



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>

## AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA DO TEXAS REVISED INVENTORY OF GRIEF (TRIG) EM PAIS BRASILEIROS QUE PERDERAM O FILHO COM CÂNCER

**Erica Boldrini**

Hospital de Câncer Infantojuvenil de Barretos  
Barretos-SP

**RESUMO: Introdução:** o luto é definido como um conjunto de reações que surgem como resposta à perda de um ente querido. No Brasil, o único questionário traduzido e adaptado transculturalmente para avaliação de luto é o Texas Revised Inventory of Grief (TRIG), com uso ainda limitado.

**Objetivo:** avaliar as propriedades psicométricas do TRIG em pais que perderam o filho com câncer.

**Métodos:** Avaliamos pais de crianças que morreram de câncer no período de 2000 a 2010. Utilizou-se a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS, uma escala de sintomas que afetaram o bem estar do filho na última semana de vida e o TRIG.

**Resultados:** De 250 cuidadores elegíveis foram avaliados 60 no primeiro momento e 30 no segundo. A análise da consistência interna mostrou o alpha de Cronbach de 0,785 para o TRIG I e 0,866 para o TRIG II.

A validade de construto convergente entre TRIG e HADS evidenciou correlação positiva. A regressão linear simples evidenciou que o TRIG II apresenta forte correlação positiva com o TRIG I, HADS A e HADS D, e correlação

negativa com o tempo de cuidados paliativos. A regressão linear múltipla identificou como fatores preditores para o luto presente apenas o TRIG I e HADS D. Quando se analisou apenas o luto prolongado evidenciou-se associação com significância estatística com ansiedade e depressão.

**Conclusão:** o TRIG mostrou ser confiável e válido na avaliação do luto devido à morte de um filho por câncer.

**PALAVRAS CHAVE:** luto, criança, câncer

### PSYCHOMETRIC EVALUATION OF TEXAS REVISED INVENTORY OF GRIEF (TRIG) IN BRAZILIAN PARENTS WHO LOST THE SON WITH CANCER

**ABSTRACT: Introduction:** Grief is defined as a set of reactions that arise in response to the loss of a loved one. In Brazil, the only questionnaire translated and adapted transculturally for grief assessment is the Texas Revised Inventory of Grief (TRIG), with limited use.

**Objective:** To evaluate the psychometric properties of the TRIG in parents who lost the child with cancer.

**Methods:** We evaluated the parents of children who died of cancer from 2000 to 2010. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used, a scale of symptoms that affected the child's well-being in the last week of life and TRIG.

**Results:** Of the 250 eligible caregivers, 60 were evaluated at the first moment and 30 at the second. Internal consistency analysis showed the Cronbach's alpha of 0.785 for TRIG I and 0.866 for TRIG II.

The convergent construct validity between TRIG and HADS showed a positive correlation. Simple linear regression showed that TRIG II shows a strong positive correlation with TRIG I, HADS A and HADS D, and a negative correlation with the time of palliative care. Multiple linear regression identified only TRIG I and HADS D as predictors for mourning. When only prolonged mourning was analyzed, there was an association with statistical significance with anxiety and depression.

**Conclusion:** The Revised Texas Inventory of Mourning (TRIG) proved to be reliable and valid in evaluating mourning due to the death of a child from cancer.

**KEYWORDS:** grief, children, cancer

## INTRODUÇÃO

Frente a qualquer perda significativa desenrola-se um processo denominado luto. O Luto é universal, mas seu curso e suas consequências não são padronizados, sendo este influenciado por inúmeros fatores (Steve Wilson 2007). A morte de um filho é um dos eventos mais estressantes que pode ser enfrentando por um ser humano e a literatura mostra que esse tipo de perda é o que produz as reações de luto mais intensas (Sanders et al 1979). Uma das áreas de atuação dos cuidados paliativos é o acompanhamento ao luto. O entendimento dessa realidade é um passo mandatório para um cuidado adequado. Para tal, é evidente a necessidade de instrumentos para avaliar o fenômeno.

