



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^a Dr^a 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^a Dr^a 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^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a 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^a Dr^a 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^a Dr^a 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.^a Dr.^a 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

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
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
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
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

CAPÍTULO 1 1

ACOLHIMENTO COMO TECNOLOGIA LEVE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Vitória Eduarda Silva Rodrigues
Francisco Gerlai Lima Oliveira
Denival Nascimento Vieira Júnior
Sara Joana Serra Ribeiro
Brenda Moreira Loiola
Camila Carvalho dos Santos
Waléria Geovana dos Santos Sousa
Manoel Renan de Sousa Carvalho
Gabriela Maria da Conceição
Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos

DOI 10.22533/at.ed.4641920081

CAPÍTULO 2 13

CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Luís Paulo Souza e Souza
Gabriel Silvestre Minucci
Patrícia Silva Rodríguez
Tamara Figueiredo

DOI 10.22533/at.ed.4641920082

CAPÍTULO 3 20

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Maria Lúcia de Mendonça Sandes
Thiago de Sá Samuel
Karla Fernanda Batista
Maiara dos Santos Pereira
Anna Beatriz Fernandes Bezerra Santos
Monica Santos Teles
Mayara de Jesus Silva
Heryca Natacha Cruz Santos
Priscila dos Santos Nascimento Gonçalves
Michelly Karolaynny dos Santos
Marília de Oliveira Santos

DOI 10.22533/at.ed.4641920083

CAPÍTULO 4 31

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

Erica Boldrini

DOI 10.22533/at.ed.4641920084

CAPÍTULO 5 42

MEDIDA DO BEM-ESTAR DOS CUIDADORES DE PACIENTES PALIATIVOS ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS

Ligiamara de Castro Toledo
Thiago Buosi da Silva
Erica Boldrini

DOI 10.22533/at.ed.4641920085

CAPÍTULO 6	50
AVALIAÇÃO DE BURNOUT EM COLABORADORES DO HOSPITAL DE CÂNCER INFANTOJUVENIL	
<i>Claudia Lucia Rabatini</i>	
<i>Erica Boldrini</i>	
DOI 10.22533/at.ed.4641920086	
CAPÍTULO 7	59
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>	
DOI 10.22533/at.ed.4641920087	
CAPÍTULO 8	65
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>	
DOI 10.22533/at.ed.4641920088	
CAPÍTULO 9	73
MOMENTO ACOLHER: RELATO DE UMA VIVENCIA JUNTO A FAMÍLIA DO PACIENTE EM CUIDADO PALIATIVO	
<i>Flávia Roberta de Araújo Alves</i>	
DOI 10.22533/at.ed.4641920089	
CAPÍTULO 10	76
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>	
DOI 10.22533/at.ed.46419200819	
CAPÍTULO 11	88
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>	
DOI 10.22533/at.ed.46419200811	

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

CAPÍTULO 16	138
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>	
DOI 10.22533/at.ed.46419200816	
CAPÍTULO 17	153
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>	
DOI 10.22533/at.ed.46419200817	
CAPÍTULO 18	170
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>	
DOI 10.22533/at.ed.46419200818	
CAPÍTULO 19	182
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>	
DOI 10.22533/at.ed.46419200819	
SOBRE A ORGANIZADORA	194
ÍNDICE REMISSIVO	195

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE ACERCA DA ORTOTANÁSIA

Ana Dagnaria Rocha

UFTM, Uberaba – MG.

Claudiane Aparecida Guimarães

UFTM, Uberaba – MG.

RESUMO: A morte e o processo do morrer são tratados, ainda hoje, como uma matemática delicada, sendo considerada politicamente incorreta e socialmente censurável. Esse aspecto também repercute no contexto dos profissionais da saúde. O presente estudo busca compreender a percepção de profissionais da saúde sobre a ortotanásia, a partir de entrevistas realizadas em uma instituição hospitalar localizada no interior de Minas Gerais e que oferece cuidado especializado a pacientes oncológicos. Participaram da pesquisa 42 profissionais das seguintes áreas da saúde: Técnicos de Enfermagem, Psicólogos, Assistente Social, Médicos, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Terapeuta Ocupacional e Enfermeiros. Os resultados foram analisados a partir da análise de conteúdo, segundo Bardin. Verificou-se que 67% dos profissionais desconhecem a terminologia ortotanásia, 12% demonstram um conhecimento parcial sobre o termo, e 21% a definiu de modo adequado. Ressalta-se, ainda, que embora a terminologia seja pouco conhecida, sua prática é considerada coerente por 98% da amostra. Ainda, tal prática não

ocorre sem conflitos, os quais são relatados em 85% das respostas. Entende-se que a ortotanásia é considerada a forma mais digna de finitude, e que tal percepção ocorre por parte dos profissionais a partir de um contato muito próximo com o sofrimento humano.

