

A psicologia no  
**Brasil:**  
Teoria e pesquisa

4

Ezequiel Martins Ferreira  
(Organizador)



**Atena**  
Editora

Ano 2022

A psicologia no  
**Brasil:**  
Teoria e pesquisa

4

Ezequiel Martins Ferreira  
(Organizador)



**Atena**  
Editora  
Ano 2022

**Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Editora executiva**

Natalia Oliveira

**Assistente editorial**

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Bruno Oliveira

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 Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Prof. Dr. Alexandre de Freitas Carneiro – Universidade Federal de Rondônia

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

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

Profª Drª Ana Maria Aguiar Frias – Universidade de Évora



Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa  
Prof. Dr. Antonio Carlos da Silva – Universidade Católica do Salvador  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense  
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense  
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo  
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá  
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima  
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros  
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Jadilson Marinho da Silva – Secretaria de Educação de Pernambuco  
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador  
Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia  
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal do Paraná  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Lucicleia Barreto Queiroz – Universidade Federal do Acre  
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros  
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Universidade do Estado de Minas Gerais  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Marianne Sousa Barbosa – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas  
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso  
Prof. Dr. Pedro Henrique Máximo Pereira – Universidade Estadual de Goiás  
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador  
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador  
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins



## A psicologia no Brasil: teoria e pesquisa 4

**Diagramação:** Daphynny Pamplona  
**Correção:** Yaidy Paola Martinez  
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga  
**Revisão:** Os autores  
**Organizador:** Ezequiel Martins Ferreira

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

P974 A psicologia no Brasil: teoria e pesquisa 4 / Organizador Ezequiel Martins Ferreira. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0150-6

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.506222004>

1. Psicologia. I. Ferreira, Ezequiel Martins (Organizador). II. Título.

CDD 150

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



**Atena**  
Editora  
Ano 2022

## 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 coletânea *A psicologia no Brasil: Teoria e pesquisa*, reúne neste quarto volume dezoito artigos que abordam algumas das possibilidades metodológicas do saber psicológico.

A Psicologia enquanto campo teórico-metodológico traz em suas raízes tanto a especulação filosófica sobre a consciência, a investigação psicanalítica do inconsciente, quanto a prática dos efeitos terapêuticos da medicina e em especial da fisiologia.

E, desse ponto de partida se expande a uma infinidade de novas abordagens da consciência humana, creditando ou não algum poder para o inconsciente como plano de fundo.

A presente coletânea trata de algumas dessas abordagens em suas elaborações mais atuais como podemos ver nos primeiros capítulos em que se tratam do inconsciente em suas relações com os corpos, as contribuições socioeducativas entre outros olhares para o que é abarcado pelo psiquismo humano.

Em seguida temos alguns temas situacionais de nossa realidade imediata quanto aos efeitos psicológicos do isolamento social e o medo da morte.

Uma boa leitura!

Ezequiel Martins Ferreira




## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

O PAPEL DA ARTE-EDUCAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DA SUBJETIVIDADE NAS  
RELAÇÕES SOCIOEMOCIONAIS


Simone Simões da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5062220041>

### **CAPÍTULO 2..... 11**

ONDE FICOU NOSSOS REFLEXOS DOS ESPELHOS TROCADOS NO ESCAMBO? A  
INFLUÊNCIA DO PENSAMENTO COLONIAL NA INTERVENÇÃO DA SAÚDE MENTAL  
NO BRASI

Priscilla Lorraine Santos Gomes


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5062220042>

### **CAPÍTULO 3..... 17**

SALUD FÍSICA MENTAL EN LOS ADULTOS DURANTE LA PANDEMIA

Gloria Patricia Ledesma Ríos

Karen Cruz Ramos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5062220043>

### **CAPÍTULO 4..... 33**

VALIDADE DE CONSTRUCTO DA ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE PERFECCIONIS-  
MO COMPÓSITA 33 - VERSÃO PORTUGUESA REDUZIDA (EMPC-VPR)


Maria João de Castro Soares

Ana Telma Pereira

Mariana Marques

Ana Paula Amaral

António João Ferreira de Macedo e Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5062220044>

### **CAPÍTULO 5..... 46**

VALORACIÓN DEL ESTADO COGNOSCITIVO MEDIANTE LA ESCALA BREVE  
DEL ESTADO MENTAL (EBEM), EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN UNA  
INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA SOCIAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Jorge Luis López Jiménez


Guadalupe Barrios Salinas

Blanca Estela López Salgado

María Luisa Rascón Gasca

Yolanda Castañeda Altamirano

Tomás Cortés Solís


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5062220045>

### **CAPÍTULO 6..... 57**

O USO DA TECNOLOGIA NAS AVALIAÇÕES E REABILITAÇÕES NEUROPSICOLÓGICAS:  
UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Camila Gebran


Gabriele Cristina de Pontes Chagas  
Gabriely de Oliveira  
Lucas Kauan Alves Santos  
Paula Carolina Koppe  
Denise Ribas Jamus

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5062220046>

**CAPÍTULO 7..... 81**

O TRABALHO DO PROFESSOR E O SENTIDO DA DOCÊNCIA: VIVÊNCIAS DE PROFESSORES ESTADUAIS DO INTERIOR DE SÃO PAULO


Murilo Abreu  
Roseli Fernandes Lins Caldas

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5062220047>

**CAPÍTULO 8..... 101**

IMAGEAMENTO DO EU MEDIANTE O UNIVERSO PESSOAL E SOCIAL:UM OLHAR A PSICOLOGIA FENOMENOLÓGICA EXISTENCIAL


Adrian Jhonson Viana da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5062220048>

**CAPÍTULO 9..... 110**

PSICOLOGIA SOCIAL: UM BREVE PERCURSO HISTÓRICO

Adriano Francsico de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5062220049>

**CAPÍTULO 10..... 125**

TRABALHO REAL E PRESCRITO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR NO BRASIL


Caroline do Rocio Luiz  
Camila Brüning  
Carolina de Souza Walger

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.50622200410>

**CAPÍTULO 11..... 143**

POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO EM ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO


Camila Brüning  
Carolina de Souza Walger  
Paula Payão Franco

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.50622200411>

**CAPÍTULO 12..... 156**

GREAT MINDS: CONSULTORIA DE TREINAMENTO MOTIVACIONAL UM ESTUDO SOBRE A MOTIVAÇÃO NO AMBIENTE CORPORATIVO

Dayane Rouse Nascimento Vasco  
Letícia Ribeiro de Sousa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.50622200412>

**CAPÍTULO 13..... 167**

**O PAPEL DO PSICÓLOGO NO ATENDIMENTO DE MULHERES USUÁRIAS DE CRACK**

Fátima Simoni de Oliveira Silva


Ingrid Caroline Woellner

Karen Mariana da Cruz

Lorena Santos Oliveira Azevedo

Marcos Savelli Teixeira

Maria Eduarda Ferreira de Souza


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.50622200413>

**CAPÍTULO 14..... 178**

**CUIDADOS DE FIM DE VIDA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Luiza de Oliveira Padilha

Mariana Calesso Moreira


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.50622200414>

**CAPÍTULO 15..... 192**

**A INTERFACE DA BIOÉTICA COM PESQUISAS SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Claudete Veiga de Lima

Letícia Silva de Oliveira Freitas


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.50622200415>

**CAPÍTULO 16..... 199**

**A AJUDA DA PSICOLOGIA POSITIVA NO EMOCIONAL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE ATUANTES EM CENÁRIOS DE CATÁSTROFES: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Dayse Djulieth Melo Eleotério

