



SERVIÇOS E CUIDADOS EM SAÚDE

4

Francisca de Fátima dos Santos Freire
(Organizadora)


Ano 2021



SERVIÇOS E CUIDADOS EM SAÚDE

4

Francisca de Fátima dos Santos Freire
(Organizadora)


Ano 2021

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. 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.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Jayme Augusto Peres – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Fernando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Profª Drª Ana Grasielle Dionísio Corrêa – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Sidney Gonçalves de Lima – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Edna Alencar da Silva Rivera – Instituto Federal de São Paulo
Profª Drª Fernanda Tonelli – Instituto Federal de São Paulo,
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miraniide Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Profª Ma. Adriana Regina Vettorazzi Schmitt – Instituto Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Alex Luis dos Santos – Universidade Federal de Minas Gerais
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Profª Ma. Aline Ferreira Antunes – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Amanda Vasconcelos Guimarães – Universidade Federal de Lavras
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Profª Drª Andrezza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Me. Carlos Augusto Zilli – Instituto Federal de Santa Catarina
Prof. Me. Christopher Smith Bignardi Neves – Universidade Federal do Paraná
Profª Drª Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa

Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Edson Ribeiro de Britto de Almeida Junior – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes – Instituto Edith Theresa Hedwing Stein
Prof. Me. Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Fabiano Eloy Atilio Batista – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof. Me. Francisco Odécio Sales – Instituto Federal do Ceará
Prof. Me. Francisco Sérgio Lopes Vasconcelos Filho – Universidade Federal do Cariri
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFGA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Lilian de Souza – Faculdade de Tecnologia de Itu
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Lúvia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Profª Ma. Luana Ferreira dos Santos – Universidade Estadual de Santa Cruz
Profª Ma. Luana Vieira Toledo – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Me. Luiz Renato da Silva Rocha – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Ma. Luma Sarai de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos

Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva – Governo do Estado do Espírito Santo
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Dr. Pedro Henrique Abreu Moura – Empresa de Pesquisa Agropecuária de Minas Gerais
Prof. Me. Pedro Panhoca da Silva – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Profª Drª Poliana Arruda Fajardo – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Rafael Cunha Ferro – Universidade Anhembi Morumbi
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília
Prof. Me. Renato Faria da Gama – Instituto Gama – Medicina Personalizada e Integrativa
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Profª Ma. Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Giovanna Sandrini de Azevedo
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizadora: Francisca de Fátima dos Santos Freire

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S491 Serviços e cuidados em saúde 4 / Organizadora Francisca de Fátima dos Santos Freire. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-195-1

DOI 10.22533/at.ed.951211806

1. Saúde. I. Freire, Francisca de Fátima dos Santos (Organizadora). II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa.

APRESENTAÇÃO

A obra “Organização Serviços e Cuidados em Saúde”, consiste em uma série de livros da Atena Editora, que tem como objetivo primeiro a discussão de temas científicos, com ênfase na produção da saúde: na gestão e na linha de cuidado da saúde pública. As publicações que compõem esse ensaio são frutos de estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa que resistem na defesa da ciência.

A temática arrolada nos instiga a profundas reflexões e inquietações. Iremos apresentar de forma categorizada e interdisciplinar em quatro volumes. As produções nascem dos estudos, pesquisas, relatos de experiência e/ou revisões que perpassam nos diversos cenários que se produzem saúde, quer seja na gestão ou na atenção.

O primeiro seguimento é destinado a uma análise das estratégias de gestão que são adotadas na Organização dos Serviços e Cuidados em Saúde, destacando-se os desafios e limitações enfrentados pelos atores sociais que estão imersos nos pontos de atenção a saúde. Entendemos, que o cuidado em saúde possui diversos significados e é constituído das ações de profissionais de saúde. No contexto do cenário do Século XXI, com as motivações da Pandemia da Covid-19, se faz imperativo o conhecimento, a habilidade, a resolutividade e a luz ética para gerir saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado, no intuito de garantir a qualidade da atenção.

Na segunda seção a ênfase da discussão é direcionada as estratégias da linha de cuidado na atenção primária, secundária e terciária, atentando-se para as estratégias de cuidado para as minorias, para os pacientes críticos e para a reabilitação. Os resultados e discussões defendidos sinalizam a necessidade do fortalecimento das Políticas Públicas, no sentido do financiamento e suporte da rede, para que o objetivo pleiteado possa ser cumprido, tentando diminuir a grande lacuna das iniquidades ainda presentes em nossa sociedade.

No terceiro volume têm destaque o Programa de Atenção Integral a Saúde do Adulto (PAISA), destaca-se que a população adulta e idosa vem apresentando nas últimas décadas um significativo aumento. Assim, justifica-se o espaço de discussão das interfaces da saúde do adulto, com destaque a temas relacionados a violência no trânsito, saúde do trabalhador, terapia antimicrobiana, reabilitação na Covid-19, dentre outros temas tão necessários para o meio acadêmico e social.

O último seguimento, têm destaque as contribuições da Política Nacional de Saúde Mental, a Integralidade do Cuidado e a Política de Humanização na Atenção Psicossocial, enfatizando as contribuições da efetivação de tal política, além disso, essa política visa à constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitam a atenção ao portador de sofrimento mental no seu território e ainda, ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, cultura e lazer. Reafirmando, assim, a

necessidade da formação profissional permanente, que instigue o trabalhador da saúde a reinventar suas ações e ressignificar seus saberes e práticas, criando outras estratégias de cuidado, provocando reflexões contínuas e instituindo mais saberes e práticas que visam a superar os entraves descritos anteriormente.

Que a luz da ciência te incomode profundamente, para que consiga mergulhar na apreciação dos diversos temas instigantes que seguem e que assim, o aprendizado possa contribuir para o aperfeiçoamento do ser e das práticas a exercerem em cada espaço que estiverem, por mais longínquo que seja. Sabemos o quão importante é a divulgação científica, por isso evidenciamos também a estrutura da Atena Editora capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Francisca de Fátima dos Santos Freire

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DA PESSOA COM DOENÇA MENTAL: UM ESTUDO DESCRITIVO-CORRELACIONAL

Ana Isabel Querido
Carlos António Laranjeira
Daniela Filipa Santos Ribeiro
Inês Filipa Morouço Henriques
Inês Silva Oliveira
Sara Cristina Rodrigues Dinis

DOI 10.22533/at.ed.9512118061

CAPÍTULO 2..... 12

AUTO-ESTIGMA NUMA AMOSTRA DE ADULTOS PORTUGUESES COM DOENÇA MENTAL

Carlos António Laranjeira
Ana Isabel Querido
Maria Isabel Figueiredo Moreira
Mónica Alves Tribovane
Raquel Pedrosa Fernandes

DOI 10.22533/at.ed.9512118062

CAPÍTULO 3..... 22

COMPORTAMENTO SUICIDA: FATORES DE RISCOS E DESAFIOS NA VIDA DE PASTORES E PASTORAS EVANGÉLICOS (AS)

Emanuel Messias de Freitas Queiroz
Layone Rachel Silva de Holanda
Rosimary de Carvalho Gomes Moura

DOI 10.22533/at.ed.9512118063

CAPÍTULO 4..... 33

CORRELAÇÃO DA ANSIEDADE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM BOMBEIROS

Carlos Henrique da Fonseca Batista
Cristina Gomes Oliveira Teixeira
Jairo Teixeira Junior
Patrícia Espíndola Mota Venâncio

DOI 10.22533/at.ed.9512118064

CAPÍTULO 5..... 43

CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS NO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Iasmin Dutra de Almeida
Alynne Bayma dos Santos
Christian Sadik Romero Meija
Fabrícia Cristina da Cruz Sousa
Filipe Maia de Oliveira
Gabriella de Barros Gondim

Homero da Silva Pereira
João Pedro Silva Majewski
Marcelo Santos Lima Filho
Marina Gomes Cantanhede
Otávio Bruno Silva da Silva

DOI 10.22533/at.ed.9512118065

CAPÍTULO 6..... 54

CUIDADOS PALIATIVOS: CONFLITOS VIVENCIADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Monise Santos Souza
Josieli Ribeiro Machado Maciel
Josilene de Sousa Bastos
Antônia Maria Santos do Lago
Maria de Jesus da Silva Vilar Campos
Rafael Mondego Fontenele

DOI 10.22533/at.ed.9512118066

CAPÍTULO 7..... 66

CUIDADOS PALIATIVOS: UMA CARACTERIZAÇÃO

Aryane Leinne Oliveira Matioli
Paulo José da Costa

DOI 10.22533/at.ed.9512118067

CAPÍTULO 8..... 86

ESQUIZOFRENIA E SUAS REPERCUSSÕES NA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE

