

Ciências da Saúde: Da Teoria à Prática 11

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

 **Atena**
Editora
Ano 2019

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Ciências da Saúde: Da Teoria à Prática 11

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Natália Sandrini
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof.^a Dr.^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
C569	Ciências da saúde [recurso eletrônico] : da teoria à prática 11 / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Ciências da Saúde. Da Teoria à Prática; v. 11) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-403-0 DOI 10.22533/at.ed.030191306 1. Saúde – Aspectos sociais. 2. Saúde – Políticas públicas. 3. Saúde – Pesquisa – Brasil. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da. II.Série. CDD 362.10981
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A multidisciplinaridade intrínseca nesta coleção é algo que temos discutido a cinco anos no centro oeste do país através do evento científico denominado CoNMSaúde. Sabemos que a saúde necessita urgentemente de rever alguns conceitos quanto à colaboração efetiva de todos os seus profissionais, e exatamente por isso temos buscado a cada ano reunir mais de doze áreas da saúde para debater ciência e dialogar juntos sobre os avanços da saúde em todos os seus aspectos. Vários pontos temos levantado a cada ano, todavia tem sido muito claro e notória a importância da orientação do acadêmico quanto à necessidade de trabalhar e cooperar com as áreas da saúde afins ao seu curso.

Assim a coleção “Ciências da Saúde: da teoria à prática” abordou de forma categorizada e interdisciplinar trabalhos, pesquisas, relatos de casos, revisões e inferências sobre esse amplo e vasto contexto do conhecimento relativo à saúde. Além disso, todo o conteúdo reuniu atividades de ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas em diversas regiões do país, que analisam a saúde em diversos dos seus aspectos, percorrendo o caminho que parte do conhecimento bibliográfico e alcança o conhecimento empírico e prático.

O último volume é um fechamento proposital com trabalhos em contextos diferentes da saúde que em determinados aspectos se relacionam e favorecem ao leitor indagações e reflexões quanto ao trabalho inter e multidisciplinar.

Com o dever cumprido finalizamos esta obra apresentando um panorama teórico e prático, propiciando um novo patamar para novas obras e publicações. Destacamos a fundamental importância uma estrutura como a Atena Editora capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem seus resultados. Nosso profundo desejo é que este contexto possa ser transformado a cada dia, e o trabalho aqui presente pode ser um agente transformador por gerar conhecimento em uma área fundamental do desenvolvimento como a saúde.

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A DIGNIDADE DA MORTE: O CUIDADO PALIATIVO COMO DIREITO FUNDAMENTAL	
Bruna Rafaeli Oliveira Mariza Schuster Bueno Sabrina Zimkovicz	
DOI 10.22533/at.ed.0301913061	
CAPÍTULO 2	17
A ETNOMUSICOLOGIA APLICADA A PESQUISAS EM SAÚDE COLETIVA	
Aline Veras Moraes Brilhante Ana Maria Fontenelle Catrib Elaine Saraiva Feitosa Epaminondas Carvalho Feitosa	
DOI 10.22533/at.ed.0301913062	
CAPÍTULO 3	30
A MÚSICA COMO FORMA DE EXPRESSÃO DA REALIDADE DE ADOLESCENTES EM VULNERABILIDADE SOCIAL	
Andrea Ruzzi Pereira Mariana Melo Parreira Larissa Nascimento Marques	
DOI 10.22533/at.ed.0301913063	
CAPÍTULO 4	39
A PESQUISA-AÇÃO COMO CAMINHO PROMISSOR PARA INTERVIR FRENTE À VIOLÊNCIA ESCOLAR	
Leilane Lacerda Anunciação Sinara de Lima Souza Maria Geralda Gomes Aguiar (<i>in memoriam</i>) Rosely Cabral de Carvalho Aldalice Braitt Lima Alves	
DOI 10.22533/at.ed.0301913064	
CAPÍTULO 5	54
AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM PARA TREINAMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
Paulo Roberto Anastacio Fábio De Sordi Junior Emiliana Cristina Melo	
DOI 10.22533/at.ed.0301913065	
CAPÍTULO 6	66
ANÁLISE DA CORRELAÇÃO ENTRE O LETRAMENTO EM SAÚDE E A ADEÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA EM USUÁRIOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL - CE	
Ingrid Freire Silva Ana Cecília Silveira Lins Sucupira	
DOI 10.22533/at.ed.0301913066	

CAPÍTULO 7 79

ANÁLISE DA INCORPORAÇÃO DO TRASTUZUMABE NO ELENCO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Rosali Maria Ferreira da Silva
Melina Maria Soares Freitas
Jean Batista de Sá
Pollyne Amorim Silva
Williana Tôres Vilela
Maria Joanellys dos Santos Lima
Stéfani Ferreira de Oliveira
Aline Silva Ferreira
José de Arimatea Rocha Filho
Pedro José Rolim Neto

DOI 10.22533/at.ed.0301913067

CAPÍTULO 8 90

ANÁLISE DOS INCIDENTES NOTIFICADOS AO NOTIVISA NO ESTADO DO MARANHÃO NO PERÍODO DE 2014 A 2017

Giovanna Nunes Belo Mendes
Francisco Airton Veras de Araújo Júnior

DOI 10.22533/at.ed.0301913068

CAPÍTULO 9 99

APROXIMAÇÕES ENTRE FENOMENOLOGIA E O MÉTODO DA CARTOGRAFIA EM PESQUISA QUALITATIVA

Severino Ramos lima de Souza
Ana Lúcia Francisco

DOI 10.22533/at.ed.0301913069

CAPÍTULO 10 112

AS VIVÊNCIAS DE LAZER DE ESTUDANTES INDÍGENAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

Angela Ribeiro
Gabriela Machado Ribeiro

DOI 10.22533/at.ed.03019130610

CAPÍTULO 11 123

BUSINESS INTELLIGENCE NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA: SOLUÇÕES INOVADORAS PARA A TOMADA DE DECISÃO

Caroline Dias Ferreira
Rômulo Cristovão de Souza
Rodrigo Gomes Barreira

DOI 10.22533/at.ed.03019130611

CAPÍTULO 12 130

CARACTERIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E CAPACITAÇÃO DOS MANIPULADORES DE ALIMENTOS DO COMÉRCIO AMBULANTE DE ALIMENTOS E BEBIDAS

Carla Cristina Bauermann Brasil
Juliane Pereira da Silva

DOI 10.22533/at.ed.03019130612

CAPÍTULO 13 143

COMUNIDADE AQUÁTICA: INTERAÇÃO, EXTENSÃO E APRENDIZAGEM PROFISSIONAL

Angela Rodrigues Luiz
Pamylla Cristina Gonçalves Rodrigues
Norton França Souza Moraes
Pabline Lima de Souza Silva
Luana da Silva Santiago