Anne Heracléia de Brito e Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.50622200416>

**CAPÍTULO 17..... 212**


**A CULTURA ORGANIZACIONAL E OS FATORES PSICOSSOCIAIS**

Letícia Maria Serrano Barros

Matheus Elias Crespilho Tarzoni

Edward Goulart Junior

Hugo Ferrari Cardoso

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.50622200417>


**CAPÍTULO 18..... 231**

**GENÉTICA DO COMPORTAMENTO NO TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

Francis Moreira da Silveira

Fabiano de Abreu Rodrigues

Miriam da Silva Pinto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.50622200418>

<b>SOBRE O ORGANIZADOR.....</b>	<b>244</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO .....</b>	<b>245</b>

# CAPÍTULO 14

## CUIDADOS DE FIM DE VIDA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Data de aceite: 01/02/2022

### Luiza de Oliveira Padilha

Especialista, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA)  
Porto Alegre/RS, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0002-2565-2473>

### Mariana Calessio Moreira

Doutora, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA)  
Porto Alegre/RS, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0003-0199-8899>

**RESUMO:** Os cuidados de fim de vida em neonatologia se referem a práticas de suporte centradas no paciente e na família, as quais também podem estar incluídas na assistência de cuidados paliativos. Este estudo tem o objetivo de identificar e descrever as práticas oferecidas aos neonatos em processo de terminalidade por meio da revisão sistemática de artigos sobre neonatos em fim de vida e sua família. Buscou-se conduzir a pesquisa a partir de aproximações às diretrizes do Manual Cochrane, e o protocolo deste estudo foi cadastrado no Registro Prospectivo Internacional de Revisões Sistemáticas (PROSPERO). As bases de dados utilizadas foram PubMed e Embase, totalizando 9 artigos, os quais evidenciaram as seguintes intervenções mais frequentes: a tomada de decisão compartilhada, assistência psicossocial e espiritual, criação de memórias do bebê, reuniões multidisciplinares, suspensão terapêutica e o gerenciamento da dor farmacológico e não farmacológico.

### END-OF-LIFE CARE IN THE NEONATAL ICU: SYSTEMATIC REVIEW

**ABSTRACT:** The end-of-life care in neonatology refers to Family and patient-centered practices, which may also be included in palliative care assistance. This study aims to identify and describe the practices offered to terminally ill newborns through the systematic revision of papers of end-of-life neonates and their families. We sought to conduct the research following the Cochrane Manual guidelines, as well as this study's protocol was registered in the International Prospective Registry of Systematic Reviews (PROSPERO). The databases used were PubMed and Embase, in a total of 9 articles, which showed the following most frequent interventions: shared decision making, psychosocial and spiritual assistance, the creation of baby's memories, multidisciplinary meetings, therapeutic suspension and both pharmacological and non-pharmacological pain management.

**KEYWORDS:** Infant Mortality. Palliative Care. Intensive Care Units, Neonatal.

### INTRODUÇÃO

Devido aos avanços da ciência e da tecnologia nas últimas décadas, muitas crianças com diagnósticos que impactam ou diminuem o tempo de vida, tais como prematuridade, anomalias congênitas, defeitos cromossômicos, traumas, distúrbios neurodegenerativos, câncer entre outros, estão alcançando maiores taxas de sobrevivência.<sup>1,2</sup> Em contrapartida, muitas

vezes a morte neonatal não parece ter lógica diante destes avanços na área de assistência à saúde, tanto pelo acompanhamento pré-natal do setor primário quanto no contexto de alta complexidade em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)<sup>3</sup>.

A par do desenvolvimento técnico-científico e suas repercussões sob a taxa de mortalidade neonatal, há de se considerar que nem todas as intervenções de suporte de vida, mesmo que sejam as mais avançadas e inovadoras, serão possíveis de se oferecer ao paciente, uma vez que em contexto de grave enfermidade se faz necessário não só refletir acerca de termos éticos, como também das consequências a curto e longo prazo para o paciente. No decorrer da última década, temos presenciado uma maior sensibilização das equipes multiprofissionais para a inclusão de atitudes de limitação terapêutica e de cuidados paliativos quando as intervenções com intenção curativa se tornam fúteis e, por isso, medicamente injustificadas<sup>1,2,4,5,6</sup>.

Compreende-se que a morte de uma criança é muitas vezes uma experiência intensamente dolorosa, tanto para os familiares como para o paciente. Atualmente, ainda são poucos os estudos que buscam analisar e esclarecer quais os cuidados necessários e mais eficazes a serem oferecidos neste contexto, os quais poderiam proporcionar embasamento teórico para elaboração de protocolos na assistência.

A respeito dos familiares, a perda de um novo membro em seus primeiros dias ou semanas de vida, tem maior impacto do que a perda de um membro adulto. Já para as equipes de saúde, é comum que um prognóstico fatal leve a uma sensação de fracasso. Quanto a isso, percebe-se ainda resistência em definir o prognóstico de terminalidade, ocasionando muitas vezes na persistência da equipe em ações curativas, colocando em segundo plano o sofrimento biopsicossocial do paciente e da família<sup>2,7</sup>.

Além disso, a perda de um filho traz grande impacto na vida dos pais, em âmbito pessoal, conjugal, familiar e social, e podemos constatar características específicas, no que se refere à frustração de expectativas criadas durante a gestação<sup>3</sup>.

Historicamente, na América do Sul, os cuidados paliativos surgiram na Argentina e na Colômbia na década de 1980. Já no Brasil, o primeiro serviço foi instalado após três anos, em 1983. Passada mais de uma década, em 1997, no sul do país foi criada a fundação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP)<sup>8</sup>. Em 2001, instituiu-se o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar que oferece subsídios à implementação dos cuidados paliativos no país. Quase um ano depois, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos foi inserido no SUS através da portaria nº 19, de 03 de janeiro de 2002. Em 2009, o Conselho Federal de Medicina (CFM) incluiu os cuidados paliativos como princípio fundamental no novo Código de Ética Médica (CEM)<sup>9</sup>.