Júlia Bettarello dos Santos
João Gabriel de Melo Cury
Laís Ribeiro Braga
Andrea de Oliveira Cecchi

DOI 10.22533/at.ed.9512118068

CAPÍTULO 9..... 93

DEPRESSÃO PÓS-PARTO E SEUS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Lara Morial Martins
Mariany Corrêa Alves Lima
Nathália Corsi Monfardini
Maria Isabel de Melo Vieira Le Grazie

DOI 10.22533/at.ed.9512118069

CAPÍTULO 10..... 99

FATORES PREDITORES DE DELIRIUM NO DOENTE ADULTO INTERNADO NUMA UCI: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Ana Rita Pascoal
Cristiana Filipa de Pinho Oliveira
Débora Raquel Albuquerque Pereira
Ricardo Filipe da Silva Andrade

Sara Catarina Ramos Gonçalves
João Filipe Fernandes Lindo Simões

DOI 10.22533/at.ed.95121180610

CAPÍTULO 11..... 114

USO DE ANTIDEPRESSIVOS E ANSIOLÍTICOS POR ACADÊMICOS DE UM CURSO DE ENGENHARIA AGRÍCOLA

Jéssica Gabrielle Pontes Cadidé
Thaynná Rodrigues Tavares
Helen Cristina Fávero Lisboa

DOI 10.22533/at.ed.95121180611

CAPÍTULO 12..... 122

SUICÍDIO NA REGIÃO SERIDÓ POTIGUAR: SÉRIE HISTÓRICA DE CASOS (1996 a 2014)

Starlonne da Cunha Melo
Céliane Késsia Cavalcante de Araújo
João de Deus de Araújo Filho
Hugo Wesley de Araújo
Tiago Rocha Pinto
Dulcian Medeiros de Azevedo

DOI 10.22533/at.ed.95121180612

CAPÍTULO 13..... 137

TRANSTORNOS DE HUMOR E FAMÍLIA: SOBRECARGA E FATORES RELACIONADOS

Céliane Késsia Cavalcante de Araújo
Starlonne da Cunha Melo
João de Deus de Araújo Filho
Hugo Wesley de Araújo
Dulcian Medeiros de Azevedo

DOI 10.22533/at.ed.95121180613

CAPÍTULO 14..... 150

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE COMO ALIADAS DA OTIMIZAÇÃO DO PARTO NORMAL

Brunna Francisca de Farias Aragão
Mayara Santana da Silva
Gabriela Wanderley da Silva
Alice Fonseca Pontes
Alyson Samuel de Araujo Braga
Elen Vitória Oliveira de Lima
Emilly de Aquino Oliveira
Isabelly Luana Campos da Silva
Larissa Maria Farias de Amorim Lino
Maria Alice Maia de Oliveira
Rebeca Toledo Coelho
Alexsandra Xavier do Nascimento

DOI 10.22533/at.ed.95121180614

| | |
|---|------------|
| CAPÍTULO 15..... | 159 |
| REFLEXOS DOS DISTÚRBIOS DO SONO NA POPULAÇÃO IDOSA | |
| Marta Beatriz Santos Macêdo | |
| Ana Julia Gonçalves Jesus | |
| Anna Lídia Masson Roma | |
| Beatriz Campos Costa | |
| Elissandra Ferreira Loiola | |
| Giovanna Masson Roma | |
| Jenifer Sayuri Takahashi Sunahara Teodoro | |
| Káryta Lorrane Xavier Oliveira | |
| Letícia Priscila dos Anjos Goulart | |
| Renata Miranda | |
| Tháís Fernanda Santos Azevedo | |
| Ana Paula Sá Fortes Silva Gebrim | |
| DOI 10.22533/at.ed.95121180615 | |
| CAPÍTULO 16..... | 165 |
| ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL EM CUIDADO PALIATIVO ONCOLÓGICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA DISCENTE DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO | |
| Michelle Gabriela do Santos Dutra | |
| Renata Borba de Amorim Oliveira | |
| DOI 10.22533/at.ed.95121180616 | |
| CAPÍTULO 17..... | 175 |
| RELATO DE EXPERIÊNCIA: ATIVIDADE REALIZADA EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NA CIDADE DE FRANCA | |
| Saygra Batista Sousa | |
| Isabela Ovídio Ramos | |
| Luis Roberto CrawfordÁlvaro | |
| Augusto Trigo | |
| DOI 10.22533/at.ed.95121180617 | |
| CAPÍTULO 18..... | 184 |
| O CONHECIMENTO DE NUTRICIONISTAS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS | |
| Mariana Calazans Frias Marcolini | |
| Renata Borba de Amorim Oliveira | |
| DOI 10.22533/at.ed.95121180618 | |
| SOBRE A ORGANIZADORA..... | 195 |
| ÍNDICE REMISSIVO..... | 196 |

CAPÍTULO 7

CUIDADOS PALIATIVOS: UMA CARACTERIZAÇÃO

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 05/03/2021

Aryane Leinne Oliveira Matioli

Centro Universitário FAG

Cascavel-PR

<http://lattes.cnpq.br/3484872911364958>

Paulo José da Costa

Universidade Estadual de Maringá, Programa

de Pós-graduação em Psicologia

Maringá-PR

<http://lattes.cnpq.br/9274325679573119>

<https://orcid.org/0000-0001-6147-7791>

Artigo derivado da dissertação de Mestrado da primeira autora, orientada pelo segundo autor, defendida em 2020, no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá.

RESUMO: Nosso objetivo é caracterizar os Cuidados Paliativos como uma prática de cuidados em saúde, que visa a proteção contra o sofrimento proveniente de uma doença que ameaça a continuidade da vida. Para tanto, são apresentados o conceito de Cuidados Paliativos e um breve resgate histórico para situar seu surgimento no mundo e em nosso país. São apresentados aspectos inerentes a esta prática, os seus princípios, a atuação em equipe e a função de cada profissional participante, finalizando com uma discussão acerca do processo de luto como algo que permeia as vivências de todos os

envolvidos em Cuidados Paliativos.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados paliativos, doenças terminais, morte, serviços de saúde, profissionais da saúde.

PALLIATIVE CARE: A CHARACTERIZATION

ABSTRACT: The goal is to characterize the palliative care as a healthcare practice, which aims the protection against the suffering from a disease that threatens the continuity of life. For this purpose, the concept of Palliative Care and a brief historical overview are presented to show its appearance in the world and in our country. There are presented inherent aspects to this practice, its principles, the team performance and the activities of each professional, concluding with a discussion about the grief proceedings as something that permeates the life experiences of all the involved ones in Palliative Care.

KEYWORDS: Palliative care, terminally ill, death, health care services, health professionals.

1 | INTRODUÇÃO

Nosso objetivo é caracterizar os Cuidados Paliativos, partindo do pressuposto de que trata-se de uma prática de cuidados em saúde, sendo sua proposta “[...] oferecer conforto, calor e proteção, favorecendo uma sensação de segurança. A palavra-chave é cuidado.” (KOVÁCS, 2003, p. 127).

Na definição elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS),

“Cuidado Paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de seus pacientes (adultos e crianças) e famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais” (OMS, 2017, n. p.).

Ou seja, o principal objetivo dos Cuidados Paliativos é a proteção contra o sofrimento proveniente de uma doença que ameaça a continuidade da vida. Essa proteção deve ser realizada de forma holística, incluindo o cuidado com os aspectos psicológicos, sociais e espirituais, além do físico. É um cuidado voltado também para a família, garantindo maior qualidade de vida e humanização. A equipe de saúde conhecedora dessa prática proporcionará ao paciente e aos seus familiares, por meio de um trabalho interdisciplinar, o controle e o alívio dos sintomas que trazem sofrimento.

2 | OS CUIDADOS PALIATIVOS: BREVE RESGATE HISTÓRICO

A história dos Cuidados Paliativos tem sua origem na Idade Média, onde a prática de saúde não objetivava a cura, mas o cuidado com a pessoa doente. Nesse período, existiam instituições, chamadas de *hospices*, que abrigavam peregrinos e enfermos que se locomoviam em percursos como, por exemplo, o Caminho de Santiago de Compostela (MACIEL, 2009), onde pessoas morriam recebendo cuidados de leigos, por caridade. Conforme Matsumoto (2012, p. 24), “*Hospices* eram abrigos (hospedarias) destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes, cujo relato mais antigo remonta ao século V [...]”.

