

Atenção Interdisciplinar em Saúde 3

**Samuel Miranda Mattos
Kellen Alves Freire
(Organizadores)**



Atena
Editora

Ano 2019

Atenção Interdisciplinar em Saúde 3

**Samuel Miranda Mattos
Kellen Alves Freire
(Organizadores)**



Atena
Editora

Ano 2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Lorena Prestes
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

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

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
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. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobom – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
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. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª 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 Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
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. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
A864	Atenção interdisciplinar em saúde 3 [recurso eletrônico] / Organizadores Samuel Miranda Mattos, Kellen Alves Freire. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Atenção Interdisciplinar em Saúde; v. 3) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-763-5 DOI 10.22533/at.ed.635191311 1. Administração dos serviços de saúde. 2. Hospitais – Administração. I. Mattos, Samuel Miranda. II. Freire, Kellen Alves. III. Série. CDD 362.11068
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

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

APRESENTAÇÃO

Constata-se que a interdisciplinaridade profissional reflete diretamente no avanço e melhoria de atendimento na população. Dentro do campo interdisciplinar, encontramos o setor saúde, este que é composto por diversos profissionais que trabalham arduamente para a melhoria dos serviços de saúde, contribuindo na prática clínica e científica.

Acredita-se que registrar e divulgar o modo de trabalho, o conhecimento científico e relatar experiências são estratégias para o aprimoramento do avanço da humanidade.

Sendo assim, nesta coletânea “*Atenção Interdisciplinar em Saúde*”, o leitor terá a oportunidade de encontrar trabalhos de pesquisa de caráter nacional e internacionais sobre saúde, produzidos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, divididos em quatro volumes.

Destaca-se que o volume I e II tem-se predominantemente pesquisas de revisão de bibliográfica, literatura, integrativa, sistemática e estudo de caso. Já o volume III e IV, encontra-se pesquisas com diferentes desenhos de estudo. Todos os artigos trazem uma ampla visão de diferentes assuntos que transversalizam a saúde.

Acredita-se que o leitor após a leitura desta coletânea estará preparado para lidar com a diversidade de barreiras técnicos/científico no setor saúde. Por fim, convido ao leitor a realizar uma excelente leitura e uma reflexão sobre as temáticas apresentadas, AbraSUS!

Samuel Miranda Mattos

Kellen Alves Freire

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
“QUERO MORRER”: COMPORTAMENTO SUICIDA E AS POSSÍVEIS MOTIVAÇÕES	
Paula Carolina Lima de Aviz Rita do Socorro Ribeiro Quaresma Oliveira Gabriela Souza do Nascimento Fernando Sérgio Henriques Pereira Maria Selma Carvalho Frota Duarte Ana Rosa Tavares da Paixão	
DOI 10.22533/at.ed.6351913111	
CAPÍTULO 2	13
“TRILHAS DO CONHECIMENTO”: NOVOS CAMINHOS PARA A FORMAÇÃO CONTINUADA DOS SERVIDORES DA SMELJ/CURITIBA	
Carla Cristina Tagliari Juliano Passoni Thiago Antonio Soares Pinto	
DOI 10.22533/at.ed.6351913112	
CAPÍTULO 3	18
1ª JORNADA MATOGROSSENSE DE SAÚDE: UMA BUSCA PELA UNIÃO DAS DIVERSAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE	
Audrey Moura Mota-Gerônimo Isabel Comassetto Heloisa Maria Pierro Cassiolato Raiane Jordan da Silva Araújo Bruna Paesano Grellmann Daniela de Oliveira Soares Rafaela Aparecida Nolasco	
DOI 10.22533/at.ed.6351913113	
CAPÍTULO 4	29
ADOCIMENTO CRÔNICO NÃO TRANSMISSÍVEL E OS IMPACTOS À SAÚDE DE HOMENS	
Anderson Reis de Sousa Álvaro Pereira Jules Ramon Mateus Vieira Soares Ricardo Souza Evangelista Sant'Ana Roquenei da Purificação Rodrigues Thiago da Silva Santana Francieli Aparecida de Oliveira Thaciane Alves Mota	
DOI 10.22533/at.ed.6351913114	
CAPÍTULO 5	46
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF) NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL: MODELO DE INTERVENÇÃO PARA O APRIMORAMENTO DA ABORDAGEM E AVALIAÇÃO EM SAÚDE	
Karoleen Oswald Scharan Rafaella Stradiotto Bernardelli	

CAPÍTULO 6 59

DESAFIOS NA CORRESPONSABILIZAÇÃO ASSISTENCIAL PERANTE OS SERVIÇOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Letícia Flores Trindade
Juliedy Waldow Kupske
Kátrin Isabeli Dreschler Corrêa
Laura Silva Rubin
Luan Carlos da Silva Walker
Janice de Fatima Pavan Zanella
Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

