

# Ciências da Saúde

em debate

Luana Vieira Toledo  
(Organizadora)

2



# Ciências da Saúde

em debate

Luana Vieira Toledo  
(Organizadora)

2



**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

Gabriel Motomu Teshima

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

**Imagens da capa**

iStock

**Edição de arte**

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 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**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

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



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> 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  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> 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  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> 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 Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federaci 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  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



**Diagramação:** Daphynny Pamplona  
**Correção:** Mariane Aparecida Freitas  
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga  
**Revisão:** Os autores  
**Organizadora:** Luana Vieira Toledo

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

C569 Ciências da saúde em debate 2 / Organizadora Luana Vieira Toledo. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-944-5

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.445221602>

1. Saúde. I. Toledo, Luana Vieira (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](http://www.atenaeditora.com.br)  
[contato@atenaeditora.com.br](mailto: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 coleção “Ciências da Saúde em Debate” apresenta em dois volumes a produção científica multiprofissional que versa sobre temáticas relevantes para a compreensão do conceito ampliado de saúde.

Tendo em vista a relevância da temática, objetivou-se elencar de forma categorizada, em cada volume, os estudos produzidos pelos diferentes atores, em variadas instituições de ensino, pesquisa e assistência do país, a fim de compartilhar as evidências produzidas.

O volume 1 da obra apresenta publicações que contemplam a inovação tecnológica aplicada à área da saúde, bem como os avanços nas pesquisas científicas direcionadas à diferentes parcelas da população.

No volume 2 estão agrupadas as publicações com foco nos diferentes ciclos de vida, crianças, adolescentes, mulheres, homens e idosos. As publicações abordam os aspectos biológicos, psicológicos, emocionais e espirituais que permeiam o indivíduo durante a sua vida e o processo de morrer.

A grande variedade dos temas organizados nessa coleção permitirá aos leitores desfrutar de uma enriquecedora leitura, divulgada pela plataforma consolidada e confiável da Atena Editora. Explore os conteúdos e compartilhe-os.

Luana Vieira Toledo  
Organizadora

## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

#### **HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COMO MEDIDAS DE PREVENÇÃO DESENVOLVIDAS POR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM CENTROCIRÚRGICO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE**

Simone Souza de Freitas  
Claudia Roberta Vasconcelos de Lima  
Jackeline Alcoforado Vieira  
Lourival Gomes da Silva Júnior  
Karla Cordeiro Gonçalves  
Caline Sousa Braga Ferraz  
Sandra Maria Vieira  
Cinthia Regina Albuquerque de Souza  
Shelma Feitosa dos Santos  
Mikaella Cavalcante Ferreira  
Jéssica de Oliveira Inácio  
Creuza Laíze Barboza de Souza Bezerra  
Rayssa Cavalcanti Umbelino de Albergaria  
Nataline Pontes Rodrigues Alves  
Cinthia Furtado Avelino

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4452216021>

### **CAPÍTULO 2..... 10**

#### **IMPACTOS DA PANDEMIA DA COVID-19 SOBRE A VIDA DE IDOSOS: VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES**

Karolyne Lima Medeiros  
Leonardo Gomes da Silva  
Fabiana Rosa Neves Smiderle  
Italla Maria Pinheiro Bezerra

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4452216022>

### **CAPÍTULO 3..... 29**

#### **AUTOESTIMA DE IDOSAS PRATICANTES E NÃO PRATICANTES DE EXERCÍCIO FÍSICO DURANTE A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19) NA CIDADE DE CRATO**

Francivaldo da Silva  
Bruna Ely Filgueira Leite  
Cícera Naiane Oliveira Pinheiro  
Francisco Mateus Almeida Oliveira  
Naerton José Xavier Isidoro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4452216023>

### **CAPÍTULO 4..... 37**

#### **CUIDADOS PALIATIVOS: A PERCEPÇÃO DE FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**

Giseliene Mendonça Pazotti

Marcos Antonio Nunes de Araújo

Márcia Maria de Medeiros

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4452216024>

**CAPÍTULO 5..... 51**

**ATENÇÃO A ESPIRITUALIDADE FRENTE AOS CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES TERMINAIS**

Roberta Gomes Gontijo

Camila Beatriz de Lima Ferreira

Eduarda Paula Markus Xavier

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4452216025>

**CAPÍTULO 6..... 57**

**A MORTE E O MORRER: OS ASPECTOS BIOÉTICOS**

Anelise Levay Murari

Helanio Veras Rodrigues

Jean Carlos Levay Murari

Daniel Capalonga

Murilo Barboza Fontoura

Rosangela Ferreira Rodrigues

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4452216026>

**CAPÍTULO 7..... 64**

**PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA PRÉ ESCOLARES QUE FREQUENTAM E. M. MARISA VALERIO PINTO BRAGANÇA PAULISTA - SP**

Ana Carolina Godoy Scrociato

Ana Carolina da Graça Fagundes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4452216027>

**CAPÍTULO 8..... 73**

**ANÁLISE DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA EM CRIANÇAS OBESAS E SUA IMAGEM CORPORAL**

Ronaldo Rodrigues da Silva

Ludmila Ferreira dos Santos

Dalma Honoria de Arruda

Miguel Augusto Marques Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4452216028>

**CAPÍTULO 9..... 87**

**DESEMPENHO DE ESTUDANTES EM TESTE DE ATENÇÃO SELETIVA E CONTROLE INIBITÓRIO ANTES E APÓS ATIVIDADE FÍSICA**

Rosângela Gomes dos Santos

João Paulo Caldas Cunha

Luana Silva Sousa

Michele Miron Morais Silva

Patrícia de Sousa Moura

Leandro Araujo Carvalho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4452216029>

**CAPÍTULO 10..... 94**

**O CUIDADO DOS ADOLESCENTES NA ESCOLA: PROJETO DE VIDA, PLANEJAMENTO FAMILIAR E CIDADANIA**

Jacqueline Rodrigues do Carmo Cavalcante  
Karoline Peres Barbosa Oliveira Couto  
Fernanda Costa Pereira  
Yolanda Rufina Condorimay Tacsí

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44522160210>

**CAPÍTULO 11 ..... 101**

**CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NA GRAVIDEZ**

Elizabeth Stefane Silva Rodrigues  
Thaís Campos Rodrigues  
Rayra Vitória Lopes Coimbra  
Maria Eduarda Pinto  
Tayná Tifany Pereira Sabino  
Bernadete de Lourdes Xavier Guimaraes  
Isabela Ramos Simão  
Rutiana Santos Batista  
Rafaela Barbosa Silva  
Larissa Bartles dos Santos  
Stefany Pinheiro de Moura  
Cláudia Maria Soares Barbosa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44522160211>

**CAPÍTULO 12..... 111**

**ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL DAS SURDAS: ANÁLISE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMUNICACIONAL**

Maria Aparecida de Almeida Araújo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44522160212>