É extremamente difícil medir o fenômeno do luto, que está associado a fatores tão subjetivos e individuais. Não há uma abordagem padrão para avaliação do luto, em parte, pela complexidade do fenômeno e, também, pela diversidade de propósitos. A maioria dos instrumentos não supre todos os aspectos envolvidos na situação de luto, ainda assim eles são úteis, por fornecem um perfil da resposta geral do enlutado após a perda, e esses dados podem ser usados na assistência. Em 1977 Faschingbauer construiu um questionário Texas Inventory of Grief (TIG) a partir de uma população com problemas na elaboração do luto e em 1981 elaborou uma revisão que resultou no *Texas Resived Inventory of Grief* (TRIG), com itens baseados na literatura e na sua experiência clínica. É um questionário amplamente empregado por diversos investigadores, com adaptação e validação para diversos idiomas. É de rápido preenchimento (10 minutos), auto-aplicativo e traz a possibilidade de avaliação quantitativa associada à qualitativa, levando em conta os relatos de pensamentos e sentimentos, tentando capturar emoções concorrentes. Barros 2008 realizou o processo de tradução e adaptação transcultural para o Brasil, seguindo os passos do manual de Beaton et al 2000. Apesar de ser o único instrumento de avaliação de luto no Brasil, uso ainda é

limitado.

## OBJETIVO

O objetivo desse estudo foi avaliar psicometricamente as propriedades do Texas Revised Inventory of Grief (TRIG), em pais brasileiros que perderam o filho com câncer.

## MATERIAL E MÉTODOS

Acasuística foi composta por pais cujos filhos menores de 21 anos foram tratados e faleceram em um Hospital de Câncer no Brasil, quer em tratamento com intenção curativa ou paliativa, no período entre 2000 e 2010. Foram selecionados os pais enlutados há mais de 1 ano, tendo por base as informações contidas no Registro Hospitalar (RH). Não há consenso na literatura quando é ético fazer a pesquisa com enlutados. Pareceu-nos adequado avaliar o processo de morte após um ano, pois o enlutado já passou por todas as datas comemorativas.

Avaliou-se através de questionários auto-aplicáveis enviados por correio. O envelope continha uma carta convite explicando os objetivos do estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma escala de sintomas que causaram impacto ao bem estar do filho durante a última semana de vida, a escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS, o inventário Texas Revisado de Luto – TRIG e um envelope selado, para retorno dos documentos à pesquisadora.

Os pais que participaram da pesquisa foram abordados novamente em um segundo momento, através de envelope com uma carta de agradecimento, uma nova carta convite explicando a continuação da participação na pesquisa, o inventário Texas Revisado de Luto – TRIG e envelope selado para retorno.

A avaliação dos transtornos de humor foi escolhida porque nossa hipótese é que o luto é distinto de ansiedade e depressão, mas a ocorrência destes é freqüentemente concomitante (Boelen 2005). Foi optado pelo instrumento “*Hospital Anxiety and Depression Scale*” (HADS) por ser um instrumento de rastreamento de sintomas, não possuir itens somáticos e os conceitos encontrarem-se separados. Usou-se o ponto de corte 8, uma vez que o objetivo foi identificar todos os possíveis casos de transtorno de humor (Botega 1995).

O Inventário Texas Revisado de Luto (TRIG) inicialmente solicita informações a respeito da pessoa enlutada e em seguida da pessoa que morreu. Depois consta de 2 partes, respectivamente referente ao momento da morte (TRIG I) e ao momento atual (TRIG II). Existe ainda uma Terceira parte que não está incluída no cálculo do score, que consiste em perguntas relacionadas ao óbito, e há ainda um espaço aberto para relatos de pensamentos/sentimentos e comentários que o enlutado teve

durante preenchimento do questionário.

### **Análise estatística**

Inicialmente, foi realizada análise descritiva das características clínicas dos pacientes por meio de medidas de tendência central (média), dispersão (desvio padrão) para as variáveis contínuas. Frequências e porcentagens foram calculadas para as variáveis categóricas. Para avaliar a associação entre duas variáveis categóricas independentes foi utilizado o teste qui-quadrado Pearson ( $\chi^2$ ). Avaliou-se a consistência interna das escalas TRIG I e II através da medida do coeficiente de Alfa de Cronbach, conforme Pedhazur e Schmelkin 1991. Para avaliar as correlações utilizou-se o teste de Spearman e para avaliar a responsividade utilizou-se o Teste não-paramétrico de Wilcoxon. As análises foram realizadas no programa estatístico SPSS (Versão 19.0; Inc, IL). Foi adotado o nível de significância de 5% para todas as hipóteses

### **Rigor e ética**

Obteve-se autorização formal da autora que traduziu o instrumento TRIG para o Brasil. Garantiu-se o caráter voluntário do participante no estudo, o consentimento foi livre, a confidencialidade assegurada. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética local.