Durante o século XVII, surgiram na Europa instituições de caridade, católicas e protestantes, constituindo-se em abrigos que acolhiam os pobres, os doentes e os órfãos. A partir do século XIX essas instituições apresentaram um aspecto que as caracterizaria como hospital, por construírem alas específicas para os doentes. A prática realizada nelas era leiga e envolvia a espiritualidade, com tentativas de controle da dor. (MACIEL, 2009; MATSUMOTO, 2012).

Em sentido estrito, não se pode afirmar que no período acima mencionado já houvesse a realização efetiva da prática de Cuidados Paliativos, em função de que os cuidados ofertados nos *hospices* e nas demais instituições ocorriam dentro do que era possível, devido ao conhecimento incipiente e a falta de tecnologia médica que favorecessem efetivamente o tratamento e a cura das enfermidades. Entretanto, a preocupação em aliviar o sofrimento da pessoa diante da doença e da morte, oferecendo os cuidados possíveis, torna-se um elemento precursor da mentalidade que culminará nos Cuidados Paliativos.

Num salto no tempo, abreviando o percurso histórico, somente a partir da década de 1960 que a prática dos Cuidados Paliativos começou a se desenvolver e a inglesa Cicely Saunders (1918-2005) foi a responsável por difundi-la (CLARK, 2005). Nesse processo de cuidados possíveis, atenta às necessidades dos pacientes, em 1948 ela teve a experiência

de cuidar de uma pessoa que estava prestes a morrer e, conforme Clark (2002, p. 7), “Foi um breve, mas extremamente intenso relacionamento em que eles ainda discutiram juntos a ideia de que ela poderia um dia fundar uma casa onde outros como ele poderiam encontrar a paz em seus últimos dias”. A partir dessa experiência, Cicely Saunders decidiu buscar conhecimentos sobre o assunto, e iniciou um trabalho voluntário numa casa para moribundos (CLARK, 2005).

Em 1958, tendo se graduado médica e aprendido como tratar a dor dos pacientes diagnosticados com doenças graves, Cicely Saunders compreendeu que “[...] a dor podia ser controlada com drogas apropriadas, e não se deveria esperar que os pacientes gritassem de dor para receber medicação, ou seja, era importante que não sentissem dor, recebendo medicação contínua” (KOVÁCS, 2003, p. 124). A partir disso,

“[...] ela estabeleceu os princípios básicos dos cuidados paliativos modernos, desenvolvendo uma abordagem sistemática para o controle da dor em pacientes terminais; dando atenção às suas necessidades sociais, emocionais e espirituais; e ensinando o que ela sabia para outras pessoas.” (CLARK, 2005, p. 8).

Ao final dos anos 50, com Cicely Saunders iniciou o movimento social que transformou o pensamento em todo o mundo, no que se refere aos cuidados daqueles que estão morrendo. Segundo Clark (2005), além do atendimento aos pacientes, ela promoveu pesquisas sobre o controle da dor e a eficácia da sua prática, bem como criou um centro de educação especializada. O trabalho dela tinha uma base humanitária, se comprometendo aliviar o sofrimento em várias esferas (KOVÁCS, 2003). Por seus feitos, Cicely Saunders tornou-se a grande pioneira dos Cuidados Paliativos.

Nesse período, nos Estados Unidos, Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004) inaugurou um trabalho com pacientes que vivenciavam o fim de suas vidas, divulgado no seu livro *Sobre a Morte e o Morrer* (KÜBLER-ROSS, 2008), publicado em 1969. Ainda na infância, na Suíça, ela teve experiências marcantes relacionadas à morte, que contribuíram para a sua visão humanizada e o seu trabalho futuro com pessoas em cuidados de fim de vida. De acordo com Worth (2005), Elizabeth percebeu que:

“Muitos pacientes pareciam ser tratados principalmente com drogas que foram projetadas para mantê-los em silêncio, em vez de fornecer-lhes ajuda a longo prazo. Kübler-Ross começou a dar aconselhamento individual aos pacientes e pôde ajudá-los melhorar e sair do hospital. Ela também ajudou a iniciar programas de voluntários da comunidade que iam ao hospital visitar os pacientes, dando-lhes mais contato com o mundo exterior” (WORTH, 2005, p. 21).

Durante a sua prática, ela observou que muitos médicos evitavam falar sobre a morte, que os pacientes vivenciando o fim da vida eram maltratados, desrespeitados e deixados de lado. Então, inaugurou um trabalho, no qual ficava mais próxima aos pacientes, com gestos de afeto e de sinceridade (KÜBLER-ROSS, 1998), iniciando a esboçar o seu

trabalho sobre a morte e o morrer, pois percebeu ser esse assunto tabu nos hospitais (KOVÁCS, 2003).

Saunders e Kübler-Ross muito contribuíram para o desenvolvimento do movimento *Hospice*, assim como para a conscientização, no meio médico e leigo, sobre as necessidades dos pacientes em cuidados de fim de vida, deixando, ambas, um importante legado para a atual prática dos Cuidados Paliativos. Foi do trabalho das duas e de outros colaboradores, que o movimento *Hospice* cresceu muito nos Estados Unidos, a partir da década de 1970 (MATSUMOTO, 2012), e se expandiu para o mundo por meio dos inúmeros profissionais estrangeiros que vivenciaram períodos de experiência em um dos primeiros *hospices* inaugurado em Londres.

“A palavra '*hospice*' em francês significa o lugar derradeiro para abrigar os doentes pobres e os desvalidos. Por esse motivo, Balfour Mount cunhou a expressão 'cuidados paliativos' como sinônimo de '*hospice*', mais aceitável tanto para a língua inglesa quanto para a francesa” (OHIO HEALTH HOSPICE, 2015, p. 26).

Atualmente, o termo *hospice* é utilizado como nomenclatura de instituições de média complexidade, especializadas na prática dos Cuidados Paliativos, por uma equipe multiprofissional, visando assistir as necessidades de pacientes diagnosticados com doenças terminais (MACIEL, 2012).

No Brasil, na década de 1970 aconteceram iniciativas isoladas sobre os Cuidados Paliativos e só nos anos de 1990 surgiram os primeiros serviços organizados, ainda incipientes (INSTITUTO PALIAR, n. d.). Matsumoto (2012), por sua vez, indica que tal prática, em nosso país, teve início na década de 1980, com maior crescimento a partir dos anos 2000, quando os serviços já existentes foram consolidados e novos foram criados.

Em nosso país, a prática dos Cuidados Paliativos contou com o pioneirismo do Prof. Marco T. A. Figueiredo, que criou, na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, os primeiros cursos e atendimentos pautados na filosofia paliativista. Outro serviço pioneiro no país foi do Instituto Nacional do Câncer, que em 1998 inaugurou uma unidade dedicada a essa prática, mas que, desde 1986, atendimentos a pacientes diagnosticados com doenças ameaçadoras da vida já aconteciam. A fundação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) ocorreu em 1997, resultante das tentativas da psicóloga Ana G. Melo de congregar os profissionais paliativistas brasileiros (INSTITUTO PALIAR, n. d.).

Sob o comando da Dra. Maria G. S. Maciel, em 2002 foi inaugurada a enfermaria de Cuidados Paliativos no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, onde tal prática já existia dois anos antes. Outro serviço pioneiro iniciou em 2001 e foi inaugurado em 2004, no Hospital do Servidor Público Municipal, em São Paulo, sob responsabilidade da Dra. Dalva Y. Matsumoto. Em 2005, um grupo de médicos fundou a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), que foi a responsável pela regularização profissional na área,

estabelecendo critérios de qualidade para os serviços e elaboradas definições precisas sobre o que são os Cuidados Paliativos, gerando discussões levadas aos Ministérios da Saúde e da Educação, ao Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB). (INSTITUTO PALIAR, n. d.).

Em 2009, pela primeira vez na história da medicina brasileira, o CFM acrescentou em seu Código de Ética Médica a prática dos Cuidados Paliativos como princípio fundamental. Mas, somente em 2010 a Medicina Paliativa foi reconhecida pelo CFM e pela AMB como área de atuação médica (INSTITUTO PALIAR, n. d.). Em 2012, a ANCP se tornou parceira oficial do Dia Mundial de Cuidados Paliativos, celebrado todos os anos, e lançou a segunda edição do Manual de Cuidados Paliativos. As primeiras vagas de residência médica em Medicina Paliativa foram ofertadas em 2013, no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, no Instituto de Medicina Integral Fernando Figueira e no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. (INSTITUTO PALIAR, n. d.).

Segundo Matsumoto (2012), no Brasil, a cada dia surgem novas iniciativas relacionadas à prática dos Cuidados Paliativos. No entanto, alerta que ainda há muito o que desenvolver em nosso país, em função das necessidades em relação à prática.