Os Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP), representam uma estratégia capaz de lidar com intervenções direcionadas aos cuidados de pacientes que enfrentam alguma doença ameaçadora à vida, são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias

que enfrentam problemas associados a doenças potencialmente fatais. Pode prevenir e aliviar o sofrimento, por meio da identificação precoce, da avaliação correta e do tratamento da dor. Trazendo mais qualidade e alívio às questões, sejam de ordem física, psicossociais ou espirituais<sup>10</sup>. Desse modo, para uma prática eficaz de CPP, exige-se uma abordagem multidisciplinar ampla que inclua a família, focando também em aliviar sintomas, sofrimento e estresse que acompanham doenças graves<sup>2,6,11,12</sup>. Em outras palavras, trata-se da assistência interdisciplinar que envolve cuidados totais, ativos e integrados a partir de uma avaliação individual para cada caso, respeitando crenças e valores, sobretudo estimulando a boa comunicação entre familiares e equipe de saúde. Além disso, os cuidados podem ser iniciados quando a doença é diagnosticada, progredindo de acordo com a evolução do quadro clínico. Sobretudo, a respeito das intervenções neonatais nesse contexto, é desejável que elas possam começar desde o pré-natal, uma vez que o diagnóstico fetal de doenças potencialmente limitantes à vida tornou-se uma prática obstétrica de maior frequência<sup>7,12</sup>.

De acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), entre os anos de 2009 e 2019 houve 419.980 mil óbitos de crianças com menos de um ano de vida, sendo que destas 221.472 mil eram neonatos entre 0 a 6 dias de vida<sup>13</sup>. Posto isso, os Cuidados de Fim de Vida (CFV) se referem a práticas que podem ou não estar contempladas nas condutas de intervenções interdisciplinares dos CPP. Tendo em vista que possuem foco em ações específicas no processo de terminalidade, os CFV podem ser definidos como quaisquer medidas de cuidado ativo para pacientes e familiares cuja doença não responda ao tratamento curativo. Apesar da grande relevância do cuidado paliativo na assistência, sua implementação nos serviços de saúde enfrenta algumas barreiras, como a mudança de perspectivas no curar, sendo a morte ainda encarada como uma falha terapêutica<sup>1,9</sup>.

Desse modo, constata-se ainda grande ocorrência de crianças em processo de terminalidade que são muitas vezes privadas dos benefícios dos CFV. A implementação e integração de serviços de Cuidados Paliativos nas instituições hospitalares é de extrema relevância nos dias de hoje<sup>1,4</sup>.

No Brasil, no que tange aos CFV, faltam estudos para a faixa etária correspondente aos neonatos, o que demonstra a necessidade de mais pesquisas na área. Considerando este contexto, o objetivo deste estudo é conhecer e descrever as intervenções oferecidas aos familiares e neonatos em processo de terminalidade durante internação em Unidade de Terapia Neonatal (UTIN). Sendo assim, buscou-se, por meio de uma revisão sistemática da literatura obter informações que permitam analisar as práticas que são ofertadas no contexto hospitalar, descartando os estudos apenas teóricos e discussões.

## MÉTODO

Este estudo se trata de uma revisão sistemática da literatura conduzida a partir de aproximações às diretrizes do Manual Cochrane <sup>15</sup>. O protocolo deste estudo foi cadastrado no Registro Prospectivo Internacional de Revisões Sistemáticas (PROSPERO), número de registro CRD42021222503, e dividido em seis etapas: 1) formulação da pergunta de revisão; 2) estabelecimento dos critérios de seleção e definição das bases de dados; 3) construção da estratégia de busca conforme os termos da MeSh (Medical Subject Headings); 4) exportação e triagem por título e resumo no EndNote; 5) análise e síntese descritiva dos resultados da revisão e 6) análise dos desfechos e síntese do conhecimento.

Na primeira etapa, conforme diretrizes da estratégia PICO – população (P), intervenção (I), comparação (C) e desfecho (O) –, delimitou-se a seguinte questão norteadora: quais são as práticas de assistência ao neonato em processo de terminalidade no contexto de UTIN? Não foi considerado necessário especificar o componente C- controle da estratégia.

Na segunda etapa, estabeleceram-se os critérios de seleção e as bases de dados pesquisadas – PubMed e Embase. Os critérios de inclusão considerados para seleção de estudos foram: 1. estudos originais; 2. população do estudo apenas pacientes em UTIN e seus familiares; 3. estudos que descreviam intervenções de cuidados de fim de vida ou cuidado paliativos em UTIN; 4. estudos publicados na íntegra; 5. estudos em inglês, espanhol e português.

Os critérios de exclusão considerados foram: 1. estudos apenas com população de profissionais da saúde; 2. artigos de opiniões e discussões éticas e legais; 3. Revisões sistemáticas; 4. publicações duplicatas; 5. publicações que não estão diretamente relacionadas com os temas de investigação; 6. *guidelines* e resumos de conferências. A busca dos estudos foi realizada em novembro de 2020, nas bases de dados Pubmed e Embase, não houve exclusão referente ao ano de publicação, os estudos são datados de 2004 a 2020.

Os registros encontrados foram exportados para um gerenciador de referências, o software EndNote, no qual as duplicatas foram eliminadas. Em seguida, os estudos foram triados por título e resumo, posteriormente recuperados na íntegra, analisados descritivamente e sintetizados em tabelas, conforme os critérios de elegibilidade. O processo de seleção foi realizado de forma independente por dois avaliadores, e não houve discordâncias na triagem e inclusão dos estudos. Abaixo será apresentado um fluxograma que demonstra o processo de seleção dos artigos incluídos na revisão, realizado de forma idêntica por ambos os avaliadores.



