporânea que envolve propostas terapêuticas planejadas por uma equipe interdisciplinar. Têm como principal objetivo promover a melhor qualidade de vida às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis ou degenerativas ou sem possibilidade de cura (SAITO; ZOBOLI, 2015), mas que não necessariamente estejam em fim de vida.

Siqueira (2016) alerta que, atualmente, recomenda-se a alternativa científica dos CP, como uma boa prática clínica para pacientes com doença incurável avançada, considerando-se como dever ético de todo profissional a não realização de procedimentos desproporcionais. Para isso, é preciso reconhecer e respeitar limites dos recursos disponíveis e instituir a adequação terapêutica para pacientes que se encontrem internados em UTI, diferenciando aqueles que necessitam de cuidados intensivos dos que têm necessidade de atenção paliativa.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, R.; OLIVEIRA, R. A. **Reflexões éticas em Medicina Intensiva**. São Paulo: Conselho

Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2018.

BARCHIFONTAINE, C. P.; PESSINI, L. **Problemas atuais de bioética**. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2000.

BITENCOURT, A. G. V. et al. Conduas de limitação terapêutica em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 137-143, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n2/a01v19n2>>. Acesso em: 3 ago. 2017.

BORGES, A. D. V. S. et al. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 361-369, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a14>>. Acesso em: 7 ago. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 466, de 4 de junho de 1998**. Estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de tratamento intensivo. Diário Oficial da União. Brasília, n. 106-E, p. 9-16, 5 jun. 1998, Seção 1. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/portarias/466\\_98.htm](http://www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/portarias/466_98.htm)>. Acesso em: 4 ago. 2017.

COHEN, C.; GOBBETTI, G. J. Há autonomia para o paciente na UTI? **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 169-197, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n3/6529.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2017.

COOK, D. M. D.; ROCKER, G. D. M. Dying with dignity in the intensive care unit. **The New England Journal of Medicine**, v. 370, n. 26, 2014. 2506-2514 p. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra1208795>>. Acesso em: 28 set. 2017. DOI: 10.1056/NEJMra1208795.

D' ASSUMPÇÃO, E. A. **Sobre o viver e o morrer**. Manual de Tanatologia e Biotanatologia para os que partem e os que ficam. Petrópolis: Vozes, 2010.

GARRAFA, V.; PESSINI, L. **Bioética: Poder e Injustiça**. São Paulo: Loyola, 2003.

JONAS, H. **Técnica, medicina e ética: sobre a prática do principio responsabilidade**. [tradução do Grupo de Trabalho Hans Jonas da ANPOF]. São Paulo: Paulus, 2013.

JUNGES, J. R. **Bioética: perspectivas e desafios**. São Leopoldo: Ed. UNINOS, 1999.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. 10. ed. São Paulo: Martins Fontes; 1969.

LIMA, C. A. S. Ortotanásia, cuidados paliativos e direitos humanos. **Revista da Sociedade Brasileira Clínica Médica**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 14-17, 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n1/a4762.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2017.

MONTAIGNE, M. **Filosofar é aprender a morrer**. Porto Alegre: Globo, 1972.

MORITZ, R. D. O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais de saúde diante da morte. 2002. 120 f. **Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina**, Florianópolis, 2002. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/84198/186845.pdf?sequence=>>>. Acesso em: 1 ago. 2017.

MORITZ, R. D. et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 422-428, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n4/v20n4\\_a16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n4/v20n4_a16.pdf)>. Acesso em: 22 ago. 2017.

MORITZ, R. D. et al. Avaliação das decisões médicas durante o processo do morrer. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 141-147, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n2/05.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2017.

MORITZ, R. D. *Conflitos Bioéticos do Viver e do Morrer*. Brasília: CFM, 2011. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/conflitos.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

PAIVA, F. C. L.; ALMEIDA JR, J. J.; DAMÁSIO, A. C. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. *Revista de Bioética*, Brasília, v. 22, n. 3, p. 550-560, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n3/v22n3a19.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2017.

PERINI, C. C.; ESPERANDIO, M. R.; SOUZA, W. **Biohcs: bioética e cuidados paliativos**. 1. ed. Curitiba: Prismas, 2016.

PESSINI, L.; SIQUEIRA, J. E.; HOSSNE, W. S. **Bioética em tempo de incertezas**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Loyola, 2010.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Bioética, Cuidado e Humanização**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Loyola, 2014.

PORTO, D.; SCHLEMPER, B. JR.; MARTINS, G. Z.; CUNHA, T.; HELLMANN, F. **Bioética: saúde, pesquisa, educação**. Brasília: CFM/ SBB, 2014. v. 1.

PORTO, D.; SCHLEMPER, B. JR.; MARTINS, G. Z.; CUNHA, T.; HELLMANN, F. **Bioética: saúde, pesquisa, educação**. Brasília: CFM/ SBB, 2014. v. 2.

RIBEIRO, D. C. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1749-1754, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/24.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2017.

