

Abordagens em **MEDICINA:**

ESTADO CUMULATIVO
DE BEM ESTAR
FÍSICO,
MENTAL E
PSICOLÓGICO

2



BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2021

Abordagens em **MEDICINA:**

ESTADO CUMULATIVO
DE BEM ESTAR
FÍSICO,
MENTAL E
PSICOLÓGICO

2



BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2021

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

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.

Open access publication by Atena Editora



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 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. Ferlando 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 Federacão 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 da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
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

Abordagens em medicina: estado cumulativo de bem estar físico, mental e psicológico 2

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Bruno Oliveira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Benedito Rodrigues da Silva Neto

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A154 Abordagens em medicina: estado cumulativo de bem estar físico, mental e psicológico 2 / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-670-3

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.703212211>

1. Medicina. 2. Saúde. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da (Organizador). II. Título.

CDD 610

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; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access, desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

APRESENTAÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social. Uma definição de certo modo ampla que tenta compreender os principais fatores ligados diretamente à qualidade de vida tais como alimentação, exercícios e até mesmo o acesso da população ao sistema de saúde. Portanto, partindo deste princípio a saúde física, mental e social são algumas das dimensões que determinam o estado de bem-estar humano, e conseqüentemente vão muito além da simples ausência de doenças. O próprio conceito de saúde, aqui estabelecido pela OMS, está relacionado a uma visão ampla e integral do ser humano, que considera aspectos do corpo, mente, ambiente, sociedade, hábitos e assim por diante.

Esse conceito nos conduz ao fundamento da multidisciplinaridade com abordagens que cada vez mais é aplicada e contextualizada nos diversos âmbitos da saúde, haja vista que todas as abordagens e áreas de estudo convergem para o mesmo princípio que é a saúde integral do indivíduo. A saúde na atualidade se estabelece na interação entre diversos profissionais e requer conhecimentos e práticas de diferentes áreas tais como as ambientais, clínicas, epidemiológicas, comportamentais, sociais, culturais etc.

Deste modo, por intermédio da Atena Editora, apresentamos a nova obra denominada “Abordagens em medicina: Estado cumulativo de bem-estar físico, mental e psicológico”, inicialmente proposta em quatro volumes, com o intuito de direcionarmos ao nosso leitor uma produção científica com diversas abordagens em saúde. Reforçamos aqui também que a divulgação científica é fundamental para romper com as limitações ainda existentes em nosso país, assim, mais uma vez parabenizamos a estrutura da Atena Editora por oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores divulguem seus resultados.

Desejo a todos uma proveitosa leitura!

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A ANSIEDADE, DEPRESSÃO E DESESPERANÇA NO DECORRER DA GRADUAÇÃO DE MEDICINA E DE ENFERMAGEM

Rebeca Silva

Fabiane Mie Kajiyama

Antônio Carlos Siqueira Júnior

Eduardo Federighi Baisi Chagas

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7032122111>

CAPÍTULO 2..... 18

A EFICÁCIA DO MÉTODO DE MONOFILAMENTOS NO DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Bruno dos Santos Stella

Heitor Luiz Nogueira De Souza Cardoso

Ana Carolina Zanin Sacoman Kurihara

Thiago Alves Hungaro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7032122112>

CAPÍTULO 3..... 39

A IMPORTÂNCIA DO PROTOCOLO DE SPIKES: COMO SABER COMUNICAR MÁS NOTÍCIAS

Gabriela Troncoso

Juliana Silva Neiva

Kenzo Holayama Alvarenga

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7032122113>

CAPÍTULO 4..... 44

ABORDAGEM DO IDOSO NA SAÚDE SUPLEMENTAR: VALORIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Eliza Miranda Costa Caraline

Douglas Alves Ferreira

Patrícia Passos Martins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7032122114>

CAPÍTULO 5..... 56

ANALISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO PERINATAL ASOCIADOS AL BAJO PESO Y PESO INFERIOR A 1500 GRAMOS AL NACER EN UN HOSPITAL DE QUITO, ECUADOR

Santiago Vasco-Morales

Sandra Medina-Poma

Karina Paola Vacas

Paola Toapanta-Pinta

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7032122115>

CAPÍTULO 6..... 67

ATUAÇÃO DO NÚCLEO ACADÊMICO DO SINDICATO MÉDICO DO RIO GRANDE DO SUL

Letycia Cabral Ribeiro
Natália Boff De Oliveira
Marina Puerari Pieta
Scarlet Laís Orihuela
Vinícius De Souza
Bruna Favero

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7032122116>

CAPÍTULO 7..... 72

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

João Paulo Ramos Lucena
Luiza Noya Coutinho Vasconcelos
Manuela Barbosa Rodrigues de Souza
Nadja Maria Jorge Asano

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7032122117>

CAPÍTULO 8..... 84

BIENESTAR INTEGRAL COMO PILAR DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN EN LOS AÑOS DEL INTERNADO

Marcela Galindo Rangel
Francisco Gerardo Lozano Lee

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7032122118>

CAPÍTULO 9..... 91

CONTRIBUIÇÕES DO ZEBRAFISH (*Danio rerio*) PARA PESQUISA OFTALMOLÓGICA

Kívia Vanessa Gomes Falcão
Maria Gabriela Rebouças Marques
Mariana Tenório Taveira Costa
Rafael David Souto de Azevedo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7032122119>

CAPÍTULO 10..... 97

CUIDADOS PALIATIVOS NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Isabelle Sakamoto Travassos
Rebeca Carvalho de Aguiar
Camila Costa Lacerda de Sousa
Marise Sereno Gaspar de Souza
Fernanda Soares Rezende Carmo
Kátia Lima Andrade

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221110>

CAPÍTULO 11	122
VIVÊNCIAS DE PRAZER NO TRABALHO EM UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL	
Marta Kolhs Agnes Olschowsky Lucimare Ferraz Vanessa Gasparin Joslaine Biciogo Berlanda	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221111	
CAPÍTULO 12	133
GENOTOXICIDADE E ANSEDADE: EFEITO DE ESTRESSORES IMPREVISÍVEIS	
André Fernandes Gomes Alexandre Azenha Alves de Rezende Carla Patrícia Bejo Walkers	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221112	
CAPÍTULO 13	145
INTERVENÇÃO EM UMA UBS DE FORTALEZA/CE: MEDIDAS EDUCACIONAIS E ADMINISTRATIVAS PARA A OTIMIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SÍNDROME GRIPAL DURANTE A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS	
Carolina Noronha Lechiu Ticiania Alencar Noronha Lucas Noronha Lechiu Felipe Noronha Lechiu	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221113	
CAPÍTULO 14	150
MELANOMA DE CORÓIDE EM PACIENTE OLHO ÚNICO: BRAQUITERAPIA X ENUCLEAÇÃO	
Deborah Cristina da Silva Cardoso Laura Fontoura Castro Carvalho Ana Carolina Canedo Domingos Ferreira Aline Carvalho Ribeiro	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221114	
CAPÍTULO 15	160
PAPEL DA CETAMINA NO CONTROLE DA DOR NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA	
André Luiz Lucarelli Margarido Heitor Carvalho Aladim Ronaldo Augusto Souza Silva Leandro Véspoli Campos	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221115	
CAPÍTULO 16	163
PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ATENDIDOS PELO AMBULATÓRIO	

DE HEMATOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE MARÍLIA (UNIMAR)

Isabella Vasconcelos Zattiti

Viviane Alessandra Capelluppi Tófano

Autieri Alves Correia

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221116>

CAPÍTULO 17..... 167

PREVALÊNCIA DE MORTALIDADE NEONATAL NO BRASIL, NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

Beatriz Fogagnoli Araujo de Almeida

Beatriz Tortorella Barros da Silva

Claudio Renan Araujo de Moraes Cavalcanti

Emanuel Francisco de Carvalho Pinto

Elu Renan Timotheo Filho

Maria Camila Alves de Oliveira

Maria Luíza Barros Paiva de Lucena

Rodrigo Baracuhy da Franca Pereira

Stefano Emanuele Cirenza

Fernanda Helena Baracuhy da Franca Holanda

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221117>

CAPÍTULO 18..... 175

PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR EM FEIRA DE SANTANA, BAHIA

João Mário Aguiar Abrantes Dourado

Eder Pereira Rodrigues

Carlito Lopes Nascimento Sobrinho

Juliana Laranjeira Pereira

Mônica de Andrade Nascimento

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221118>

CAPÍTULO 19..... 187

RELATO DE CASO: OBESIDADE E SAÚDE MENTAL

Isabela Ovídio Ramos

Cibelle de Sousa Borges

Álvaro Augusto Trigo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221119>

CAPÍTULO 20..... 195

RESSARCIMENTO AO SUS PELAS COOPERATIVAS MÉDICAS ATUANTES EM MINAS GERAIS À LUZ DAS MORBIDADES PREVALENTES NO ESTADO NO PERÍODO DE 2013 A 2015

Fabiano Freitas Côrrea

Pedro Henrique de Freitas Abreu

Rogério Saint Clair Pimentel Mafra

Keli Bahia Felicíssimo Zocrato

Fátima Ferreira Roquete

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221120>

CAPÍTULO 21.....208

REVISÃO NARRATIVA SOBRE MANEJO DE TEMPERATURA EM VÍTIMA DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

João Bresciani Padilha

Sebastião Jorge da Cunha Gonçalves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221121>

CAPÍTULO 22.....216

SAÚDE MENTAL: CAPACITAÇÃO DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE

Cátia Milena Silva

Laura Fernandes Ferreira

Adriano Pereira Daniel

Amanda Amália Magalhães

Antônio Régis Coelho Guimarães

Daniela Nepomuceno Mello

Giovana Bertoni Palis Samora

Isabella Queiroz

Nathália Paula Franco Santos

Pedro Henrique Teixeira Pimenta

Maura Regina Guimarães Rabelo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221122>