Até 2017 não existia uma política de Cuidados Paliativos integrada e a única lei que existia era a de nº 10.241/1999, lei estadual de São Paulo, a qual garante ao paciente o direito de recusar os tratamentos extraordinários e dolorosos que tentam prolongar a vida (FÁBIO; RONCOLATO, 2017). Somente em 2018, a ANCP divulgou um comunicado, informando “[...] que a Política Nacional de Cuidados Paliativos para o SUS foi oficialmente aprovada [...], conforme aponta Forte (2018, n. p.). Também em 2018, a Resolução nº 41 foi publicada no Diário Oficial da União, dispondo sobre as diretrizes para a organização dos Cuidados Paliativos no SUS (INSTITUTO PALIAR, n. d.), sendo encarada como uma importante conquista para a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivenciam a terminalidade.

3 | A PRÁTICA DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Como mencionado anteriormente, a prática dos Cuidados Paliativos tem como principal objetivo o alívio do sofrimento desencadeado por uma doença ameaçadora da vida; não é centrado na cura da enfermidade, mas sim no bem-estar da pessoa doente. Nessa perspectiva, o trabalho é obrigatoriamente interdisciplinar, uma vez que deve ser realizado o controle dos sintomas em todas as esferas, levando em consideração os princípios dessa prática.

Nessa perspectiva, o conceito de “dor total” norteia essa prática de cuidado integral e, segundo Clark (1999), foi descrito pela primeira vez por Cicely Saunders em 1964. Trata do entendimento de que a dor não é apenas proveniente do sintoma físico, mas inclui também o sofrimento psíquico, o social e o espiritual. O autor assinala que tal conceito foi

desenvolvido a partir de duas dimensões: a busca por maior entendimento em relação à dor do paciente diagnosticado com uma doença terminal, a fim de transformar o manejo da dor; e a promoção do movimento *hospice* moderno, o qual combinava cuidado, educação e pesquisa (CLARK, 1999).

Além do conceito de “dor total”, tem-se os princípios que norteiam a prática dos Cuidados Paliativos e devem ser seguidos por toda a equipe, a fim de conduzir um trabalho que alcance os objetivos de promover o bem-estar, alívio e controle dos sintomas e cuidado com os familiares, que abordaremos a seguir.

4 | OS PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

A ação em Cuidados Paliativos é baseada em conhecimento científico referente a várias especialidades e formas de intervenções clínicas e terapêuticas, sendo uma prática regida por princípios claros que norteiam as atividades da equipe interdisciplinar (MACIEL, 2008). Em 1986 a OMS publicou os princípios que regem a prática dos Cuidados Paliativos, os quais foram reformulados em 2002 (MACIEL, 2008; MATSUMOTO, 2012), apresentados a seguir.

- a) Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis;
- b) Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida;
- c) Não acelerar nem adiar a morte;
- d) Integrar os aspectos psicossociais e espirituais no cuidado ao paciente;
- e) Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento de sua morte;
- f) Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto;
- g) Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto;
- h) Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;
- i) Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.

É possível identificar, nos princípios mencionados acima, características que remetem ao conceito de “dor total”, anteriormente comentado, uma vez que leva a prática para o cuidado com o paciente e seus familiares em todas as esferas. Diante desta proposta de ação global nos Cuidados Paliativos, evidencia-se a necessidade e a obrigatoriedade do trabalho realizado por uma equipe multiprofissional.

5.1 A ATUAÇÃO EM EQUIPE E O PAPEL DE CADA MEMBRO

Os Cuidados Paliativos estão em consonância com a prática atual em saúde, condizente com o modelo biopsicossocial, que contraria a visão mecanicista, biologicista, muitas vezes predominante nos serviços de saúde. Por essa perspectiva, os Cuidados Paliativos evidenciam a necessidade da realização do trabalho multiprofissional, numa prática focada nessa concepção biopsicossocial. Nesse sentido, Taquemori e Sera (2008) propõem a seguinte definição de Cuidados Paliativos: “[...] um conjunto de **atos multiprofissionais** que têm por objetivo efetuar o controle dos sintomas do corpo, da mente, do espírito e do social, que afligem o homem na sua finitude, isto é, quando a morte dele se aproxima” (p. 55; negritos das autoras). Assim compreendemos que o principal objetivo dos profissionais, membros da equipe, é o controle e alívio dos sintomas que causam sofrimento ao paciente e seus familiares. Para Haugen, Nauck e Caraceni (2015), a formação de uma equipe possibilita um trabalho em conjunto, num contexto em que os pacientes têm necessidades extensas e complexas.

O termo multiprofissional significa que a equipe é composta por profissionais de diferentes áreas e, por isso, uma equipe multiprofissional pode ser multidisciplinar ou interdisciplinar. Apesar de que esses termos são muitas vezes considerados sinônimos na área da saúde mental, conforme comenta Campos (1992), neste trabalho adotamos o termo equipe interdisciplinar, pois, de modo mais específico, ele remete à prática realizada com cooperação e troca entre os profissionais das diferentes áreas. O termo equipe multidisciplinar, ao contrário, se refere ao trabalho realizado por profissionais diferentes de forma individual e isolada (FERREIRA, 1993).

“A equipe interdisciplinar deve tentar alcançar os seguintes objetivos: avaliação precisa e rápida; tratamentos eficazes e integrados; comunicação eficiente com o paciente e a família, com outros profissionais e instituições, e dentro da própria equipe; auditoria das atividades e resultados da equipe” (HAUGEN; NAUCK; CARACENI, 2015, p. 139).

As equipes interdisciplinares na saúde geralmente são compostas pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente espiritual, odontólogo e fonoaudiólogo. Entretanto, nem todos os serviços possuem o quadro completo da equipe e, por esse motivo, é possível a realização da prática pela ação de uma equipe mínima “[...] composta por um médico, um enfermeiro, um psicólogo, um assistente social e pelo menos um profissional da área da reabilitação (a ser definido conforme a necessidade do paciente)” (INSTITUTO PALIAR, n. d.).

5.1 O papel do médico na equipe

A formação acadêmica do médico possui ênfase na realização de diagnósticos e tratamentos de doenças. Segundo Consolim (2012), quando esse profissional se depara

com um paciente em Cuidados Paliativos, precisa deixar de lado o foco na doença e na busca pela cura, para compreender o doente como um ser que necessita de cuidado em outras dimensões, além do corpo físico. Para isso, o médico precisa rever os seus conceitos e aprender a atuar em equipe interdisciplinar, pois, “[...] sozinho não conseguirá suprir todas as necessidades que o cuidado integral de um paciente exige” (CONSOLIM, 2012, p. 333).

Cabe ao médico paliativista realizar os diagnósticos clínicos, além de estar ciente da história da doença, dos tratamentos que já foram realizados e compreender acerca do prognóstico. É sua competência propor tratamentos, farmacológicos ou não, compatíveis com o momento enfrentado pelo paciente, garantindo não só o controle e o alívio dos sintomas, mas também a dignidade até o último momento de vida do paciente. Somente após a dor e os sintomas físicos serem controlados e aliviados, é que o paciente poderá refletir sobre o sentido da vida (ARANTES, 2016).

Para Consolim (2012), pode ser que a principal tarefa do médico seja a de coordenar a comunicação entre a equipe, o paciente e seus familiares, uma vez que eles esperam ouvir dele informações sobre o diagnóstico e evolução da doença. É fundamental que o médico, além do paciente e sua família, também converse com a equipe sobre essa questão para que todos falem uma linguagem comum, possibilitando a construção do planejamento terapêutico em conjunto, com a participação ativa do paciente e seus familiares.

5.2 O papel do enfermeiro na equipe

A formação em enfermagem é voltada para o cuidado em todas as áreas assistenciais que demandam suas ações. Nesse sentido, realizar Cuidados Paliativos é inerente à prática cotidiana da enfermagem e, por isso, o enfermeiro é fundamental para otimizar esse cuidado (SILVA; ARAÚJO; FIRMINO, 2008).

Cabe a esse profissional realizar curativos nas lesões malignas cutâneas, ter habilidades de comunicação, possuir domínio da técnica de hipodermóclise (uma forma de acesso subcutâneo para a administração de medicamentos que traz o mínimo de dor ao paciente), além de realizar outras práticas como proporcionar medidas de higiene, de conforto e realizar o gerenciamento da equipe de enfermagem (FIRMINO, 2012). Os enfermeiros especializados em Cuidados Paliativos “[...] devem ter o preparo educacional apropriado para assumir a responsabilidade pelas decisões de cuidados de saúde e são reconhecidos, muitas vezes, como líderes da equipe de cuidados paliativos” (SHERMAN; FREE, 2015, p. 157). Segundo Firmino (2012), as habilidades do enfermeiro devem se direcionar para a avaliação sistemática dos sintomas, o que auxilia a equipe na decisão das prioridades para cada caso.