SAITO, D. Y. T.; ZOBOLI, E. L. C. P. Cuidados paliativos e a atenção primária à saúde: *scoping review*. *Revista de Bioética*, Brasília, v. 23, n. 3, p. 593-607, 2015. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/1105/1337](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1105/1337)>. Acesso em: 14 set. 2017.

SANCHO, M. et al. **Atención Médica al Final de la Vida: Conceptos y Definiciones**. Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Espanha, 2015.

SANTANA, J. C. et al. Ortotanásia nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros. *Revista de Bioética*, Brasília, v. 25, n. 1, p. 158-167, 2017. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/1308/1627](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1308/1627)>. Acesso em: 8 set. 2017.

SILVA, J. A. C. O fim da vida: uma questão de autonomia. *Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto*, v. 23, n. 2, p. 100-105, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v23n2/v23n2a10.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

SIQUEIRA, J. E.; ZOBOLI, E.; SANCHES, M.; PESSINI, L. **Bioética Clínica**. Memórias do XI Congresso Brasileiro de Bioética, III Congresso Brasileiro de Bioética Clínica e III Conferência Internacional sobre o Ensino da Ética. Brasília: CFM/SBB; 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA de Geriatria e Gerontologia. **Divulgado Índice de Qualidade de Morte 2015, da Economist Intelligence Unit**. São Paulo, 11 out. 2015. Disponível em: <<http://www.sbgg-sp.com.br/pro/divulgado-indice-de-qualidade-de-morte-2015-da-economist-intelligence-unit/>>. Acesso em: 29 maio 2018.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Acolhimento 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 29, 74, 78, 85, 117

Assistência à saúde 1, 4, 14, 16, 160, 165

Assistência integral à saúde 3, 108

### B

Burnout 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193

### C

Câncer 23, 24, 29, 31, 33, 35, 36, 39, 40, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 50, 55, 56, 57, 58, 73, 74, 99, 100, 101, 104, 105, 122, 131, 134, 135, 136, 137, 156

Conhecimento 5, 2, 5, 6, 12, 28, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 77, 84, 86, 88, 90, 93, 114, 115, 116, 121, 122, 126, 131, 140, 141, 143, 145, 156, 157, 158, 160

Criança 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 38, 41, 42, 43, 50

Cuidadores 15, 17, 31, 34, 35, 36, 38, 39, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 93, 98, 102, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 140, 158, 190

Cuidados de enfermagem 3, 21, 22

Cuidados paliativos 5, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 38, 40, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 52, 59, 61, 65, 67, 69, 72, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 130, 131, 134, 137, 139, 140, 141, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 192, 193

### D

Doença de Alzheimer 107, 108, 109, 111, 115, 117, 118, 119, 120

Doenças crônicas 16, 59, 61, 86, 94, 98, 99, 140, 154, 155, 185, 190

### E

Enfermeiros 5, 11, 23, 26, 29, 30, 52, 65, 66, 68, 69, 70, 84, 96, 99, 101, 114, 121, 125, 129, 131, 192

Esgotamento profissional 54, 182, 183, 184, 185, 188, 189

### F

Fisioterapia 97, 106, 124

### L

Luto 17, 23, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 67, 73, 74, 79, 84, 86, 162, 182, 184

### M

Médicos 6, 19, 36, 38, 52, 58, 65, 66, 68, 69, 70, 76, 80, 91, 92, 95, 99, 101, 121, 125, 127, 128, 132, 138, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 156, 158, 159, 161, 183, 188, 189, 192

Morte 16, 17, 18, 22, 23, 24, 25, 26, 30, 31, 32, 33, 35, 37, 38, 44, 46, 52, 53, 67, 68, 70, 72, 73, 75, 79, 83, 84, 86, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 103, 104, 121, 122, 123, 124, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 139, 141, 142, 144, 145, 146, 147, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 182, 183, 184, 189, 191  
Morte digna 16, 23, 26, 30, 89, 90, 92

## **O**

Ortotanásia 22, 23, 29, 70, 83, 95, 96, 121, 123, 124, 126, 127, 128, 130, 131, 132, 155, 158

## **P**

Paciente crítico 98, 100

Pessoal da saúde 121

Planejamento 1, 2, 8, 10, 11, 16, 101, 118, 138, 140, 144, 146, 160, 161

## **Q**

Qualidade da assistência à saúde 1, 2, 4

Qualidade de vida 5, 13, 14, 21, 22, 42, 44, 45, 60, 67, 70, 78, 79, 83, 84, 86, 88, 90, 94, 97, 99, 104, 114, 116, 117, 118, 119, 127, 128, 130, 133, 134, 137, 139, 143, 154, 155, 156, 184

## **T**

Tecnologia 2, 3, 12, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 56, 84, 85, 88, 90, 139

## **U**

UTI 26, 35, 56, 88, 90, 91, 93, 94, 95, 98, 100, 101, 102, 104, 126, 127, 142, 192

## **V**

Visita domiciliar 59, 62

## **Z**

Zika virus 9, 170, 171, 172, 174, 179, 180, 181

Agência Brasileira do ISBN  
ISBN 978-85-7247-546-4