CAPÍTULO 23.....224

SÍNDROME DE ASPENGER: TRANSTORNO INVASIVO DE DESENVOLVIMENTO

Karen Medeiros Ribeiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221123>

CAPÍTULO 24.....226

SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE ENFERMERIA DE UN HOSPITAL RECONVERTIDO A COVID-19

Carmen Loeza Juárez

Sara Huerta González

Sendy Meléndez Chávez

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221124>

CAPÍTULO 25.....235

SÍNDROME DE CHILAITIDI: UM IMPORTANTE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Júnior Anderson Baldin

Laís Baldin

Mariana Fontes Andrade Almeida

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221125>

CAPÍTULO 26.....241

SÍNDROME DE POLAND: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Júnior Anderson Baldin

Mariana Fontes Andrade Almeida

Laís Baldin

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221126>

CAPÍTULO 27.....247

SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL E O USO DE PROBIÓTICOS

Ana Carolina Ferreira Monteiro

Gerson Aparecido Cravo da Costa

Ana Luiza do Rosário Palma

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70321221127>

SOBRE O ORGANIZADOR.....258

ÍNDICE REMISSIVO.....259

CAPÍTULO 10

CUIDADOS PALIATIVOS NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Data de aceite: 01/11/2021

Isabelle Sakamoto Travassos

Curso de Medicina da Universidade CEUMA
São Luís - Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/8965687466002157>

Rebeca Carvalho de Aguiar

Curso de Medicina da Universidade CEUMA
São Luís - Maranhão
<https://orcid.org/0000-0002-0687-5620>

Camila Costa Lacerda de Sousa

Curso de Medicina da Universidade CEUMA
São Luís - Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/4997679175768814>

Marise Sereno Gaspar de Souza

Curso de Medicina da Universidade CEUMA
São Luís - Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/8134746746078713>

Fernanda Soares Rezende Carmo

Curso de Medicina da Universidade CEUMA
São Luís - Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/7781423342062586>

Kátia Lima Andrade

Curso de Medicina da Universidade CEUMA
UTI do Hospital do Câncer Aldenora Bello
São Luís – Maranhão
<http://lattes.cnpq.br/5462599458642555>

RESUMO: Introdução: a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) oferece suporte de vida avançado a pacientes instáveis com potencial de recuperação. O problema da medicina intensiva

consiste em oferecer recursos tecnológicos de custo elevado para manutenção artificial da vida em vigência da doença avançada, em progressão e com pouca chance de reversibilidade, prolongando o processo de morrer de forma lenta, sofrida e sem qualidade de vida, com elevados custos psicológicos, sociais e financeiros para os envolvidos (paciente, família, equipe e hospital). Neste contexto, o presente trabalho foi desenvolvido com o objetivo de realizar uma revisão narrativa da literatura sobre Cuidados Paliativos em UTI.

Revisão da literatura: Cuidado paliativo é uma abordagem multiprofissional que visa a melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam doenças ameaçadoras da vida, através da prevenção e do tratamento precoce dos sintomas de sofrimento físico, psíquico, espiritual e social, que devem ser prestados em concomitância aos cuidados curativos, com intensidade individualizada conforme a vontade dos pacientes e famílias e com a evolução própria de cada doença. A realidade do tratamento nas UTIs reforça a necessidade da implantação de ações integradas de cuidados paliativos nessas unidades. **Conclusão:** a implantação de ações integradas em Cuidados Paliativos na UTI traz a possibilidade de exercer a ética em sua plenitude, de morrer sem sofrimento, sem medidas extraordinárias inúteis ou fúteis, com respeito ao ser humano e seus familiares no fim de vida, impedindo o retardamento da morte inevitável com redução dos elevados custos psicológicos, sociais e financeiros produzidos pela obstinação terapêutica.

PALAVRAS-CHAVE: Unidades de Terapia

PALLIATIVE CARE IN CRITICAL CARE UNITS: A NARRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Introduction: The Intensive Care Unit (ICU) offers advanced life support to unstable patients with recovery potential. The problem of intensive care medicine is to offer high-cost technological resources for the artificial maintenance of life in the presence of an advanced disease, in progression and with little chance of reversibility, prolonging the process of cruelly dying, with high psychological, social and financial costs for those involved (patient, family, staff and hospital). In this context, the present work was developed with the objective of carrying out a narrative review of the literature on Palliative Care in the ICU. **Literature review:** Palliative care is a multidisciplinary approach that aims to improve the quality of life of patients and families facing life-threatening diseases, through the prevention and early treatment of symptoms of physical, psychological, spiritual and social suffering, which should be provided concomitantly with palliative care, individualized intensity according to the wishes of patients and families and with the evolution of each disease. The reality of treatment in the ICUs reinforces the need to implement integrated palliative care actions in these units. **Conclusion:** the implementation of integrated actions in Palliative Care in the ICU brings the possibility for physicians to exercise ethics in its fullness, as well as the possibility for patient to have a painless death without the use of pointless or futile measures, It is vital to respect the person and their family members at the end of their life by stopping the delaying of an inevitable death. Additionally, reducing the high psychological, social and financial costs produced by therapeutic obstinacy.

KEYWORDS: Intensive Care Units, ICU, Palliative Care, Advanced Life Support, Palliative Care at the End of Life.

1 | INTRODUÇÃO

As Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) tiveram como origem as salas de recuperação pós-anestésicas na primeira metade do século XX. Nesta época, um surto de poliomielite levou ao desenvolvimento da ventilação mecânica por pressão negativa (pulmão de aço). Em Copenhague, durante a realização de uma traqueostomia, o médico Bjorn Ibsen percebeu a eficácia da ventilação por pressão positiva com um dispositivo semelhante ao ambu na manutenção da vida. Houve necessidade de colocar todos os pacientes críticos juntos em uma mesma ala, nascendo o conceito moderno de UTI (FORTE, 2018). Vale a pena ressaltar que no campo da enfermagem, mesmo antes da criação da primeira UTI nos Estados Unidos em 1926 em Boston, no ano de 1854 a enfermeira Florence Nightingale, idealizou um projeto durante a guerra da Criméia, no qual ela junto de sua equipe passou a classificar os enfermos de acordo com o grau de gravidade, os mais graves ficavam mais próximo do posto de enfermagem para receber uma maior atenção.

Com isso a enfermeira Florence conseguiu reduzir a mortalidade dos soldados de 40% para 2%, o projeto também contribuiu para a criação das UTIs atuais (NIGHTINGALE, 1863). No Brasil, só foram introduzidas na década de 70 inicialmente pelo Hospital Sírio Libanês em São Paulo com 10 leitos. Sua principal finalidade é de receber pacientes em estado crítico e passíveis de recuperação, diminuindo dessa forma a mortalidade. Isso se obteve, juntando em um só ambiente recursos tecnológicos e humanos qualificados. A UTI não tem poder de reverter quadros terminais, foi criada com objetivo de impedir a morte quando esta pode ser evitada. (FAQUINELLO; DIÓZ, 2007)

Atualmente os aspectos culturais, associados aos fatores sociais, como às dificuldades do tratamento de pacientes terminais em casa, transformou a morte em um evento institucionalizado. Cerca de 70% dos óbitos ocorrem nos hospitais, e grande parte deles no ambiente da terapia intensiva. Nessas unidades, os avanços tecnológicos e terapêuticos disponíveis tornam impossível a morte sem anuência médica (MORITZ et al., 2008).

Dessa forma, os pacientes portadores de doenças irreversíveis acumulam-se nos hospitais, e recebem uma assistência focada na cura, caracterizada por métodos invasivos, exagerados e muitas vezes ineficazes no controle dos sintomas mais prevalentes como a dor. Assim, o bem-estar do paciente se torna relegado e na tentativa de postergar a vida, são impostos uma série de tratamentos que irão prolongar o sofrimento. Desse modo, torna-se necessário a implantação de ações integradas de cuidados paliativos nas UTIs (MATSUMOTO, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou sua primeira definição de Cuidados Paliativos em 1990, sendo revisada em 2002, cuidados paliativos são abordagens prestadas aos pacientes terminais e seus familiares proporcionando qualidade de vida priorizando o controle da dor e outros sintomas promovendo alívio do sofrimento físico, psicológico, emocional e espiritual (CARVALHO; PARSONS, 2012).

Os cuidados paliativos baseiam-se em princípios e não em protocolos. Estes princípios são: promover alívio da dor e de sintomas desagradáveis; considerar a morte como processo natural da vida, não acelerar ou adiar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado do paciente; oferecer suporte que possibilite o paciente viver o mais ativamente possível até o momento da morte; oferecer suporte para auxiliar os familiares durante a doença e ajudar a enfrentar o luto; assegurar abordagem multiprofissional para focar nas necessidades dos pacientes e seus familiares; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença. Deve ser iniciado o mais breve possível junto a outras medidas de prolongamento da vida. (GOMES; OTHERO, 2016).

Por isso, frente à importância do tema, o reconhecimento adequado do sofrimento e suas causas se tornam necessários para o manejo apropriado dos pacientes com ações integradas de cuidados paliativos nas UTIs. Desta forma, o presente capítulo apresenta estes novos conceitos e definições e aborda aspectos relacionados a situações específicas

(idosos, HIV/AIDS, neurológicos, oncológicos), além de relatar aspectos ligados com a proporcionalidade das medidas invasivas, limitações do suporte de vida avançado (SAV) e retirada da ventilação mecânica.

2 | NOVOS CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “Cuidados Paliativos (CP) é a abordagem que visa a promoção da qualidade de vida de pacientes e seus familiares, através da avaliação precoce e controle de sintomas físicos, sociais, emocionais, espirituais desagradáveis, no contexto de doenças que ameaçam a continuidade da vida.” (D’ALESSANDRO et al., 2020).