Como a prática de enfermagem demanda importante proximidade com o paciente e seus familiares, é papel do enfermeiro a realização de cuidados sensíveis e afetivos. Desse modo, a competência relacional desse profissional ganha destaque dentro da equipe

(FIRMINO, 2012), pois consegue identificar e compreender as demandas e os desejos individuais de cada doente, o que proporciona melhor planejamento e implementação de ações que possibilitam o exercício da autonomia do paciente e o controle sobre sua vida e doença.

5.3 O papel do psicólogo na equipe

A atuação do psicólogo como membro da equipe interdisciplinar se dá de acordo com a abordagem psicológica de preferência do profissional, pois esta não é determinante para o sucesso ou insucesso da condução do caso. Entretanto, daremos ênfase aos conteúdos provenientes da teoria psicanalítica, uma vez que é sob essa perspectiva que nos norteamos profissionalmente.

Segundo Nunes (2012), psicanaliticamente se compreende que a interpretação que o paciente tem sobre sua doença vai ao encontro de seu sistema de afetos e de crenças, tanto conscientes quanto inconscientes. Nesse sentido, o psicólogo oferece a sua escuta como forma de favorecer a elaboração dos elementos e vivências associadas ao adoecimento. Contudo, conforme Arantes (2016), somente teremos acesso aos conteúdos psíquicos após o alívio dos sintomas físicos, tais como a dor e a falta de ar, por exemplo. Na compreensão freudiana, “[...] uma pessoa atormentada por dor e mal-estar orgânico deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito a seu sofrimento” (FREUD, 2006a, p. 89). Diante disso, Nunes (2012) aponta ser indicado que o acompanhamento realizado pelo psicólogo se inicie o mais precocemente possível, uma vez que a ação em Cuidados Paliativos deve ocorrer desde o diagnóstico de uma doença grave e não somente no momento da terminalidade da vida.

No caso da atuação do psicólogo, há maior ênfase em que o paciente e seus familiares são uma unidade de cuidados, pois a família apresenta diversos fatores psicológicos que precisam ser trabalhados. Além disso, o psicólogo também direciona sua ação para a equipe interdisciplinar, “[...] uma vez que esta necessita manter a homeostase nas suas relações e encontrar vias de comunicação que permitam a troca e o conhecimento, a partir de diferentes saberes” (FRANCO, 2008, p. 74). Por isso, a psicologia é compreendida como um elo entre os profissionais da equipe e a unidade de cuidado paciente-família, auxiliando no sucesso da comunicação (FRANCO, 2008).

De acordo com Mehnert (2015), durante a evolução de uma doença que ameaça a continuidade da vida, os pacientes e familiares são confrontados com uma variedade de aspectos que causam sofrimento psicossocial. Nesse sentido, as intervenções realizadas pelo psicólogo objetivam a redução do risco psicossocial para auxiliar na manutenção da qualidade de vida do paciente e seus cuidadores. Essas intervenções ajudam o paciente e sua família a lidar com o medo da morte, a controlar a ansiedade e reduzir os sentimentos de isolamento, tristeza, desespero e solidão. Tais afetos interagem com os sintomas físicos e acompanham a evolução da doença. As intervenções psicológicas se dão também em

relação a outros problemas, como os associados às mudanças nas relações e nos papéis sociais.

Em relação ao trabalho voltado especificamente à família, além do acolhimento e escuta ativa, é papel do psicólogo se atentar para a conspiração do silêncio; ou seja, ao fato de que os familiares, com a intenção de poupar o doente de mais sofrimento, o privam das informações acerca da evolução de sua enfermidade. Entretanto, essa privação pode gerar mais angústia e tirar a autonomia do paciente. Portanto, cabe ao psicólogo estimular o paciente e a família a falarem aberta e francamente sobre a situação, de modo que possibilite a legitimação do sofrimento, a elaboração da experiência em relação ao adoecimento, ao processo de morte e ao luto (NUNES, 2012).

5.4 O papel do assistente social na equipe

O trabalho realizado pelo profissional do serviço social possui enfoque nas demandas sociais do paciente e seus familiares. Direciona sua atenção para a rede de suporte social. Ou seja, além de cuidar dos aspectos sociais durante a internação do paciente em Cuidados Paliativos, esse profissional busca realizar conexão com entidades, ou pessoas como parentes, amigos e vizinhos, que poderão auxiliar o paciente e seus familiares em casos de necessidade. As redes de suporte serão mais eficientes na medida em que oferecerem segurança ao paciente e seus familiares, cuja efetividade está relacionada com o vínculo que foi estabelecido e fortalecido com o passar do tempo (ANDRADE, 2012).

O trabalho realizado pelo assistente social da equipe de Cuidados Paliativos, envolve a avaliação de um perfil socioeconômico que contenha as informações necessárias para a condução de cada caso. Diante disso, Andrade (2012) pontua a importância do profissional reconhecer a família como ela é, a família real, sem se deixar levar pela idealização da família ideal, considerando que:

“Nem sempre os vínculos foram formados de maneira satisfatória, nem sempre aquele que está morrendo ‘é amado por todos’, nem sempre a família tem condições adequadas de cuidar (financeiras, emocionais e/ou organizacionais) e nem sempre o paciente quer ser cuidado da forma como avaliamos como necessária e ideal.” (Andrade, 2012, p. 341).

Portanto, conhecer a família e compreender sua dinâmica, seus limites e suas potencialidades é crucial para desenvolver um trabalho adequado. Para a realização da avaliação socioeconômica, o assistente social deve buscar por informações acerca da composição familiar, o local de moradia, a renda familiar, a religião, a profissão e situação empregatícia do paciente, pois tais dados embasarão o seu trabalho, uma vez que dão parâmetros para a compreensão das necessidades existentes (ANDRADE; SERA; YASUKAWA, 2012).

5.5 O papel do fisioterapeuta na equipe

Como membro da equipe de Cuidados Paliativos, o fisioterapeuta terá sua atuação com enfoque na promoção, aperfeiçoamento e adaptação das condições físicas do paciente relacionadas ao movimento humano (ANDRADE; SERA; YASUKAWA, 2012). Deve realizar uma avaliação fisioterapêutica e estabelecer um programa de tratamento que objetiva uma ação interdisciplinar para o alívio e controle dos sintomas (SERA; IZZO, 2008), sendo elaborado levando em consideração o grau de dependência e a progressão da doença (ANDRADE; SERA; YASUKAWA, 2012). A atuação com pacientes totalmente dependentes objetiva a manutenção da amplitude do movimento, a adaptação de posturas que tragam conforto e favoreçam a respiração, além de prevenir as úlceras por pressão, edema e dor. O trabalho realizado com pessoas dependentes, mas que ainda possuem capacidade de deambular, visa a manutenção da locomoção, no autocuidado e na funcionalidade. Por fim, com pacientes que são independentes, porém apresentam alguma vulnerabilidade, a atuação do fisioterapeuta deve centrar-se na manutenção e/ou melhora da capacidade funcional (ANDRADE; SERA; YASUKAWA, 2012).

No contexto dos Cuidados Paliativos, o trabalho da fisioterapia refere-se à reabilitação do paciente, possui enfoque no auxílio às pessoas para aumentar o potencial e a qualidade de vida. Esse profissional atua ainda com medidas não farmacológicas para o alívio de sintomas respiratórios, neurológicos, dor, perda do apetite e edemas crônicos (ENGLISH, 2015). De acordo com Sera e Izzo (2008), é papel do fisioterapeuta realizar orientações aos familiares sobre autocuidado, tendo em vista que há um importante número de cuidadores que se desgastam física e emocionalmente.

5.6 O papel do nutricionista na equipe

Segundo Fernandes (2012), o alimento possui um importante papel na vida das pessoas, relacionando-se ao prazer, aos momentos agradáveis da vida, tendo significados muito particulares para cada indivíduo e família, pois depende de diversos fatores que vão além da sua função energética para o organismo. Diante da presença de uma doença grave, esse papel essencial do alimento não se altera e, na condição de impossibilidade de nutrir o paciente, o alimento é percebido pela sua ausência e dificuldade de ingestão, gerando angústia e sofrimento, principalmente nos familiares.