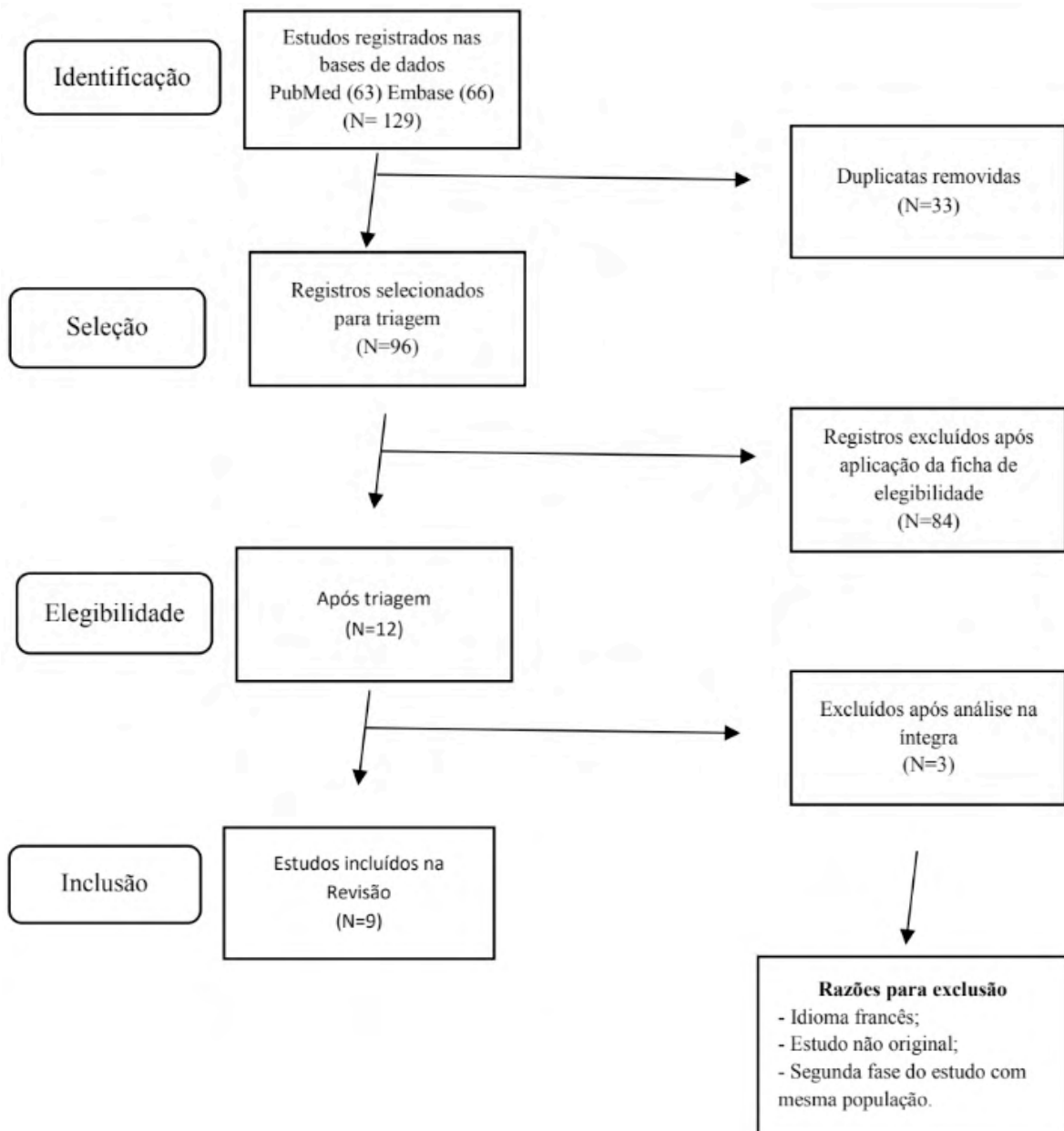


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção duplo-independente dos artigos incluídos na revisão.

## RESULTADOS

Foram obtidos 129 estudos com as estratégias de busca. Destes estudos, foram excluídas 33 duplicatas através do EndNote, o que resultou no processo de triagem de 96 artigos. Após análise de título e resumo somente 12 passaram para a próxima fase de revisão. Na etapa de recuperação dos artigos para leitura na íntegra, foram excluídos 3

estudos por não estarem nos idiomas elegíveis para o estudo, não se tratar de um estudo original, e por se tratarem da segunda fase de análise de um mesmo estudo com população idêntica já incluída na revisão.

Para organização e análise dos estudos, foi elaborado um quadro contendo a identificação dos autores e ano de publicação e outra três colunas com o delineamento, amostra, e descrição das intervenções realizadas com os familiares e bebês.

Em relação às amostras, alguns estudos eram centrados nos neonatos, outros nos pais e um somente com as mães. Além disso, apenas dois estudos fizeram menção aos irmãos e à família extensa.

Quanto à origem dos estudos, prevaleceram produções científicas realizadas nos Estados Unidos, equivalente a 60% das pesquisas analisadas. Os 40% restantes, dividem-se entre Brasil, Canadá, França e Portugal. Em termos metodológicos, prevaleceram estudos de base qualitativa, sendo 4 transversais retrospectivos, 2 transversais, 2 coorte prospectivo, e 1 estudo de caso. Como recurso de análise de dados, em mais da metade dos estudos foi utilizado a revisão do prontuário do paciente, seja para coletar informações para a seleção dos grupos de estudos, ou para descrever as intervenções realizadas antes e durante o momento da morte.

Com relação à causa dos desfechos das amostras de neonatos (óbito), em todos os estudos encontrou-se a prematuridade e suas principais consequências possíveis: hemorragia intraventricular e pulmonar, danos neurológicos, icterícia entre outras complicações. Algumas pesquisas incluíam também bebês a termo, ou seja, nascidos com mais de 37 semanas, os quais apresentaram como causa da morte asfixia, anomalias congênitas e respiratórias, hipertensão pulmonar, malformações sindrômicas, distúrbios neurodegenerativos, cardiopatias, sepse congênita, defeito congênito de parede abdominal (gastrosquise e onfalocelo), osteogênese imperfeita, entre outras condições ameaçadoras à vida. Entretanto, não houve a identificação de diferença nas condutas de CFV relacionadas a patologias de base.

Ao avaliar os achados do estudo de coorte, é importante considerar que os bebês encaminhados para CPP tendiam a estar mais criticamente doentes e com maior risco de mortalidade do que outros pacientes internados em UTIN. Dessa forma, consideravam que os pais de bebês em CPP poderiam ser mais propensos a ter maiores escores de estresse. No entanto, de forma controversa, os níveis de estresse apresentados no estudo de coorte não foram significativamente diferentes quando comparados a pais de bebês sob cuidados típicos de UTIN, sugerindo que a internação infantil em cuidados intensivos é estressante para todas as famílias que compartilham dela, independente do desfecho<sup>5</sup>.

Em termos mais específicos, o sofrimento emocional e o possível trauma experimentado pelas mães em UTIN são frequentemente documentados na literatura, demonstrando que elas experimentam sentimentos de desamparo, angústia, culpa e perda de controle. Estudos anteriores relataram alta prevalência de depressão pós-parto (DPP)

e Estresse pós-traumático (TEPT), em mães de prematuros, especialmente após a morte perinatal <sup>12</sup>.

Conforme demonstrado na tabela abaixo, as intervenções mais recorrentes oferecidas aos pais foram a tomada de decisão compartilhada, reunião entre pais e equipe, assistência psicossocial e espiritual, apoio emocional multiprofissional, e o acompanhamento psicológico. Já as intervenções encontradas em menor frequência, foram o *memory-making* (criação de memórias materiais e imateriais do bebê) e *legacy-making* (realizada por meio do *digital storytelling*, que se trata de um processo participativo em grupo, no qual os participantes constroem narrativas sobre um momento importante e significativo de suas vidas, com o auxílio do feedback grupal, gravado em áudio, e assim formulam um roteiro final da história)<sup>16</sup>.

De forma unânime os estudos analisados trazem que entre as intervenções de CFV proporcionadas ao paciente, está o gerenciamento da dor farmacológico (sedativos e opióides) e não farmacológico (toque dos familiares, contato pele a pele, abraços, pacificação (acalantar ou acalmar o bebê), controle de secreção e visita da família extensa entre outros). Além disso, em alguns casos aplicou-se como estratégias complementares a avaliação da dor com escalas próprias para neonatos, a decisão de não reanimar, reuniões multidisciplinares, retirada da ventilação mecânica, da nutrição oral ou parentérica, diálise peritoneal e outros medicamentos como antibióticos. Por fim, apenas no estudo de caso foi elaborado um plano de cuidado específico ao bebê em conjunto com os pais.

Além disso, os resultados demonstraram que as decisões de retirada do apoio nutricional ocorreram com menor frequência em comparação com outras medidas de conforto. Isso pode refletir no significado emocional, psicológico e simbólico atribuído à nutrição e hidratação, no que diz respeito aos cuidados mais básicos das crianças <sup>1</sup>.