**CAPÍTULO 13..... 118**

**PERFIL DO USUÁRIO MASCULINO ATENDIDO EM UMA UNIDADE BÁSICA DESAÚDE NO MUNICÍPIO DE IRANDUBA – AM**

Jean da Silva e Silva  
Antonio Marcos Cruz e Silva  
Amanda Monteiro de Oliveira  
Maria Karoline Nogueira Simões  
Silvana Nunes Figueiredo  
Maria Leila Fabar dos Santos  
Loren Rebeca Anselmo  
Leslie Bezerra Monteiro  
Andreia Silvana Silva Costa  
Ireneide Ferreira Mafra

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44522160213>

**CAPÍTULO 14..... 127**

**ATENDIMENTO À POPULAÇÃO LGBTQIA+ PELA PERCEPÇÃO DE ACADÊMICOS DO CURSO DE MEDICINA**

Felício de Freitas Netto

Fabiana Postiglione Mansani

Bruna Heloysa Alves

Jéssica Mainardes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44522160214>

**CAPÍTULO 15..... 132**

**CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA E EXPECTATIVAS PROFISSIONAIS DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA EM INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR PÚBLICA E PRIVADA**

Cecília Faria de Oliveira

Alana Dias de Oliveira

Alisson Matheus Batista Pereira

Severino Correa do Prado Neto

Leana Ferreira Crispim

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44522160215>

**CAPÍTULO 16..... 145**

**CONSUMO DE BEBIDAS ENERGÉTICAS POR ESTUDANTES DE MEDICINA EM RIO VERDE - GO**

Caio Vieira Pereira

Luciana Arantes Dantas

Jacqueline da Silva Guimarães

Manoel Aguiar Neto Filho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44522160216>

**CAPÍTULO 17..... 162**

**REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA SOBRE ASPECTOS PSICOEMOCIONAIS DE DISCENTES DE ENFERMAGEM**

Daniele do Nascimento Ferreira

Alex Guimarães de Oliveira

Hanna de Oliveira Monteiro

Kayla Manoella Albuquerque Monteiro

Marcia de Souza Rodrigues

Silvana Nunes Figueiredo

Loren Rebeca Anselmo

Leslie Bezerra Monteiro

Andreia Silvana Silva Costa

Hanna Lorena Moraes Gomes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44522160217>

**CAPÍTULO 18..... 172**

**DIABETES E SAÚDE MENTAL: INTERFACES EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

Matheus Vicente Gambarra Nitão Milane

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44522160218>

**CAPÍTULO 19..... 188**

**EXPANSÃO RÁPIDA DA MAXILA: REVISÃO DE LITERATURA**

Selma Maria de Souza

Bárbara Soares Machado

Alexandre Rodrigues da Ponte

Ricardo Romulo Batista Marinho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44522160219>

**CAPÍTULO 20..... 202**

**CULTURA POMERANA E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: VENCENDO BARREIRAS E CONSTRUINDO PONTES**

Camila Lampier Lutzke

Maria Helena Monteiro de Barros Miotto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44522160220>

**CAPÍTULO 21..... 209**

**MEDITERÂNEO KM0**

Maria Clara Betti Perassi

Alessandro Del’Duca

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44522160221>

**CAPÍTULO 22..... 216**

**PROMOVENDO A SAÚDE E A SEGURANÇA DO TRABALHADOR RURAL FRENTE AO USO DE AGROTÓXICOS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL**

Gustavo Kasperbauer

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44522160222>

**CAPÍTULO 23..... 221**

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DO PÚBLICO-ALVO DO PROJETO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA “PALESTRAS E DEMONSTRAÇÕES PRÁTICAS SOBRE ANATOMIA HUMANA”**

Ticiania Sidorenko de Oliveira Capote

Marcela de Almeida Gonçalves

Gabriely Ferreira

Luis Eduardo Genaro

Marcelo Brito Conte

Paulo Domingos André Bolini

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44522160223>

**SOBRE A ORGANIZADORA..... 230**

**ÍNDICE REMISSIVO..... 231**

# CAPÍTULO 4

## CUIDADOS PALIATIVOS: A PERCEPÇÃO DE FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Data de aceite: 01/02/2022

### Giseliane Mendonça Pazotti

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul,  
PPGES  
Dourados – MS  
Link para o currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/7572711802456858>

### Marcos Antonio Nunes de Araújo

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul,  
PPGES  
Dourados – MS  
Link para o currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/5077513036429068>

### Márcia Maria de Medeiros

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul,  
PPGES/LETAN  
Dourados – MS  
ORCID 0000-0002-1116-986X

**RESUMO:** É no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva que muitos indivíduos vivenciam os limites entre a vida e a morte. Como forma de atenuar o sofrimento e proporcionar dignidade e qualidade de vida aos indivíduos doentes e seus familiares vivenciamos hoje os Cuidados Paliativos. Objetivo: Identificar a compreensão dos familiares de doentes em Cuidados Paliativos internados em Unidades de Terapia Intensiva Adulto (UTI) sobre a gravidade do estado de saúde do seu ente querido e analisar sua percepção sobre os Cuidados Paliativos. Metodologia: Pesquisa qualitativa realizada com familiares de pacientes em Cuidados Paliativos

internados em UTI Adulto. A coleta de dados foi realizada entre o período de 15 de março a 31 de maio de 2019 e os dados obtidos analisados segundo o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Resultados e discussão: Foram realizadas oito entrevistas, a partir das quais foram construídos quatro DSC agrupados nas seguintes categorias: o estado de saúde comprometido; suavizando o termo morte; percebendo os Cuidados Paliativos; Cuidados Paliativos? Em cada uma dessas categorias foi possível analisar a percepção dos familiares quanto à gravidade do estado de saúde do ente querido, o distanciamento do termo morte favorecido pelo uso de eufemismo e a representação dos Cuidados Paliativos na UTI. Considerações Finais: Apesar de não ser mencionada a palavra morte, esse processo não deixou de ser lembrado e representado pelos familiares entrevistados. Mesmo no auge do uso de aparelhos altamente tecnológicos na saúde, o cuidado humanizado do doente e dos seus familiares é instância primordial a ser fortalecida e o conhecimento sobre os Cuidados Paliativos deve ser divulgado e exercitado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Morte; Sofrimento; Discurso do Sujeito Coletivo.