PALAVRAS-CHAVE: Ortotanásia; Morte; Pessoal da saúde.

PERCEPTION OF HEALTH PROFESSIONALS ABOUT ORTHATANASIA

ABSTRACT: Death and the process of dying are still treated today as a delicate issue, being considered politically incorrect and socially objectionable. This also has repercussions in the context of health professionals. The present study seeks to understand the perception of health professionals about orthatanasia, based on interviews conducted in a hospital located in the interior of Minas Gerais and offering specialized care to cancer patients. Participating in the research were 42 professionals from the following health areas: Nursing Technicians, Psychologists, Social Workers, Physicians, Physiotherapists, Nutritionists, Occupational Therapists and Nurses. The results were analyzed from content analysis, according to Bardin. It was found that 67% of the professionals do not know the orthatanasia terminology, 12% show a partial knowledge about the term, and

21% have defined it adequately. It is also emphasized that although the terminology is little known, its practice is considered adequate by 98% of the sample. However, such practice does not occur without conflicts, which are reported in 85% of the responses. It is understood that orthatanasia is considered the most worthy form of finitude, and that such perception occurs on the part of professionals from a very close contact with human suffering.

KEYWORDS: Orthatanasia; Death; Health personnel.

1 | INTRODUÇÃO

“Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia de sua morte.”

Cicely Saunders

A existência humana é permeada pelos momentos de nascimento, desenvolvimento e morte. Entretanto, essa última, como nenhuma outra, traz consigo a noção de estar muito distante de nós, de modo que rechaçamos tal visão e vivemos um dia após o outro sem refletir acerca desse fato, até que um dia inevitavelmente nos deparamos com a finitude da vida (RODRIGUES, 2012).

Não obstante, falar sobre a morte e o processo de terminalidade humana constitui, na atualidade, um grande tabu social, haja vista que compreende o fato de que todos nós e aqueles a quem amamos possuem um determinado tempo de vida, o qual a nós é uma incógnita. O receio sobre o desconhecido faz da morte uma questão difícil de ser enfrentada (SILVA; RIBEIRO; KRUSE, 2009).

Contudo, independentemente da dificuldade que temos para tratar desta temática, é um fato irrevogável que todos perecemos, mas o que nos diferencia de qualquer outro ser vivo é a consciência dessa finitude. Todos nós vamos passar pela experiência da morte quando nos depararmos com uma condição irremediável, como um assassinato, um suicídio, ou uma enfermidade física, como o câncer (KUBLER-ROSS, 1991).

No Brasil, segundo o Portal online do Instituto Nacional de Câncer (2014), estima-se a incidência de pouco mais de meio milhão (576 mil) de novos casos de câncer no país. Destaca-se ainda, que o tipo de câncer mais frequente em mulheres é o câncer de mama (56,06 mil) e, nos homens, o câncer de próstata (70,42 mil).

Mostra-se inquestionável o avanço do conhecimento médico, bem como o dos inúmeros benefícios advindos das inovações tecnológicas – e cujos aperfeiçoamentos possibilitaram adiar o momento da morte com o uso de recursos artificiais por períodos de tempo quase ilimitados (BARUZZI; IKEOKA, 2013). Para tanto, o fim da vida passa a ser algo inadmissível e todos os meios devem ser acionados para, ao menos, remediar o inevitável (BACKES *et al.*, 2010). Segundo Kovács (2014), os tratamentos

que prologam a vida talvez sejam realizados numa tentativa desesperada de aliviar o sentimento de impotência frente à morte.