## **RESULTADOS**

Foi selecionada uma lista com 380 pacientes falecidos, sendo que apenas 250 tinham endereço completo. Em janeiro de 2012 foram enviados os envelopes. Foram devolvidos pelos correios 45 envelopes fechados (18%) e recebidos 60 envelopes respondidos (24%), que caracterizam a amostra final no primeiro momento. Em janeiro de 2014 foram enviados novamente os envelopes para as 60 famílias que participaram no primeiro momento, porém tivemos o retorno de apenas 30 envelopes (50%)

### *Caracterização dos cuidadores*

Entre os participantes houve predomínio de respostas dadas pelas mães (97%), com média de idade de 42 anos (DP 8,0), sendo 64% da cor/raça branca, 73% casado/amasiado, 67% com menos de 8 anos de estudo, 51% assalariado/empresário/autônomo, 61% religião católica e 77% pertencentes às classes econômicas mais baixas. O tempo de luto da amostra variou de 14,2 a 80,4 meses; média de 40,9 meses e mediana de 39,9 meses. Todos os cuidadores (100%) relataram que estiveram junto com o paciente na última semana de vida, porém apenas 41 cuidadores (72%) relataram que estiveram junto com o paciente no momento do óbito, 51 (85%) foram ao

funeral, 56 (95%) sentiu que ficou de luto pela pessoa que morreu e 55 (93,2%) relatou que fica chateado todo ano na mesma época da morte da pessoa. Considerando-se todos os possíveis e prováveis casos de ansiedade e depressão pelo HADS, evidenciou-se 73,7% dos cuidadores com ansiedade e 81,0% com depressão.

### *Caracterização dos pacientes*

Em relação aos pacientes observa-se que a maioria era do sexo masculino (63%), da cor/raça branca (82%), com idade média no momento do óbito de 14 anos (DP 6,0), sendo que 50% eram portadores de tumores sólidos, 27% de leucemias/linfomas e 23% de tumores do sistema nervoso central. O tempo médio de tratamento foi de 629 dias, variando de 3 dias a 2.608 dias (DP 546), sendo que 18 (30%) morreram por complicações secundárias ao tratamento com intenção curativa. O tempo médio que os pacientes receberam cuidados paliativos foi de 3,8 meses, mediana de 1,9 meses (DP 5). Em relação ao local do óbito, 46 (77%) faleceram no Hospital do Câncer de Barretos, sendo 29 (48%) na enfermaria e 17 (28%) na UTI e 14 (23%) no hospital na origem. Os cuidadores evidenciaram uma média de 12 sintomas que afetaram o bem estar do filho na última semana de vida.

### *Avaliação das propriedades psicométricas do TRIG*

Para avaliar a qualidade de nossa análise realizou-se o estudo das propriedades psicométricas do instrumento, verificando se as medidas eram válidas e confiáveis. Obteve-se uma mediana de 28,5 para o TRIG I, e 54,5 para o TRIG II. A análise da consistência interna mostrou alpha de Cronbach de 0,785 para o TRIG I e 0,866 para o TRIG II. Encontrou-se correlação positiva entre o TRIG I e o TRIG II ( $r=0,717$ ;  $p<0,001$ ).

A validade de construto de grupos conhecidos mostrou em relação ao TRIG I maiores escores nos cuidadores solteiros, com a faixa etária entre os 30 e 39 anos, com até 8 anos de escolaridade, assalariado, católico, pertencentes as classes econômicas mais baixas, com mais de um filho, que esteve junto no momento do óbito, com tempo de luto entre 49 e 72 meses, quando o paciente tinha idade no momento do óbito até 24 meses, era portador de tumor de SNC, estava em tratamento com intenção curativa, faleceu na enfermaria do hospital do câncer.

A correlação entre a presença de sintomas que afetaram o bem estar do filho na última semana de vida, referido pelo próprio cuidador e TRIG I evidenciou significância estatística com os sintomas perda de peso ( $p<0,05$ ) e sonolência ( $p<0,05$ ).