### PALLIATIVE CARE: FAMILIES' PERCEPTION ABOUT PATIENTS ADMITTED IN INTENSIVE CARE UNITS

**ABSTRACT:** It is in the Intensive Care Unit environment that many individuals experience the limits between life and death. As a way to alleviate suffering and provide dignity and quality of life to sick individuals and their families, we currently experience Palliative Care. Objective:

To identify the understanding of family members of patients in Palliative Care admitted to Adult Intensive Care Units (ICU) about the severity of their loved one's health status and to analyze their perception of Palliative Care. Methodology: Qualitative research carried out with relatives of patients in Palliative Care admitted to an Adult ICU. Data collection was carried out between the period of March 15th to May 31st, 2019 and the data obtained analyzed according to the Collective Subject Discourse (DSC). Results and discussion: Eight interviews were conducted, from which four CSD were constructed, grouped into the following categories: compromised health status; softening the term death; realizing Palliative Care; Palliative care? In each of these categories, it was possible to analyze the perception of family members regarding the severity of the health status of the loved one, the distance from the term death favored by the use of euphemism and the representation of Palliative Care in the ICU. Final Considerations: Although the word death is not mentioned, this process was remembered and represented by the interviewed family members. Even at the height of the use of highly technological devices in health, humanized care for patients and their families is a primordial instance to be strengthened and knowledge about Palliative Care must be disseminated and exercised. **KEYWORDS:** Death, Sufering, Collective Subject Discourse.

## INTRODUÇÃO

Com o desenvolvimento tecnológico na medicina intensiva, as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) passaram a serem palco e sinônimo de esperança para muitos indivíduos, espaço no qual se idealiza o rompimento entre os limites da vida e da morte e se acredita alcançar uma falsa e desejável imortalidade (MORITZ, 2012). Contudo, a UTI não é constituída somente por equipamentos altamente tecnológicos e profissionais capacitados, faz parte desse contexto os sujeitos doentes e seus familiares. É muitas vezes nessas unidades críticas de cuidados que os familiares e os enfermos depositam a esperança da recuperação e da melhora clínica. Para Backes, Erdmann, Büscher (2015) a UTI é um local cujo objetivo é recuperar a saúde dos doentes, estes que apesar de graves e instáveis, com alto risco de morte, não são internados para morrer.

De acordo com Ariès (2014) o cenário que envolve o processo de morte e morrer se alterou a partir do momento em que surge no campo histórico as práticas higienistas e a ideia de assepsia trazidas pelo modelo hospitalar. Assim, a imagem da morte que ocorria em casa, passou a ter espaço em outro ambiente e o quarto do moribundo no domicílio foi trocado pelo quarto do hospital. É com a mudança da morte para o leito hospitalar que se inicia um processo de distanciamento do entendimento do processo de morte e morrer como algo inerente a existência. Com isso, a morte se transformou em um evento complexo, mediado e sinalizado pela parada dos cuidados médicos, sendo dividida tecnicamente em pequenas etapas, como se fossem pequenas mortes, a ponto de não sermos capazes de saber quando ela ocorre: se quando se perde a consciência ou quando se perde a respiração (ARIÈS, 2017).

Com o aumento de pessoas portadoras de doenças em estágios avançados que

não respondem aos tratamentos curativos e com a convicção de que a finitude faz parte do processo da vida surgiu o movimento chamado de Hospice Moderno, que teve como pioneira a assistente social, enfermeira e médica, Cicely Saunders. Esse movimento traz a tona os Cuidados Paliativos e busca tratar aqueles que enfrentam a finitude da vida com dignidade, qualidade de vida, almejando diminuir a dor e o sofrimento (CARVALHO; PARSONS, 2012; SAUNDERS, 2018).

A Organização Mundial da Saúde, em 2002, definiu os Cuidados Paliativos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e familiares que enfrentam problemas associados a doenças potencialmente fatais, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação, avaliação precoce e tratamento impecável da dor e dos problemas físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2020; WHO, 2014). Cuidados Paliativos podem ser também entendidos como um conjunto de cuidados holísticos ativos a indivíduos em todas as idades, que apresentam sofrimentos relacionados com a saúde devido à doença grave e, especialmente, aqueles que estão perto do fim da vida, objetivando com isso a melhora da qualidade de vida dessas pessoas, de seus familiares e cuidadores. Para isso se fazem necessárias várias ações, dentre elas o suporte aos doentes para que vivam o mais plenamente até a morte, auxiliando-os e auxiliando também aos seus familiares a determinar suas metas de atendimento (IAHPC, 2018).

Nas Unidades de Terapia Intensiva, os Cuidados Paliativos devem ser oferecidos juntamente com os cuidados curativos, sendo que a intensidade deve ser empregada de acordo com as necessidades e desejos dos enfermos e de seus familiares; e conforme a evolução individualizada de cada doença. As metas de atendimento devem ser construídas através de decisões conjuntas levando-se em consideração a autonomia e o bem-estar do sujeito doente e dos seus familiares (MORITZ et al., 2011). Devido às condições clínicas e a gravidade dos enfermos que internam nas Unidades de Terapia Intensiva, na maioria das vezes as decisões sobre as condutas com relação a eles se tornam responsabilidade de seus familiares ou responsáveis, passando a comunicação entre a equipe que presta os cuidados e estas pessoas, decisória no planejamento do atendimento prestado.

## **METODOLOGIA**

O estudo correspondeu a uma pesquisa qualitativa realizada com familiares de enfermos em Cuidados Paliativos internados em Unidades de Terapia Intensiva Adulto de uma Instituição Hospitalar Universitária no estado de Mato Grosso do Sul. As entrevistas foram realizadas em salas de apoio dentro da própria instituição, sendo os dados colhidos no período de 15 de março a 31 de maio de 2019.

A coleta de dados foi obtida através de entrevistas individuais gravadas em áudio seguindo um roteiro pré-estruturado com os seguintes questionamentos: o que você entende ou entendeu sobre a doença do seu familiar? O seu familiar já esteve internado

em alguma unidade de terapia intensiva decorrente dessa doença? Se sim, você acha que mudou algo nessa nova internação? O quê? O que você entendeu sobre a proposta de tratamento relatada pelos profissionais do hospital durante essa reunião? Você ficou com alguma dúvida sobre o assunto? Qual? O que você conhece sobre cuidados paliativos?

A pesquisa obedeceu aos princípios éticos contidos na Resolução n. 466/2012 sob o parecer favorável pelo Comitê de Ética com Seres Humanos (CESH) da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, nº de protocolo 3.201.421 e do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal da Grande Dourados, sob nº 3.271.945. Os critérios de inclusão corresponderam a familiares ou responsáveis legais dos doentes em cuidados paliativos internados entre o período estabelecido para a coleta de dados em uma das Unidades de Terapia Intensiva Adulto da instituição escolhida para realização da pesquisa, sendo esses maiores de 18 anos e tendo participado da conferência familiar na qual foram expostos esclarecimentos sobre a evolução da doença e sobre a terapêutica dos cuidados paliativos por profissionais da Comissão de Cuidados Paliativos ou responsáveis pela assistência ao doente. Não puderem fazer parte da pesquisa os familiares de doentes que evoluíram a óbito ou que foram transferidos da instituição antes da realização da entrevista.