É quando o paciente se encontra sem perspectiva de cura terapêutica ou controle da enfermidade que surgem os Cuidados Paliativos. Esses possuem como prerrogativa a “filosofia do cuidar”, segundo a qual a morte pertence a um processo natural presente no curso de vida de qualquer indivíduo. Nesta perspectiva, busca-se atender ao paciente e à família considerando aspectos emocionais, espirituais e sociais, uma vez que em todas essas categorias o indivíduo sofre grande impacto além, é claro, da dor e dos desconfortos físicos provenientes da doença (CRESPO, 2009; SILVA; HORTALE, 2006).

Em consonância com os Cuidados Paliativos destacam-se as reflexões da bioética, responsáveis por ponderar as discussões a respeito da ortotanásia e que partem do princípio de que não se deve prolongar o processo de morte quando pouco pode ser feito em prol da cura do paciente, mas, ao invés disso, “propiciar condições de vida, aliviando todos os tipos de sofrimento” (MENEZES; VENTURA, 2013, p. 88).

A ortotanásia do ponto de vista do direito pode se justificar perante os fundamentos da Constituição Federativa do Brasil presentes no art. 1º, inciso III, que elegeu o princípio da dignidade da pessoa humana e o art. 5º, inciso III, que estabelece que “ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante”, bem como a resolução nº 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina que permite ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida de um indivíduo em fase terminal (BRASIL, 1988; CRUZ; OLIVEIRA, 2013).

Um estudo feito com peritos da saúde aponta que a falta de habilidades com questões relacionadas ao fim da vida desencadeia inúmeras complicações no exercício da profissão, e que por não saberem lidar com essas questões tornam-se tristes, angustiados e aflitos no contato com pacientes sem perspectivas de cura terapêutica. Outro aspecto destacado no estudo diz respeito ao fato de que cada vez mais estudantes de medicina e enfermagem estão indo para o campo de estágio sem o preparo necessário para lidar com morte e o processo de finitude dos pacientes (MAFRA; DALPRÁ, 2007; BORGES, 2012).

Percebe-se, ainda, nesse panorama, o pouco contato e discussão a respeito de questões vinculadas à bioética, como é o caso da ortotanásia, em cursos de graduação na área da saúde – o que culmina num despreparo dos futuros profissionais perante questões relacionadas à morte, podendo, em casos extremos, afetar a saúde mental do profissional segundo dados expressos no estudo de Gradvohl, Menezes e Santos (2013).

Diante destas considerações, o presente estudo teve como objetivos compreender a percepção dos profissionais da saúde acerca da ortotanásia, no intuito de discutir como estes profissionais lidam com o processo do morrer de pacientes oncológicos e investigar se a formação profissional oferece o suporte adequado para lidar com o processo de finitude. Todavia, este artigo apresenta resultados parciais da pesquisa,

com enfoque na percepção dos profissionais da saúde sobre a ortotanásia e conflitos existentes em relação a sua prática.

2 | MÉTODO

- Tipo de estudo e participantes

Corresponde a uma pesquisa de corte transversal, descritiva e de cunho qualitativo, que permite uma coleta de dados em ambiente natural em que os participantes vivenciam a questão levantada pelo presente estudo (CRESWELL, 2010).

Foram entrevistados 42 profissionais da saúde atuantes em um Hospital que trata de pacientes, em grande parte, oncológicos, situado no interior de Minas Gerais. Foram incluídos profissionais das seguintes áreas da saúde: Psicologia (N = 02), Enfermagem (N = 10), Fisioterapia (N = 02), Técnico de Enfermagem (N = 20), Medicina (N = 04), Serviço Social (N = 01), Nutrição (N = 02) e Terapia Ocupacional (N = 01).

- Instrumentos

Foi utilizado um Protocolo de Entrevista Semiestruturada - PES composto por 8 questões para caracterização da amostra e 7 questões abertas relacionadas ao tema da pesquisa, as quais foram elaboradas pela pesquisadora, especificamente para este estudo, com objetivo de compreender a percepção dos profissionais da saúde sobre a ortotanásia, bem como a forma como lidam com a morte e o processo do morrer, e igualmente se o processo de formação os auxiliaram em tais questões. Ressalta-se que neste artigo serão apresentadas especificamente apenas os aspectos relacionados a percepção dos profissionais sobre a ortotanásia, bem como possíveis conflitos relatados por estes profissionais na prática da boa morte.