Já em relação ao luto presente obtivemos maiores escores entre os casados, com idade variando entre 30-39 anos, analfabetos, assalariados, com outras religiões que não a católica, pertencente às classes econômicas mais baixas, que tiveram um filho único, atualmente estão fazendo uso de medicação, que foram ao funeral e têm mais de 73 meses de luto, quando o paciente tinha mais de 18 anos de idade

no momento do diagnóstico, era portador de tumor de SNC, estava em tratamento com intenção curativa e faleceu na enfermagem do hospital do câncer. Evidenciou-se correlação entre a presença sonolência ( $p < 0,05$ ), dificuldade para engolir ( $p < 0,01$ ) e dificuldade para falar ( $p < 0,01$ ) referida pelos pais e TRIG II. A carga de sintomas referida pelos médicos mostrou correlação com o luto passado ( $p < 0,05$ ) e com o luto presente ( $p < 0,05$ ). Observou-se aumento da mediana do luto passado até 48 meses e posterior declínio. Já em relação ao luto presente observou-se uma oscilação, com pico entre 25- 48 meses e após 73 meses.

A validade de construto convergente do TRIG com HADS e evidenciou uma correlação positiva entre eles, isto é são similares, mas não idênticos. A regressão linear simples evidenciou-se que o luto presente (TRIG II) apresenta forte correlação positiva com o luto passado (TRIG I), com ansiedade e depressão segundo HADS, e correlação negativa com o tempo de cuidados paliativos.

A análise de regressão linear múltipla identificou como fatores preditores para o luto presente apenas o luto passado (TRIG I) e depressão (HADS D) A análise fatorial não confirmou os 2 fatores descritos originalmente. Evidenciou-se 2 agrupamentos no TRIG I e 3 agrupamentos no TRIG II

A análise de responsividade não evidenciou mudanças estatisticamente significativas ao longo do tempo para o TRIG I ( $p = 0,437$ ) nem para o TRIG II ( $p = 0,086$ ).

### Ajustamento ao luto

A relação entre a parte I e II do TRIG obteve 38% dos cuidadores com luto baixo/ausente (grupo 1), 12% com luto adiado (grupo 2), 34% com luto prolongado (grupo 3) e apenas 16 % com luto agudo (grupo 4). A validade de construto entre o ajustamento ao luto e suporte social mostrou que 89,4% dos cuidadores do grupo 1, 66,7% do grupo 2, 88,2% do grupo 3 e 87,5% do grupo 4 foram ao enterro e não se evidenciou associação estatisticamente significativa ( $p = 0,542$ ).

Também não se evidenciou associação com significância estatística entre o ajustamento ao luto e padrão de saúde ( $p = 0,318$ ) e tempo de doença ( $p = 0,184$ ). Considerando-se que 42 (84%) cuidadores que apresentam luto complicado (prolongado, ausente ou adiado) não se evidenciaram significância estatística com nenhuma característica do cuidador, do paciente, ter estar junto no momento do óbito, ter ido ao enterro, tempo de luto, ansiedade e depressão, tipo de diagnóstico, tipo de tratamento, duração da última internação, presença de sintomas que afetaram o bem estar do filho na última semana de vida, ou local do óbito. Quando se analisou o luto prolongado separadamente evidenciou-se associação com significância estatística com ansiedade e depressão.

## DISCUSSÃO

São inúmeros os fatores que afetam o processo de luto, podendo estar relacionado ao enlutado, ao falecido, à dinâmica familiar, às circunstâncias da morte ou à rede de suporte (Franco 2008).

Devido à complexidade desse fenômeno, é extremamente difícil medi-lo. No Brasil essa prática é pouco difundida, apesar da assistência ao luto fazer parte dos cuidados paliativos.

O Texas Revised Inventory of Grief (TRIG) é o único instrumento de avaliação de luto traduzido e validado no Brasil. Apesar de inúmeras vantagens, alguns autores apontam alguns pontos negativos, como não permitir graduar a frequência ou severidade do sintoma ou emoção (Burnett 1997). Originalmente o TRIG incluiu apenas pacientes com morte natural, mas já foi aplicado em luto por doença específica, como relacionada a AIDS (Summers 1995), doença mental (Miller 1990) e homicídio (Rynearson 1993). Também já foi aplicado em pais que perderam o filho em diversas situações (Caeymaex L 1998, Seecharam GA 2004).

Faschingbauer, 1987 descreveu boa consistência interna, assim como Garcia Garcia et al 2005; Samper Lucena 2011. No Brasil Barros 2008 mostrou 0,78 e 0,87 e no nosso estudo evidenciou-se 0,785 e 0,866 respectivamente para parte I e II.