As entrevistas foram posteriormente transcritas e os dados organizados segundo a técnica de tabulação proposta pelo Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), respeitando todas as suas etapas: obtenção de depoimentos; redução do discurso através da seleção das Expressões Chaves (EC); busca do sentido através das Ideias Centrais (IC); categorização dos depoimentos com sentidos semelhantes; construção do depoimento em primeira pessoa do singular (LEFÈVRE, 2017). O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) consiste em uma técnica de organização dos dados qualitativos, nos quais opiniões/expressões individuais que possuam sentidos próximos são agrupadas em categorias semânticas (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014). Esse agrupamento de opiniões deve propiciar a realização de um depoimento síntese “redigido na primeira pessoa do singular, como se tratasse de uma coletividade falando na pessoa de um indivíduo” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014; p. 503).

Os DSC foram analisados conforme a Teoria das Representações Sociais, no qual “representar significa, a uma vez e ao mesmo tempo, trazer presentes as coisas ausentes e apresentar coisas de tal modo que satisfaçam as condições de uma coerência argumentativa, de uma racionalidade e da integralidade normativa do grupo” (MOSCOVICI, 2015, p. 216). As representações sociais compreendem em um universo complexo e que se coloca sempre dependente e marcado por um referencial pré-existente, seja de crenças, valores, tradições, de forma que cada novo fenômeno, que gere algum estranhamento no cotidiano dos indivíduos, possa ser de alguma forma explicado e se torne familiar e aceitável (MOSCOVICI, 2015).

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

O período destinado à coleta de dados foi previamente determinado e compreendeu entre o dia 15 de março e 31 de maio de 2019. A comunicação sobre os novos enfermos em Cuidados Paliativos ocorria através da comunicação diária com membros da Comissão de Cuidados Paliativos ou pela equipe de enfermagem responsável pela assistência aos sujeitos internados nas UTI adulto da instituição pesquisada. A abordagem com os familiares ocorreu nos períodos do dia destinados à visitação dos doentes internados nas UTI e as entrevistas gravadas em salas de apoio as famílias próximas a essas unidades críticas.

Durante o período destinado a coleta de dados houve um quantitativo de 13 doentes críticos em Cuidados Paliativos, porém, em cinco desses casos não foi possível à realização da abordagem dos familiares para a entrevista. Isso aconteceu devido: ao óbito do doente logo após a abordagem da equipe com a família (2 casos); ausência do familiar nos períodos destinados a visitação e ocorrência do óbito do doente (2 casos); transferência do doente para a cidade de origem sem que houvesse a presença de familiares para a realização da entrevista (1 caso). Foram realizadas oito entrevistas, totalizando 53 minutos e 2 segundos de gravação, com média de 6 minutos e 38 segundos, sendo que o menor tempo de entrevista correspondeu a 2 minutos e 29 segundos e o maior tempo de gravação a 13 minutos e 56 segundos.

## CONSTRUÇÃO DOS DISCURSOS DOS SUJEITOS COLETIVOS (DSC)

O roteiro de perguntas utilizado durante as entrevistas com os familiares foi idealizado com o intuito de que os entrevistados pudessem fazer uma construção progressiva do que conheciam da doença e do grau de gravidade do seu familiar internado, bem como favorecer a representação das percepções deles sobre os Cuidados Paliativos. É importante ressaltar que como critério de inclusão da pesquisa, todos os pesquisados deveriam obrigatoriamente ter participado da(s) conferência(s) com os profissionais de saúde da instituição sobre a doença e seu grau de gravidade e sobre a proposta dos Cuidados Paliativos como parte integrante ou exclusiva da assistência ao ente internado.

## DSC – O ESTADO DE SAÚDE COMPROMETIDO

*“É vários o problema dele, é uma situação muito grave, eu acho que deixou de fazer alguns tratamento que precisava. Ele não ficava no hospital pra fazer o tratamento e uma coisa foi puxando a outra, eu acho que foi acumulando. Deu uma dor de cabeça, a mesma dor de cabeça que deu nele que deu essa doença agora deu a outra mais foi fraca, foi bem fraquinha. Dessa vez agora veio pra... ele perdeu o sentido, num conversa, nada... num se move, nada, pra mim eu acho que ele não tem volta. Entendo assim: perdeu a memória sua você perdeu tudo. Veio pra cá porque aumentou muito a gravidade, tá intubado, o coração tá bem fraquinho e tá respirando através dos aparelho. O problema eu já falei pra minha*

*família, veio pra cá muito tarde, veio pra cá já bem agravado. Isso aí nós somos da família dele e nós tava com ele no dia-a-dia, eu mesmo vi, eu que tava com ele eu vi.”*

*“Foi atrofiando cada vez mais, e agora por último como tava ficando muito fraca, deu pneumonia, aí veio pra cá. Eu não entendo de nada, mas veio isso na minha cabeça, por ele ter parado de urinar, essas paradinhas assim, as mão dele tá tudo inchada. Eu descubro ele todinho pra ver como ele tá, porque não é exigência é pra ver como ele tá evoluindo, eu quero ver como ele tá indo. Mais eu tô entendendo já foi os quatro órgãos, já tá comprometido já, né, os principal. Tá com começo de pontada e tentou fazer o tratamento no quarto e não tava dando resultado, por isso que resolveu vim aqui pra UTI, mas só por causa do pulmão mesmo e o rim dele tá bem fraco né. Então, tem que cair numa cama de hospital né, numa situação dessa. Já com a idade avançada, com a doença que já tava, né, que já tá ainda né. O que eu entendi é que é grave, que infelizmente não tem... é... não tem volta né, não tem mais o que fazer, entendeu, porque não tá respondendo, não tá acordando. A gente fala, nem abre o olho, tá tão quietinha, né?! Chegou aqui num estado grave, bem avançado igual os doutores me falou né, o coração dela tá bem debilitado, apareceu mais problemas nos ossos né, como eu vi ali agora, tá bastante fraca, chegou bastante desnutrida... mais infelizmente a gente sabe que é grave né.*

Os familiares ao contarem sua experiência e sua vivência com a evolução da doença do seu ente querido representam em parte dos seus diálogos uma culpabilização do doente pelo agravamento do seu estado de saúde, como se o doente que chegou a ser internado na UTI por determinada situação, o foi em decorrência da falta de cuidado com a própria saúde. A culpabilização do indivíduo em relação ao processo saúde/doença está arraigada na história da sociedade com a chegada do capitalismo, esse processo tomou força ao longo do século XX e trouxe consigo não só uma modificação no processo de trabalho, mas também uma mudança na forma de se comportar na sociedade, surgindo um contexto de dessocialização e individualismo. Essa cultura do individualismo não surgiu com a humanidade, ela foi construída com o surgimento do capitalismo, através uma visão suavizada e romântica de autonomia e do ser como propriedade (SOUSA, 2012). Sousa retrata que:

(...) o capitalismo procura naturalizar o direito de propriedade da forma mais absoluta possível, de modo a fazer crer que a história da humanidade sempre foi acompanhada da propriedade; instiga-se a acreditar que a primeira propriedade do homem é sua própria vida, razão pela qual todo homem já nasce com a noção de propriedade entranhada em si; a defesa da vida, nesse sentido, nada mais seria que a defesa da primeira propriedade que todo ser humano possui (SOUSA, 2012, p. 81).