- Coleta dos Dados

Inicialmente, foi realizado entre os setores do hospital o convite para participar da pesquisa e também explicitado os objetivos do estudo de forma clara e objetiva. Evidencia-se, ainda, que todos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As informações foram produzidas por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas e posteriormente transcritas. Com intuito de garantir o anonimato dos participantes, foi utilizado um processo de codificação alfanumérico de cada participante do presente estudo.

A coleta foi realizada no período de junho a setembro de 2017. As entrevistas foram realizadas em um espaço reservado em cada setor do hospital, o qual eram próximo ao ambiente de trabalho do profissional entrevistado, com vistas a resguardar o sigilo das informações relatadas.

- Análise de Dados

As entrevistas foram examinadas segundo a análise de conteúdo da Bardin, seguindo o modelo recomendado: em um primeiro momento a pré análise, posteriormente a exploração do material, depois a organização dos resultados, inferências e interpretação (BARDIN, 2011).

Considerações Éticas

Esta pesquisa se apoiou nos parâmetros éticos que versam a resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012 do CNS/CONEP (BRASIL, 2012) e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sob o protocolo: 2.141.912/2017.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Referente a caracterização da amostra, esta foi composta por 42 profissionais da saúde, com relação a profissão foi possível identificar que a maioria era da área da enfermagem, sendo 48% (N = 20) de Técnicos de Enfermagem e 24% (N = 10) de Enfermeiros; 9% (N = 4) de Médicos; 5% (N =2) de Fisioterapeutas, 5% (N =2) de Psicólogos, 5% (N =2) de Nutricionistas, 1 Terapeuta Ocupacional e 1 Assistente Social, os quais equivalem cada um a 2% da amostra total. Um dos aspectos que o estudo priorizou foi a possibilidade de obter a opinião de todas as categorias de profissionais de saúde do hospital onde foi realizada a pesquisa, a fim de que fosse possível compreender tal fenômeno a partir de diversos contextos e perspectivas.

Foi possível identificar que a média de idade dos profissionais foi de 33,52 anos, e com um desvio padrão de 8,61 anos. Tal aspecto pode ser interessante, se considerarmos a possibilidade de abarcar profissionais de diferentes idades. A maior parte destes profissionais era do sexo feminino, 74% (N = 31) e 26% (N = 11) dos participantes do sexo masculino.

No que tange a religião/perspectiva espiritual foi apontado um número de 14 participantes que se declararam católicos, o que representa 33% da amostra, espíritas 30% (N = 12); católicos e também espíritas 21% (N = 9) evangélicos 10% (N = 4). Um participante era testemunha de Jeová, 1 entrevistado relatou ser católico e evangélico e 1 participante afirma não ter uma religião específica, mas que acredita em Deus, cada um destes participantes totalizando 2% do total da amostra da pesquisa.

No que se refere ao tempo de formação, percebe-se uma média em anos equivalente a 8,67, com um desvio padrão de 6,78 anos, e quanto ao tempo de atuação na área verifica-se uma média de 8,16 anos, com desvio padrão de 7,00. Estes dados permitem verificar uma heterogeneidade em relação à experiência na amostra utilizada, o que possibilita uma visão de formações possivelmente distintas e de experimentações diversas, o que foi compreendido como um aspecto positivo

ao estudo.

Quanto ao tempo de atuação no hospital em que a pesquisa foi realizada foi possível perceber uma média em anos de 3,47 com desvio de: 4,19 anos. Estes valores representam uma alta variabilidade da amostra quanto ao tempo de atuação dos profissionais no hospital, alguns trabalham há muito tempo no hospital, como também existem profissionais com um tempo menor de atuação na presente instituição.

Para análise de conteúdo das questões abertas do PES foram extraídos os tópicos mais relevantes das verbalizações dos participantes, após foi feita uma leitura integral e detalhada das informações de cada respondente. Em seguida, foram construídos temas comuns por meio das respostas, levando em consideração, também, os comentários e os relatos obtidos durante a entrevista. Com base nesse material, foram identificados significados em comum, que permitiu o agrupamento em categorias, que são apresentadas como um grupo de elementos sob um título genérico. Todas as falas foram transcritas, na análise dos resultados, respeitando os seus coloquialismos, a fim de ser fiel ao material e de oferecer um melhor entendimento das interpretações elaboradas durante a análise de conteúdo.