DOI 10.22533/at.ed.03019130613

CAPÍTULO 14 147

CRIANÇA E ADOLESCENTE COM DEFICIÊNCIA VISUAL: CONHECENDO A REDE DE SUPORTE FAMILIAR

Mayara Caroline Barbieri
Gabriela Van Der Zwaan Broekman
Regina Aparecida Garcia de Lima
Giselle Dupas

DOI 10.22533/at.ed.03019130614

CAPÍTULO 15 157

DIA MUNDIAL DA ORIENTAÇÃO / *WORLD ORIENTEERING DAY* – OFICINA DE DIVULGAÇÃO DO ESPORTE DE ORIENTAÇÃO NA UFG / REGIONAL CATALÃO

Cibele Tunussi
Carlos Henrique de Oliveira Severino Peters
Valteir Divino da Silva
Alvim José Pereira

DOI 10.22533/at.ed.03019130615

CAPÍTULO 16 164

ECOLOGIA DO TRABALHO DE PESCADORES ARTESANAIS DO MUNICÍPIO DA RAPOSA, MARANHÃO, BRASIL

Maria do Socorro Saraiva Pinheiro
José Manuel Peixoto Caldas

DOI 10.22533/at.ed.03019130616

CAPÍTULO 17 172

ENVELHECER COM QUALIDADE E PARTICIPAÇÃO: EXPERIÊNCIA DO TRABALHO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Priscila Maitara Avelino Ribeiro
Marta Regina Farinelli
Rosane Aparecida de Sousa Martins

DOI 10.22533/at.ed.03019130617

CAPÍTULO 18 181

FITOTERAPIA RACIONAL: ASPECTOS TAXONÔMICOS, AGROECOLÓGICOS, ETNOBOTÂNICOS E TERAPÊUTICOS - ANO 2017

Angela Erna Rossato
Sílvia Dal Bó
Roberto Recart dos Santos
Keli Alves Mengue
Fernando Oriques Pereira
Maria Eduarda Alves Ferreira
Vanilde Citadini-Zanette

DOI 10.22533/at.ed.03019130618

CAPÍTULO 19	202
GRUPO MOVERE: PROJETO DE DANÇA PARA INDIVÍDUOS COM PARALISIA CEREBRAL	
Caren Luciane Bernardi	
Bruna Ledur	
Maria Laura Schiefelbein	
Caroline Santos Figueiredo	
DOI 10.22533/at.ed.03019130619	
CAPÍTULO 20	207
IDENTIDADE PROFISSIONAL E A PRÁTICA COLABORATIVA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	
Elaine Amado	
Rosana Quintela Brandão Vilela	
Maria da Piedade Gomes de Souza Maciel	
DOI 10.22533/at.ed.03019130620	
CAPÍTULO 21	215
INSERÇÃO DE PROFISSIONAIS NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA	
Emir Dirlan Lima de Oliveira	
Cristiane Ferreira dos Santos	
Camile Dalla Corte de Araújo	
Márcia Yane Girolometto Ribeiro	
Catheline Rubim Brandolt	
Dyan Jamilles Brum Maia	
DOI 10.22533/at.ed.03019130621	
CAPÍTULO 22	219
LIGA ACADÊMICA DE NEFROLOGIA: CINCO ANOS DE EXPERIÊNCIA EM EXTENSÃO	
Gilberto Baroni	
Eduardo de Souza Tolentino	
DOI 10.22533/at.ed.03019130622	
CAPÍTULO 23	225
NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA E AS MUDANÇAS NA ATENÇÃO À SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	
Alexia Nascimento Matos de Freitas	
Gizelly Braga Pires	
DOI 10.22533/at.ed.03019130623	
CAPÍTULO 24	235
NOVA REPRESENTAÇÃO DA CADEIA DE VALOR EM UMA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	
Maria Benedita Mendes Costa	
Ana Claudia Mendes	
Priscila Fernanda Chaves Morais Boato	
Francisco Antonio Tavares Junior	
Leonardo de Abreu Ferreira	
DOI 10.22533/at.ed.03019130624	

CAPÍTULO 25 241

O BRINCAR E A REALIDADE NO CONTEXTO DA CLÍNICA INFANTIL DE ORIENTAÇÃO ANALÍTICA:
UM ESTUDO DE CASO

Janaína Schultz
Jerto Cardoso da Silva

DOI 10.22533/at.ed.03019130625

CAPÍTULO 26 256

O JORNAL COMO INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E PROTAGONISMO DA PESSOA
EM SITUAÇÃO DE RUA

Amanda Fernanda Damasceno Saraiva de Sousa
Lóren-Lis Araújo
Letícia Rebeca Soares Melo
Railan Bruno Pereira da Silva
Pedro Wilson Ramos da Conceição

DOI 10.22533/at.ed.03019130626

CAPÍTULO 27 268

O MODO DE PRODUIR CUIDADO PELOS TRABALHADORES COMO DIMENSÃO DE ANÁLISE
DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Erica Menezes
Magda Scherer
Marta Verdi
Ana Paula Marques

DOI 10.22533/at.ed.03019130627

CAPÍTULO 28 275

PERCEPÇÃO DOS DOCENTES DE UM CURSO DE MEDICINA SOBRE A AVALIAÇÃO DA
APRENDIZAGEM

Rafaela Tenório Passos
Francisco José Passos Soares

DOI 10.22533/at.ed.03019130628

CAPÍTULO 29 287

PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS ATENDIDOS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE
URGÊNCIA NO MUNICÍPIO DE PIRIPIRI-PI

Antonio Evanildo Bandeira de Oliveira
Bruna Daniella de Sousa de Lima
Maria de Jesus Trindade da Silva
Evaldo Sales Leal

DOI 10.22533/at.ed.03019130629

CAPÍTULO 30 298

PERDA AMBÍGUA: O LUTO INCERTO

Winthney Paula Souza Oliveira
Silvina Rodrigues de Oliveira
Pedro Wilson Ramos da Conceição
Mônica dos Santos de Oliveira
Jardell Saldanha de Amorim
Francisca Tatiana Dourado Gonçalves
Rudson Vale Costa
Evando Machado Costa
Amanda Fernanda Damasceno Saraiva de Sousa
Eliane Vanderlei da Silva

DOI 10.22533/at.ed.03019130630

CAPÍTULO 31 307

PET-SAÚDE: O IMPACTO DO PROGRAMA NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO

Narjara Fontes Xavier
Julius Caesar Mendes Soares Monteiro
Cezar Augusto Muniz Caldas
Carla Andrea Avelar Pires