Esta perspectiva se mantém vigente na mentalidade dos sujeitos. Problemas que deveriam ter um cunho sociopolítico ampliado passam a ter uma ênfase unilateral, por exemplo, a doença de um indivíduo deixou de ser um problema social ou de políticas públicas e passou a ser representada como resultado do comportamento e das escolhas de estilo de vida feitas por ele. Tudo isso é o reflexo da autonomia “conquistada” socialmente,

a partir da qual o indivíduo se tornou (solitariamente) responsável pelo seu fracasso (MORAES, 2012; ROMANINI; DETONI, 2014).

Os familiares em seus discursos trazem essa marca de culpabilização do indivíduo, no qual consideram o atual estado de saúde do seu ente querido como uma consequência das suas escolhas. Essa culpabilização é um conhecimento culturalmente arraigado nos discursos e evoca a condição relativa da nova situação apontando para um lugar seguro de conhecimento e de resposta socialmente rápida e “aceitável”: o doente não se cuidou. Outro ponto importante é a representação da gravidade da doença relacionada com as alterações que os familiares conseguem perceber física e cognitivamente no ente querido, bem como pela representação que o uso dos aparelhos da UTI evocam em suas mentes. Tudo isso acrescido do fato da internação da pessoa ser em uma unidade de cuidados críticos, faz com que o indivíduo, mesmo leigo na área da saúde, represente e considere grave o estado de saúde do seu familiar.

As últimas horas ou dias do doente em fase terminal são descritas como período da agonia. Nesse período ocorrem mudanças clínicas, fisiológicas, surgem novos sintomas e se agravam os sintomas já pré-existentes da doença. O doente pode se apresentar mais debilitado, confinado ao leito e demonstrar sinais de falência de vários órgãos. Dentre os sinais e sintomas previstos para esse período, podemos destacar: a fraqueza progressiva, diminuição da ingestão alimentar e de líquidos, diminuição do nível de consciência, *delirium*, alterações respiratórias, taquicardia, oligúria ou anúria, má perfusão periférica (BRAGA et al., 2017).

Os sinais de agonia também podem ser representados pela diminuição da interação do doente com outras pessoas, alteração do estado de consciência entre sonolência e inconsciência, afirmação do próprio doente que está prestes a morrer e dificuldade no padrão respiratório. Esse período é caracterizado pelo enfraquecimento dos sinais vitais e corresponde à fase terminal da doença com agravamento súbito, sem que haja possibilidade de identificação de causa reversível. É nessa fase que os objetivos do tratamento devem ser definidos, devendo os familiares e o próprio doente serem informados da evolução da doença (PAIS et al., 2019).

As alterações cognitivas são muito comuns de acontecer em doentes graves e facilmente perceptíveis no ambiente de cuidados críticos, sendo que segundo Moritz (2012), um dos sintomas mais prevalentes em enfermos críticos ou que estão próximos da morte é o delírio, esse que costuma ser caracterizado por flutuações do nível de consciência e perda da atenção. Seu surgimento caracteriza preocupação e ansiedade nos familiares.

O delírio pode se apresentar de duas formas nos doentes: hiperativa, na qual o sujeito pode se demonstrar agitado, inquieto, apresentar alucinações e falas desconexas e até comportamentos agressivos com a equipe ou com os próprios familiares; e hipoativa, na qual o enfermo se mostra confuso, sedado, com diminuição do funcionamento motor, olhar fixo e apatia (CARVALHO; PARSONS, 2012). Ana Claudia Quintana Arantes caracteriza a

fase de terminalidade como uma condição na qual não se pode alcançar a cura, advindo da progressão de uma doença grave e sem possibilidade de controle, que pode durar anos caso esta avance devagar, ou horas, caso esta avance de forma mais rápida, sendo que depois que o processo se inicia, nada poderá impedir que ele siga até o seu curso natural (ARANTES, 2016).

Apesar dos discursos pautados no empirismo em decorrência da experiência de cada entrevistado, podemos vivenciar a sua correlação com o que é técnico e científico. Os sinais descritos pelos familiares caracterizam ao período cientificamente considerado da agonia, e remetem a um estado de gravidade e de terminalidade do doente internado.

## **DSC – SUAVIZANDO O TERMO MORTE**

*“Vai ter o conforto aqui até a hora que Deus chamá. Tá ali só esperando a vontade do Pai. Falei pros meus meninos: não vai sair dessa, não vai. A hora que for parar ou a hora que Deus quiser levar, né?! A gente só tá esperando o momento de partir... Eu sinto que tive muita paciência e tenho até hoje e vou até o fim. Então nós tá do lado dele até o final se Deus quiser. Igual meu vô, meu vô ele preparou nós, preparou ela, entendeu... já preparou e já... aí Deus levou. Quando se for simplesmente vai apagar, vai dormir... Quando eu cheguei aqui na porta e que eu olhei lá, parece que eu não tinha visto... uai Deus, cadê? Poderia ficar do mesmo jeito né, até a hora que Deus levar. Lógico que a gente não quer né... a gente quer dentro de casa, sorrindo, conversando... mas se for da vontade de Deus. Tá na mão de Deus e dos médico, entendeu, primeiramente Deus e aqui na Terra os médico. Não vai sair dessa, não vai... só se Deus abençoar. Porque olha as mão de Deus tá tudo ali em roda dele que era ocêis. Só Deus explica né. Não tá mais na mão dos médicos agora, mais tá na mão de Deus, e na hora que Deus levar né, mas vou até o fim se Deus quiser.”*

Durante o roteiro de entrevista não foi realizado nenhum questionamento sobre a morte, no entanto, na construção dos discursos ficou nítido que em vários momentos os familiares remetiam a finitude dos seus entes queridos. Porém, foi perceptível que mesmo nos trechos nos quais se fazia uma alusão ao processo de terminalidade, os familiares não verbalizaram a palavra morte, para isso fizeram uso de eufemismos e evocação religiosa. Demonstraram algumas vezes temor sobre aquilo que poderia significar o fim da vida, e em outros momentos, palavras de esperança relacionadas a um desfecho melhor. Recorrer aos eufemismos, proteger as crianças para que não vivenciem a morte de alguém próximo, promover longas discussões entre os familiares e profissionais da saúde sobre contar ou não a verdade do fim próximo ao doente são as formas concretas de demonstrarmos o medo e a própria negação da existência da morte (KLÜBER-ROSS, 2017).

A morte ao longo da história sofreu modificações e passou de pública e esperada para temida e escondida, saiu do leito familiar para o cenário hospitalar, iniciando assim

pela sociedade ocidental um longo legado de negação. Historicamente, a morte que antes era uma certeza na vida de qualquer indivíduo e um acontecimento previamente declarado se tornou uma verdade a ser escondida no próprio seio familiar, no qual ninguém mais se sente preparado para contar ao moribundo que sua morte está próxima (ARIÈS, 2017).