Os CP devem abranger as informações necessárias para um bom atendimento e manuseio de complicações relacionadas com o tratamento quanto com a evolução da doença. O objetivo nos cuidados não é apenas a parte física, é mais abrangente e envolve aspectos espirituais, psicológicos, sociais e emocionais (CURTIS; VINCENT, 2010). Neste contexto, a atuação de uma equipe multiprofissional com treinamento em cuidados paliativos é primordial para proporcionar melhor acolhimento, aceitação e suporte aos pacientes e familiares diante do diagnóstico da doença grave, e em especial os casos com prognósticos reservados ou diante da terminalidade da vida. Esses cuidados ocorrem de forma integrada, de modo que toda a equipe médica e multiprofissional executa funções de muita relevância. Médico, enfermeiro, farmacêutico, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e assistente espiritual devem, dessa forma, trabalhar em prol de melhorias diárias do paciente e de sua família. (CARDOSO, 2013).

O entendimento de que os CP não se aplicam somente ao paciente em fase final de vida, mas a todo paciente e sua família com o diagnóstico de uma doença grave que ameace a vida embasam a necessidade de implementar CP de qualidade na UTI (FORTE, 2018). Dentre as contribuições benéficas desta abordagem para os pacientes críticos vale a pena citar o controle adequado dos sintomas que causam maior sofrimento, fornecendo atenção integral que vai além de condutas farmacológicas, considerando as necessidades biológicas, emocionais, sociais e espirituais do indivíduo (D’ALESSANDRO et al, 2020). Esse tipo de assistência é pautado em princípios que asseguram a dignidade humana, consistindo em uma abordagem complementar ao tratamento curativo, que deve ser utilizada desde a descoberta da doença grave, ameaçadora da vida.

Com o surgimento de novas tecnologias na área da saúde, ao decorrer do tempo, a morte do indivíduo passa do ambiente domiciliar para o hospitalar, com o objetivo de tentar prolongar a vida e evitar a morte. No campo hospitalar é na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que está concentrada o maior número de pacientes críticos, muitos com situações reversíveis, porém outros em terminalidade (BARROS et al., 2013). A morte é um tema que causa grande impacto nas pessoas, sejam elas profissionais da saúde, pacientes ou

familiares. Lidar com algo incerto, com o entendimento do fim inevitável desperta uma série complexa de sentimentos e comportamentos, trazendo sofrimento para o paciente e sua família em múltiplas dimensões. Por isso, a morte passou a ser vista como uma inimiga a ser combatida e evitada por meio de tecnologia e conhecimento (FORTE, 2018). Em verdade, a morte é um processo inerente a vida, é algo natural quanto nascer e crescer, entretanto a ideia de finitude e a possibilidade de deixar os entes queridos despertam sentimentos e comportamentos complexos, que se misturam e alternam como negação, revolta, barganha, entre outros mecanismos de defesa. Neste sentido, é necessário trabalhar para aceitar o inevitável. O conceito de morrer com dignidade diferencia os valores humanos, como autonomia, qualidade de vida, conforto físico e mental. Ao refletir sobre o fato inevitável que é a morte, subsiste a dúvida de se saber o que é a vida, em especial a vida humana. A partir daí será mais fácil enquadrar o projeto existencial de cada um de nós, não apenas como organismo biológico, mas como um ser envolvido em uma cultura que lhe é peculiar (NUNES, 2016), priorizando desta forma a qualidade da vida vivida até o momento final.

Para melhorar aplicação dos princípios dos CP em UTI é necessário conhecer novos termos e conceitos.

Terminalidade da vida é quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível” (MARENGO; FLÁVIO; SILVA, 2009).

Eutanásia: quando, por misericórdia ou piedade, o agente realiza uma “ação” causadora da morte. Eutanásia ativa: o agente mata outrem por piedade (pratica uma conduta de ação). Eutanásia passiva: o agente omite, deixa alguém morrer por piedade (trata-se de omissão relevante; o agente tem possibilidade e dever de evitar a morte, mas nada faz para evitá-la). A realização da eutanásia passiva, ativa ou qualquer outra forma de tentar abreviar a vida de maneira intencional e voluntária é proibida pelas leis brasileiras. (TORRES, 2011).

Ortotanásia: “boa morte”, natural, justa, sem sofrimento. O início do processo natural da morte, se inevitável, deve ser respeitado. Procedimento absolutamente lícito e ético. (TORRES, 2011).

Distanásia: postergação injustificável da morte para além de qualquer benefício por meio da obstinação terapêutica; priorização indevida da quantidade de vida, negligência ao cuidado humano de quem está morrendo, investimento inaceitável em recursos inúteis e adoção de paradigmas inadequados, não apenas científicos, mas comerciais, que viola os direitos humanos e a dignidade do paciente (TORRES, 2011).

As **Diretrizes Antecipadas de Vontade (DAV)** são utilizados por indivíduos que desejam manifestar prévia vontade relacionados aos cuidados com a saúde, em casos de doenças terminais, sem perspectivas de cura, doenças degenerativas. São baseadas no direito do indivíduo ao respeito por sua autonomia.

Segundo a Resolução CFM N° 1995/ 2012; define DAV como o conjunto de desejos,

prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamento que quer, ou não, receber quando estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

As DAV do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares. (CFM, 2012).

No **suicídio assistido**, quem causa a morte é a própria pessoa, que se mata com auxílio indireto de terceiros. No Brasil, esta prática é crime, enquadrada no artigo 122 do Código Penal (auxílio ao suicídio). Assim, se o médico oferece uma substância letal ao doente, que a ingere ou a injeta no próprio corpo, morrendo em decorrência dessa prática (suicídio), a conduta do médico, comissiva, está sujeita a penalidades. (TORRES, 2011).

De acordo com Moritz (2012): “A fase final de vida é aquela em que o processo de morte se desencadeia de forma irreversível e o prognóstico pode ser definido em dias a semanas”.

A Resolução CFM ° 1.805/06 fundamenta a prática da Ortotanásia, evitando a obstinação terapêutica que prolonga o processo de morrer, trazendo sofrimento desnecessário para o paciente e sua família. A referida portaria cita:

“Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou seu representante legal”.

O novo Código de Ética Médica (CFM, 2010), em vigor desde o dia 13 de abril de 2010, traz importantes considerações sobre a Ortotanásia, permitindo que seja usada em conformidade aos cuidados paliativos visando uma melhor assistência aos pacientes que dela necessitam.

Notadamente, do ponto de vista ético-profissional, podemos afirmar que a obstinação ou a compulsão terapêutica sem limites se colocam em desacordo com a resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Código de Ética Médica (2010), segundo os quais torna-se direito do paciente e seus familiares a opção pela cessação de medidas terapêuticas em benefício do conforto e bem-estar, uma vez que se tenha confirmada a situação de terminalidade. (BARUZZI; IKEOKA, 2012). Nestes termos, versa o parágrafo único do artigo 41 do Código de Ética Médica (CFM, 2010):

“Parágrafo único do art. 41. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente, ou na sua impossibilidade, a de seu representante legal.”

A resolução determina como dever do médico de informar ao paciente, ou ao seu representante legal, as alternativas terapêuticas adequadas para o caso existente, sendo assegurados seu conforto físico, psíquico, social e espiritual com respeito pelas

suas preferências e valores. Desta forma, os CP trazem para a UTI mais uma contribuição importante fornecendo instrumentos para a definição dos objetivos do cuidado junto ao paciente e familiares (FORTE, 2018).

A internação em UTI está ligada a vários fatores que podem gerar desconforto, inquietação, ansiedade e depressão no paciente, dentre eles: perda da privacidade, exposição do seu corpo, restrição ao leito, exames e procedimentos invasivos, privação de sono, impossibilidade de se comunicar, visualizar outros pacientes em estado crítico e presenciar óbitos, separação da família. (LAUTRETTE, 2007).

CP nas UTI para uns, um paradoxo; para outros, a possibilidade de exercer a ética em sua plenitude, de morrer sem sofrimento, sem medidas extraordinárias, inúteis ou fúteis, atingindo o máximo de respeito ao ser humano no fim da vida. (D'AVILA, 2012).

A assistência integrada dos CP ao paciente é de fundamental importância para o sucesso das intervenções, com ações efetivas, centrados nas necessidades do paciente, respeitando sua autonomia. Contudo, é notório a carência de unidades hospitalares que possibilitem a oferta desse cuidado prestado.

No contexto da UTI, a luta pela vida dos pacientes criticamente enfermos tem sido permeada por técnicas e aparatos tecnológicos especializados, porém diante da terminalidade do ser há evidências do despreparo de profissionais ao implementar ações que se propõe ao conforto do paciente que está morrendo, com condutas fúteis que só lhe causam dor e prolongamento do sofrimento. (MORITZ, 2008).

Os cuidados intensivos são caracterizados pelo uso de muitos recursos tecnológicos e tratamentos especializados que, por vezes, ultrapassam o desejo e a decisão de pacientes e seus familiares. Além disso, pela complexidade e gravidade da doença, resultados podem ser desanimadores, sendo inevitável o processo de morte. (CHAVES, 2017). Segundo Trotta (2017), a prestação de cuidados a pacientes críticos pode ter dois desfechos: em um deles o quadro clínico melhora, com tratamento bem-sucedido e recuperação da saúde, e no outro, não, sendo o paciente considerado fora das possibilidades terapêuticas. (TROTТА, 2017).

Nesse contexto, as complexas decisões relacionadas aos cuidados no final de vida nas UTI direcionam para a necessidade de definir prioridades em torno desse momento crítico, quando é preciso analisar a relação do cuidado paliativo na ocasião de decidir por limitar o suporte de vida. Dessa maneira, fica evidente que os cuidados paliativos devem ser incorporados como filosofia que embasa toda a internação na UTI (GULINI, 2017).

A limitação de suporte de vida tem sido aplicada como estratégia para minimizar a dor e o sofrimento quando o prognóstico do quadro clínico se torna irreversível, evitando tratamentos fúteis e visando a morte com dignidade. (PAIVA, 2014). O envolvimento da equipe multiprofissional, com suas atribuições e habilidades específicas, e a vontade do paciente e sua família são elementos essenciais para essa decisão.