DOI 10.22533/at.ed.03019130631

CAPÍTULO 32 317

PET-SAÚDE/GRADUASUS: CONTRIBUIÇÃO PARA A FORMAÇÃO ACADÊMICA EM FISIOTERAPIA

Natanny Caetano da Silva
Tamine Vitória Pereira Moraes
Leandra Aparecida Leal
Daisy de Araújo Vilela
Patrícia Leão Da Silva Agostinho
Ana Lúcia Rezende Souza
Thaís Rocha Assis

DOI 10.22533/at.ed.03019130632

CAPÍTULO 33 324

POLÍTICAS DE INCENTIVO AO PARTO NORMAL: NÚMEROS DE UM HOSPITAL ESCOLA

Laryssa de Col Dalazoana Baier
Ana Paula Xavier Ravelli
Suellen Vienscoski
Regiane Hoedtke
Pollyanna Kássia de Oliveira Borges

DOI 10.22533/at.ed.03019130633

CAPÍTULO 34 334

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NO MANEJO DE UM CASO CLÍNICO COMPLEXO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Kezia Cristina Batista dos Santos
Tamires Barradas Cavalcante
Gabriela Sellen Campos Ribeiro
Adrielly Haiany Coimbra Feitosa
Mirtes Valéria Sarmiento Paiva
Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa

DOI 10.22533/at.ed.03019130634

CAPÍTULO 35 342

REFLEXÃO ACERCA DOS DIREITOS DO PACIENTE COM ESTOMIA INTESTINAL DE ELIMINAÇÃO NO CONTEXTO DO SUS

Francisco João de Carvalho Neto
Maria Mileny Alves da Silva
Renata Kelly dos Santos e Silva
Gabriela Araújo Rocha
David de Sousa Carvalho
Ana Karoline Lima de Oliveira
Denival Nascimento Vieira Júnior
Maria da Glória Sobreiro Ramos
João Matheus Ferreira do Nascimento
Zeila Ribeiro Braz
Camila Karennine Leal Nascimento
Maria Luziene de Sousa Gomes
Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos

DOI 10.22533/at.ed.03019130635

CAPÍTULO 36 364

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA: DIFICULDADE DA EQUIPE DE SAÚDE FRENTE ÀS EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Amanda Ribeiro Figueiredo
Ingrid Karollyne Vilar Ferreira
Alberiza Veras de Albuquerque
Bruna Teles dos Santos Motta
Silvio Conceição Silva
Marilene Dos Santos Farias
Iago Colaço de Souza
Jennifer Oliveira de Araújo
Jamile Cavalcante da Silva
Ítalo Colaço de Souza
Aleksandra Pereira Costa

DOI 10.22533/at.ed.03019130636

CAPÍTULO 37 380

SERVIÇOS DE SAÚDE E A INCLUSÃO MASCULINA: VIVÊNCIAS DOS PAIS DE CRIANÇAS COM MALFORMAÇÃO FETAL NO SERVIÇO DE PRÉ-NATAL

Géssica Martins Mororó
Aline de Carvalho Martins

DOI 10.22533/at.ed.03019130637

CAPÍTULO 38 385

SISTEMA AGROFLORESTAL EM UNIDADES DE AGRICULTURA FAMILIAR NO MUNICÍPIO DE TOMÉ-AÇU, PA: ESTUDO DE CASO

Thaise Cristina Dos Santos Padilha
Edilaine Borges Dias
Lyssa Martins de Souza
Walmer Bruno Rocha Martins
Paula Cristiane Trindade

DOI 10.22533/at.ed.03019130638

CAPÍTULO 39 385

SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA ASSOCIADO AO *BULLYING*

Aline Sharlon Maciel Batista Ramos
Laurinete Lopes Ferreira Torres
Rafael Mondego Fontenele
Hariane Freitas Rocha Almeida
Cianna Nunes Rodrigues
Francisca Maria Ferreira Noronha
Isabela Bastos Jácome De Souza
Débora Luana Ribeiro Pessoa

DOI 10.22533/at.ed.03019130639

CAPÍTULO 40 395

VULNERABILIDADE DE CAMPO MOURÃO - PR AOS EVENTOS CLIMÁTICOS EXTREMOS EM ANOS DE EL NIÑO, LA NIÑA OSCILAÇÃO SUL

Danieli De Fatima Ramos
Katiúscia Naiara Ariozi Lima
Victor Da Assunção Borsato

DOI 10.22533/at.ed.03019130640

CAPÍTULO 41 405

ACOLHIMENTO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL: A PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES

Sinara de Lima Souza
Paulo Amaro dos Santos Neto
Catarina Luiza Garrido de Andrade Macedo
Amanda de Souza Rios
Lais Queiroz Oliveira Marques
Rosely Cabral de Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.03019130641

CAPÍTULO 42 419

PRINCIPAIS MICOSES SUPERFICIAIS E SEUS RESPECTIVOS AGENTES ETIOLÓGICOS PRESENTES NO BRASIL

Amanda Torres Nunes
Isabele Castro de Aguiar
Mayara Carvalho Ramos
Antonio Francisco Ferreira da Silva Júnior

DOI 10.22533/at.ed.03019130642

CAPÍTULO 43 424

CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA PELO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO DOMICILIAR: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Elizama Costa dos Santos Sousa
Graziele de Sousa Costa
Samantha Vieira da Silva
Valder Oliveira Sabóia Neto
Julianna Thamires da Conceição
Samuel Oliveira da Vera
Renata da Rocha Albuquerque

DOI 10.22533/at.ed.03019130643

CAPÍTULO 44 435

HIDROCARBONETOS AROMÁTICOS POLICÍCLICOS NOS ALIMENTOS E SEU EFEITO TÓXICO: UMA REVISÃO

Bewlthiane Maria dos Santos Carvalho
Antônio Jason Gonçalves da Costa
Fernanda Maria de Carvalho Ribeiro
Bárbara Karoline Rêgo Beserra Alves
Leandra Caline dos Santos
Francisca Camila Batista Lima
Carlos Eduardo Pires da Silva
Leyla Lumara Cabral Soares Pimentel
Priscila da Silva
Tamires Claudete dos Santos Pereira
Tamires Amaro Rodrigues
Stella Regina Arcanjo Medeiros