Importante destacar que nos estudos retrospectivos de análise de prontuário, os quais indicaram como amostra apenas os neonatos após óbito, verificou-se que ao descrever as intervenções aos pacientes, estas também incluíam ações direcionadas aos pais, ou seja, nestes casos a família é considerada como extensão do bebê.

Identificação	Delineamento	Amostra	Intervenções
Carter e colaboradores; 2004 <sup>1</sup>	Transversal retrospectivo	33 bebês em UTIN e seus pais.	Bebês: Gerenciamento da dor farmacológico e não farmacológico, suspensão terapêutica e não reanimação.  Família: Cuidado interdisciplinar, focado na assistência psicossocial e espiritual.

Caeymaex e colaboradores; 2012 <sup>14</sup>	Transversal retrospectivo	53 famílias. Entrevistas individuais com pais após 6 meses a 2 anos do óbito dos bebês em UTIN.	Não houve detalhamento das intervenções realizadas aos bebês.  Família: Tomada de decisão compartilhada entre os pais e equipe multidisciplinar.
Soares e colaboradores; 2013 <sup>4</sup>	Transversal retrospectivo	49 bebês em UTIN e suas famílias.	Pacientes: Gerenciamento da dor, aplicação de escala de avaliação da dor, suspensão terapêutica fútil, reunião multidisciplinar, decisão de não reanimar.  Família: Tomada de decisão compartilhada entre os pais e equipe de neonatologistas, assistência psicológica e espiritual.
Petteys e colaboradores; 2014 <sup>11</sup>	Coorte prospectivo	23 bebês em UTIN e seus pais, e 10 bebês em UTIN com CPP e seus pais.	Pacientes: Gerenciamento da dor e conforto, assistência multidisciplinar  Família: Reunião entre os pais e a equipe multidisciplinar, avaliação da família (com escala e questionário de estresse), apoio emocional e estímulo ao autocuidado e enfrentamento da situação problema.
Falck e colaboradores; 2016 <sup>12</sup>	Transversal	6 bebês e suas mães de bebês em CPP em UTIN.	Pacientes: Gerenciamento da dor e conforto  Família: Tomada de decisão compartilhada entre pais e equipe multidisciplinar, assistência psicossocial e espiritual.
Hellmann e colaboradores; 2015 <sup>5</sup>	Coorte prospectivo	942 bebês falecidos em UTIN e suas famílias.	Pacientes: Gerenciamento da dor e conforto, suspensão terapêutica fútil, reunião multidisciplinar.  Família: Tomada de decisão compartilhada entre os pais e equipe multidisciplinar.
Marçola e colaboradores; 2017 <sup>2</sup>	Transversal retrospectivo	49 bebês falecidos com no mínimo 48h de admissão em UTIN e sua família.	Pacientes: Gerenciamento da dor e conforto, reunião multidisciplinar, aplicação de escala para dor neonatal.  Família: Acompanhamento psicológico.

Akard e colaboradores; 2018 <sup>16</sup>	Transversal	6 pais após 12 meses do falecimento de seus bebês em UTIN	Não houve detalhamento das intervenções realizadas aos pacientes.  Família: <i>legacy-making</i> por meio do <i>Digital storytelling</i> (criação de lembranças do bebê por meio da realização de grupo focal de pais).
Walters, Grosse; 2020 <sup>6</sup>	Estudo de caso	Família (pais e irmão de 6 anos) e 1 paciente nascido prematuro, acompanhado até o 16º mês de vida durante sua internação em UTIN.	Pacientes: Plano de cuidado interdisciplinar elaborado em conjunto com os pais, gerenciamento da dor e conforto.  Família: Tomada de decisão compartilhada entre os pais e equipe, assistência psicológica e espiritual e criação de memórias do bebê.

Quadro 1. Quadro de detalhamento das intervenções.

## DISCUSSÃO

Através da análise dos resultados encontrados pode-se constatar que atenção ao neonato em situação de terminalidade requer um olhar não somente para a mudança nas condutas terapêuticas. O cuidado também precisa ser direcionado a família, que deve ser especialmente incluída durante a assistência de cuidados ao bebê.

A reunião da equipe multiprofissional com os familiares representa uma prática importante a ser utilizada para esclarecimento de dúvidas e auxilia também no vínculo entre a família e o hospital. Entretanto, percebe-se ainda baixa ocorrência dessas estratégias, evidenciando que, muitas vezes, apenas compete a equipe médica compartilhar com os responsáveis a evolução clínica do paciente, provocando assim uma lacuna na compreensão da saúde em todos os seus aspectos para além dos orgânicos ou biológicos, como preconizado nas diretrizes assistenciais de saúde no Brasil.

Além disso, essas reuniões representam também um local de acolhimento, por isso é necessário que a equipe ofereça espaços de constante diálogo, fornecendo informações de forma personalizada e sensível, facilitando o desenvolvimento de relacionamentos confiáveis e minimizando a ansiedade parental.

A decisão compartilhada pode também compor um dos objetivos da reunião com a família, a qual pode oportunizar maior satisfação dos pais durante a assistência hospitalar e uma experiência de CFV de maior qualidade. Todavia, entre o consentimento e os desejos dos pais, ainda parece pesar significativamente as opiniões médicas.

Um estudo realizado na França demonstrou que no passado os médicos intensivistas geralmente evitavam a participação explícita dos pais nas decisões cruciais. Mas, ao longo

da última década, essas atitudes vêm mudando, motivadas pela promulgação de leis que favorecem os direitos dos indivíduos em situações relacionadas à saúde <sup>14</sup>.

No que se refere ao processo de tomada de decisão compartilhada, alguns pais de UTI frequentemente experimentam uma série de emoções e angústias, e muitas vezes podem apresentar dificuldade em elaborar informações e tomar decisões quando seus bebês estão gravemente doentes. Diante desse contexto, a equipe deve reconhecer e intervir de forma consistente com relação às necessidades afetivas e cognitivas dos pais, acolhendo as emoções vivenciadas e auxiliando na compreensão dos fatos. Além de proporcionar intervenções para mitigar o estresse parental, bem como oferecer medidas que busquem estimular o vínculo entre pais e filhos, com intuito de melhorar a autoconfiança dos pais para exercer os cuidados do bebê junto à equipe <sup>11,12</sup>.

Um fator importante para ações eficazes nesse contexto é a comunicação entre a família e as equipes de saúde, a qual se trata de um dos pilares dos CPP. Quando abordada de forma assertiva, pode auxiliar nas demandas de sofrimento e conflitos, facilitando assim uma tomada de decisões centrada na família e paciente.

A morte de uma criança não é apenas significativa no momento em que ocorre, mas também simboliza a perda de um futuro para as famílias. Deste modo, pode-se ressaltar a importância de oferecer representações concretas das crianças aos pais, de modo a apoiar o processo de luto, entregando a eles lembranças como fotografias, impressões manuais, pegadas, moldes ou roupas, bem como oportunizar espaços para que a família, nos momentos que antecedem a perda, possa manter contato físico de suporte afetivo e acolhimento aos seus bebês. Além de oferecer espaço de grupo para os pais enlutados, para compartilhar histórias, de modo que as famílias possam se conectar e apoiar umas às outras, medidas estas que podem ser nomeadas também como intervenções de conforto ou gerenciamento da dor não farmacológico <sup>1,16</sup>.