No contexto dos Cuidados Paliativos é muito comum que os pacientes apresentem falta de apetite. Também “[...] é sabido que terapias nutricionais agressivas não são efetivas e podem tornar o tratamento mais oneroso e estressante” (FERNANDES, 2012, p. 347). Por isso é fundamental que o nutricionista, junto com a equipe interdisciplinar, realize uma avaliação assertiva para que não faça uso de medidas de nutrição que se tornem fúteis, que intervenha de acordo com o prognóstico, com o potencial de reversibilidade da desnutrição e do sofrimento proveniente do tratamento. Para tanto, deve realizar avaliação nutricional,

compreender o impacto psicossocial da desnutrição para o paciente e seus familiares, avaliar os riscos e os benefícios da terapia nutricional, discutir com a equipe acerca da melhor via de tratamento nutricional (MELO, 2008). O tratamento pode proporcionar

“[...] meios e vias de alimentação, reduzindo os efeitos adversos provocados pelos tratamentos, retardando a síndrome anorexia-caquexia e ressignificando o alimento. Em adição, auxilia no controle de sintomas, procura manter hidratação satisfatória, preserva o peso e a composição corporal” (FERNANDES, 2012, p. 346).

Dessa forma, o nutricionista auxilia na evolução favorável do paciente. Para tanto, deve possuir habilidades de comunicação com o paciente e os familiares, pois a autonomia do doente deve sempre ser preservada, sendo comum que ele, no momento final da vida, opte por não receber alimento.

Richardson e Davidson (2015) ressaltam que a prática de nutrição mudou significativamente e os pacientes não são mais vistos como meros receptores passivos de intervenção da equipe. Pelo contrário, são compreendidos como parceiros, que trabalham em conjunto com o nutricionista no que se refere à participação ativa na tomada de decisões e estabelecimento de metas para a alimentação.

5.7 O papel do fonoaudiólogo na equipe

A ação da fonoaudiologia, no contexto dos Cuidados Paliativos, busca contribuir para a melhora da qualidade de vida da pessoa que está gravemente enferma, visto que muitos paciente nessa condição apresentam alterações orais que trazem desconforto, tais como dificuldade de deglutição, desidratação, anorexia, entre outros, que estão intimamente relacionados à fonoaudiologia (PINTO, 2012). Cabe ao fonoaudiólogo avaliar o processo de deglutição desde a região oral até o nível da faringe, realizar a manutenção da deglutição segura por via oral, garantir a consistência adequada dos alimentos, se preocupar com a apresentação e o tamanho do prato para minimizar a sensação de fracasso diante da dificuldade de comer (PINTO, 2012; TAQUEMORI, 2008).

Igualmente devem ser foco de atenção desse profissional os aspectos relativos à comunicação (PINTO, 2012), buscando alternativas para um processo comunicacional mais efetivo entre o paciente e a família, podendo contar com o apoio de instrumentos como pranchas com letras e figuras, gestos ou observação de ações corporais do paciente. De acordo com Taquemori (2008), o cuidado com os distúrbios de comunicação é essencial porque prejudicam o entendimento do paciente em relação às suas próprias escolhas e possibilidades de tratamento; pode, inclusive, limitá-lo quando apresentar suas opiniões e decisões, comprometendo suas relações sociais.

5.8 O papel do terapeuta ocupacional na equipe

A atuação do terapeuta ocupacional tem como objetivo primordial desenvolver a emancipação e a autonomia das pessoas que possuem limitações nas ações funcionais

e/ou apresentam dificuldades de se inserirem socialmente (COOPER; KITE, 2015), sendo consoante com os pressupostos da prática em Cuidados Paliativos, na qual “[...] deve-se prover um sistema de apoio e ajuda para que o paciente viva tão ativamente quanto possível até sua morte” (OTHERO, 2012, p. 361). Nesse contexto, o terapeuta ocupacional busca criar formas que ampliem a autonomia da pessoa gravemente enferma, estando o trabalho voltado para a permanência das atividades significativas no cotidiano do paciente e seus familiares (OTHERO, 2012). De acordo com Queiroz (2008), esse profissional possibilita a maximização da independência durante a realização das atividades básicas da vida diária, como se alimentar, se vestir, realizar a higiene pessoal, se locomover, se comunicar; além de outras atividades, como o trabalho e o lazer, com capacidade de controle sobre si mesmo, sobre a situação e o ambiente.

Segundo Othero (2012), em relação aos familiares, cabe ao terapeuta ocupacional realizar orientações sobre estímulos positivos ao paciente e treinar os cuidadores para que sejam facilitadores da independência do doente durante as atividades cotidianas. Já na fase final de vida, muda-se o foco de ação para a diminuição de estímulos, visando proporcionar maior conforto ao paciente, e para o auxílio aos familiares na realização de despedidas, na expressão de sentimentos por meio de atividades. Cabe ainda ao terapeuta ocupacional, juntamente com outros membros da equipe, atuar após o óbito através de visitas de luto, ou telefonemas.

5.9 O papel do odontólogo na equipe

No contexto dos Cuidados Paliativos, as dores orofaciais são muito frequentes, comumente relacionadas à tensão emocional e ao estresse (JORGE; RAMOS; JORGE, 2008), assim como os problemas relacionados com a cavidade bucal devem ser uma preocupação a equipe interdisciplinar. Por tais motivos, o odontólogo, particularmente o cirurgião dentista, segundo Davies (2015), é um membro fundamental da equipe.

“O cirurgião dentista contribui fornecendo intervenções próprias de sua área de atuação profissional, além de cuidados de suporte que assegurem uma boca mais saudável, livre de infecção e dor. As complicações das doenças e dos seus tratamentos já são bem conhecidas, entretanto em pacientes em Cuidados Paliativos elas podem tomar dimensões exageradas” (JALES; SIQUEIRA, 2012, p. 368).

Além dos cuidados mais complexos que envolvem a odontologia, Jorge, Ramos e Jorge (2008) ressaltam que os procedimentos mais simples como manutenção da higiene oral por meio da escovação de dentes e língua, ou higienização da mucosa oral quando não há dentes, proporciona ao paciente sensação de conforto que o leva ao sentimento de bem-estar, aumento da autoestima e conseqüentemente alívio do sofrimento. “[...] com esses cuidados básicos – inclusive, a utilização de próteses bem adaptadas – é possível desenvolver a auto-estima do paciente, mesmo em fase de morte” (JORGE; RAMOS; JORGE, 2008, p. 85).

5.10 O papel do assistente espiritual na equipe

Aspectos relacionados com a espiritualidade estão presentes na vida de muitas pessoas, como algo fundamental que lhes dá sentido. Por conseguinte, no contexto dos Cuidados Paliativos, em que o paciente e seus familiares devem ser assistidos em sua totalidade, a presença do assistente espiritual na equipe se faz necessário.

Geralmente o profissional responsável pela assistência espiritual é o capelão. De acordo com Aitken (2008), o seu papel é atender aos pacientes e familiares, independente da crença, servindo de elo entre o doente e seu ministro de culto religioso, podendo solicitar a presença dele diante do pedido do paciente ou familiares. Dentre suas funções, estão: apoio por meio da escuta de questões relacionadas ao sentido da vida; auxílio para a humanização do atendimento hospitalar, para que o paciente viva ativamente o seu momento; auxílio em relação ao acerto de contas; apoio sobre o medo da morte e preparação para o futuro imediato, lidando com questões como a dúvida de para onde irá após a morte. O assistente espiritual também oferece apoio aos familiares e à equipe de saúde, quando requisitado.

Para muitos pacientes, os cuidados com a espiritualidade os auxiliam em relação as suas questões existenciais (SAPORETI, 2008), e em situação de Cuidados Paliativos, a equipe paliativista estará atenta às necessidades espirituais da pessoa enferma, sempre respeitando a crença e a fé de cada indivíduo. Esse respeito se estende também aos pacientes que, por convicção pessoal, não queiram os serviços desse membro da equipe.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo apresentado acima o conceito de Cuidados Paliativos, um breve resgate histórico para situar seu surgimento no mundo e em nosso país, bem como elementos sobre a sua prática, os seus princípios e a atuação em equipe, com o intuito de tecer uma caracterização, torna-se necessário apresentar algumas considerações finais em torno do cuidado no processo de luto como algo inerente às vivências dos envolvidos nessa ação em saúde e que atinge não somente o paciente e seus familiares, mas toda a equipe.