DOI 10.22533/at.ed.03019130644

SOBRE O ORGANIZADOR..... 446

A DIGNIDADE DA MORTE: O CUIDADO PALIATIVO COMO DIREITO FUNDAMENTAL

Bruna Rafaeli Oliveira

Faculdade Cidade Verde – FCV – Programa de Pós-Graduação
Rio Negro - Paraná

Mariza Schuster Bueno

Universidade do Contestado – UnC
Mafra – Santa Catarina

Sabrina Zimkovicz

Universidade do Contestado – UnC
Mafra – Santa Catarina

RESUMO: Qualquer procedimento médico, terapêutico ou interventivo sobre o paciente deve estar voltado à preservação da dignidade da pessoa humana submetida aos instrumentos de manutenção vital. Tratamentos terapêuticos altamente invasivos podem não representar solução adequada ao futuro da restauração física do paciente. Em muitos casos, mesmo após a utilização de vários instrumentos para restauração da capacidade física e mental do paciente terminal, a situação apresentada não justifica a continuidade da utilização dos meios terapêuticos invasivos. Projetos pioneiros no Brasil vêm estabelecendo a implementação de políticas públicas de saúde denominadas de cuidados paliativos. A proposta é garantir a terminalidade da vida com qualidade, livre da dor e em ambiente que respeite a autonomia do paciente. Essa determinação pela não sujeição

a tratamentos de prolongamento da vida e da dor, pode ser manifestada em instrumento denominado de diretivas antecipadas de vontade. O modelo, por representar a interrupção ou suspensão dos procedimentos e terapêuticas médicas, permite que a doença siga seu curso normal o que resultará na morte do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos. Direitos Fundamentais. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: Any medical, therapeutic or interventional procedure on the patient must be aimed at preserving the dignity of the human person subject to the instruments of vital maintenance. Highly invasive therapeutic treatments may not represent an adequate solution to the future of the patient's physical restoration. In many cases, even after the use of several instruments to restore the physical and mental capacity of the terminal patient, the presented situation does not justify the continuity of the use of the invasive therapeutic means. Pioneering projects in Brazil have been establishing the implementation of public health policies called palliative care. The proposal is to guarantee the termination of life with quality, free of pain and in an environment that respects the autonomy of the patient. This determination for non-subjection to treatments of prolonged

life and pain, can be manifested in an instrument called the anticipated directives of will. The model, because it represents the interruption or suspension of medical procedures and therapeutics, allows the disease to proceed in its normal course, which will result in the death of the patient.

KEYWORDS: Palliative care. Fundamental rights. Health Unic System.

1 | INTRODUÇÃO

O desenvolvimento científico na medicina não conseguiu desvendar um dos mistérios mais elementares de seus dilemas: como definir o momento em que a vida deve terminar.

Os impactos desta incerteza, sopesados aos inúmeros estudos e pesquisas sobre o tema, lançam divergências na seara jurídica quanto ao momento distintivo entre a vida e a morte. A autonomia dos profissionais médicos na condução de sua profissão, relacionados, sobretudo a realização do diagnóstico e opção de terapêutica não autoriza uma postura de escolha entre os que devem viver e aos quais não serão garantidas as condições mínimas de acesso aos direitos sociais da saúde e vida digna.

Qualquer procedimento médico, terapêutico ou interventivo sobre o paciente deve estar voltado à preservação da dignidade da pessoa humana submetida aos instrumentos de manutenção vital. No entanto, tratamentos terapêuticos altamente invasivos podem não representar solução adequada ao futuro da restauração física do paciente. Em muitos casos, mesmo após a utilização de vários instrumentos para restauração da capacidade física e mental do paciente terminal, a situação apresentada não justifica a continuidade da utilização dos meios terapêuticos invasivos.

Estabelecido esse cenário a proposta é garantir a terminalidade da vida com qualidade, livre da dor e em ambiente que respeite a autonomia do paciente. Ao mesmo tempo, pode ser manifestado pelo paciente através de instrumento chamado de diretivas antecipadas de vontade, por meio do qual o próprio paciente decide se irá ou não se submeter a tratamentos de prolongamento da vida e da dor. O modelo, por representar a interrupção ou suspensão dos procedimentos e terapêuticas médicas, permite que a doença siga seu curso normal o que resultará na morte do paciente. Esta prévia constatação da morte quando tomada a decisão de interrupção dos tratamentos têm gerado constante polêmica entre profissionais da área de saúde e também no meio jurídico, desde a possibilidade de adequação típica a legislação penal, até o entendimento de ocorrência de negativa de acesso à prestação de serviço público de saúde de forma adequada.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

Em todas as áreas da ciência que se preocupam em estudar a vida e a morte há um consenso quanto à impossibilidade de se fixar limites claros entre ambas. A

situação limítrofe é de maior complexidade quando se verifica a pluralidade de fatores que devem ser considerados de ordem científica, cultural, biomédicas e jurídicas.

Para o senso comum a parada dos movimentos cardíacos representa a morte. Inicialmente, a ciência afirmava a ocorrência da morte com a interrupção irreversível dos batimentos cardíacos, a cessação da circulação e da respiração como representativos do final da vida (OLIVEIRA, 2005, p. 78).

A possibilidade de prolongamento indeterminado da vida, mesmo quando inviável sua realização com qualidade permite o surgimento de discussões em torno da eutanásia, e partir dela a necessidade da clara distinção entre esta, a ortotanásia e distanásia.

Com os avanços nas pesquisas médicas, coloca-se a morte cerebral como novo critério para estabelecer a morte no paciente sob cuidados médicos. “Dessa forma, a ocorrência da morte deixou de ser considerada fenômeno súbito e terminal, tornando-se processo evolutivo, dinâmico, complexo e, sobretudo, sequência de eventos terminativos.” (OLIVEIRA, 2005, p. 78). Nos anos 80 novo passo no desenvolvimento da ciência permite a utilização de mecanismos tecnológicos que substituem funções vitais do organismo garantindo o prolongamento da vida humana.

No Brasil o Conselho Federal de Medicina (CFM) determina que na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Referida orientação do órgão classista está suspensa por decisão judicial de inconstitucionalidade.

O mesmo Código de Ética Médica no Brasil veda em seu art. 56 a conduta médica que desrespeite a autonomia do paciente na execução de práticas terapêuticas, exceto em iminente risco de vida.

O conceito de futilidade médica começa a ganhar espaço nas discussões sobre assuntos de bioética, principalmente nos casos de prolongamento da vida de pacientes gravemente enfermos e presos a quadros considerados irreversíveis. Esta é uma situação muito delicada para o médico por tratar-se de uma condição de iminente perigo de vida num paciente com comprometimento da vida de relação, como nos casos de coma, mas que não apresenta ainda os critérios para caracterização de parada total irreversível das funções encefálicas [...] Hoje se tem como justificativa considerar um tratamento fútil aquele que não tem objetivo imediato, que é inútil ou ineficaz, que não é capaz de oferecer uma qualidade de vida mínima e que não permite uma possibilidade de sobrevivida (FRANÇA, 2004, p. 42).

Os questionamentos da bioética são lançados para definição dos limites da intervenção indevida do tratamento médico sem autorização ou sem respeito à autonomia do paciente. A utilização desmedida e não planejada de instrumentos e métodos de tratamento ineficazes deve ser o quanto possível esclarecida ao paciente submetido aos seus efeitos.