Referente a primeira questão aberta da entrevista: *O que é ortotanásia?*, quando a resposta apresentada pelo participante era de desconhecimento do termo, foi realizada uma breve explicação sobre o que era a terminologia para que assim fosse possível ao profissional ter condições de responder a segunda pergunta: *O que você pensa sobre essa prática?*

Neste sentido, a partir destas primeiras perguntas foi possível ilustrar duas categorias temáticas do presente estudo, que são: “Termos e percepções sobre ortotanásia” e “Conflitos sobre ortotanásia”, estas categorias abarcam aspectos de como a prática da morte natural é compreendida pelos profissionais da saúde e de que forma eles percebem esta prática em relação ao paciente e familiar. A seguir serão apresentadas as categorias construídas a partir deste estudo.

1 - “Termos e percepções sobre ortotanásia”

De acordo com as respostas dadas a pergunta: *O que é ortotanásia?*, foi possível verificar que a maioria dos profissionais 67% (N = 28) não souberam explicar o termo e por vezes o confundiam com a eutanásia, como pode ser exemplificado nas falas dos participantes P25, P26 e P41:

“Acho que é quando a decisão do médico é de tirar a vida? Você tem a opção de tirar a vida.” (Enfermeiro, 32 anos).

“Eu não me lembro...” (Técnico de Enfermagem, 29 anos).

“Já ouvi falar, mas não sei o que é, me confundo, a eutanásia com a ortotanásia.” (Assistente Social, 42 anos).

Estes resultados contrastam com os resultados apresentados em pesquisa realizada por Silva *et al.* (2016), realizado com profissionais da saúde em uma UTI de um hospital do Vale do São Francisco, em que é evidenciado o conhecimento

da maior parte dos profissionais sobre a ortotanásia. Por outro lado, os resultados da presente pesquisa convergem com os encontrados em pesquisa realizada com médicos durante um evento científico de terapia intensiva na região centro-oeste do país, em que foi apontado que a maior parte dos participantes desconhecia acerca da prática da ortotanásia, e que em alguns momentos a ortotanásia era confundida com a eutanásia (BATISTA; SEIDL, 2011).

Em 12% (N = 5) dos participantes foi possível identificar que conheciam parcialmente sobre ortotanásia, como expresso na fala do profissional P32: “*É a forma como a pessoa vai ter o fim da vida. Tem a ver com qualidade de vida da pessoa.*” (Terapeuta Ocupacional, 36 anos). Esta compreensão parcial foi identificada na pesquisa realizada por Santos *et al.* (2016) com profissionais da saúde atuantes na UTI em um hospital universitário de Maceió, que apresenta como resultado o entendimento da terminologia que não correspondente ao que a literatura científica configura como o correto. Todavia, apresenta respostas que contém alguns elementos assertivos, assim como algumas respostas desta pesquisa, consideradas próximas a definição da terminologia.

Quanto aos que souberam dizer o que é ortotanásia, destaca-se entre estes, profissionais da psicologia, medicina e enfermagem correspondendo a 21% (N = 9) da amostra, como pode ser exemplificado na fala de P30 e P27:

“Então, ortotanásia é uma morte natural né? é aquela vamos dizer, a boa morte, acho que é a morte que deve ser... que deve existir em todo ser humano, então essa é a ortotanásia, é a morte que a gente briga e luta para que todos os nossos pacientes tenham, a ortotanásia, que é a boa morte [...]”. (Médico, 45 anos).

“[...] é a morte natural do paciente sem causar um sofrimento do paciente seja para apenas controlar a dor. Sem utilizar procedimentos extremamente invasivos [...]” (Psicólogo, 50 anos).

Neste sentido é possível relacionar tal resultado aos achados da pesquisa realizada por Batista e Seidl (2011) com médicos intensivistas, os quais demonstraram que a maior parte dos profissionais soube definir ortotanásia.