Originalmente o TRIG foi aplicado em uma amostra de conveniência de 260 enlutados americanos, com idade média de 38 anos, predomínio feminino (63%), brancos (64%) e protestantes (40%). Mostrava escores médios variando conforme o tempo entre 15,7-17,8 para parte I e 29,6-37,1 para parte II. Grabowski JA, 1992 avaliou em latinos e comparou com indivíduos anglo-saxões e mostrou escores mais altos. Barros, 2008 conclui que os itens que compõem o instrumento original representam adequadamente as dimensões do contexto cultural brasileiro, mas também apresentou médias mais altas que as descritas originalmente (26,7 e 51,1). Nesta pesquisa também se evidenciou escores mais altos que os descritos originalmente.

Como validade de construto Faschingbauer et al 1987 mostraram significância entre a relação do luto com o gênero do enlutado ( $p<0,05$ ), com o envolvimento afetivo ( $p<0,05$ ), com a dependência financeira ( $p<0,05$ ), com o tempo de luto ( $p<0,05$ ), com o comparecimento ao funeral ( $p<0,04$ ) e com o padrão de saúde ( $p<0,05$ ). Em nossa amostra não se realizou análise entre o gênero e o tipo de relacionamento, uma vez que 97% da nossa amostra eram mães. Não se evidenciou associação entre a relação de luto e o comparecimento ao enterro ( $p=0,542$ ), padrão de saúde ( $p=0,318$ ), tempo de doença ( $p=0,184$ ). Grabowski JA 1992 e Hsieh Mao-Chin 2007 também não mostraram significância da intensidade de luto com o tipo de relacionamento com a pessoa que morreu, com o tempo de luto, ter ido ao funeral ou o lugar de morte. Já Gilbar et al 2002, mostraram correlação com nível educacional, tempo que ficou acamado e tempo desde a morte para o TRIG I e correlação com

sexo, idade e local de óbito com o TRIG II.

Esperavam-se lutos mais intensos em pais de pacientes sintomáticos, que apresentaram grande sofrimento no fim de vida. Evidenciou-se correlação entre a presença de alguns sintomas que afetaram o bem estar da criança na última semana de vida, referido pelo próprio cuidador com a reação de luto, como perda de peso ( $p < 0,05$ ) e sonolência ( $p < 0,05$ ) com o luto passado e sonolência ( $p < 0,05$ ), dificuldade para engolir ( $p < 0,01$ ) e dificuldade para falar ( $p < 0,01$ ) com luto presente.

Chama atenção que os sintomas que apresentaram correlação são intratáveis e pode-se inferir que são justamente os que impossibilitaram o contacto no fim de vida.

A carga de sintomas referida pelos médicos mostrou correlação tanto com o luto passado ( $p < 0,05$ ) como com o luto presente ( $p < 0,05$ ). Talvez os sintomas anotados pelos médicos nos prontuários sejam realmente aqueles que comprometeram severamente o bem estar da criança na última semana de vida e não conseguiram controle efetivo com a terapêutica instituída.

Faschingbauer, 1981 demonstra que depois do primeiro ano há uma piora nos escores de luto, que declina e estabiliza com o tempo. Na nossa casuística observou-se uma oscilação da mediana do luto presente em relação ao tempo, com pico entre 25-48 meses e após os 73 meses. Talvez esse dado demonstre momentos voltados para a restauração e momentos voltados para a perda.

Como validade convergente evidenciou-se correlação positiva entre TRIG e HADS ( $p < 0,001$ ). Barros, 2008 não demonstrou correlação significativa entre TRIG e ansiedade-estado avaliada pelo IDATE-E. As críticas ficam por conta escolha do instrumento IDATE-E para avaliar o construto.

Na análise fatorial desta amostra não se confirmou os 2 fatores descritos originalmente. Paulhan, 1995 e Wilson, 2007 também não encontraram a existência de 2 fatores.

Através da regressão linear simples demonstrou-se que o luto presente (TRIG II) apresenta forte correlação positiva com o luto passado ( $p < 0,001$ ), com ansiedade e depressão ( $p < 0,001$ ), e correlação negativa com o tempo de cuidados paliativos ( $p = 0,026$ ). Considerando a morte que ocorre no paciente em cuidado paliativo como a morte anunciada esperava-se reações de luto menos intensas.