A possibilidade de que o paciente rejeite se submeter a tratamentos que prolongam sua condição de vida mesmo sem perspectiva de reversão da doença o que associa a dor e a angústia, já é realidade em diversos países como Alemanha, Áustria, Bélgica, Espanha, Estados Unidos da América, Holanda, França, Inglaterra, Portugal, Porto Rico e Uruguai.

No entanto, no Brasil o tema foi regulamentado tão somente pelo Conselho Federal de Medicina, inexistindo legislação aplicável a matéria. Assim, desde os poderes regulamentares do órgão de classe até o próprio controle material da norma levantam o problema dos limites da decisão do paciente e da conduta do profissional de saúde.

Com o crescente avanço tecnológico envolvendo a medicina emergiu a necessidade de uma nova ciência que tratasse de estabelecer parâmetros e limitações éticas e morais na utilização dessas novas tecnologias. Trata-se do conceito hoje conhecido como bioética.

Destarte, surge o chamado biodireito, o qual se refere aos princípios da bioética inseridos no ordenamento jurídico do país. Neste sentido, “Biodireito é o ramo do Direito que estipulará quais valores são aceitáveis e quais conceitos bioéticos são aplicados para a legalização ou a proibição de uma prática biotecnológica”. (ALMEIDA JUNIOR, 2017, p. 42).

Outro princípio autônomo da bioética é o que se entende por autodeterminação, que decorre da dignidade da pessoa humana e também se caracteriza como uma forma de moldá-la. (ALMEIDA JUNIOR, 2017, p. 59).

Tramita na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 5559/2016, onde busca-se preencher a lacuna no que se refere aos direitos dos pacientes quanto à aceitação ou recusa de tratamentos médicos. Deste Projeto de Lei se extrai uma conceituação acerca do princípio da autodeterminação:

Art. 2º Para os fins desta Lei, são adotadas as seguintes definições:

I – autodeterminação: capacidade do paciente de se autodeterminar segundo sua vontade e suas escolhas, livre de coerção externa ou influências subjugante; (Câmara dos Deputados, 2016).

O princípio da autonomia, aqui analisado de forma ampla, emerge da acepção de Estado liberal, onde pregou-se pela menor intervenção possível na individualidade das pessoas. Trata-se da autonomia da vontade, que surgiu a partir da ideia de que os seres humanos eram livres e aptos a se autorregular. (DADALTO, 2014, p. 8).

Apesar do avanço tecnológico na ciência médica, a hipótese de ter a vida ceifada no leito de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) apresenta-se como um dos maiores medos do ser humano. As escolhas de não prolongamento da vida também são características daqueles profissionais que detêm o conhecimento da medicina, conforme reportagem divulgada em 2012 nos Estados Unidos pelo jornal The Guardian. (PRATA, 2017, p. 104-105).

Neste diapasão é que se faz necessária a regulamentação dos direitos dos pacientes com vistas ao respeito de sua dignidade por meio dos direitos de autodeterminação ou de decisão.

A bioética é, um sistema que interage com as demais ciências, pois produz seus conceitos a partir da interdisciplinaridade. Ao ponto em que a bioética é o norte da defesa da dignidade humana, esta busca por proteção da pessoa dentro do próprio sistema. Os princípios da bioética se difundem com os princípios constitucionais, sendo que os direitos humanos são a essência da bioética e do direito. (ALMEIDA JUNIOR, 2017, p. 42).

Já o biodireito o qual se refere aos princípios da bioética inseridos no ordenamento jurídico do país. Neste sentido, “Biodireito é o ramo do Direito que estipulará quais valores são aceitáveis e quais conceitos bioéticos são aplicados para a legalização ou a proibição de uma prática biotecnológica”. (ALMEIDA JUNIOR, 2017, p. 42).

No que tange aos princípios basilares da bioética, cumpre destacar aqueles previstos na própria Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos: dignidade humana, autonomia da vontade, justiça e beneficência. (UNESCO, 2006).

A dignidade da pessoa humana é o princípio fundamental de qualquer ramo do direito, vez que é inerente, inseparável, irrenunciável e inalienável a todos os homens. Tem seu conceito mitigado no decorrer do tempo e do espaço, pois sofre diretamente as consequências da evolução social. (ALMEIDA JUNIOR, 2017, p. 50-51).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) concede ao princípio da dignidade da pessoa humana o *status* de fundamento da República, servindo como princípio estruturante de todo o sistema jurídico nacional.

As discussões em torno dos direitos dos pacientes ensejaram à defesa das diretivas antecipadas da vontade, que em síntese “é um documento escrito por um ser humano capaz que tem por objetivo dispor sobre tratamentos em geral que porventura ele venha a se submeter”. (PENALVA, 2008, p. 518).

Ainda como princípio da bioética e do biodireito, surge a beneficência ou a não maleficência, que estabelece que ao profissional de saúde incumbe o dever de não praticar atos maléficis ao paciente a não ser que o dano causado seja menor do que o benefício esperado, ou seja, “não expor o paciente a tratamentos desnecessários, desproporcionais negativamente com os resultados a serem obtidos, impingindo-lhe dores e sofrimentos que poderiam ser evitados”. (ALMEIDA JUNIOR, 2017, p. 78).

Em 2012 o Conselho Federal de Medicina ao tratar do tema, define as diretivas antecipadas e determina a atuação médica nesses casos. Tal resolução, no entanto, serve como norte de justificação da atuação médica, e não propriamente como norma apta a conferir direito aos cidadãos. Isso é evidente no próprio texto, conforme art. 2º, § 2º: – “O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica”. (CFM, 2012).

Em que pese tratar de uma ciência nova e com terminologia ainda mais recente,

os primeiros indícios da bioética remetem ao Código de Nuremberg, de 1947, que trouxe à baila a aceitação de dignidade da pessoa humana como objeto de proteção jurídica. Tal inovação insurgiu dos experimentos científicos com seres humanos iniciados à época. No ano seguinte, em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos reforçou a proteção à dignidade humana em seu texto. (ALMEIDA JUNIOR, 2017, p. 37)

Vale ressaltar a importância da conceituação de eutanásia, distanásia, ortotanásia e mistanásia, com o objetivo de diferenciá-las do tratamento paliativo.

A eutanásia incide em findar o sofrimento existente, causado pela doença em sua fase terminal, para que assim o paciente possa vivenciar seus últimos momentos da melhor maneira possível, sem dor, sem sofrimento. Assim “a eutanásia se preocupa prioritariamente com a qualidade de vida humana na sua fase final. “ (ALVES; CASAGRANDE. 2016 p. 3)

Para Lepargneur eutanásia é “[...] o emprego ou abstenção de procedimentos que permitem apressar ou provocar o óbito de um doente incurável, a fim de livrá-lo dos extremos sofrimentos que o assaltam ou em razão de outro motivo de ordem ética. (LEPARGNEUR)”. Ao lado oposto, a distanásia “[...] trata-se do prolongamento exagerado da morte de um paciente terminal ou tratamento inútil. Não visa prolongar a vida, mas sim o processo de morte” (DINIZ, 2001, s.p.). Nesse aspecto, parte da doutrina defende a qualificação típica do médico que sem base científica prolonga a natural falência vital do paciente, provocando graves lesões e maus tratos, sabedor da impossibilidade de reversão de seu estado de morte.