Em UTI, a morte é previsível, uma vez que seus pacientes têm sempre condições de

saúde ameaçadoras à vida. Assim, atualmente os cuidados paliativos devem ser entendidos como filosofia aplicável a todos, concomitantemente aos recursos farmacológicos e tecnológicos, sempre considerando o bem-estar do paciente e sua família (FALCO, 2012). Neste sentido, é necessário compreender novos conceitos e práticas adotadas para garantir a proporcionalidade das medidas invasivas e fornecer instrumentos que auxiliem na tomada de decisões.

3 I PROPORCIONALIDADE DE MEDIDAS INVASIVAS DE SUPORTE DE VIDA

O avanço tecnológico na Medicina tem crescido de forma substancial nos últimos anos, aumentando as perspectivas terapêuticas em várias situações clínicas, no entanto, propiciam a expectativa de prolongamento artificial da vida a qualquer custo, incluindo muitas vezes tratamentos desnecessários (MACHADO; PESSINI; HOSSNE, 2007). As medidas invasivas durante a hospitalização em pacientes em estado crítico podem não conseguir mais melhora clínica, podendo ainda gerar um conflito com os valores do paciente e de seus familiares. Para diminuir o prolongamento desnecessário do sofrimento e permitir uma morte digna, a retirada do suporte artificial de vida (SAV) pode ser necessária (ROBERT et. al., 2017).

É determinado como cuidado adequado um cuidado individualizado que proporciona saúde e bem-estar adequado ao paciente, de maneira acessível e efetiva. As preferências e os valores dos pacientes precisam ser sempre respeitados. Para isto, é imprescindível que o paciente entenda a gravidade do seu quadro clínico, dos riscos e potenciais vantagens das decisões terapêuticas. (ELSHAUG et al., 2017).

Nesta avaliação um dos aspectos importantes a saber trata-se da funcionalidade do paciente, visto que, pacientes acamados têm menos chances de recuperação comparado a paciente com boa funcionalidade. É considerado importante também o prognóstico da doença de base ((D'ALESSANDRO et al., 2020). Com este objetivo, os CP trouxeram mais uma contribuição importante para a Medicina Intensiva, fornecendo instrumentos de avaliação que auxiliam a determinar prognóstico (FORTE, 2018). Dentre eles, se destacam a Escala de Performance de Karnofsky (KPS) apresentada na FIGURA 1 e a Escala de Performance Paliativa (PPS) apresentada na FIGURA 2 (ALMEIDA, 2017).

Escala de performance de Karnofsky	
100%	Sem sinais ou queixas, sem evidência de doença
90%	Mínimos sinais e sintomas, capaz de realizar suas atividades com esforço
80%	Sinais e sintomas maiores, realiza suas atividades com esforço
70%	Cuida de si mesmo, não é capaz de trabalhar
60%	Necessita de assistência ocasional, capaz de trabalhar
50%	Necessita de assistência considerável e cuidados médicos frequentes
40%	Necessita de cuidados médicos especiais
30%	Extremamente incapacitado, necessita de hospitalização, mas sem iminência de morte
20%	Muito doente, necessita de suporte
10%	Moribundo, morte iminente

FIGURA 1. Escala de Performance de Karnofsky (KPS).

Escala de performance paliativa					
%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingestão	Nível de consciência
100	Completa	Normal, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Normal, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz de realizar hobbies, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
40	Acamado	<i>Idem</i>	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
30	Acamado	<i>Idem</i>	Dependência completa	Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
20	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Ingestão limitada a colheradas	Completo ou com períodos de confusão
10	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	-	-	-	-

FIGURA 2. Escala de Performance Paliativa (PPS).

O uso excessivo de tratamentos agressivos no fim de vida é visto em vários países, da mesma forma que um uso aquém do que seria o apropriado dos cuidados paliativos. De modo que há indícios que a maioria das pessoas optariam em morrer em casa, mas cerca da metade falece em hospitais (BROWNLEE et al., 2017).

No Brasil existem poucos estudos sobre a prática de restrição de tratamento de Suporte Avançado de Vida (SAV) em pacientes com doença terminal (MAZUTTI; NASCIMENTO; FUMIS, 2016). Encontram-se mais pacientes, mais leitos, custos grandiosos, uma maior dimensão de tempo na fase final da vida e um alto número de óbitos acontecendo na UTI. Não sendo justificável, visto que não corrobora com melhores desfechos esperados pelos pacientes (ANESI et al., 2019).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) em 2016 publicou a Resolução nº 2156/2016, que aborda sobre critérios de admissão e alta da UTI, apresentados abaixo:

- Prioridade 1: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.
- Prioridade 2: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.
- Prioridade 3: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica.
- Prioridade 4: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica.
- Prioridade 5: Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista.

Na resolução diz que pacientes classificados como Prioridade 2 ou 4 precisam ser admitidos em unidades de cuidados semi-intensivos, no entanto, pacientes classificados em Prioridade 5 necessitam ser admitidos em unidades de cuidados paliativos (CFM, 2016).

Os julgamentos sobre tratamentos possivelmente inadequados devem ser levados em consideração o ponto de vista pessoal do que dá sentido a vida dos pacientes, familiares e dos profissionais da saúde. De tal modo que, esses conflitos poderiam ser evitados se houvesse um diálogo constante entre a equipe e familiares. Devido que na maioria das vezes esses conflitos surgem pela falta de comunicação e suporte inapropriados na frente de uma doença que ameaça a vida do paciente (BRASIL, 2020).

Apesar de ser consolidada em alguns hospitais brasileiros a postura em interesse do bem-estar do paciente e contra instituições de tratamentos inúteis, cumprindo assim as resoluções dos Conselhos de Medicina, percebe-se ainda uma resistência dos profissionais da saúde sobre esse tema. Com isso, essa preocupação terapêutica sem limites contradiz

com a resolução 1.805/2006 do CFM e do Código de Ética Médica (2010), que transfigura o direito ao paciente e seus familiares a interrupção de medidas terapêuticas em benefício do conforto e bem-estar, assim provada a situação terminal (MORITZ et al., 2011). Além de que, é concedido ao paciente se manifestar de forma antecipada de sua vontade, em relação aos cuidados prestados nos instantes antes que precedem a sua morte (CFM, 2012).

Há ainda uma fragilidade entre a moralidade e a legalidade da prática médica voltado a cuidados paliativos, tem-se respaldo o que estiver no código ética profissional, então pode ser realizado, o que não consta, não deve ser praticado (SILVA, 2004). Tem que ser respeitada a autonomia e o direito dos pacientes, mesmo frente ao comportamento arbitrário da medicina ainda visto atualmente (AZULAY, 2001).

Em síntese, o desenvolvimento tecnológico atual proporciona recursos para sustentar a vida diante de instabilidade orgânica potencialmente reversível. Porém, na prática diária da terapia intensiva, surge o dilema de determinar quais os pacientes que realmente irão se beneficiar deste esforço ou quais estão sendo vítimas de obstinação terapêutica, em um processo de prolongar de forma dolorosa o processo de morrer, incorrendo em distanásia. Neste sentido, é necessário o conhecimento sobre aspectos peculiares envolvidos na definição dos objetivos de cuidados em pacientes idosos, HIV/AIDS, neurológicos, bem como orientações sobre limitação do suporte avançado de vida.

4 | CUIDADOS PALIATIVOS PARA IDOSOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Dentre todas as idades, a faixa etária acima de 60 anos, os idosos, estão entre as que mais demandam procedimentos intervencionistas devido a doenças graves, crônicas e terminais (FONSECA et al., 2012). Devemos lembrar que a idade por si só não define prognóstico (D’ALESSANDRO et al., 2020). Para definir o contexto do processo de adoecimento no paciente geriátrico, a avaliação deve conter os seguintes itens: funcionalidade, cognição, polifarmácia, presença de multimorbidades, história de quedas e a presença da Síndrome da Fragilidade (CARVALHO et al., 2018). O envelhecimento populacional a prevalência de internações desta população em UTI tem apresentado números cada vez maiores (FONSECA et al., 2012).

Com o objetivo de promover controle adequado dos sintomas, em especial o alívio da dor, e proporcionar melhor qualidade de vida ao paciente com doenças graves, ameaçadoras da continuidade da vida, os cuidados paliativos têm se tornado uma realidade cada vez mais frequentes em ações integradas aplicadas aos pacientes internados nos leitos de UTI (FONSECA et al., 2012).

Doenças como demência, pneumopatias, cardiopatias, neoplasias e nefropatias, infecções estão entre os principais motivos de internações de idosos. Juntamente com a fragilidade prévia, o comprometimento da capacidade funcional e/ou cognição, com

doenças em fase avançada e iminência de morte, tornam imprescindível a implementação de cuidados paliativos dentro da terapia intensiva para evitar o emprego de terapias fúteis que prolonguem o sofrimento e o processo de morte promovendo distanásia.

Para estimar o risco de mortalidade desses idosos por um ano após a alta hospitalar, utiliza-se o *Burden of Illness Score for Elderly Persons* (BISEP) (TABELA 1), uma ferramenta que usa pontuações para classificar em quatro categorias (A, B, C, D) o grau de gravidade do paciente com idade avançada e respectiva taxa de mortalidade hospitalar em um ano (CARVALHO et al., 2018; D’ALESSANDRO et al., 2020).

DIAGNÓSTICO DE ALTO RISCO	PONTUAÇÃO
Linfoma/Leucemia	6
Injúria renal aguda	5
Câncer localizado ou metastático	3
Acidente vascular cerebral	2
Insuficiência cardíaca congestiva	2
Doença pulmonar crônica	2
Doença renal crônica	2
DM com lesão de órgão-alvo	2
Pneumonia na admissão	2
Somar os pontos acima e categorizar por grupos de diagnóstico de alto risco:	0 pontos: A; 1-2 pontos: B; 3-5 pontos: C; ≥6 pontos: D.
CLASSIFICAÇÃO FINAL	
DIAGNÓSTICO DE ALTO RISCO	
Grupo A	0
Grupo B	1
Grupo C	2
Grupo D	3
Albumina ≤ 3,5 mg/dL	1
Creatinina > 1,5 mg/dL	1
Síndrome demencial	1
Alteração de marcha	1
TAXA DE MORTALIDADE EM UM ANO	
Grupo I (0-1 ponto)	8%
Grupo II (2 pontos)	24%
Grupo III (3 pontos)	51%
Grupo IV (≥4 pontos)	74%

TABELA 1 - *Burden of Illness Score for Elderly Persons* (BISEP): taxa de mortalidade em idosos após um ano da data da internação hospitalar.