Já na análise de regressão linear múltipla identificaram-se como fatores preditores para o luto presente apenas o luto passado ( $p = 0,010$ ) e depressão pelo HADS ( $p = 0,002$ ) Gilbar et al 2002 mostraram na análise de regressão múltipla, o sexo e a idade permanecem como variáveis independentes para o luto presente, enquanto que para o luto passado o nível de educação e o tempo que o paciente ficou acamado foram as variáveis independentes identificadas. A parte I do TRIG deveria ser invariante no tempo enquanto a parte II deveria mostrar mudança de sintomatologia do luto. Quando foi realizada a análise longitudinal dos cuidadores não se evidenciou mudanças estatisticamente significativas para o TRIG I ( $p = 0,437$ ), mas também não se evidenciou mudanças para o TRIG II ( $p = 0,$

086), portanto o instrumento não foi capaz de detectar mudanças ao longo do tempo.

A relação hipotética entre as partes I e II permite classificar os diversos tipos de padrões de ajustamento ao luto, numa tentativa de detectar os casos de luto complicado, porém o instrumento TRIG não se encaixa na teoria da oscilação de Stroebe; Schut (1999), que é a mais aceita, uma vez que no luto baixo ou ausente não há oscilação e é considerado como normal, resiliente por alguns autores (Bonanno et al., 2002) e contrariamente no luto adiado não há oscilação e não é considerada como uma reação normal (Lindemann, 1944).

Na nossa amostra obteve-se 38% dos cuidadores com luto baixo/ausente (grupo 1), 12% com luto adiado (grupo 2), 34% com luto prolongado (grupo 3) e apenas 16 % com luto agudo (grupo 4). Excluindo os cuidadores com luto agudo obteve-se 84% dos pais com luto complicado. Essa porcentagem é muito superior ao descrito por Kristjanson 2006, que realizou uma revisão sistemática da literatura e demonstrou que apenas 10-20% da população experimentam o luto complicado. Lucena 2011 obteve 95% dos pesquisados com luto complicado e discute a referência do percentil 50. Essa alta porcentagem de pais considerados com luto “complicado” talvez explique a não associação com significância estatística com as características do cuidador, do paciente, ter estar junto no momento do óbito, ter ido ao enterro, tempo de luto, ansiedade e depressão, tipo de diagnóstico, tipo de tratamento, duração da última internação, presença de sintomas que afetaram o bem estar do filho na última semana de vida, ou local do óbito.

Há uma série de deficiências em nosso estudo como basear-se na avaliação de uma pequena amostra de pacientes, com grande diversidade cultural. Não avaliou-se a presença de perdas anteriores, sabendo o efeito negativo que isso acarreta, assim como também não avaliou-se doenças psiquiátricas pre existentes, nem o suporte social e familiar que os pais receberam. Fica a dúvida de como foi o preenchimento dos questionários pelos analfabetos/primário incompleto. A assistência de alguém próximo talvez reflita realmente o que acontece na prática.

## CONCLUSÃO

Em alguma época da vida todos os seres humanos irão vivenciar o luto, mas a perda de um filho é um evento antinatural, que rompe o ciclo vital. É um evento tão complexo que não há termo que represente o estado de tê-lo perdido (Miller 2002). Ajudar as famílias no processo de luto é uma das tarefas do cuidado paliativo pediátrico. Não há abordagem padrão, mas existem diversos instrumentos que possibilitam a análise desse processo. O Texas Revised Inventory of Grief (TRIG) mostrou ser confiável e válido para avaliação do luto em pais brasileiros que perderam o filho por câncer. É importante considerar que os resultados encontrados não podem

ser extrapolados.