A outra pergunta utilizada para análise desta categoria foi: *O que você pensa sobre a prática da ortotanásia?*. Neste viés percebe-se que embora os profissionais, em sua maioria, desconheçam a terminologia da ortotanásia, sua prática é considerada como algo favorável pelos profissionais. Assim, verificou-se que quase a totalidade da amostra afirma ser a favor da prática, apenas um profissional apresentou um posicionamento de que deve investir no paciente, mesmo sem perspectiva de cura. Interessante ainda ressaltar que existem alguns profissionais que relatam uma aceitação parcial da prática quando se trata do processo de morte de pessoas próximas a eles, ou ainda em relação a própria morte. Contudo, prevalece o entendimento de que a morte natural é a forma mais digna de finitude da vida, e que os profissionais de saúde tendem a desenvolver uma percepção diferenciada sobre a vida e a morte, a partir de uma aproximação intensa com o sofrimento do outro. Tais elementos podem

ser reconhecidos nas falas de P03 e P34:

“[...] se você fosse escolher uma pessoa que não tem qualidade de vida e ela é da sua família, você não vai querer que ela morra, mas quando ela não é da sua família e você vê que o paciente não tem qualidade de vida [...] eu acho que não resolve você ficar prologando uma vida em que o paciente não tem qualidade de vida [...] o ser humano não aceita a morte [...] É diferente a visão de quem trabalha na área da saúde ... as visões de vida e morte são diferentes porque a gente vive com muito sofrimento [...]” (Enfermeiro, 31 anos).

“[...] eu acho que é isso, mais vida para cada dia que ela tem, precisa ofertar mais vida de qualidade, eu não preciso prolongar a vida dela com dias de sofrimento através de procedimentos invasivos, então eu concordo muito [...].” (Enfermeiro, 28 anos).

A partir deste dado, pode-se realizar uma comparação com os dados obtidos na pesquisa de Vane e Posso (2011), as quais relatam em estudo realizado com médicos intensivistas, em que aproximadamente 70% dos entrevistados se mostraram favoráveis a prática da ortotanásia, entendendo que deve ser possibilitado ao paciente um cuidado de modo integral, em busca de oferecer um conforto em vários níveis: físico, psíquico, social e espiritual.

2 - “Conflitos sobre ortotanásia”

A segunda categoria de análise teve a seguinte pergunta norteadora: *Você percebe algum conflito de opiniões entre os profissionais da saúde, a família e o paciente sobre a prática da ortotanásia?* A partir das respostas dadas a esta questão foi possível apresentar o panorama de como é percebido a prática da ortotanásia em relação a outros envolvidos no cuidado, no sentido de discutir se existem conflitos entre famílias, profissionais e pacientes.

Identificou-se que 98% (N = 41) dos participantes percebem conflitos entre estes atores sociais no que se refere à prática da ortotanásia, em especial, conflitos entre a família e os profissionais de saúde. Neste aspecto identificou-se questões de várias ordens, como a dificuldade de aceitar a morte do ente querido, a dor da perda, a culpa, o medo, dentre outros elementos que justificam o pedido da família para que *“tudo seja feito para o paciente”*, isto é, que seja lançado mão de qualquer procedimento, mesmo que invasivo para que a pessoa continue vivendo. Como pode observar no relato de P14:

“A família sempre tem aquela esperança por mais que o médico diga que o paciente é paliativo e que não tem mais nada para ser feito com remédios e outras coisas, eles sempre têm a esperança, o familiar sempre espera que venha a cura, sempre questiona, às vezes eles não entendem que o paciente está em sofrimento com falta de ar, aí o familiar quer que aumente o oxigênio e outras coisas parecidas, querem prolongar a vida. [...]” (Técnico de Enfermagem, 37 anos).

É interessante refletir que a morte é um fenômeno que, ao mesmo tempo em que fascina o ser humano também o aterroriza, tal aspecto se evidencia pela natureza

intangível deste fenômeno, o qual repercute em uma busca por compreensão e explicação de várias ordens: filosófica, religiosa, científica. Sabe-se que cada cultura edifica sua perspectiva sobre o morrer, e esta é disseminada por várias gerações. Na cultura ocidental contemporânea, o sentido atribuído ao morrer é muito negativo, pois, o entendimento das pessoas sobre os inúmeros recursos para se prolongar a vida são incontáveis. Tal pensamento repercute em uma visão da morte como algo cada vez mais vinculado ao sentido de perda, vazio, separação, desespero, e, por conseguinte, mais distanciado de uma conotação de um processo natural da vida (SANTANA *et al.*, 2017).