FONTE: CARVALHO et al., 2018; D’ALESSANDRO et al., 2020.

Independentemente do motivo de admissão, o principal objetivo dos cuidados paliativos é promover dignidade e controle dos sintomas, em especial cuidado com a dor nos momentos finais de vida. Os cuidados devem estar voltados para a redução do sofrimento, já que o estado avançado da doença não permite mais tratamento curativo, com a adoção de medidas que atendam necessidade físicas, emocionais, espirituais, intelectuais e sociais do paciente, respeitando sua autonomia e buscando comunicação facilitada entre os profissionais da saúde e os familiares a fim de estabelecer a melhor conduta para os cuidados do paciente gravemente enfermo (FONSECA et al, 2012).

Dentre as principais medidas adotadas podem ser citadas a utilização de dose titulada de morfina associada a ventilação mecânica não-invasiva com máscara ao invés de intubação orotraqueal, sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, assistência psicológica ao paciente e familiares, todas objetivam promover cinco domínios de qualidade: controle da dor e manejo adequado dos sintomas, manutenção da autonomia do paciente, evitar prolongamento inapropriado da vida, com sofrimento desnecessário, alívio do estresse e fortalecimento das relações com familiares. Desta forma, é necessário perceber e compreender a relação entre cuidados paliativos, idosos e UTI para promoção da saúde e qualidade de vida em estágios finais de vida. (FONSECA et al., 2012).

5 | CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES HIV/AIDS INTERNADO NA UTI

A síndrome da imunodeficiência adquirida HIV/AIDS é uma doença infecciosa causada por um retrovírus, o vírus da imunodeficiência humana (HIV), e tem como uma de suas principais características o comprometimento do sistema imunológico através destruição de linfócitos CD4+ (CARVALHO et al., 2012).

Segundo a UNAIDS (Estimativas do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS) estima-se que existam 37,6 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo em 2020, e cerca de 1,5 milhões de novas pessoas foram infectadas neste mesmo ano. 690 mil de pessoas morreram de doenças relacionadas à AIDS e 27,4 milhões de pessoas tiveram acesso à terapia antirretroviral em 2020 (UNAIDS, 2021).

O surgimento da terapia antirretroviral altamente ativa (HAART) em 1996, proporcionou redução da taxa de mortalidade por AIDS, bem como redução da taxa de doenças oportunistas e prolongamento da sobrevida dos pacientes infectados. Porém, apesar de tal progresso, a mortalidade dos pacientes graves em UTI ainda é alta e maior que a de um paciente não soropositivo, em torno de 30% (SOUZA et al., 2016).

A morte na UTI é constantemente acompanhada de intervenções invasivas, controle inadequado dos sintomas, apreensão emocional e psicológica familiar, tratamentos onerosos, o que torna imprescindível o manejo adequado de cuidados paliativos que visem tomada de decisões assertivas que levem a limitação de medidas invasivas e onerosas, que proporcionem maior conforto e alívio de sintomas ao paciente. Os cuidados paliativos

primários se fazem necessários não apenas em leitos de UTI, mas também no curso da doença do paciente HIV positivo, devendo ser realizados por todos os profissionais que lidam com doenças graves (SOUZA et al., 2016).

Estudos de corte retrospectivos têm demonstrado que a grande maioria dos pacientes soropositivos admitidos em UTI se deve à insuficiência respiratória aguda, seguida por rebaixamento do nível de consciência, sepse, insuficiência renal e doenças oportunistas, predominando a tuberculose. Em sua maior parte, as doenças estavam relacionadas ao HIV/AIDS. A média de internação hospitalar dura em torno de 45,5 dias, e a internação em leitos de UTI, em torno de 21 dias (SOUZA et al., 2016).

Os cuidados paliativos necessário à um paciente soropositivo não diferem da vertente aplicada aos outros pacientes, porém existem algumas considerações que podem ser fator predisponente a um maior sofrimento por parte destes paciente como o fato de geralmente serem paciente muito mais jovens que portadores de câncer, haver a necessidade de vários medicamentos, ocorrer mudanças dramáticas e repentinas na condição clínica, gerando dificuldade de identificar a fase terminal, haver grandes mudanças no tratamento, exigindo assim, constante atualização da equipe de saúde. Além disso, prognosticar paciente soropositivos em UTI é um desafio devido ao limitado acervo de trabalho científico que subsidiem a tomada de decisões (SOUZA et al., 2016).

Desta forma utiliza-se parâmetros gerais (parte I), específicos (parte II) e auxiliares (parte III) elaborados pelo *Centers for Diseases Control* (CDC) para avaliação prognóstica de pacientes HIV positivos (CARVALHO et al., 2012).

Parte I- Parâmetros gerais de mau prognóstico em pacientes com HIV/AIDS

1. comprometimento fisiológico do status funcional medido pelo índice de Karnofsky ou Escala de Performance Paliativa;
2. dependência em **duas ou mais** atividades de vida diária (AVDs):
 - a. alimentação;
 - b. deambulação;
 - c. continência;
 - d. transferência;
 - e. banho;
 - f. vestimenta;

Parte II- Parâmetros específicos de mau prognóstico em pacientes com HIV/ AIDS (necessário item 1 e 2)

Item 1

- dosagem de linfócitos CD4<25 células-mm³ ou carga viral persistente acima de 100.000 cópias-ml, mais um dos seguintes itens:
 - a. síndrome consumptiva não tratada ou persistente a despeito do tratamento (perda

de mais de 10% de massa muscular);

b. linfoma cerebral primário;

c. bacteremia pelo Complexo *Mycobacterium avium-intracellulare*, não tratada ou não responsiva ao tratamento;

d. Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva;

e. Linfoma sistêmico com doença avançada pelo HIV e resposta parcial à quimioterapia;

f. Sarcoma de Kaposi visceral não responsivo à terapia;

g. insuficiência renal na ausência de diálise;

h. infecção por *Cryptosporidium*;

i. Toxoplasmose não responsiva ao tratamento.

Item 2

- Performance física ruim (índice de Karnofsky < 50%)

Parte III- Parâmetros auxiliares

a. Diarreia crônica persistente acima de 1 ano;

b. Albumina sérica persistente abaixo de 2,5 g/dL;

c. Uso de droga ilícita;

d. Idade acima de 50 anos;

e. Não uso ou resistência a TARV, quimioterapia e drogas profiláticas relacionadas especificamente à doença pelo HIV;

f. Complexo de demência avançado relacionado a AIDS;

g. Insuficiência cardíaca congestiva sintomática em repouso;

h. Doença hepática avançada.

Pacientes soropositivos geralmente possuem vários sintomas concomitantes, dentre eles a dor, anorexia/caquexia, astenia, confusão mental/demência e náuseas/vômitos. Dentre os principais tipos de dores encontramos cefaleia, dor abdominal, ulcerações orais, genitais e esofágicas, neuropatias e dor osteomuscular. Embora tenha-se alcançado grande avanço com a introdução da TARV, os cuidados paliativos são indispensáveis em pacientes HIV positivos para proporcionar melhora da qualidade de vida, aumento da sobrevida e controle de sintomas e doenças oportunistas (CARVALHO et al., 2012).

6 I NOVAS PERSPECTIVAS DE CUIDADOS NEUROPALATIVOS EM UTI

As doenças neurológicas críticas são responsáveis por 14% das admissões em terapia intensiva no Brasil e são responsáveis por alterações nas funções essenciais como

cognição, fala, percepção, identidade etc. (SADY et al., 2021). Constituem grande desafio no tratamento intensivo uma vez que o acometimento de tais injúrias geram alterações bruscas no curso de vida dos pacientes, assim seu principal objetivo consiste na recuperação da função orgânica, procurando evitar injúrias que levem à incapacidade (SADY et al., 2021).

Para melhor identificar as necessidades específicas de cada paciente e manejar os cuidados paliativos necessários, classificam-se as doenças neurológicas em quatro categorias: pacientes com rápido declínio, com prolongado declínio, com declínio episódico e em declínio agudo com recuperação incerta. Além disso, deve-se traçar o perfil neurológico de cada paciente através de um questionário proposto pelo *Neurocritical Care Society* (NCS) que busca avaliar as percepções e preferências acerca da integração dos cuidados paliativos na UTI (SADY et al. 2021). É também muito utilizado *checklists* que englobam perguntas que visam descobrir se o paciente tem dor ou sintomas estressores, se o paciente ou família precisa de suporte para lidar com a situação atual, se é necessário reavaliação etc. (SADY et al, 2021).

Os principais desfechos de pacientes neurocríticos internados em leitos de UTI são óbito, incapacidade funcional, qualidade de vida residual comprometida e deterioração neurológica. Assim, é fundamental o rastreamento e identificação das áreas comprometidas e do nível de gravidade, a fim de empreender esforços que alinhem os cuidados paliativos necessários ao tratamento intensivo.

Existem controvérsias na literatura acerca de qual seria o melhor momento para introduzir cuidados paliativos no doente neurocrítico. Alguns autores defendem que deve ser iniciada precocemente a fim de, além de diminuir custos secundários, proporcionar maior qualidade de vida ao paciente. Já outros autores defendem que é necessária cautela (SADY et al., 2021).

Devido à incerteza do prognóstico, é necessária cautela para que não seja executado medidas fúteis ou limitação de suporte inapropriadamente. Da mesma forma, deve-se não negligenciar os cuidados paliativos necessários à um paciente com doença neurológica, como proposto pela OMS (CONASS, 2020).