Falar sobre a morte se tornou um tabu para a sociedade ocidental, pois ela abala os alicerces da convicção de imortalidade mentalmente alcançada. Diferentemente de outros tempos, é como se a negação do óbvio nos levasse a evitar o contato com o sofrimento que a palavra pode nos remeter (MACEDO, 2011). Kübler-Ross compartilha do pensamento de que “é inconcebível para o inconsciente imaginar um fim real para nossa vida na terra e, se a vida tiver um fim, este será sempre atribuído a uma intervenção maligna fora de nosso alcance” (KÜBLER-ROSS, 2017, p. 6). Os avanços na ciência, a descoberta de vacinas e de antibióticos, o uso de quimioterapia nos distanciam cada vez mais da morte (KÜBLER-ROSS, 2017).

Para Ariès (2017), a aceitação da morte sofre transformações sutis na história e chega ao que conhecemos hoje: um evento temido que ocorre longe da família e de maneira solitária em um leito hospitalar. Por séculos e séculos ela permaneceu na sociedade de forma aceitável, era conhecida a morte de si, um evento público, ocorrido no leito familiar, sua chegada obedecia toda uma cerimônia organizada pelo moribundo e era aberta a todos, inclusive para as crianças. Nem todos lidam com a morte da mesma forma e isto proporciona um trabalho árduo que deve ser construído entre o doente, a família e os profissionais da saúde, pois lidar com a morte pode representar o fim de esperanças e de planos, gerando além da dor física e a perda social, uma dor fortemente emocional, aumentando a ansiedade e a tristeza pela proximidade da partida de alguém próximo (SAUNDERS, 2018).

O uso de palavras que remetem a crenças religiosas é uma forma de proteção que alguns indivíduos empiricamente encontram para suavizar o sofrimento iminente de perda, como sinal de esperança e conforto. Saunders aponta que fé para cada doente terminal “(...) era uma confiança amorosa e não a crença em doutrinas ou conceitos; na verdade, era algo que ela dificilmente expressava por palavras” (SAUNDERS, 2018, p. 34). Durante momentos difíceis se cria um espaço de comunicação com algo ou alguém superior a nós, sagrado, divino, um deus, que existe dentre de cada indivíduo. Faz-se uma conexão com essa força sagrada para que se permita que as coisas aconteçam, mesmo que elas não façam parte do nosso desejo (ARANTES, 2016).

## **DSC – PERCEBENDO OS CUIDADOS PALIATIVOS**

*“Depois que eu visito ele, elas me traiz aqui (sala multiprofissional) e me conta tudo. Tanta a psicóloga como a médica, mas a gente não tem nenhuma dúvida porque o que elas fala é tudo certo. Elas tava explicando o que que tava colocando a mais, o que*

*que tava tirando, tudo foi muito relatado certinho, né?! Eles estão fazendo o que pode né, estão fazendo tudo que tá no alcance deles. Eles fizeram o possível né, pra tentar reanimar, levantar ele de novo, só que aí entrou vários, vários fatores como o rim, a pressão caindo né, demais... pulmão, a medicação não tava conseguindo fazer o pulmão dele voltar ao normal. Eles fizeram muitas coisa por ele sim. Eles vão fazer o impossível, tipo assim, o impossível não, eles vão manter os remédios mas como ele não está reagindo nada, eles vão começar tipo assim: vai dar o conforto, tudo, mas assim, não deixar sofrer. O que eu entendi é assim: vai cuidando dele mais é uma coisa que você tá fazendo o possível pra ver se ele reage, e ele não tá se reagindo, mais por ele mesmo. Eu só perguntei se vai sofrer ou se tá sofrendo né?! Ele falou que não, que não tá sofrendo assim não, que não ia sentir dor, nem nada né, nem fome... A gente vê que não tá sentindo nenhuma dor. A mangureira não pesa nada mais tá calçada por baixo pra não judia dele. Eu não sinto assim que ele tá sofrendo. Eu tô mais confortável, entendeu, porque, a vó ali já tava sofrendo, tava bem fraca, tava debilitada, então, não tava comendo... tava sofrendo demais né, ali no quarto, naqueles cuidados, aquela dor, dava um remédio, não, aquela dor não passava.”*

*“Assim, pelo raciocínio que eu tive, paliativo é de pouco né?! Não é aquela pessoa que... é... vamos supor assim, abraça a causa, não, não, não vou cuidar e pronto. É aquela pessoa que só vai lá ajuda um pouquinho e volta, né, não tem aquela responsabilidade de cuidar aquela pessoa. Assim que eu entendi como paliativo. É os cuidados que ela falou agora na reunião? Ah, então tá, assim, como que fala, paliativo é... eles vão manter e tão mantendo mas sem um... sem regresso nenhum, entendeu?! É isso? É vai dar o conforto pra ela, entendeu, vai dar só conforto. Porque eles estão fazendo o possível e o impossível né, pra manter vivo ali né, então... Me explicou que não tem mais né, o que pode fazer já foi feito e que independente deles reanimar ou não vai ficar assim, que não vai ter melhora.”*

O acolhimento à família faz parte do processo dos Cuidados Paliativos e nos discursos é perceptível essa questão que consiste em explicar os cuidados que o doente está recebendo. Também é imprescindível fazer com que os familiares participem desse processo, elemento crucial para um cuidado de excelência. Para que se faça Cuidados Paliativos é fundamental que se tenha um diagnóstico objetivo e embasado, se conheça a história da doença e se mantenha em uma relação acolhedora, respeitosa e de empatia com o doente e sua família, sendo estas partes fundamentais no planejamento dos cuidados com o primeiro. A família é tida como a “célula de identidade” do ser humano, seja ela biológica ou adquirida (parceiros, amigos...) e no momento de dificuldade e dor deve estar próxima e participar das decisões e dos cuidados, bem como ser igualmente cuidada (CARVALHO; PARSONS, 2012). Para Carvalho e Parsons os Cuidados Paliativos

requerem conhecimento técnico refinado, aliado à percepção do ser humano como agente de sua história de vida e determinante do seu próprio curso de adoecer e morrer. Valoriza-se a história natural da doença, a história pessoal de vida e as reações fisiológicas, emocionais e culturais diante do adoecer (CARVALHO, PARSONS, 2012, p. 31).

A família deve ser vista e acolhida como parte do processo dos cuidados paliativos, isso porque ela é diretamente afetada com a doença e com internação do ente doente. No processo de doença de um integrante do grupo familiar, muitas vezes os sujeitos não enfermos precisarão rever os papéis de cada um e a dinâmica de todo o grupo. A família adoece junto e por isso deve formar, juntamente com o doente, uma unidade de cuidado (SBGG, 2015). O envolvimento da família no desenvolvimento de uma doença grave em fase terminal é fundamental e indispensável, pois não se consegue ajudar o doente de forma eficaz sem contar com o apoio de seus familiares. Mas, no entanto, não se deve exigir a presença constante de qualquer um dos membros da família, pois assim como o doente, a família pode necessitar de um tempo longe do hospital para se organizar e recarregar suas energias, além do que pode precisar fugir um pouco da realidade para que tenha força para suportar os momentos que a presença se fizer mais necessária (KÜBLER-ROSS, 2017, MACEDO, 2011).