Diante do diagnóstico de uma doença que ameaça a continuidade da vida e que evolui anunciando a possível morte da pessoa enferma, o paciente e seus familiares se encontram em um cenário de rupturas, limitações e privações. Ocorre a alteração da rotina, que passa a compreender os exames, as consultas médicas e os procedimentos, além de hospitalizações e tratamento (GENEZINI, 2012). Nesse sentido, o luto é algo a ser constantemente monitorado pela equipe paliativista, cabendo principalmente ao psicólogo e ao assistente espiritual acompanhar o processo de luto do paciente e seus familiares, uma vez que este se inicia quando recebe o diagnóstico de uma doença incurável e potencialmente mortal. A partir desse momento, o doente e sua família se enlutam em relação a vários aspectos, especialmente em relação à pessoa saudável que era antes e

que nunca mais será, dado que “[...] não perdemos só a saúde e a ilusão de imortalidade/onipotência mas também papéis anteriormente exercidos nos contextos profissional, social, afetivo e econômico” (GENEZINI, 2012, p. 570).

Esse processo de luto que se inicia com o diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida, e acontece antes da morte do paciente, é denominado luto antecipatório. Segundo Franco (2012, p. 15), “É dito antecipatório porque ocorre anteriormente ao marco objetivo da data da morte, mas não é menos importante por se dar nessas condições”. Lindemann (1944) cunhou esse termo pela primeira vez, ao lidar com familiares de soldados que foram para a guerra, quando identificou que as reações do luto aconteciam pela separação e possibilidade de morte. Vale ressaltar que, antes de Lindemann (1944), Freud (2006b) já mencionou sobre a antecipação do luto, embora não se referindo à iminência da morte de um ente querido, mas diante de outros tipos de perdas, comentando que a certeza da transitoriedade provoca uma antecipação do processo de luto.

Kübler-Ross (2008) muito contribuiu para a realização do cuidado com o luto antecipatório do paciente, identificando que as pessoas, ao vivenciarem a iminência do fim da vida, também experimentam o processo de luto, auxiliando-as a resolver pendências, realizar despedidas e, quando possível, aceitar a condição de que a morte está muito próxima.

Em relação aos familiares, o cuidado com o luto antecipatório é fundamental na medida em que os prepara para a vivência do luto após a morte. Segundo Fonseca (2012), quando a família reconhece que um de seus membros está doente e vivenciando o fim da vida, terá a oportunidade de se reorganizar e encontrar recursos que auxiliem no enfrentamento da perda iminente. Fonseca (2012, p. 75) ressalta “[...] que este processo não elimina o impacto causado pela morte no exato momento que ela ocorre. Genezini (2012) salienta que os profissionais, ao assistir o paciente e seus familiares durante o período de luto antecipatório, devem levar em consideração a intensidade dos laços afetivos, pois isso auxilia na compreensão das reações psíquicas e comportamentos de cada membro, além de entender que cada pessoa expressa singularmente o modo com que lida com a situação de perda iminente. Destaca ainda que os profissionais da equipe também vivenciam esse luto e devem ser assistidos.

Após a morte do paciente gravemente enfermo, em Cuidados Paliativos a prática não se finda, direcionando o trabalho ao acolhimento dos enlutados. Segundo Genezini (2012), é fundamental que os profissionais conheçam a definição de luto e suas reações, pois esse evento causa muitas mudanças nos comportamentos das pessoas que o vivenciam. Na realização deste trabalho de acolhimento ao enlutado, o profissional deve favorecer que os familiares expressem seus sentimentos e evitem o uso de medicações, porque medicar não é o mais recomendado nesse momento (GENEZINI, 2012).

Para Freud (2006c), o enlutamento não é um quadro patológico. Nesse sentido, é fundamental compreender que as reações perante a morte de um ente querido são muito

singulares e permitir a expressão delas, sem inibi-las com medicação, é necessário para a elaboração da perda de forma saudável, prevenindo o luto complicado, que segundo Kovács (2003), está se tornando um problema de saúde pública.

Nesse momento após a morte, também cabe à equipe encorajar os familiares a realizarem os rituais memoriais, como velórios, momentos de despedidas e visitas ao túmulo do falecido. O trabalho da equipe visa o acolhimento ao luto, que pode acontecer por meio de um telefonema aos familiares, ou envio de uma carta de condolências. Além disso, é oferecido um acompanhamento durante certo período, de modo individual ou grupal, domiciliar ou ambulatorial. Genezini (2012) comenta que, para os familiares, essa ação favorece o fechamento de um ciclo que demandou intensa energia psíquica. Assim, um ritual de passagem para o retorno à vida social, pode ser necessário. Vale ressaltar que o tempo de duração da prestação desse serviço ao enlutado varia muito, pois leva-se em consideração a disponibilidade da equipe, bem como a demanda particular de cada familiar. Quando não se faz possível o acompanhamento a longo prazo, encaminhamentos a serviços especializados são realizados.

REFERÊNCIAS

AITKEN, E. V. P. Assistência espiritual. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). *Cuidados paliativos*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 87-90. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf>. Acesso em: 12 mar 2019.

AITKEN, E. V. P. O papel do assistente espiritual na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012. p. 357-365.

ANDRADE, L. O papel do assistente social na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012. p. 341-344.

ANDRADE, B. A.; SERA, C. T. N.; YASUKAWA, S. A. O papel do fisioterapeuta na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012. p. 353-357.

ARANTES, A. C. Q. *A morte é um dia que vale a pena viver*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.

CAMPOS, M. A. O trabalho em equipe multiprofissional: uma reflexão crítica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 41, n. 6, p. 256-257, 1992.

CLARK, D. Total pain: disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. *Social Science e Medicine*, v. 49, p. 727-736, 1999. doi: [doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00098-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00098-2)

CLARK, D. *Cicely Saunders: Founder of the hospice movement selected letters 1959-1999*. New York: Oxford University Press, 2002.

CLARK, D. Fareword. In: SAUNDERS, C. *Whatch with me: inspiration for a life in hospice care*. Lancaster: Lancaster University, 2005. p. 7-12.

COOPER, J.; KITE, N. Occupational therapy in palliative care. In: CHERNY, N. I.; FALLON, M. T.; KAASA, S.; PORTENOY, R. K.; CURROW, D. C. *Oxford textbook of palliative medicine*. 5th ed. Oxford, U. K.: Oxford University Press, 2015. p. 177-183.

CONSOLIM, L. O. O papel do médico na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Diographic, 2012. p. 333-336.

DAVIES, A. N. Oral care. In: CHERNY, N. I.; FALLON, M. T.; KAASA, S., PORTENOY, R. K.; CURROW, D. C. *Oxford textbook of palliative medicine*. 5th ed. Oxford, U. K.: Oxford University Press, 2015. p. 447-456.

ENGLISH, A. M. (2015). Physiotherapy in palliative care. In: CHERNY, N. I.; FALLON, M. T.; KAASA, S., PORTENOY, R. K.; CURROW, D. C. *Oxford textbook of palliative medicine*. 5th ed. Oxford, U. K.: Oxford University Press, 2015. p. 197-201.

FÁBIO, A. C.; RONCOLATO, M. Se não há cura, como morrer melhor: a questão dos cuidados paliativos. *Nexo Journal [On-line]*, 2017. Disponível em: <<https://www.nexojournal.com.br/reportagem/2017/03/13/Se-n%C3%A3o-h%C3%A1-cura-como-morrer-melhor-a-quest%C3%A3o-dos-cuidados-paliativos>>. Acesso em: 27 abr. 2019.

FERNANDES, E. A. O papel do nutricionista na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Diographic, 2012. p. 345-352.

FERREIRA, M. E. M. P. Ciência e interdisciplinaridade. In: FAZENDA, I. *Práticas interdisciplinares na escola*. 2a. ed. São Paulo: Cortez; 1993. p. 19-22.

FIRMINO, F. O papel do enfermeiro na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Diographic, 2012. p. 335-336

FONSECA, J. P. *Luto antecipatório: as experiências pessoais, familiares e sociais diante de uma morte anunciada*. São Paulo: PoloBooks, 2012.

FRANCO, M. H. P. Psicologia. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). *Cuidados paliativos*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 74-76. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf>. Acesso em: 12 mar 2019.

FRANCO, M. H. P. Prefácio. In: FONSECA, J. P. *Luto antecipatório: as experiências pessoais, familiares e sociais diante de uma morte anunciada*. São Paulo: PoloBooks, 2012. p. 13-15.

FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 14, p. 77-110). Tradução de J. Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 2006a.

FREUD, S. Sobre a transitoriedade. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 14, p. 313-319). Tradução de J. Salomão. Rio de Janeiro, 2006b.

FREUD, S. Luto e melancolia. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol. 14, p. 243-263). Tradução de J. Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 2006c.

GENEZINI, D. Assistência ao luto. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Diographic, 2012. p. 569-582.