Segundo Sady et al., (2021) “melhorar a capacidade dos intensivistas promoverem cuidados paliativos primários para os pacientes neurocríticos é uma meta de qualidade a ser alcançada”. Assim recomenda-se lançar mão de estratégias que visem superar barreiras culturais e crenças de que cuidados paliativos devam ser aplicados apenas em cenários de terminalidade de vida (SADY et al., 2021). Uma abordagem estratégica de cinco etapas foi proposta por Geruts et al., 2014, que consiste em reunir evidências sobre avaliação prognóstica e discussão de benefícios de possíveis intervenções, compartilhar informações com a família sobre a doença e tratamento visando alinhar aos valores pessoais e culturais deles, realizar avaliação crítica, fazer recomendações e tomar decisões, prover avaliação e *follow-up*.

71 LIMITAÇÃO DO SUPORTE DE VIDA AVANÇADO E RETIRADA DE VENTILAÇÃO MECÂNICA

O Suporte de Vida Avançado (SAV) é um conjunto de protocolos e procedimentos médicos invasivos que visam ofertar ao paciente meios de estabilização clínica e permanência em vida, dando suporte a órgãos e sistemas vitais que não estão conseguindo manter suas funções adequadamente. (CARVALHO; PARSONS, 2012).

Existem quatro principais medidas de SAV, são eles, o uso de ventilação mecânica, uso de aminas vasoativas (adrenalina, noradrenalina, dobutamina, dopamina), ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e hemodiálise (CARVALHO; PARSONS, 2012). Eles são utilizados em casos de doenças agudas ou crônicas descompensadas onde há viabilidade de reversão da instabilidade das funções vitais. Porém em situações nas quais a doença encontra-se avançada, sem mais opções de tratamento curativo, o SAV pode acabar apenas prolongando o processo de morte, acarretando mais sofrimento ao paciente e familiares. Em casos de não reversibilidade do quadro do paciente é importante limitar medidas consideradas fúteis para suporte de vida sem deixar de oferecer ao paciente e sua família os cuidados paliativos necessários para alívio de desconforto e da dor (TORRES, 2012).

Extubar um paciente, aumentar ou diminuir a dosagem de drogas vasoativa, decidir não fazer ressuscitação cardiopulmonar, suspender hemodiálise, desligar infusão contínua de Nutrição Parenteral, todas essas são consideradas medidas de limitação do suporte de vida. Ainda há poucos estudos que debatam acerca do que seria a melhor decisão a ser tomada no tratamento de pacientes em fase terminal e a frequência com que são usadas medidas de limitação de suporte avançado de vida ainda é baixa, fazendo que o Brasil venha a ocupar o 38º lugar no *ranking* de qualidade do morrer dentre os 40 países participantes da avaliação realizada pela *Economist Intelligence*. (MAZUTTI et al., 2016).

Apesar de que no Brasil ainda não haver grandes discussões científicas a respeito da limitação do SAV, a resolução 1.805/2006 do Conselho Federal de Medicina permite ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal (CFM, 2006). Ainda, a resolução de 1.955/2012 garante o direito de vontade antecipada, por parte do paciente, acerca de seus tratamentos e cuidados. (CRM, 2012).

Uma comunicação clara e eficaz entre a equipe médica e a família é um fator crucial para o êxito da tomada de decisão. Desta forma, são necessárias a realização de conferências semanais com a família, devendo ser esclarecidas a situação do paciente, riscos e benefícios das medidas invasivas e paliativas, devendo, esta, ocorrer dentro das primeiras 72 horas de internação. Todas as medidas a serem tomadas na limitação de

suporte de vida devem respeitar preceitos éticos e legais. (MAZUTTI et al., 2016).

Um estudo realizado em 20 leitos de UTI em São Paulo, mostraram que a integração dos cuidados paliativos à UTI tem ajudado a diminuir o tempo para determinação dos objetivos do tratamento que estejam de acordo com a vontade e valores do paciente. Esse mesmo estudo mostra que pacientes com idade > 70 anos, baixa pontuação no escore KPS e alto escore no SAPS 3 (>49 pontos) constituem a grande maioria dos pacientes com limitação de medidas de suporte avançado de vida e pacientes oncológicos avançados e falência orgânica crônica estão entre os mais indicados a receber limitação de suporte de vida. (MAZUTTI et al., 2016).

No que concerne a retirada de ventilação mecânica, esta deve ser uma decisão a ser tomada junto da família do paciente e somente deve ser realizada quando o seu prolongamento não for benéfico. Dentre os principais desfechos da extubação estão a mortalidade hospitalar, morte em leito de UTI, morte pós alta hospitalar e uma pequena porcentagem apresentou apenas desconforto respiratório e estridor (LACERDA et al., 2020).

Segundo Canosa (2018) a retirada da ventilação mecânica ou extubação paliativa “é o termo utilizado para retirada do tubo orotraqueal e da ventilação mecânica invasiva em pacientes que se encontram em fase final de vida”. Para o paciente ser candidato à extubação paliativa, ou a descontinuidade das medidas invasivas, ele precisa passar por uma avaliação, com critérios pré-estabelecidos, que busca caracterizar a terminalidade de sua doença base (Tabela 4), e o grau de comprometimento de sua funcionalidade.

DOENÇAS CARDÍACAS

- Fração de Ejeção < 20%
 - Sintomas de insuficiência cardíaca congestiva durante o repouso
 - Nova arritmia
 - Idas frequentes ao pronto-socorro por descompensação cardíaca
 - Infarto agudo do miocárdio, síncope ou acidente vascular cerebral
-

NEOPLASIAS

- Câncer metastático ou inoperável
-

DOENÇAS PULMONARES

- Dispneia em repouso
 - Saturação de O₂ < 88%
 - PCO₂ > 50
 - Perda de peso não intencional
-

DEMÊNCIAS

- Incapacidade de deambular
 - Incontinência
 - Menos de seis palavras inteligíveis
 - Albumina < 2,5 mg/dL ou menor ingestão oral
 - Idas frequentes ao pronto-socorro
-

DOENÇAS HEPÁTICAS

- Tempo de protrombina > 5 segundos
 - Albumina < 2,5 mg/dL
 - Ascite refratária
 - Peritonite bacteriana espontânea
 - Icterícia
 - Desnutrição ou perda de massa muscular
-

DOENÇAS RENAIS

- Não candidato à diálise
 - Depuração de creatinina < 15 mL/min
 - Creatinina sérica > 6 mg/dL
-

SÍNDROME DA FRAGILIDADE

- Idas frequentes ao pronto-socorro
 - Albumina < 2,5 mg/dL
 - Perda de peso não intencional
 - Úlceras por compressão
 - Confinamento ao leito/domicílio
-

TABELA 4. CRITÉRIOS DE TERMINALIDADE DE DOENÇA BASE

Fonte: CARVALHO et al., 2018.

Em pacientes com doença terminal e intratável, a classificação abaixo de 40% na KPS e na PPS indica a progressão dos cuidados paliativos proporcionais. Esta progressão deve ser precedida de ampla discussão e ter a concordância de todos os envolvidos no cuidado. O médico assistente responsável pelo paciente, as especialidades auxiliares, a equipe médica e multidisciplinar da UTI e o paciente e sua família devem estar envolvidos no processo (ALMEIDA, 2017).

Desta forma, a implantação de ações integradas em CP em pacientes internados na UTI deve seguir uma ordem lógica de progressão baseado na evolução clínica de cada

caso. Esse processo é contínuo, diário e didaticamente dividido conforme as seguintes fases (ALMEIDA, 2017):

Primeira fase ou cuidado com ênfase curativa: toda medida terapêutica e de cuidado que visa a cura ou melhoria da doença e a recuperação da saúde do indivíduo. Há maior probabilidade de recuperação do paciente do que irreversibilidade ou morte. Nessa fase, as ações paliativas têm como meta o alívio dos sintomas inerentes à doença e decorrentes do tratamento. A morte é pouco provável ou não é esperada.

Segunda fase ou cuidado paliativo proporcional: é implementada quando já existe falha de resposta aos recursos terapêuticos utilizados e, a despeito do tratamento otimizado, o paciente caminha em direção ao desfecho de irreversibilidade e morte. Nesse contexto, as ações paliativas no controle dos sintomas passam a ter prioridade em relação aos cuidados curativos. A proporção da prioridade entre essas duas frentes de cuidado deve acompanhar a evolução de melhora ou piora do indivíduo, oscilando em patamares intermediários entre o cuidado curativo pleno e o cuidado paliativo exclusivo. No caso de evolução no sentido da morte, que passa a ser possível e prevista para semanas a meses, considerar a substituição paulatina das terapias invasivas que devem ir dando lugar para as medidas de controle dos sintomas, já em evoluções que sigam o caminho da melhora e restauração, as intervenções curativas devem ser priorizadas.

Terceira fase ou cuidado paliativo exclusivo: identificada a irreversibilidade da doença e instalado o processo do morrer, nenhuma medida com intenção curativa seria efetiva para mudar a história natural do adoecimento e o desfecho clínico desfavorável. Nesse ponto, o tratamento curativo deixa de ter resultado ou significado e as medidas de controle de sintoma e conforto passam a ser a única estratégia efetiva e benéfica para o paciente.

O manejo do SAV na terminalidade de vida ainda é um desafio. Conversações claras, concisas e frequentes com a família e paciente é um dos pilares para a tomada de decisão correta e coerente ao quadro do paciente, evitando medidas prematuras e que não se alinhem aos valores e vontade da família e paciente. Assim, o preparo da equipe de saúde em cuidados paliativos nas UTIs tem se mostrado o melhor caminho no cuidado do paciente.