Ao encontro dessas medidas de conforto não farmacológicas, que também correspondem ao exercício de uma prática assistencial humanizada, podemos evidenciar o suporte psicossocial e espiritual. No que se refere ao apoio espiritual, percebe-se que este pode atuar como fator de proteção para lidar com a dor ocasionada pela morte, bem como ressignificação da perda.

Importante compreender que os pacientes, independentemente da idade, devem receber tratamento humanizado, e não voltado apenas para sua doença. Dessa forma, é necessário assisti-los também em suas necessidades espirituais. Ignorar esta dimensão torna o cuidado ao paciente incompleto.

Apesar de se fazer indispensável respeitar os valores e crenças de cada família, ainda encontramos muitas equipes de saúde despreparadas para incorporar estas atitudes na prática. Evidencia-se também em muitas ocasiões a dificuldade na comunicação de más notícias, tal qual para oferecer suporte emocional durante a perda de um bebê. E assim, fazendo com que o espaço religioso ou espiritual seja a única oportunidade de narrar o

sofrimento da perda <sup>17</sup>.

No que se refere à assistência psicológica prestada aos familiares em UTIN no Brasil, a Portaria MS/GM/1091, de 25 de agosto de 1999 <sup>18</sup> estabelece a presença do psicólogo na composição das equipes de terapia intensiva. No entanto, ainda se encontra dificuldade em oferecer este cuidado especializado a todos os que o necessitam, uma vez que existem poucos profissionais exclusivos nas equipes multiprofissionais de UTIN, sendo estes responsáveis por atender a diversas demandas oriundas de outras unidades hospitalares, o que gera uma prestação de serviços a um número de leitos incompatível com a carga horária de trabalho e recomendações do conselho profissional.

A decisão de suspender um tratamento e iniciar cuidados de conforto envolve questões éticas importantes, que implicam em reconhecer em contexto clínico o benefício das intervenções a serem realizadas, assim como respeitar a autonomia do paciente e da família. Tal atitude corresponde ao conceito de justiça distributiva, a qual refere-se à noção de equidade na condução dos casos clínicos, buscando oferecer ao paciente não somente tratamento igualitário, mas o adequado a sua real condição e necessidades, respeitando os princípios da beneficência, não-maleficência e autonomia dos CPP <sup>19</sup>.

Sendo assim, em outras palavras, é de suma importância considerar que as medidas de suspensão ou abstenção terapêutica devam atender às necessidades individuais e não apenas corresponder ao desfecho mais frequente à patologia de base. O motivo para decisão de retirada do suporte de vida é geralmente atribuído à constatação de morte inevitável em curto período de tempo, para evitar o prolongamento do sofrimento e ao comprometimento na qualidade de vida caso houvesse chances de sobrevivência <sup>1,2,4,5</sup>.

Com relação à assistência prestada ao neonato em situação de terminalidade, de maneira unânime nos estudos revisados encontra-se o gerenciamento da dor. Embora a dor seja um fenômeno subjetivo e difícil de ser avaliado nessa população, é possível encontrar evidências da importância do suporte na avaliação e no tratamento da dor, com o objetivo de minimizar seus efeitos deletérios. Entretanto, pode-se observar a existência de uma lacuna na aplicação do conhecimento científico na prática clínica pelos profissionais de saúde, principalmente no manejo da dor neonatal, muito embora existam escalas válidas e confiáveis para isso. Portanto, para uma avaliação efetiva da dor deve ser utilizadas escalas que englobam parâmetros fisiológicos e comportamentais com o objetivo de se obter informações a respeito das respostas individuais à dor <sup>20</sup>.

Por conseguinte, o controle da dor é primordial, mesmo que em muitas ocasiões sua avaliação possa ser dificultada devido à gravidade do quadro clínico. É possível constatar que a dor possa também ser decorrente de procedimentos e dispositivos invasivos, além de causada pela própria condição clínica do neonato. Assim, a analgesia torna-se imprescindível na prestação de CFV, bem como a possibilidade de se tomar medidas de descontinuação terapêuticas, tais como a retirada da ventilação mecânica, antibióticos e drogas vasoativas, nutrição entre outras. Com relação à manutenção de nutrição enteral

e de hidratação, existem divergências de posicionamento entre as legislações e códigos de ética de alguns países. Por um lado, alguns consideram que este tratamento é capaz de prolongar a vida frente a desfechos desfavoráveis; porém outros, o consideram como suporte às necessidades básicas. Além disso, a realização de exames e procedimentos invasivos devem ser realizados com cautela ou evitados para que não ofereçam maior sofrimento para o paciente <sup>9</sup>.

Portanto, ao compreender a complexidade e as demandas multivariadas do manejo ao paciente em CFV e família, deve-se considerar inviável um cuidado efetivo sem a participação da equipe multiprofissional em UTIN, a qual é geralmente composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos e fisioterapeutas.

Chamando também a atenção para a estruturação de um plano de cuidado específico discutido pela equipe multiprofissional em coparticipação com os pais, assim como se faz necessário pensar na atenção continuada para estes pacientes, promovendo assim melhor vinculação com a equipe durante todo o período de internação.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conclui-se, a partir da análise dos estudos desta revisão sistemática, que existe grande semelhança nas intervenções de cuidados de fim de vida em diferentes países, indicando uma tendência em seguir a abordagem dos CPP após a determinação da limitação terapêutica ou risco iminente de vida. Dessa forma, coloca-se em foco assistência multidisciplinar, a qual deve buscar atuar por meio de intervenções direcionadas ao cuidado centrado no paciente e na família, considerando a dor e sofrimento sob as dimensões biopsicossociais.

Mesmo que ainda haja controvérsias e discussões éticas e legais, a retirada de medidas fúteis para o prolongamento da vida e a decisão compartilhada com os pais são práticas que demonstram evidências de conforto e qualidade de vida ao paciente, e podem auxiliar no processo de autonomia do cuidado por parte dos pais, e auxílio no processo de luto.

Evidencia-se também a necessidade de protocolos e diretrizes de CPP baseados em evidências científicas, além de serviços com profissionais treinados para esta faixa etária na assistência hospitalar, uma vez que a alta complexidade e a capacidade de recursos tecnológicos podem levar a equipe a assumir medidas heróicas, descomprometidas com a qualidade de vida. Em suma, deve-se reconhecer a extrema importância da implementação de serviços especializados em cuidados paliativos, dando ênfase também aos primeiros dias ou meses de vida, incluindo como prática indispensável aos neonatos em processo de terminalidade.