HAUGEN, D. F.; NAUCK, F.; CARACENI, A. The core team and the extended team. In: CHERNY, N. I.; FALLON, M. T.; KAASA, S.; PORTENOY, R. K.; CURROW, D. C. *Oxford textbook of palliative medicine*. 5th ed. Oxford, U. K.: Oxford University Press, 2015. p. 139-145.

INSTITUTO PALIAR. *Cuidados Paliativos [On-line]*. n. d., n. p. Disponível em: <www.paliar.com.br/cuidados-paliativos>. Acesso em: 05 fev. 2019.

JALES, S. M. C. P.; SIQUEIRA, J. T. T. O papel do dentista na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Diographic, 2012. p. 366-372.

JORGE, M. D.; RAMOS, D. L.; JORGE, W. A. Odontologia. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). *Cuidados paliativos*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 83-86. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf>. Acesso em: 30 mar 2019.

KOVÁCS, M. J. *Educação para a morte: temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

KÜBLER-ROSS, E. *A Roda da vida*. Tradução de M. L. N. Silveira. Rio de Janeiro: Sextante, 1998.

KÜBLER-ROSS, E. (2008). *Sobre a morte e o morrer*. 9a. ed. Tradução de P. Menezes. São Paulo: WFM Martins Fontes, 2008.

LINDEMANN, E. Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, v. 101, p. 141-148, 1944. doi: 10.1176/ajp.101.2.141

MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). *Cuidados paliativos*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 15-32. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf>. Acesso em: 30 mar 2019.

MACIEL, M. G. S. Cuidados paliativos: princípios gerais. In: ONOFRE, A. N.; COSTA, C. M. C.; SIQUEIRA, J. T. T.; TEIXEIRA e cols., M. J. *Dor: princípios e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 133-140.

MACIEL, M. G. S. Organização de serviços de cuidados paliativos. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Diographic, 2012. p. 94-110.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Diographic, 2012. p. 23-30.

MEHNERT, A. Clinical psychology in palliative care. In: CHERNY, N. I.; FALLON, M. T.; KAASA, S., PORTENOY, R. K.; CURROW, D. C. *Oxford textbook of palliative medicine*. 5th ed. Oxford, U. K.: Oxford University Press, 2015. p. 221-227).

MELO, D. A. Nutrição. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). *Cuidados paliativos*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 81-82. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf>. Acesso em: 30 mar 2019.

NUNES, L. V. O papel do psicólogo na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Diographic, 2012. p. 337-340.

OHIO HEALTH HOSPICE. *Vamos falar de cuidados paliativos*. Tradução da Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da SBGG. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2015. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/05/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2019.

OMS – World Health Organization. *Palliative Care*. 2017. Disponível em: <<https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/en/>>. Acesso em: 08 ago. 2019.

OTHERO, M. B. O papel do terapeuta ocupacional na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Diographic, 2012. p. 361-363.

PINTO, A. C. O papel do fonoaudiólogo na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Diographic, 2012. p. 358-360.

QUEIROZ, M. E. G. Terapia ocupacional. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). *Cuidados paliativos*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 67-68. Recuperado de: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf>. Acesso em: 30 mar 2019.).

RICHARDSON, R.; DAVIDSON, I. The contribution of the dietitian and nutritionist to palliative medicine. In: CHERNY, N. I.; FALLON, M. T.; KAASA, S., PORTENOY, R. K.; CURROW, D. C. *Oxford textbook of palliative medicine*. 5th ed. Oxford, U. K.: Oxford University Press, 2015. p. 191-196).

SAPORETI, L. A. Espiritualidade em cuidados paliativos. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). *Cuidados paliativos*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 521-531. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf>. Acesso em: 30 mar 2019.

SERA, C. T. N.; IZZO, H. Fisioterapia. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). *Cuidados paliativos*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 58-60. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf>. Acesso em: 30 mar 2019.

SHERMAN, D. W.; FREE, D. C. Nursing and palliative care. In: CHERNY, N. I.; FALLON, M. T.; KAASA, S., PORTENOY, R. K.; CURROW, D. C. *Oxford textbook of palliative medicine*. 5th ed. Oxford, U. K.: Oxford University Press, 2015. p. 154-163.

SILVA, M. J. P.; ARAÚJO, M. T.; FIRMINO, F. Enfermagem. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). *Cuidados paliativos*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 61-63. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf>. Acesso em: 30 mar 2019.

TAQUEMORI, L. Y. Fonoaudiologia. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). *Cuidados paliativos*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 64-66. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf>. Acesso em: 30 mar 2019.

TAQUEMORI, L. Y.; SERA, C. T. N. Interface Intrínseca: Equipe Multiprofissional. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). *Cuidados paliativos*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 55-57. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf>. Acesso em: 30 mar 2019.

Worth, R. *Elisabeth Kübler-Ross: encountering death and dying*. Philadelphia: Chelsea House Publishers, 2005.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Ansiedade 4, 10, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 51, 74, 89, 94, 95, 96, 97, 98, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 152, 154, 155, 156, 162, 173, 180

Ansiolítico 114, 118, 119

Antidepressivos 97, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 121

Aspectos psicossociais 47, 71

B

Blues puerperal 94

C

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 138, 147, 148

Comportamento suicida 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 123, 130, 131, 134

Cuidados críticos 99, 101

Cuidados de enfermagem 54, 56, 99, 101, 108

Cuidados paliativos 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 165, 166, 167, 171, 172, 173, 174, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194

D

Delirium 99, 104, 106, 108, 113

Depressão 4, 17, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 49, 59, 61, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 114, 115, 116, 118, 120, 121, 134, 139, 155, 162, 168, 173, 175, 178, 179, 181

Depressão pós-parto 93, 94, 95, 96, 98

Distanásia 56, 58, 62, 63, 64, 65

Distúrbios do início e da manutenção do sono 160, 161

Doença mental 1, 2, 3, 4, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 18, 20, 30, 92, 139, 148

Dor 43, 48, 49, 50, 53, 59, 60, 67, 68, 70, 71, 73, 74, 76, 78, 83, 109, 111, 152, 153, 155, 156, 158, 162, 165, 166, 168, 174, 180, 185, 191

E

Epidemiologia 31, 50, 123, 134, 135

Equipe multidisciplinar 44, 45, 47, 48, 53, 60, 63, 72, 165, 166, 167, 172, 173

Esquizofrenia 86, 87, 88, 90, 92, 143, 148, 180

F

Finitude humana 55

H

Humanização da assistência 44, 63

I

Instabilidade emocional 94

Instituição de longa permanência 175, 177, 178, 182, 183

Inventário de ansiedade de Beck (IAB) 36

Inventário de depressão de Beck (IDB) 36

L

Luto 45, 48, 55, 66, 71, 75, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 185

M

Morte 3, 23, 24, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 52, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 74, 75, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 104, 109, 135, 145, 162, 166, 174, 185, 190

N

Neoplasias 44, 46

O

Oncologia 44, 47, 50

Ortotanásia 56, 58, 59, 62, 63, 64, 65

P

Parto normal 150, 151, 152, 154, 155, 156, 157, 158

Pós-parto 93, 94, 95, 96, 98

Q

Qualidade de vida 4, 9, 10, 20, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 51, 52, 56, 60, 67, 70, 71, 74, 76, 77, 86, 90, 124, 160, 163, 165, 166, 167, 172, 173, 184, 185, 186, 188, 189, 191

Questionário de vida no trabalho - QWLQ-Bref 36

R

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) 138

Reforma psiquiátrica 90, 91, 138, 148

Religiosidade 22, 25, 30, 32, 50, 131

S

Saúde da mulher 151, 195

Saúde mental 1, 3, 4, 10, 12, 13, 19, 24, 32, 40, 41, 42, 72, 90, 98, 121, 123, 135, 138, 139, 140, 146, 147, 148, 149, 195

Saúde pública 23, 41, 44, 46, 81, 90, 98, 114, 122, 123, 134, 135, 136, 147, 163, 165, 166, 195

Serviços comunitários 90

Sobrecarga familiar 138, 139, 140, 144, 145, 146, 147, 149

Suicídio 16, 22, 23, 24, 25, 31, 32, 34, 88, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136

T

Terapias complementares 151

Testes de estado mental 175

Transtorno de humor 95, 137, 140

Transtornos mentais 32, 86, 114, 115, 119, 120, 121, 131, 139, 140

Transtornos neurocognitivos 99, 102

Transtornos psicóticos 93, 96

U

Unidades de terapia intensiva 48, 54, 55, 56, 57, 59, 65, 102

Universitários 42, 114, 116, 119, 120



SERVIÇOS E CUIDADOS EM SAÚDE

4

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br


Ano 2021



SERVIÇOS E CUIDADOS EM SAÚDE

4

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 @atenaeditora

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br


Ano 2021