8 | CONCLUSÃO

A medicina intensiva com seus recursos tecnológicos e humanos propiciam a manutenção da vida diante de instabilidades orgânicas em condições potencialmente reversíveis. Porém, tem a capacidade de prolongar de forma dolorosa e com grande comprometimento da qualidade de vida, o processo de morrer que se apresenta como evolução natural das doenças em fase avançada. Os Cuidados Paliativos surgem a partir de 2002 como uma abordagem que visa a qualidade de vida do paciente e seus

familiares que enfrentam doenças ameaçadoras da vida. De forma que CP em ambientes intensivos devem ser prestados a todos os pacientes com risco de vida e com sintomas que comprometam a qualidade de vida.

CP em UTI auxiliam o processo de tomada de decisões compartilhadas fornecendo instrumentos que auxiliam no controle de sintomas, na definição de prognóstico e no objetivo do cuidado, determinando em qual fase o paciente se encontra naquele momento e a melhor abordagem individualizada a cada caso. Neste contexto, é necessário a concordância de todos envolvidos, incluindo o médico assistente, o intensivista, a equipe multidisciplinar, o paciente e sua família. A comunicação adequada é essencial, em especial uma escuta qualificada e sensível aos valores, crenças e toda complexidade que caracteriza uma pessoa e sua biografia, em conjunto com sua família.

De forma que a implantação de ações integradas em CP na UTI traz a possibilidade de exercer a ética em sua plenitude, de proporcionar aos pacientes uma morte com menos sofrimento, sem medidas extraordinárias inúteis ou fúteis, com respeito ao ser humano e seus familiares no fim de vida, impedindo o retardamento da morte inevitável com redução dos elevados custos psicológicos, sociais e financeiros produzidos pela obstinação terapêutica.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, T.M. **Protocolo: Cuidados Paliativos em UTI**. HOSPITAL SÃO PAULO, UNIFESP, p. 1-17, 2017.
- ANESI, G. L.; ADMON, A.J.; HALPERN, S.D.; KERLIN, M.P. Understanding irresponsible use of intensive care unit resources in the USA. **The Lancet Respiratory Medicine**, v. 7, n. 7, p. 605–612, 2019.
- AZULAY, T. A. Los principios bioéticos: se aplican en la situación de enfermedad terminal. **Anales de medicina interna**, v.18 p. 650-654, 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. Disponível em: <https://www.scielo.br/rj/rbti/a/zpk7tD4K5H885XHHJ84hs8v/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 de jun. 2021.
- BROWNLEE, S.; CHALKIDOU, K.; DOUST, J.; ELSHAUG, A. G.; GLASZIOU, P.; HEATH, I.; NAGPAL, S. et al. Evidence for overuse of medical services around the world. **The Lancet**, v. 390, n. 10090, p. 156–168, 2017.
- CANOSA, H.G. Extubação Paliativa. In: Carvalho, R.T. Manual de Residência de Cuidados Paliativos: Abordagem Multidisciplinar. Barueri, SP: Manole, 2018.
- CARDOSO, D.H.; MUNIZ, R.M.; SCHWARTZ, E.; ARRIEIRA, I.C.O. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.22, n. 4, p.1134-1141, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/tce/a/Wg8dZqctd95h5HJqrftfdQb/?format=pdf>. Acesso em: 26 julho 2021.

CARVALHO, R.T.; PARSONS, H.A (org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2 ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012.

CARVALHO, R.T.; SOUZA, M.R.B.; FRANCK, E.M.; POLASTRINI, R.T.V.; CRISPIM, D.; JALES, S.M.C.P. et al. **Manual da Residência de Cuidados Paliativos: Abordagem Multidisciplinar**. 1 ed. São Paulo: Manole Ltda, 2018.

CHAVES, A. A; MASSAROLLO, M.C. Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em unidades de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2009. Disponível em: <https://bit.ly/31Q4Kxs>. Acesso em: 30 de jul 2021

COELHO, C.B.T.; YANKASKAS, J.R. Novos Conceitos em Cuidados Paliativos na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 29, n. 2, p. 222 -230, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/rj/rbti/a/X4nn5V6xc6zVc3qh8SRDXQk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1995**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília (DF): Diário Oficial da União; Seção 1, p. 269-70; 2012. Disponível em: http://www.bioetica.ufrgs.br/1995_2012.pdf.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2156 de 17 de novembro de 2016**. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Conselho Federal de Medicina, 2016. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>. Acesso em: 18 maio 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Resolução nº 1.805/06**. Estabelece permissão ao médico para limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal de doença grave. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/tratamentos-na-terminalidade-da-vida.pdf>. Acesso em: 27 julho 2021.

COSTA FILHO, R.C.; COSTA, J.L.F.; GUTIERREZ, F.L.B.R.; MESQUITA, A.F.M. Como Implementar Cuidados Paliativos de Qualidade na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 20, n. 2, p. 88-92, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/rj/rbti/a/H8nr6jVYxWDTBnvXQ5YCBsc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2021.

CPPAS -Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF. Diretriz para Cuidados Paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI: norteando as prioridades de cuidado. **Protocolo de Atenção à Saúde**. Brasília – DF, 2018.

CURTIS J.R.; VINCENT J.L. Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. **The Lancet**. 2010; v. 376, n. 9749, p.1347-53.

D'ALESSANDRO, M.P.; COELHO, F.P.; MAIELLO, A.P.; MESSIAS, A.A.; **Manual de Cuidados Paliativos do Ministério da Saúde**. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde, 2020.

D'AVILA R.L. Prefácio II. In: Moritz, R.D. (organizador). **Cuidados Paliativos Nas Unidades de Terapia Intensiva**. São Paulo: Editora Atheneu; 2012.

ELSHAUG, A.G.; ROSENTHAL, M.B.; LAVIS, J.N.; BROWNLEE, S.; SCHMIDT, H.; NAGPAL, S.; LITTLEJOHNS, P.; SRIVASTAVA, D.; TÚNIS, S.; SAINI, V. Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care. **The Lancet**, v. 390, n. 10090, p. 191–202, 2017.

FALCO, H.; NASCIMENTO, D.M.; RODRIGUES, T.; SOARES, M.R.; ROSA, M.L.S.; DIAS, J. et al. **Cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva: uma discussão**, v. 15, n. 2, 2012. Minas Gerais: Pontifícia Universidade Católica, 2012. Disponível: <https://bit.ly/2WOijhO>. Acesso em 29 de jul 2021

FAQUINELLO, P.; DIÓZ, M. A UTI na ótica de pacientes. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 41-47, 2007.. Acesso em 2 ago 2021. Disponível em: www.reme.org.br/artigo/detalhes/311. Acesso em: 30 julho 2021.

FORTE, D.N. Cuidados Paliativos na Unidade de Terapia Intensiva. In: CARVALHO, Ricardo T. et al. **Manual da Residência de Cuidados Paliativos: Abordagem Multidisciplinar**. 1 ed. São Paulo: Manole Ltda, 2018. p. 532-46.

FONSECA, A.C.; MENDES JUNIOR, W.V.; FONSECA, M.J.M. Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 24, n. 2, p. 197-206, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/rj/rbti/a/c6Wbx7RsgZRMTGzbc9MxSsf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 jul. 2021.

GEURTS, M.G.; MACLEOD, M.R.; VAN THIEL, G.J.M.W.; VAN GJIN, J.; KAPPELLE, L.J.; VAN DER WOP, H.B. End-of-life decisions in patients with severe acute brain injury. **The Lancet Neurology**, v. 13, n. 5, p. 515 – 524, 2014. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24675048/>. Acesso em: 27 jul. 2021.

GOMES, A.L.Z.; OTHERO, M.B. Cuidados paliativos. **Estudos avançados**, v. 30, p. 155-166, 2016. Acesso em 6 ago 2021. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ea/a/gvDg7kRRbzdfXfr8CsvBbXL/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 30 julho 2021.

GULINI, J.E; NASCIMENTO, E.R. A equipe da unidade de terapia intensiva frente ao cuidado paliativo: discurso do sujeito coletivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/>. Acesso em :31 de jul 2021.

LACERDA, F.H.; CHECOLI, P.G.; DA SILVA, C.M.D.; BRANDÃO, C.E.; FORTE, D.N.; BESEN, B.A.M.P. Retirada da Ventilação Mecânica como Procedimento Paliativo em uma Unidade de Terapia Intensiva Brasileira. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 32, n. 4, p. 528 – 534, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/gMXVzgzP4Dw4GMkxrsDW8ty/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jun. 2021.

LAUTRETTE, A.; DARMON, M.; MEGARBANE, B.; JOLY, L.M.; CHEYRET, S.; ADRIE, C. et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. **The New England Journal of Medicine**, v. 357, n. 2, p. 203, 2007.

MACHADO, K.D.G.; PESSINI, L.; HOSSENE, W.S. A Formação em Cuidados Paliativos da Equipe que Atua em Unidade de Terapia Intensiva: Um Olhar da Bioética. **Revista Bioethikos**, v. 01, n. 01, p. 34 – 42, 2007. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/novo/publicacoes/publicacoesSumario.php?ID=54&rev=b&sum=1130&idioma=pt>. Acesso em: 28 jul. 2021.

MARENGO, M.O.; FLÁVIO D.A., SILVA, R.H.A. Terminalidade de vida: bioética e humanização em saúde. **Medicina (Ribeirão Preto)**, n. 42, v.3, p.350-7, 2009.

MATSUMOTO, D.Y. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R.T.; PARSONS, H.A. (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP – Ampliado e Atualizado**. 2. Ed Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. P.23-30.

MAZUTTI, S.R.G.; NASCIMENTO, A.F.; FUMIS, R.R.L. Limitação de Suporte Avançado de Vida em Pacientes Admitidos em Unidade de Terapia Intensiva com Cuidados Paliativos Integrados. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 28, n. 3, p. 294-300, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/r/rbti/a/yyFvhfwbQ6PNZq5T54bBs6B/?format=pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

MORITZ R.D.. ROSSINI, J.P.; DEICAS, A. **Cuidados paliativos na UTI: definições e aspectos éticos-legais**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

MORITZ, P.R.D.; DE LAGO, P.M.; SOUZA, R.P.; SILVA, N.B.; MENESES, F.A.; OTHERO, J.C.B. et al. **Terminalidade e Cuidados Paliativos na Unidade de Terapia Intensiva**. São Paulo: Fórum de Terminalidade da Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/r/rbti/a/zpk7tD4K5H885XHHJ84hs8v/?format=pdf>. Acesso em: 30 jun. 2021.