A distanásia não se preocupa em suma com a qualidade de vida que o paciente terá, mas sim, em prolongar a sua vida o máximo possível, através das mais diversas e avançadas tecnologias médicas. Ensina Alves e Casagrande (2016 p. 3) que “a distanásia se dedica a prolongar ao máximo a quantidade de vida humana, combatendo a morte como o grande e último inimigo. ”

A mistanásia resume-se à falta de estrutura estatal para atender às demandas, e que por este motivo, cidadãos acabam morrendo por falta de leitos, por falta de médicos, remédios, ou até mesmo por não possuírem condições de chegar a um hospital, ou de buscarem um tratamento para as moléstias que lhes assolam. Preceitua Pêcego e Lima, que a mistanásia é a “morte prematura, miserável dos que vivem em precárias condições de vida na sociedade” (2014 p. 2)

Já a ortotanásia entende-se pela aceitação da morte a seu tempo e na sua forma, apenas deixando o paciente confortável, sem antecipar e nem prolongar a sua vida, deixar que a vida se encerre em seu momento certo. (BARROSO; MARTEL. 2010)

Em outra esteira, a ortotanásia é a conduta atípica frente ao ordenamento jurídico-penal, pois se refere somente ao posicionamento médico diante de dores intensas sofridas pelo paciente em estado de terminalidade, consideradas por este intoleráveis e inúteis, agindo o médico para amenizá-las, mesmo que a consequência venha a ser, indiretamente, a morte (VIEIRA, 1999, p. 90).

Por fim, o tratamento paliativo consubstancia-se em deixar o paciente escolher até onde chegar com o tratamento, ou seja, dar ao paciente a opção entre seguir, parar, fazer ou não fazer o tratamento disponível para a enfermidade que possui.

Por vezes, as escolhas dos médicos que detêm conhecimento técnico e científico divergem das escolhas dos pacientes, o que justifica a existência e proteção de tal autodeterminação, que deverá prevalecer mesmo em casos que representem risco de vida para o paciente. (ALMEIDA JUNIOR, 2017, p. 68).

Desta forma, independentemente das escolhas do médico, predomina a escolha do paciente, sendo que se decidir interromper seu tratamento habitual e iniciar o tratamento paliativo, assim deverá ser feito.

Destarte, cuidados paliativos é a denominação mais utilizada na ciência médica para se referir aos cuidados com o paciente, que objetivam melhorar a qualidade de vida desse e de sua família, diante de uma doença ameaçadora da vida, com foco no cuidado da dor física, social, espiritual e emocional do paciente.

Como fundamento dos cuidados paliativos, busca-se aliviar a dor e o sofrimento dos pacientes terminais de forma a assegurar sua qualidade de vida.

Por vezes o paciente não possui condições de manifestar sua vontade ou não têm capacidade para fazê-lo. Emerge de tal situação a teoria do menor maduro, que trata dos menores de 16 (dezesesseis) anos – considerados civilmente incapazes. Segundo tal teoria, mesmo o menor absolutamente incapaz, desde que apresente discernimento necessário, deve ter sua decisão respeitada.

A capacidade é configurada, então, como uma capacidade de fato, respaldando-se no princípio bioético da autonomia de vontade em que o menor demonstre a consciência moral para percepção e construção de um juízo de valor e por meio de uma relação dialógica entre médico-paciente e médico-pais ou responsável legal. (ALMEIDA JUNIOR, 2017, p. 75).

Isto posto, com a recusa do paciente ao tratamento médico disponível, passa-se a atendê-lo de outra forma, não mais com o objetivo de curar a doença, mas sim de retirar a dor desse paciente, deixando-o confortável, em companhia da família, com acompanhamento de psicólogos e assistentes sociais.

Trata-se, em verdade, de garantir concretização e efetividade ao princípio da dignidade da pessoa humana, com vistas à não submissão a tratamentos degradantes, e ao próprio direito da autodeterminação, direitos de personalidade e manifestação da vontade dos pacientes.

3 | MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Delineamento da pesquisa

A presente pesquisa foi desenvolvida através de investigação utilizando o método de abordagem quali-quantitativo, mediante o desenvolvimento de pesquisa bibliográfica

e de campo. Quanto ao fundamento teórico o método utilizado foi o dedutivo, através das técnicas de fichamentos, estudos documentais, jurisprudencial. A pesquisa de campo foi realizada através de questionários, contendo 6 (seis) questionamentos aplicados nos ESF (Estratégia de Saúde da Família), localizados na cidade de Mafra/SC.

As questões servem para verificar o conhecimento dos profissionais a respeito de cuidados paliativos, a existência de atendimentos domiciliares ou hospitalares, se tais cuidados são realizados como políticas públicas e da possibilidade de implementação de cuidados paliativos pelo Sistema Único de saúde – SUS.

Por meio destes dados coletados, foi realizada a tabulação, e a partir desta, confeccionadas as tabelas informativas constates neste artigo.

A amostra compõe-se de dados estatísticos coletados através de 87 questionários entre diferentes profissionais da saúde, quais sejam: médicos, enfermeiros, psicólogo, dentista, farmacêutica, técnicos de enfermagem, técnico de saúde bucal, agentes comunitários de saúde, recepcionista, estagiária.

3.2 Universo

O universo pesquisado foi o município de Mafra/SC

3.2.1 Local

Os locais de aplicação foram os ESF (Estratégia da Saúde da Família) de Mafra/SC

3.2.2 População

Profissionais atuantes na área, os quais desenvolvem as funções de: médico, enfermeiro, dentista, psicólogo, farmacêutico, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal, agente comunitária de saúde, recepcionista, auxiliar de conservação e manutenção e estagiário.

3.2.3 Amostra

A amostra compõe-se de dados quantitativos coletados através de questionário, aplicados aos profissionais que atuam na área pesquisada.

3.3 Descrição da coleta de dados

Para a coleta das informações foi aplicado os questionários diretamente aos profissionais que atuam nos ESF (Estratégia da Saúde da Família) de Mafra/SC.

O levantamento de dados foi realizado através de pesquisa doutrinária e jurisprudencial, com o intuito de descrever e quantificar a análise.