## REFERÊNCIAS

1. Carter BS, Howenstein M, Gilmer MJ, Throop P, France D, Whitlock JA. Circumstances surrounding the deaths of hospitalized children: opportunities for pediatric palliative care. *Pediatrics* [internet]. 2004 [acesso 10 de nov 2020]; 114 (3): 361-66. DOI: 10.1542/peds.2003-0654-F
2. Marçola L, Barbosa SMM, Zoboli I, Polastrini RTV, Ceccon MEJ. Analysis of death and palliative care in a neonatal intensive care unit. *Revista Paulista de Pediatria* [internet]. 2017 [acesso 12 nov de 2020]; 35 (2): 125-29. DOI: 10.1590/1984-0462;2017;35;2;00012
3. Lari LR, Shimo AKK, Carmona EV, Lopes MHBM, Campos CJG. Suporte aos pais que vivenciam a perda do filho neonato: revisão de literatura. *Aquichan* [internet]. 2018 [acesso 03 jan de 2020]; 18(1):80-94. Disponível: DOI: 10.5294/aqui.2018.18.1.8
4. Soares C, Rodrigues M, Rocha G, Martins A, Guimarães H. Fim de Vida em Neonatologia: Integração dos Cuidados Paliativos. *Acta Médica Portuguesa* [internet]. 2013 [acesso 12 de nov de 2020]; 26(4): 318-26. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24016639/>
5. Hellmann J, Knighton R, Lee SK, Shah PS. Neonatal deaths: prospective exploration of the causes and process of end-of-life decisions. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition* [internet]. 2015 [acesso em 12 nov de 2020]; 101 (2): 102-107. DOI: 10.1136/archdischild-2015-308425
6. Walters A, Grosse J. Is This My Home? A Palliative Care Journey Through Life and Death in the NICU: A Case Report. *Advances in Neonatal Care* [internet]. 2020 [acesso 15 nov de 2020]; 20 (2): 127-135. DOI: 10.1097/ANC.0000000000000697
7. Pinho AAA, Nascimento IRC, Ramos IWS, Alencar VO. Repercussões dos cuidados paliativos pediátricos: revisão integrativa. *Revista Bioética* [internet]. 2020 [acesso 15 nov 2020]; 28(4): 710-17. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020284435>
8. Garanito MP, Cury MRG. A espiritualidade na prática pediátrica. *Revista Bioética* [internet]. 2016 [acesso 05 jan 2020]; 24(1): 49-53. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241105>
9. Santos JPR, Pedrosa MD, Carvalho ACM, Farias CB, Freitas EAC, Cordeiro JMG *et al.* Cuidados Paliativos em Neonatologia: uma revisão narrativa. *Brazilian Journal of health review* [internet]. 2020 [acesso 5 jan de 2020]; 3 (5): 14589-14601. DOI: 10.34119/bjhrv3n5-254
10. World Health Organization. Palliative care [Internet]. 2020 [acesso 03 jan 2021]. Disponível: <https://bit.ly/2HruiLU>
11. Petteys AR, Goebel JR, Wallace JD, Singh-Carlson S. Palliative care in neonatal intensive care, effects on parent stress and satisfaction: a feasibility study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* [internet]. 2014 [acesso 12 nov de 2020]; 32 (8): 869-75. DOI: 10.1177/1049909114551014
12. Falck AJ, Moorthy S, Hussey-Gardner B. Perceptions of palliative care in the NICU. *Advances in Neonatal Care* [internet]. 2016 [acesso 15 nov 2020]; 16(3):191-200.DOI: 10.1097/ANC.0000000000000301
13. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) [Internet]. Brasília [s.d.] [acesso 3 dez. 2020]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/>
14. Caeymaex L, Jousseme C, Vasilescu C, Danan C, Falissard B, Bourrat MM *et al.* Perceived role in end-of-life decision making in the NICU affects long-term parental grief response. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition* [internet]. 2012 [acesso 10 nov 2020]; 98(1): 26-31. DOI: 10.1136/archdischild-2011-301548

15. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA, editores. Manual Cochrane para revisões sistemáticas de intervenções versão 6.1 (atualizado em setembro de 2020) [internet]. Cochrane, 2020. Disponível em [www.training.cochrane.org/handbook](http://www.training.cochrane.org/handbook).
16. Akard TF, Duffy M, Hord A, Randall A, Sanders A, Adelstein K *et al.* Bereaved mothers' and fathers' perceptions of a legacy intervention for parents of infants in the NICU. *Journal of neonatal-perinatal medicine* [internet]. 2017 [acesso 15 nov de 2020]; 11(1): 21-28. DOI: 10.3233/NPM-181732
17. Pereira MUL, Gonçalves LLM, Loyolab CMD, Anunciação PS, Dias RS, Reis IN, Lays Pereira AS, Lamy ZC. "Comunicação da notícia de morte e suporte ao luto de mulheres que perderam filhos recém-nascidos." *Revista Paulista de Pediatria* 36.4 (2018): 422-427. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/;2018;36;4;00013>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1091, de 25 de agosto de 1999. Dispõe sobre a criação da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [internet]. Brasília, 25 ago 1999 [acesso novembro 2020]. Disponível: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1091\\_25\\_08\\_1999.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1091_25_08_1999.html).
19. Chaves JHB, Mendonça VLG, Pessini L, Rego G, Nunes R. "Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético." *Revista dor* 12.3 (2011): 250-255. Disponível: <https://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n3/v12n3a11.pdf>
20. Christoffel MM, Castral TC, Daré MF, Montanholi LL, Gomes ALM, Scochi CGS. Atitudes dos profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor neonatal. *Escola Anna Nery* [internet]. 2017 [acesso 05 jan de 2021]; 21(1):1-8. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170018>.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Adultos mayores 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56

Arte-educação 1

Assédio 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151

### B

Bioética 95, 186, 188, 190, 191, 192, 193, 194

### C

Centros de atenção psicossocial para a infância e adolescência 188

Ciudad de México 46, 47, 55

Comunicação 1, 2, 3, 4, 5, 9, 112, 113, 129, 145, 146, 148, 176, 183, 187, 192, 210

Consciência 1, 5, 7, 78, 79, 80, 84, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 107, 109, 134, 159, 210

Contra-colonialidade 11

Crack 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 237, 239

### D

Desastres 195, 196, 197, 198, 200, 201, 203, 204, 205, 206, 207

### E

Emociones 17, 18, 19, 20, 21, 24, 26, 30, 31, 32

Escala breve del estado mental (EBEM) 46, 47, 51

Escala multidimensional de perfeccionismo compósita 33 33, 34, 44

Estado cognoscitivo 46, 47, 49, 53, 54

Eu 3, 4, 41, 44, 45, 79, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 90, 91, 92, 97, 98, 100, 101, 102, 103, 104, 105

### F

Formação 1, 81, 88, 92, 94, 95, 96, 97, 100, 102, 103, 104, 107, 109, 116, 117, 121, 122, 123, 125, 126, 128, 130, 131, 132, 133, 136, 137, 138, 163, 167, 188, 222, 227, 230

### G

Genética 227, 228, 230, 232, 233, 234, 235, 236, 237

### I

Imagem 3, 4, 5, 7, 37, 68, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 140, 239