MORITZ, R.D.; LAGO, P.M.; DEICAS, A.; NILSON, C.; MACHADO, F.O.; OTHERO, J. et al. I Fórum do Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul: Proposta para atendimento do paciente portador de doença terminal internado em UTI. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 21, n. 3, p. 306-309, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/r/rbti/a/PyDhv5XRyJ4PDvfVqRkKd5v/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2021.

MORITZ, R.D.D.A.; CAPALBO, M.; FORTE, D. N.; KRETZER, P. L.; LAGO, P.; PUSCH, R. II Fórum do “Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul”: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 23, n. 1, p. 24–9, 2011.

MUN, E.; NAKATSUKA, C.; UMBARGER, L.; RUTA, R.; MCCARTY, T.; MACHADO, C. et al. Use of Improving Palliative Care in the ICU (Intensive Care Unit) Guidelines for a Palliative Care Initiative in an ICU. **The Permanente Journal**, v. 21, p. 16 – 37, 2017. Disponível em: <https://www.thepermanentejournal.org/issues/2017/6293-palliative-care.html>. Acesso em: 19 jun. 2021.

NIGHTINGALE F. Looking back. Taken from “Notes on Hospitals” by Florence Nightingale, 1863. **Lamp**. 1979 Sep;36(8):39-43. PMID: 390276. Acesso em 5 ago 2021. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/390276/>

NUNES, Rui. **Diretivas Antecipadas de Vontade**. Brasília: CFM, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2016.

PAIVA, F.C.L.; ALMEIDA JÚNIOR, J.J.; DAMÁSIO, C. **Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida**. Natal, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/2WNU7vR>. Acesso em 30 de jul 2021.

RAMOS, J.G.R.; TOURINHO, F.C.; BORRIONE, P.; AZI, P.; ANDRADE, T.; COSTA, V. et al. Efeitos de um Programa de Cuidados Paliativos nas Tendências de Utilização da Unidade de Terapia Intensiva e Ordens de Não Reanimar Durante Hospitalizações Terminais. Análise de Séries Temporais Interrompidas. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 30, n. 3, p. 308-316, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/r/rbti/a/RmmbKS4tMckwGRT7VCDHbCp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2021.

ROBERT, R.; GOUGE, L. A.; BARNES, K. N.; COTTEREAU, A.; GIRAUDEAU, B.; ADDA, M. Terminal weaning or immediate extubation for withdrawing mechanical ventilation in critically ill patients (the ARREVE observational study). **Intensive Care Med**, v. 43, n. 12, p. 1793-807, 2017.

SADY, E.R.R.; SILVA, L.M.C.J.; VEIGA, V.C.; ROJAS, S.S.O. Cuidados Neuropaliativos: Novas Perspectivas dos Cuidados Intesivos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 33, n. 01, p. 146-153, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/6cgXMBZSXmNwVRch6VsRjLv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 jul. 2021.

SILVA, C. H. D. A moralidade dos cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50 n. 4, p. 330-333, 2004. Disponível em: https://www1.inca.gov.br/rbc/n_50/v04/pdf/sec03.pdf#:~:text=Mais%20recentemente%2C%20a%20moralidade%20dos%20Cuidados%20Paliativos%20veio,o%20bem-estar%20global%2C%20abrem-se%20à%20discussão%20outras%20questões. Acesso em: 2 julho 2021.

SOUZA, P.N.; MIRANDA, E.J.P.; CRUZ, R.; FORTE, D.N. Cuidados paliativos no paciente com HIV/AIDS internado na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 28, n. 3, p. 301-309, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/5Xd4Lj5S36TNV5gCTMqGd9g/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 28 jul. 2021.

TRAVASSOS, I.S.; AGUIAR, R.C.; CARMO, F.S.R.; SOUSA, C.C.L.; SOUSA, B.B.C. Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva: Uma Revisão de Literatura. Orientador: Andrade, Kátia Lima. VII CONGRESSO DE SAÚDE E BEM-ESTAR, 2019, São Luís. **Anais [...]**. São Luis: [s.n.], 2019.

TORRES J.H. Ortotanásia não é homicídio, nem eutanásia. Quando deixar morrer não é matar. In: Carvalho RT, Parsons HA (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado**, p. 415-38, 2012. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012.

TORRES, J.H. Ortotanásia não é homicídio nem eutanásia. In: Moritz, R.D. (Org.). **Conflitos bioéticos do viver e do morrer**. Brasília-DF: CFM, 2011.

TOURINHO, F.C.; BORRIONE, P.; AZI, P.; ANDRADE, T.; COSTA, V.; REIS, Z. et al. Efeitos de um Programa de Cuidados Paliativos nas Tendências de Utilização da Unidade de Terapia Intensiva e Ordens de Não Reanimar Durante Hospitalizações Terminais. Análise de Séries Temporais Interrompidas. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 30, n. 3, p. 308-316, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/RmmbKS4tMckwGRT7VCDHbCp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2021.

TROTTA, E. A. **Expressão de coerção em enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem que assistem pacientes pediátricos em situação de limitação de suporte de vida**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012. Disponível em: <https://bit.ly/2IPnUL2>. Acesso em 29 de jul 2021

UNAIDS - PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS – **Estatísticas Globais de HIV & Aids – Ficha técnica de 2021**. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abordagem multiprofissional 44, 97, 99

Anomalia de Poland 241, 242, 243

Ansiedade 1, 3, 4, 5, 12, 13, 14, 15, 16, 39, 40, 42, 81, 103, 133, 134, 135, 141, 142, 143, 179, 180, 182, 188, 194, 216, 217, 218, 222, 251

Atenção primária 35, 36, 44, 49, 50, 55, 145, 146, 148, 176, 185, 216, 217, 219, 221, 222

Atenção primária a saúde 44

B

Bajo peso al nacer 56, 62, 64, 65, 66

Bienestar integral 84, 85, 86, 87

C

Comunicação em saúde 39, 41

Córnea 91, 92, 95, 156

COVID-19 145, 146, 148, 149, 182, 226, 227, 230

Cuidados paliativos 52, 97, 98, 99, 100, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121

Cuidados paliativos na terminalidade da vida 98

D

Depressão 1, 2, 3, 4, 12, 14, 15, 16, 23, 81, 103, 134, 176, 182, 187, 190, 194, 218, 220, 221, 222, 223, 251

Diabetes Mellitus 18, 21

Diagnóstico precoce 18, 21, 23, 24, 25, 35, 153, 219, 221

Doença crônica 3, 18, 19, 21, 50, 51, 53, 163, 209

E

Educação médica 1, 15, 16, 39, 69

Envelhecimento populacional 44, 46, 49, 54, 107

Esperança 1, 3, 13, 14, 16, 95, 167

Estresse 133

Experimentação animal 91

F

Fluxograma 145

FODMEPs 247, 248, 250, 251, 253, 256

G

Genotoxicidade 133, 135, 139, 140, 141, 142, 144

Gestão 36, 67, 68, 69, 70, 131, 195, 239

H

Hábitos do sono 72

M

Medicina 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 37, 41, 42, 43, 49, 54, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 74, 81, 83, 84, 85, 87, 91, 92, 97, 102, 104, 106, 107, 113, 116, 117, 118, 119, 120, 144, 160, 161, 166, 167, 184, 185, 186, 187, 191, 195, 213, 222, 234, 235, 241, 258

Mentor de pares 84

Micronúcleo 133, 140, 143

Muy bajo peso al nacer 56, 64, 65

N

Neuropatia autônoma diabética 18

Núcleo acadêmico 67, 68

O

OCT 16, 91, 92, 95

P

Pé diabético 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 28, 29, 33, 34, 35, 36, 37

Planos de saúde 44, 46, 47, 50, 53, 54, 195, 196, 197, 206

Prazer no trabalho 122, 123, 126, 131

Probióticos 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257

R

Recién nacido 56, 58, 61

Relação médico-paciente 39

Retina 91, 92, 93, 94, 95, 150, 153, 154, 155, 156

S

Saúde mental 1, 3, 6, 13, 14, 15, 16, 122, 123, 126, 129, 130, 135, 175, 177, 183, 187, 216, 217, 218, 219, 221, 222, 223

Saúde ocular 91, 158

Síndrome de Chilaiditi 235, 236, 237, 238, 239

Síndrome de Poland 241, 242, 243, 244, 245

Síndrome do intestino irritável 247, 248, 250, 251, 253, 254, 255, 256

Sono 2, 3, 12, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 81, 82, 83, 103, 179, 182, 185, 194, 220, 221

Sonolência diurna 72, 73, 74, 81, 83, 180, 182

Suporte avançado de vida 98, 106, 107, 113, 114, 120

T

Trabalhador 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130

Tumor maligno intraocular 150

U

Unidades de Terapia Intensiva 97, 118, 121

Universidade 12, 13, 15, 32, 36, 37, 38, 44, 51, 67, 68, 69, 71, 72, 74, 83, 91, 95, 97, 119, 120, 121, 124, 133, 136, 145, 159, 163, 166, 175, 178, 185, 186, 187, 191, 195, 206, 208, 222, 225, 235, 241, 258

UTI 97, 98, 99, 100, 101, 103, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 117, 118, 119, 120

Abordagens em **MEDICINA:**

ESTADO CUMULATIVO
DE BEM ESTAR
FÍSICO,
MENTAL E
PSICOLÓGICO

2



www.atenaeditora.com.br



contato@atenaeditora.com.br



[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)



www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena
Editora

Ano 2021

Abordagens em **MEDICINA:**

ESTADO CUMULATIVO
DE BEM ESTAR
FÍSICO,
MENTAL E
PSICOLÓGICO

2



www.atenaeditora.com.br



contato@atenaeditora.com.br



[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)



www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena
Editora

Ano 2021