Os Cuidados Paliativos buscam olhar a singularidade e a totalidade de cada indivíduo em seu momento de morte, procurando aliviar seu sofrimento e suas dores, conceituadas como a dor total, que representa um complexo conjunto de elementos físicos, emocionais, sociais e espirituais. Além disso, a família do doente se torna uma unidade a ser igualmente cuidada (SAUNDERS, 2018). A dor é um dos sintomas da doença que mais causa angústia nos familiares de pessoas internadas em UTI. O controle da dor é considerado um dos cinco requisitos para uma boa morte. A dor física, aquela que pode ser visualizada e “sentida” pelos que estão a volta do doente é apenas um dos sofrimentos que devem ser suavizados. Para Santos (2009), o sofrimento físico é capaz de iniciar, prolongar e agravar a dor psicológica e espiritual.

Uma parte dos discursos dos familiares sobre os cuidados paliativos representou a palavra no sentido de se fazer pouco, ou apenas o ato de se dar o conforto. Essa visão remete apenas a parte de toda a complexidade que os cuidados paliativos representam, visto que os Cuidados Paliativos são embasados em princípios e dentre eles estão o de promover o alívio do sofrimento e o de ajudar o doente e seus familiares a viverem ativamente até o momento da morte (CARVALHO; PARSONS, 2012). Contudo, os Cuidados Paliativos devem ser moldados a cada indivíduo, visto que cada ser é único e representa da mesma forma desejos e necessidades únicas. Aqui, podemos compartilhar a visão de Menezes, na qual às vezes a “boa morte” não pode ser alcançada, mas com a manutenção da autonomia e da identidade doente, que seja proporcionado a morte “ao seu jeito”. Para ela, “seja alcançando uma ‘boa morte’, seja morrendo ‘a seu jeito’, a última etapa da vida deve ser construída buscando uma morte ‘com dignidade’” (MENEZES, 2004, p. 46).

## **DSC – CUIDADOS PALIATIVOS?**

*“Cuidado de... não, não conheço. Paliativo? Não. O que que é? Ah, já, eu já escutei,*

*mas eu não quis assim perguntar diretamente o que que é. Cuidados paliativos eu acho que eu já, já ouvi falar mas eu acho que eu não me lembro direito o que que é não. Esse eu não sei... pela palavra eu... Não, não, não. Isso nós queria saber mais nós num sabe. Cuidados eu já ouvi falar, mas não consigo entender ainda paliativo. Não, eu não entendo, só se você me explica o que é. A gente gostaria de saber do que se trata esse... essa doença dele”.*

O último questionamento realizado durante as entrevistas foi justamente sobre o que sabiam ou conheciam a respeito dos Cuidados Paliativos, contudo, parte do grupo não conseguiu expressar seus saberes, e suas respostas negativas acabaram por sinalizar um desconhecimento não percebido durante o compartilhar das experiências vivenciadas com o ente em cuidados paliativos internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Assim, foi possível observar que os familiares entendiam os cuidados dispensados aos seus entes na UTI, porém não conseguiram relacionar essa assistência ao termo médico - Cuidados Paliativos. A comunicação eficiente entre os agentes do cuidado, o doente e seus familiares deve ser feita em local calmo e que proporcione o diálogo, no qual os indivíduos possam falar e serem ouvidos (MORITZ, 2012). Moritz afirma que o “ser humano tem a tendência a entender a comunicação a partir de seu próprio conjunto de valores, características e paradigmas. (...) aquilo que diverge das nossas expectativas, tendemos a ignorar ou resistir, próprio do instinto de preservação” (MORITZ, 2012, p. 6-7). Para ela, no processo de comunicação o receptor é soberano, e sua capacidade de compreensão deve ser a todo o momento reavaliada pelo emissor.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os avanços tecnológicos alcançados pelas ciências médicas proporcionaram um alongamento inimaginável na linha, antes tênue, entre a vida e a morte; e isso, acrescido ao fato de que não se vivencia mais a morte de maneira pública e aberta, resultou em um contexto social e cultural no qual os indivíduos experimentam um sentimento de quase imortalidade. Ter um ente querido internado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em tempos tão tecnológicos pode fazer imergir um sentimento de culpabilização do indivíduo doente, visto que o agravo da saúde, no pensamento vigente na sociedade ocidental, nada mais é do que o reflexo das escolhas que o indivíduo realizou durante toda a sua vida.

Negar a morte, usar de crenças religiosas e de eufemismos foi a maneira que alguns familiares acharam para representar o possível processo de finalidade da vida que pudesse vir a sofrer o seu ente querido. Apesar de não mencionar o substantivo, a ideia que envolve a finitude não deixou de ser lembrada e representada pelos familiares entrevistados. Além disso, em um momento de forte tensão emocional, buscar o conforto daquele que está internado pode ser o melhor cuidado a ser empregado aos olhos daqueles que acompanham a evolução desfavorável da doença de um familiar. Assim, mesmo sem saber qual o termo

correto para esses cuidados, os familiares puderam representar em palavras o acolhimento pelos profissionais de saúde e o conforto alcançado através da assistência em Cuidados Paliativos.

Buscar uma melhoria na comunicação entre a família, o indivíduo doente e os profissionais de saúde é sem dúvida um caminho a ser explorado para divulgação daquilo que deveria ser realizado e exercitado com os pacientes gravemente enfermos, os Cuidados Paliativos.

## REFERÊNCIAS

- ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.
- ARIÈS, P. **História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias**. Tradução Priscila Viana de Siqueira. Ed. especial. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2017.
- ARIÈS, P. **O homem diante da morte**. Tradução Luiza Ribeiro. 1 ed. São Paulo: Editora UNESP, 2014.
- BACKES, M. T. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 411-418, mai-jun. 2015. Disponível em: <[https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt\\_0104-1169-rlae-0568-2570.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-0568-2570.pdf)>. Acesso em: 31 mai. 2020.
- BRAGA, B. et al. Guia prático da abordagem da agonia. **Medicina Interna**, Lisboa, v. 24, n. 1, p. 48-55, mar. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0872-671X2017000100015](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-671X2017000100015)>. Acesso em: 22 jun. 2020.
- CARVALHO, R.T.; PARSONS, H. A. (Org). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2 ed., amp. e atual. Academia Nacional de Cuidados Paliativos: 2012. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf> >. Acesso em: 2 jun. 2020.
- IAHPC – International Association for Hospice & Palliative Care. **Palliative Care Definition**. Houston, 2018. Disponível em: <<https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>>. Acesso em: 10 jun. 2020.
- KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. Tradução Paulo Menezes. 10 ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2017.
- LEFEVRE, F. **Discurso do Sujeito Coletivo: nossos modos de pensar, nosso eu coletivo**. São Paulo: Andreoli, 2017.
- LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, abr. /jun. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt\\_0104-0707-tce-23-02-00502.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00502.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2020.
- MACEDO, J. C. G. M. **Educar para a morte: uma abordagem a partir de Elizabeth Kübler-Ross**. Coimbra: Almedina, 2011.
- MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte: antropologia dos Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond: Fiocruz, 2004.
- MORAES, G. V. O. **Influência do poder biomédico na percepção da relação saúde/doença/incapacidade em idosos da comunidade**. 2012. 75 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisas René Rachou, Belo Horizonte, dez. 2012. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-678033>>. Acesso em: 22 jun. 2020.