Tal aspecto pode ser evidenciado na pesquisa realizada por Silva *et al.* (2014) com familiares de pacientes internados em um hospital privado de Belém, em que mais de 85% (N= 122) dos familiares que desconheciam sobre os aspectos envolvidos no processo do morrer se mostraram a favor do prolongamento da vida do paciente. É válido mencionar também a pesquisa de Ferreira *et al.* (2015), realizada com enfermeiros de um hospital privado de Curitiba, em que é unânime a percepção de que o familiar é o principal ator responsável em dificultar o processo do morrer mais natural do paciente, que evidencia uma necessidade de um trabalho por parte da equipe de orientação e apoio junto aos familiares dos pacientes em situações de adoecimentos graves e iminência de morte.

Outro conflito identificado nas respostas apresentadas ocorre entre os próprios profissionais da saúde, os quais muitas vezes têm opiniões distintas e chegam a confundir inclusive os familiares, como verbalizado pelos profissionais P12 e P20:

“Sim, percebo, muitas vezes o médico tem uma opinião, mas os outros profissionais não concordam, teve um caso que cheguei a discordar com um médico e não passei a dieta por saber que tal procedimento iria causar mais sofrimento do que alívio para o paciente.” (Nutricionista, 39 anos).

“Muita, por que de um profissional para outro, às vezes têm uns que querem investir outros que falam que não dá mais [...] o familiar, às vezes, não sabe nem o que decidir por conta da opinião dos profissionais.” (Técnica de Enfermagem, 41 anos).

O estudo realizado por Santana *et al.* (2017) apresenta relatos de opiniões distintas de profissionais em relação a conduta de investir ou não em pacientes sem perspectivas de cura terapêutica, e que estes posicionamentos são percebidos na prática de profissionais de saúde. O estudo ainda enfatiza a importância do papel da equipe em oferecer um suporte efetivo para que o processo do morrer do paciente seja vivenciado com mais aceitação pela família, a fim de se reduzir o sofrimento e propiciar mais dignidade ao processo de finitude.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do presente estudo, foi possível identificar que a maioria dos profissionais de saúde não conhece o significado da terminologia ortotanásia, isto é, a boa morte. Todavia mesmo presente o desconhecimento do termo, sua prática é considerada como a forma mais digna de finitude para pacientes sem perspectiva de cura terapêutica. É interessante ainda destacar que sua prática não acontece sem conflitos, e estes são primordialmente presentes com os familiares e também entre os próprios profissionais de saúde, o que indica um impasse para que o princípio da boa morte seja efetivo.

Vale pontuar que uma limitação da pesquisa se refere à condição de não abarcar um número maior de profissionais para generalização dos resultados apresentados, bem como ter contado apenas com profissionais de um único hospital. Apesar das dificuldades, vale ressaltar que a amostragem foi relativamente considerável, se tratando de uma pesquisa qualitativa, o que permitiu um olhar de diferentes perspectivas dos profissionais, com formações distintas e uma variedade de vivência, considerado o tempo de formação e atuação. Esta coleta de dados só foi possível pela acessibilidade do hospital e disponibilidade dos profissionais, os quais foram extremamente solícitos em relatarem suas experiências tanto profissionais como pessoais.

Os dados encontrados demonstram um cenário preocupante vivenciado pelos profissionais de saúde, e que necessita de um olhar cuidadoso de instâncias de saúde, de instituições formadoras e também dos próprios profissionais, na busca de estratégias que possibilitem qualidade de vida para uma atuação profissional cada vez mais efetiva e adequada.

REFERÊNCIAS

BACKES, V. et al. **Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia.** Revista Bioética, v. 18, n. 2, p. 275-288, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2011. p. 281.

BATISTA, K. T; SEIDL, E. M.F. **Estudo acerca de decisões éticas na terminalidade da vida em unidade de terapia intensiva.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 22, n.1, p.51-60, 2011.