Institución de Asistencia Social 46, 47, 49, 55

Interacciones 17, 30

Interdisciplinaridade 59, 188, 189, 190, 193

Intervenções em assédio moral do trabalho 139

## M

Mental 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 26, 31, 34, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 71, 78, 97, 98, 100, 101, 102, 103, 104, 109, 110, 118, 123, 127, 130, 140, 147, 148, 151, 154, 164, 165, 167, 173, 189, 192, 193, 194, 196, 198, 199, 203, 205, 206, 211, 229, 239

Motivação 8, 35, 63, 68, 85, 87, 88, 90, 91, 92, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 210, 212, 222, 230

Mulheres 33, 36, 70, 102, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 187, 214, 215

## N

Neuropsicologia 9, 57, 58, 59, 67, 71, 75, 227

## P

Pandemia 17, 18, 19, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 52, 57, 59, 81, 82, 91, 92, 93, 94, 95, 104, 166, 167, 170, 171, 172, 197, 203, 205, 206, 207, 215, 225

Perfeccionismo 33, 34, 35, 36, 37, 39, 41, 42, 43, 44

Professor 6, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 240

Psicologia 1, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 13, 33, 42, 59, 73, 74, 77, 80, 91, 94, 95, 97, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 148, 149, 150, 151, 161, 167, 170, 195, 196, 198, 199, 200, 201, 203, 204, 205, 206, 207, 225, 226, 227, 238, 239, 240

Psicologia escolar 77, 80, 94

Psicologia hospitalar 121, 122, 123, 124, 125, 126, 129, 130, 131, 136, 137

Psicologia latinoamericana 106, 238

Psicologia positiva 195, 196, 198, 199, 200, 201, 204, 205, 206, 207

Psicologia social 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 225

Psicólogo 58, 78, 81, 84, 93, 119, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 145, 149, 150, 151, 156, 157, 163, 164, 165, 166, 169, 170, 172, 173, 184, 203, 204, 207, 240

Psicólogo hospitalar 121, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138

## R

Reabilitação neurológica 57

Reforma psiquiátrica 11, 13, 15

Resiliência emocional 195, 196, 200, 201

Revisão sistemática de literatura 121, 123, 135, 139, 151

## S

Salud 17, 19, 26, 28, 31, 46, 47, 48, 49, 52, 53, 54, 55, 56, 150

Saúde mental 11, 13, 14, 15, 16, 71, 78, 127, 130, 140, 147, 148, 151, 154, 164, 165, 167, 172, 189, 192, 193, 196, 198, 199, 206

Sentidos da educação 77

Social 1, 2, 5, 6, 7, 13, 15, 17, 18, 19, 31, 32, 42, 43, 46, 47, 49, 52, 55, 58, 59, 65, 68, 70, 74, 77, 78, 79, 81, 82, 83, 85, 86, 91, 97, 98, 100, 101, 102, 103, 104, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 130, 133, 134, 136, 137, 152, 154, 164, 165, 166, 167, 169, 170, 172, 173, 175, 188, 189, 190, 194, 200, 205, 208, 215, 216, 217, 222, 225, 229, 236, 237

Substâncias psicoativas 164, 227, 228, 229, 230, 232

## T

Tecnologia 3, 33, 57, 59, 60, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 92, 93, 113, 156, 174, 200, 227, 240

Telereabilitação 57

Testes neuropsicológicos 57, 69, 70

Trabalho real e trabalho prescrito 121

## V

Validade de constructo 33, 34, 36, 37, 41





Vícios 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 237

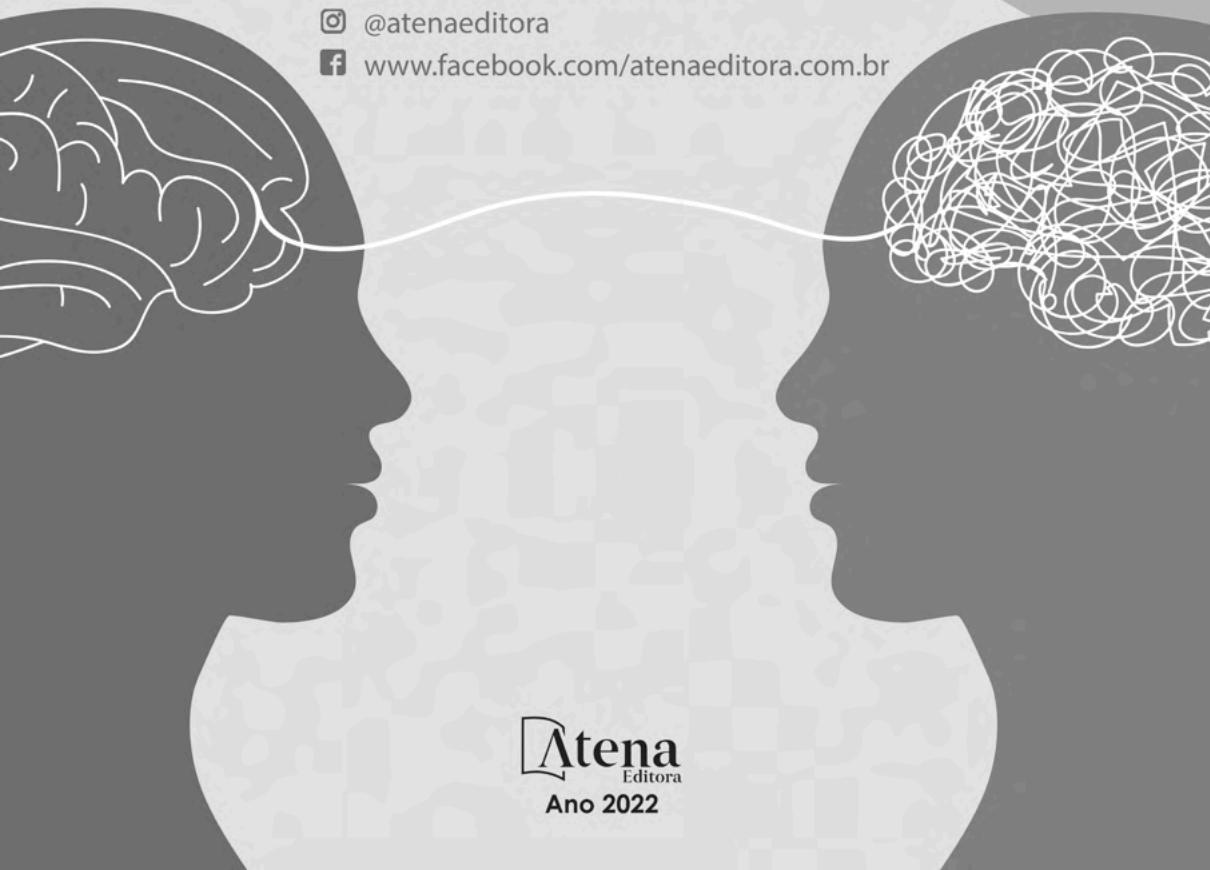
A psicologia no

# Brasil:

Teoria e pesquisa

4





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



**Atena**  
Editora  
Ano 2022

# A psicologia no Brasil: Teoria e pesquisa

4

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



 **Atena**  
Editora

Ano 2022