Neste passo, participaram da pesquisa um total de 87 (oitenta e sete) profissionais, os quais forneceram os dados constantes das tabelas abaixo expostas.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conforme já explanado anteriormente, foi realizada pesquisa de campo utilizando-se do método quali-quantitativo, tendo como meio de pesquisa questionários que foram aplicados aos profissionais da saúde que atuam nos ESF (Estratégia da Saúde Familiar). Assim, foram obtidos os seguintes resultados:

		Função			
		Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Agente Comunitária de Saúde	46	52,9	52,9	52,9
	Auxiliar	1	1,1	1,1	54,0
	Dentista	3	3,4	3,4	57,5
	Enfermeiro	9	10,3	10,3	67,8
	Estagiária	1	1,1	1,1	69,0
	Farmacêutica	1	1,1	1,1	70,1
	Médico	4	4,6	4,6	74,7
	Psicóloga	1	1,1	1,1	75,9
	Recepcionista	3	3,4	3,4	79,3
	Técnico em Enfermagem	15	17,2	17,2	96,6
	Técnico em Saúde Bucal	3	3,4	3,4	100,0
	Total	87	100,0	100,0	

Desta forma, vê-se que participaram da pesquisa 87 (oitenta e sete) profissionais, com diversas funções, acima delineadas, tendo uma predominância de agentes comunitários de saúde, conhecedores da realidade das condições de saúde e de doença e seus tratamentos.

Q1_Entendimento					
		Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido		15	17,2	17,2	17,2
	Domiciliar	43	49,4	49,4	66,7
	Hospitalar	29	33,3	33,3	100,0
	Total	87	100,0	100,0	

Na questão número 1 (um) do questionário, referente ao entendimento do

profissional quanto aos cuidados paliativos, obteve mais respostas correspondentes à letra “A”, sendo ela, que cuidados paliativos é apenas o atendimento domiciliar, com orientação de uma equipe multidisciplinar, promovendo o tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais dos pacientes em fase terminal.

Q2_Caso1

		Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Domiciliar	4	4,6	4,6	4,6
	Hospitalar	67	77,0	77,0	81,6
	Total	16	18,4	18,4	100,0
		87	100,0	100,0	

A segunda questão traz um caso prático onde o personagem é portador de doença terminal em que os tratamentos disponíveis não permitiriam a reversão da doença. Informado, o paciente decidiu não mais se submeter a nenhum tratamento. A resposta mais adequada foi a letra “A”, na qual consta que o ideal é que o paciente fique em sua residência ao lado de seus familiares e receba a visita domiciliar de equipes de saúde multidisciplinar com monitoramento de seus sintomas de dor. Como não há tratamento disponível para a reversão do quadro patológico, o espaço hospitalar não é o mais adequado para sua permanência.

Q3_Caso2

		Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	CP_Política Pública	5	5,7	5,7	5,7
	Declaração Responsabilidade	64	73,6	73,6	79,3
	Total	18	20,7	20,7	100,0
		87	100,0	100,0	

Na questão número 3, também trazendo um caso concreto, no qual o paciente é portador de carcinoma com baixa probabilidade de reversão do quadro patológico através dos tratamentos disponíveis no atual estágio da medicina. Quando informado de sua condição clínica João Mário decidiu não se submeter a nenhum tratamento invasivo para reversão do quadro patológico. Afirma que sua decisão não está contaminada pelo impacto da notícia da gravidade de sua doença, e que pretende viver intensamente o tempo de sobrevivência com a família. A resposta mais adequada foi a letra “A” na qual seria adequado a existência de uma política pública que realizasse o acompanhamento de João Mário para avaliar a evolução da doença e prescrever medicação necessária para garantir sua qualidade de vida, especialmente dos sintomas dolorosos.

Q4_Caso3

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	7	8,0	8,0	8,0
Decisão Clínica	2	2,3	2,3	10,3
Decisão Paciente	6	6,9	6,9	17,2
Tratamento Multidisciplinar	72	82,8	82,8	100,0
Total	87	100,0	100,0	

A questão número 4 (quatro), traz mais um caso prático, no qual o paciente com carcinoma avançado e de controle irreversível, desiste de se submeter a tratamentos médicos invasivos e solicita apenas o controle das fortes dores de que é acometido. A opção mais respondida foi a letra “C”, onde a decisão do paciente deve ser considerada, depois de devidamente esclarecido, e nesse caso, a continuidade do tratamento deve ser multidisciplinar entre médicos, enfermeiros, assistente social, psicólogos entre outros profissionais.

Q5_Declaração

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	7	8,0	8,0	8,0
Decisão exclusiva Médico	10	11,5	11,5	19,5
Decisão expressa Paciente	45	51,7	51,7	71,3
Decisão conjunta	25	28,7	28,7	100,0
Total	87	100,0	100,0	

A questão número 5 (cinco) informa que a declaração expressa e consciente do paciente de que não quer se submeter a procedimentos invasivos ou de reversão como por exemplo a reanimação. Nesse caso a resposta mais adequada foi a letra “B”, na qual será considerada desde que, expressamente assinada uma declaração do paciente.

Q6_SUS

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	8	9,2	9,2	9,2
NÃO	18	20,7	20,7	29,9
SIM	61	70,1	70,1	100,0
Total	87	100,0	100,0	

A questão número 6 (seis) em seu enunciado questiona: no seu entendimento e considerando o estado atual das políticas públicas de saúde no Município de Mafra, especialmente no que se refere a pacientes com diagnóstico clínico que não permitem a reversão da doença no estágio atual da medicina, é possível afirmar? Em sua letra “A”, revela a importância do SUS na realização de atendimento através de políticas públicas especializadas. Tendo como sua resposta majoritária SIM.

Primeiramente, antes de demonstrar os dados colhidos referentes aos itens b, c e d correspondentes à questão número 6 (seis), cumpre ressaltar que, a expressão “ausente sistema” refere-se aos participantes que não escolheram àquela resposta, portanto considera-se em branco.

Em sua letra “B”, questiona: se sim, como é realizado? Conforme demonstrado abaixo, a maior incidência de respostas recaiu ao item que se refere ao tratamento de forma “ambulatorial”. Ressalta-se que em alguns questionários, os participantes da pesquisa responderam mais de uma opção.

Q6_Hospitalar

		Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1	26	29,9	100,0	100,0
Ausente	Sistema	61	70,1		
Total		87	100,0		

Q6_Domiciliar

		Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1	44	50,6	100,0	100,0
Ausente	Sistema	43	49,4		
Total		87	100,0		

Q6_Ambulatorial

		Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	1	18	20,7	100,0	100,0
Ausente	Sistema	69	79,3		
Total		87	100,0		

Em sua letra “C”, questiona-se: Se não, qual a probabilidade de implantação dos cuidados paliativos no município? Tem como maior incidência de resposta o item “prevista”. Conforme demonstra-se abaixo, ressaltamos que em alguns questionários, os participantes da pesquisa responderam mais de uma opção.