BARUZZI, A. C. A.; IKEOKA, D. T. **Terminalidade e cuidados paliativos em terapia intensiva.** Revista da Associação Médica Brasileira, v. 59, n. 6, p. 528-530, 2013.

BORGES, A. D. V. S. et al. **Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento.** Psicologia em Estudo, v. 11, n. 2, p.361-369, 2006.

BORGES, M. S. **Atuação do enfermeiro diante do processo de morte e morrer do paciente terminal.** Monografia (Conclusão do Curso de Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Salgado de Oliveira, São Gonçalo/RJ, 2012.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html>. Acesso em: 21 nov. 2017.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/index.shtm>. Acesso em: 21 mar. 2017.

CRESPO, S. M. A. C. **Histórias de vida e a doença oncológica terminal**. 2009. Dissertação (Mestrado em oncologia) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar do Porto, Universidade do Porto, Porto, 2009.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRUZ, M. L. M.; OLIVEIRA, R. A. **A licitude civil da prática da ortotanásia por médico em respeito à vontade livre do paciente**. Revista Bioética, v. 2, n. 13, p. 405-411, 2013.

FERREIRA, C. C. L. et al. Percepção dos enfermeiros acerca da distanásia em uma instituição privada de saúde. In: **EVENTO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA (EVINCI)**, 4., 2015, Curitiba. Cadernos de Artigos Científicos e Resumos Expandidos. Curitiba: Centro Universitário Autônomo do Brasil, 2015. p. 1580-1592.

GRADVOHL, S. M. O.; MENEZES, M. P.; SANTOS, L. R. G. **Conhecimento, envolvimento e sentimentos de concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia sobre ortotanásia**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, n. 9, p. 2645-2651, 2013.

INSTITUTO Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2014 Incidência de Câncer no Brasil**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

KOVÁCS, M. J. **A caminho da morte com dignidade no século XXI**. Revista Bioética, v. 22, n. 1, p. 94-104, 2014.

Kübler-Ross E. **A morte: um amanhecer**. São Paulo: Pensamento; 1991.

MAFRA, V. A. V. F.; DALPRÁ, L. R. **O processo de morte-morrer sob a ótica do graduando de enfermagem**. NetSaber - Artigos. 2007. Disponível em: <http://artigos.netsaber.com.br/resumo_artigo_22989/artigo_sobre_o_processo_de_morte-morrer_sob_a_%C3%93tica_do_graduando_de_enfermagem>. Acesso em: 21 nov. 2017.

MENEZES, R. A.; VENTURA, M. **Ortotanásia, sofrimento e dignidade: entre valores morais, medicina e direito**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 28, n. 81, p. 213-229, 2013.

RODRIGUES, C. F. A. **Alteridade da morte na perspectiva de Emmanuel Levinas**. Revista Bioética, v. 20, n. 3, p. 442-450, 2012.

SANTANA, J. C. B. et al. **Ortotanásia nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros**. Revista Bioética, v. 25, n. 1, p. 158-67, 2017.

SANTOS, F. P. P. G. et al. **Ortotanásia e distanásia: percepção dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva**. Revista Ciência, Cuidado e Saúde, v. 15, n. 2, p. 288-296, 2016.

SILVA, J. A. C. et al. **Distanásia e ortotanásia: práticas médicas sob a visão de um hospital particular**. Revista bioética, v. 22, n. 2, p. 358-66, 2014.

SILVA, R. C. F.; HORTALE, V. A. **Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de**

diretrizes nesta área. Cadernos de Saúde Pública, v. 22, n. 10, p. 2055-2066, 2006.

SILVA, K. S.; RIBEIRO, R. G.; KRUSE, M. H. L. **Discursos de enfermeiras sobre morte e morrer: vontade ou verdade?** Revista brasileira de enfermagem, v. 62, n. 3, p. 451-456, 2009.

SILVA, R. S. et al. **Percepção de enfermeiras intensivistas de hospital regional sobre distanásia, eutanásia e ortotanásia.** Revista bioética, v. 24, n. 3, p. 579-89, 2016.

VANE, M. F.; POSSO, I. P. **Opinião dos médicos das Unidades de Terapia Intensiva do Complexo Hospital das Clínicas sobre a ortotanásia.** Revista dor, v. 12, n. 1, p. 39-45, 2011.

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