MORITZ, R. D. **Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva**. São Paulo: Atheneu, 2012.

MORITZ, R. D. et al. 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 adulto e pediátrica”. **Revista Brasileira Terapia Intensiva (RBTI)**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 24-29, mar 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n1/a05v23n1.pdf>>. Acesso em: 20 jun 2020.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. Tradução Pedrinho A. Guareschi. 11 ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2015.

PAIS, C. et al. Uma boa morte: reconhecer a agonia a tempo. **Medicina Interna**, Lisboa, v. 26, n. 3, p. 238-246, set. 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0872-671X2019000300012](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-671X2019000300012)>. Acesso em: 22 jun. 2020.

ROMANINI, M; DETONI, P. P. A culpabilização como efeito do modo indivíduo de subjetivação nas políticas sociais. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 206-229, 2014. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/51093>>. Acesso em: 23 jun. 2020.

SANTOS, F. (Org). **Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

SAUNDERS, C. **Velai comigo: inspiração para uma vida em Cuidados Paliativos**. Tradução Franklin Santana Santos. Salvador: FSS, 2018.

SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **Vamos falar de cuidados paliativos**. 2015. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/05/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers-o-online.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

SOUSA, J. F. A. O modo de produção capitalista e a subjetividade individualista subjacente: reflexos sobre a espacialidade urbana. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 70-95, 2012. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41559>>. Acesso em: 22 jun. 2020.

WHO (World Health Organization). **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA). Jun. 2014. Disponível em: <<http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>>. Acesso em: 22 jun. 2020.

WHO (World Health Organization). **Cancer - WHO Definition of Palliative Care**. WHO 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em: 22 jun. 2020.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Adolescência 77, 82, 85, 86, 94, 95, 97, 98, 99, 100, 183  
Anatomia 7, 95, 101, 104, 201, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 229  
Aparelhos disjuntores 188  
Atenção primária 21, 25, 27, 64, 66, 105, 119, 121, 125, 141, 142, 186  
Atenção seletiva 4, 87, 88, 89, 92  
Atendimento 6, 21, 39, 62, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 120, 121, 127, 128, 130, 186, 202, 204  
Atividade física 4, 29, 30, 31, 34, 36, 73, 75, 76, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 87, 89, 91, 92, 93  
Atresia maxilar 188, 189, 192, 199  
Autocuidado 16, 20, 26, 97, 118, 119, 120, 123, 125  
Autoestima 3, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 77, 78, 168

### B

Bebidas energéticas 6, 145, 146, 147, 152, 153, 155, 156, 158, 159, 160, 161

### C

Cafeína 145, 146, 147, 150, 151, 152, 153, 156, 159, 160, 161  
Câncer de colo de útero 5, 101, 102, 104, 106, 109, 110  
Centro cirúrgico 3, 1, 2, 4, 5, 7, 8  
Controle inibitório 4, 87, 88, 89, 92, 93  
Corpo humano 100, 152, 175, 221, 223, 225  
COVID-19 3, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 56, 142, 153  
Cuidados paliativos 3, 4, 37, 39, 40, 41, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 62, 63, 105  
Cultura 7, 42, 52, 96, 97, 118, 119, 120, 173, 202, 203, 204, 206, 207, 208

### D

Demandas 24, 51, 52, 55, 127, 128, 130, 173, 174, 177, 184, 185  
Diabetes 6, 10, 11, 12, 15, 26, 124, 172, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 182, 183, 186, 187, 210, 212  
Dieta do mediterrâneo 209, 210, 211, 212, 214

## **E**

Educação em saúde 4, 20, 21, 64, 94, 95, 98, 115, 133, 216, 219

Enfermagem 6, 1, 2, 9, 10, 23, 24, 25, 26, 27, 41, 49, 55, 56, 85, 94, 95, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 117, 118, 154, 160, 162, 163, 164, 165, 167, 168, 169, 170, 171, 187, 208, 223, 230

Equipe de assistência ao paciente 2, 4

Escolha profissional 132, 140, 141

Espiritualidade 4, 51, 52, 53, 54, 55, 56

Estimulantes 145, 147, 155, 160

Estratégia saúde da família 10, 11, 12, 13, 15, 66, 126

Estudantes de medicina 6, 132, 136, 140, 143, 144, 145, 158

Eutanásia 57, 58, 60, 61, 63

Exercício físico 3, 29, 31, 34, 35, 81, 89, 91, 92, 93, 147

## **G**

Gravidez 5, 97, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 113

## **H**

Higiene bucal 64, 67

Higiene das mãos 2, 4, 5, 8, 9

## **I**

Idosos 2, 3, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 29, 30, 33, 34, 35, 36, 49, 125, 205

Imagem corporal 4, 35, 73, 74, 75, 77, 78, 80, 81, 82, 83, 84, 86

## **M**

Médicos 38, 44, 60, 132, 133, 137, 138, 141, 142, 184

Morte 4, 20, 37, 38, 39, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 61, 62, 76, 111, 120

## **N**

Nutrição 161, 209, 215

## **O**

Obesidade infantil 73, 75, 76, 83, 84, 85

## **P**

Pandemias 11, 23, 27

Percepção de equidade 127

Pessoas LGBTQIA+ 127

População rural 202

Pré-escolares 64, 66, 67, 68, 69, 93

Promoção da saúde 18, 64, 66, 82, 85, 95, 98, 107, 114, 119

## **S**

Satisfação 7, 34, 35, 75, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 98, 164, 221, 222, 223, 227, 228, 229

Saúde do homem 119, 120, 125

Saúde mental 6, 13, 17, 18, 19, 21, 22, 27, 29, 101, 104, 111, 126, 143, 162, 163, 164, 165, 167, 168, 169, 172, 173, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 183, 185, 186, 187, 206, 219, 220

Sufrimento 11, 37, 39, 45, 47, 52, 53, 54, 55, 59, 60, 61, 62, 112, 167, 168, 170, 175, 176, 177, 178, 181, 183, 185

Suicídio assistido 57, 58, 60, 61

## **T**

Terminalidade da vida 51, 54, 57, 58, 60

# Ciências da Saúde

em debate

2

- 🌐 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)
- ✉ [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)
- 📷 @atenaeditora
- 📘 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)



# Ciências da Saúde

em debate

# 2

- 🌐 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)
- ✉ [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)
- 📷 @atenaeditora
- 📘 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