Q6_Imediata

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 1	5	5,7	100,0	100,0
Ausente Sistema	82	94,3		
Total	87	100,0		

Q6_Prevista

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 1	4	4,6	100,0	100,0
Ausente Sistema	83	95,4		
Total	87	100,0		

Q6_Médio_Prazo

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 1	6	6,9	100,0	100,0
Ausente Sistema	81	93,1		
Total	87	100,0		

Q6_Longo_Prazo

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 1	15	17,2	100,0	100,0
Ausente Sistema	72	82,8		
Total	87	100,0		

Q6_Não_Consta

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 1	16	18,4	100,0	100,0
Ausente Sistema	71	81,6		
Total	87	100,0		

Em sua letra “D” questiona-se: Quais as principais dificuldades encontradas para a sua implementação? Conforme demonstrado abaixo, teve maior incidência de resposta “aceitação por parte dos familiares”. Ressalta-se que em alguns questionários, os participantes da pesquisa responderam mais de uma opção.

Q6_Falta_Legislação

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 1	29	33,3	100,0	100,0
Ausente Sistema	58	66,7		
Total	87	100,0		

Q6_Capacitação

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 1	28	32,2	100,0	100,0
Ausente Sistema	59	67,8		
Total	87	100,0		

Q6_Dificuldades_Financeiras

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 1	42	48,3	100,0	100,0
Ausente Sistema	45	51,7		
Total	87	100,0		

Q6_Aceitação_Familiar

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 1	11	12,6	100,0	100,0
Ausente Sistema	76	87,4		
Total	87	100,0		

Desta forma, concluiu-se a pesquisa de campo, e passou à tabulação dos dados colhidos, conforme acima explanado. Pode ser consultado o questionário em sua íntegra em anexo.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da pesquisa teórica e também da pesquisa de campo, foi possível verificar que existe grande aceitação na aplicação e adesão por parte dos profissionais de saúde ao novo modelo de respeito à autonomia do paciente e a própria forma como este deve ser tratado, ou seja, sem a aplicação de métodos padronizados e dos quais o paciente não é consultado.

Destarte, verificou-se também que os cuidados paliativos estão em consonância com o ordenamento pátrio, em especial quando do estabelecimento da dignidade da pessoa humana como base estruturante do Estado brasileiro. Isto pois, a busca constante pela cura sendo substituída pela primazia da opção do alívio da dor e da

angústia com o estreitamento da vida e a dignidade da morte, garante maior autonomia aos pacientes acometidos de doenças em estado terminal, prezando pelo respeito aos direitos de personalidade.

Verificada a adequação com o ordenamento jurídico do projeto de “Cuidados Paliativos”, avaliado com a aceitabilidade dos profissionais do Município, será possível apresentar projeto à administração pública com diretrizes indicativas da viabilidade de sua execução. Em que pese a constatação através da análise de sua execução. Em que pese a constatação através dos dados de que os profissionais de saúde do município consideram a existência dos cuidados paliativos no âmbito do SUS, é evidente que tal modelo de tratamento ainda não é gerido na forma de política pública.

Assim, necessário se faz a implantação desse tratamento, como política pública no município, a fim de melhor atender as necessidades dos pacientes, bem como de treinar uma equipe multidisciplinar especificamente para atender essas necessidades.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA JUNIOR, Jesualdo Eduardo de. **Bioética**: da principiologia à ética, desafio dos limites orçamentários. 1 ed. Curitiba. Juruá, 2017.

ALVES, Natália Lima; CASAGRANDE Maria Lourdes. Aspectos éticos, legais e suas interfaces sobre o morrer. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.9, n.1, Pub.2, fevereiro 2016.

BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Letícia de Campos Velho. **A morte como ela é**: dignidade e autonomia individual no final da vida. Revista da Faculdade de Direito de Uberlândia v.38: 235 – 274. 2010.

CARVALHO, Ricardo Tavares de. et al. **Manual de cuidados paliativos**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. - Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 07. Disponível em: http://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf. Acesso em: 23 de outubro de 2018.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2001.

FRANÇA. Genival V. **Comentários ao Código de Ética Médica**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1994 in PESSINI, Leo. *Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira*. Bioética, 2004. Vol. 12. n. 1.

LEPARGNEUR, Hubert. **Bioética da eutanásia**: argumentos éticos em torno da eutanásia.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas, 2013.

OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. Terminalidade da vida em situação de morte encefálica e de doença incurável em fase terminal. **Revista Bioética**, 2005, vol. 13, n. 2.

PÊCEGO, Antônio José Franco de Souza; LIMA, Ticiane Garbellini Barbosa. **Mistanásia**: uma questão de políticas públicas, direito coletivo e cidadania. Primeiro Congresso Internacional de Direitos da Personalidade Unicesumar. Maringá/PR. 2014.

Resolução n. 1.085/2006 CFM. NUNES, Rui. Proposta sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais. **Revista Bioética**. 2009. p. 31

VIEIRA, Tereza Rodrigues. **Bioética e direito**. São Paulo: Jurídica Brasileira, 1999.

UNESCO. **Declaração universal sobre bioética e direitos humanos**. 2006. Disponível em: unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf. Acesso em: 08 de julho de 2018.

SOBRE O ORGANIZADOR

BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado de Mato Grosso (2005), com especialização na modalidade médica em Análises Clínicas e Microbiologia. Em 2006 se especializou em Educação no Instituto Araguaia de Pós graduação Pesquisa e Extensão. Obteve seu Mestrado em Biologia Celular e Molecular pelo Instituto de Ciências Biológicas (2009) e o Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (2013) da Universidade Federal de Goiás. Pós-Doutorado em Genética Molecular com concentração em Proteômica e Bioinformática. Também possui seu segundo Pós doutoramento pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde da Universidade Estadual de Goiás (2015), trabalhando com Análise Global da Genômica Funcional e aperfeiçoamento no Institute of Transfusion Medicine at the Hospital Universitätsklinikum Essen, Germany. Palestrante internacional nas áreas de inovações em saúde com experiência nas áreas de Microbiologia, Micologia Médica, Biotecnologia aplicada a Genômica, Engenharia Genética e Proteômica, Bioinformática Funcional, Biologia Molecular, Genética de microrganismos. É Sócio fundador da “Sociedade Brasileira de Ciências aplicadas à Saúde” (SBCSaúde) onde exerce o cargo de Diretor Executivo, e idealizador do projeto “Congresso Nacional Multidisciplinar da Saúde” (CoNMSaúde) realizado anualmente no centro-oeste do país. Atua como Pesquisador consultor da Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG. Coordenador do curso de Especialização em Medicina Genômica e do curso de Biotecnologia e Inovações em Saúde no Instituto Nacional de Cursos. Como pesquisador, ligado ao Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás (IPTSP-UFG), o autor tem se dedicado à medicina tropical desenvolvendo estudos na área da micologia médica com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-403-0