## REFERÊNCIAS

- Barros, E. M. “Tradução e validação do Texas revised inventory of grief (TRIG): aplicação em pais enlutados pela perda de um filho por câncer pediátrico [dissertação].” São Paulo: Fundação Antonio Prudente/CAPES(2008).
- Beaton, Dorcas E., et al. “Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures.” *Spine* 25.24 (2000): 3186-3191.
- Boelen PA, van den Bout J (2005) **Complicated grief, depression, and anxiety as distinct post-loss syndromes: a confirmatory factor analysis study.** *Am J Psychiatry* 162: 2175–2177.
- Bonanno GA, Wortman CB, Lehman DR, Tweed RG, Haring M, Sonnega J, et al. **Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18- months postloss.** *J Pers Soc Psychol* 2002;83:1150-64.
- Botega, N. J.; Bio, M. R.; Zomignami, M. A.; et al., **Transtornos de humor em enfermaria clínica médica e validação de escala de medida had de ansiedade e depressão.** *Rev saude publica*, v. 29, n., p. 355-360, 1995.
- Burnett, Paul, et al. “Measuring core bereavement phenomena.” *Psychological Medicine* 27.01 (1997): 49-57.
- Caeymaex, Laurence, et al. “Perceived role in end-of-life decision making in the NICU affects long-term parental grief response.” *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition* (2012): fetalneonatal-2011.
- Faschingbauer, T. R. **The texas revised inventory of grief manual.** Houston: honeycomb publishing, 1981
- Faschingbauer, T. R., S. Zisook, and R. DeVaul. “The Texas revised inventory of grief.” *Biopsychosocial aspects of bereavement* (1987): 111-124.
- Faschingbauer, T. R.; Devaul, R. A.; Zisook, S. **Development of the texas inventory of grief.** *Am j psychiatry*, v. 134, n. 6, p. 696-698, 1977.
- Faschingbauer, T.; Devaul, R. A.; Zisook, S. **The texas revised inventory of grief. In: zisook, s. (ed.). Biopsychosocial aspects of bereavement.** Washington dc: american psychiatric press, 1987, p.111-124.
- Franco, MHP. **Luto em Cuidados paliativos. In: Cuidado Paliativo.** São Paulo: CREMESP, 2008.
- García, García JA, et al. “[Texas revised inventory of grief: adaptation to Spanish, reliability and validity].” *Atencion primaria/Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria* 35.7 (2005): 353-358.
- Gilbar, Ora, and Hasida Ben-Zur. “Bereavement of spouse caregivers of cancer patients.” *American Journal of Orthopsychiatry* 72.3 (2002): 422-432.
- Grabowski, Jo-Anne, and Thomas T. Frantz. “Latinos and Anglos: Cultural experiences of grief intensity.” *OMEGA--Journal of Death and Dying* 26.4 (1992): 273-285.
- Hsieh, Mao-Chih, et al. “Grief reactions in family caregivers of advanced cancer patients in Taiwan: relationship to place of death.” *Cancer nursing*30.4 (2007): 278-284.
- Kristjanson, L., et al. “A systematic review of the literature on complicated grief.” *Department of*

*health and ageing, Australian Government (2006).*

Lindemann E. **Symptomatology and management of acute grief.** *Am J Psychiatry* 1944;101:141-8.

Miller, A. **“Quando uma criança morre.”** *São Paulo: Arx* (2002).

Miller, Frederick, et al. **“A preliminary study of unresolved grief in families of seriously mentally ill patients.”** *Hospital and Community Psychiatry* 41.12 (1990): 1321-1325.

Paulhan, I., and M. Bourgeois. **“Le questionnaire de deuil TRIG (Texas Revised Inventory of Grief). Traduction française et validation.”** *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique* (1995).

Rynearson, Edward K., and Joseph M. McCreery. **“Bereavement after homicide: a synergism of trauma and loss.”** *The American journal of psychiatry* (1993).

Samper Lucena, E. **“Adaptación psicométrica del inventario de Texas revisado de duelo (ITRD) em población militar española joven adulta.”** *Sanidad Militar* 67.3 (2011): 291-298

Sanders, Catherine M. **“A comparison of adult bereavement in the death of a spouse, child, and parent.”** *OMEGA--Journal of Death and Dying* 10.4 (1979): 303-322.

Seecharan, Grace A., et al. **“Parents’ assessment of quality of care and grief following a child’s death.”** *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 158.6 (2004): 515-520.

Stroebe M, Schut H. **The dual process model of coping with bereavement: rationale and description.** *Death Stud* 1999;23:197-224.

Summers, Jacquelyn, et al. **“Psychiatric morbidity associated with acquired immune deficiency syndrome-related grief resolution.”** *The Journal of nervous and mental disease* 183.6 (1995): 384-389.

Wilson, Steve. **“The validation of the Texas Revised Inventory of Grief on an older Latino sample.”** *Journal of social work in end-of-life & palliative care* 2.4 (2007): 33-60

## 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