DOI 10.22533/at.ed.6351913116

CAPÍTULO 7 69

EFEITOS DA AURICULOTERAPIA E PONTOS SISTÊMICOS DE ACUPUNTURA EM PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE

Magda Fabiana Dantas da Costa
Viviane Peixoto dos Santos Pennafort
Jone Bezerra Lopes Júnior
Mário Felipe Nobrega Soares

DOI 10.22533/at.ed.6351913117

CAPÍTULO 8 78

ENFERMAGEM NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL DE GESTANTES: ORIENTAÇÃO QUANTO AO CUIDADO ORAL DA MÃE E DO BEBÊ

Francisco Cezanildo Silva Benedito
Cácia Aline Costa Santos
Davide Carlos Joaquim
Juliana Costa Rodrigues
Gabriela Silva Cruz
Ana Karine Rocha de Melo Leite
Gabriela Soares Santana
Eduardo da Cunha Queiroz
Karlos Eduardo Rodrigues Lima
Francisco Gleuberson Oliveira da Silva
Cosmo Helder Ferreira da Silva
Ana Caroline Rocha de Melo Leite

DOI 10.22533/at.ed.6351913118

CAPÍTULO 9 90

ERVA-MATE: ALIMENTO REGIONAL COM POTENCIAL ANTIOXIDANTE

Cintia Cassia Tonieto Gris
Elonio Galvão Frota
Bruna Krieger Vargas
Telma Elita Bertolin

DOI 10.22533/at.ed.6351913119

CAPÍTULO 10 95

ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO NUTRICIONAL NO BAIRRO SANTA ISABEL EM CUIABÁ, MT

Fernanda Queiroz Aratani

Ilana Falcão de Arruda

DOI 10.22533/at.ed.63519131110

CAPÍTULO 11 97

EXPERIÊNCIA DE GRADUANDOS EM ENFERMAGEM COM O ENSINO DO CUIDADO COM ESTOMIAS MEDIADO POR APLICATIVO

Priscila Ravene Carvalho Oliveira

Ana Karoline Lima de Oliveira

William Caracas Moreira

Leticia Gonçalves Paulo

Patrícia Regina Evangelista de Lima

Zeila Ribeiro Braz

Laryssa Lyssia Matildes Rodrigues

David de Sousa Carvalho

Izadora de Sousa Neves

Francisco Gerlai Lima Oliveira

Denilton Alberto de Sousa Júnior

Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos

DOI 10.22533/at.ed.63519131111

CAPÍTULO 12 106

FORMAÇÃO PARA A TRANSFORMAÇÃO: PRÁTICA COLABORATIVA E INTERDISCIPLINAR

Maria Angela Conceição Martins

Lúcia Stela Pessanha Lopes de Souza

Maria Aparecida das Graças Correa Milhomem

DOI 10.22533/at.ed.63519131112

CAPÍTULO 13 116

IDENTIFICAÇÃO DE VARIAÇÕES ANATÔMICAS NAS ARTÉRIAS RENAIIS E SUAS REPERCUSSÕES CLÍNICAS-CIRÚRGICAS

Bruno José Santos Lima

Matheus Souza Nogueira

Juciele Valéria Ribeiro de Oliveira

Leonardo Santos Melo

Maylla Fontes Sandes

Angela Santos Lima

Rodolfo Kalil de Novaes Santos

Antônio Vinícius Pimentel Lima

Catharina Garcia de Oliveira

Débora Silva Pereira

Ana Isabel Machado de Freitas

Gabriel Dantas Lopes

DOI 10.22533/at.ed.63519131113

CAPÍTULO 14 124

IDOSOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CARACTERIZAÇÃO E RISCO DE QUEDA

Andressa Peripolli Rodrigues
Sandra Maria de Mello Cardoso
Lucimara Sonaglio Rocha
Margot Agathe Seiffert
Mariéli Terezinha Krampe Machado
Neiva Claudete Brondani Machado
Rita Fernanda Monteiro Fernandes
Elizabeth Marta Krebs
Edennis Alexandre Barbosa de Moraes
Márcia Beatriz do Carmo Gaita

DOI 10.22533/at.ed.63519131114

CAPÍTULO 15 134

O DESAFIO DA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO COM PACIENTES EM PROCESSO DE FINITUDE: A PERCEPÇÃO DO CUIDADOR FAMILIAR

Lorrany de Cássia de Souza e Silva
Marisa Elenice Silva Lima

DOI 10.22533/at.ed.63519131115

CAPÍTULO 16 146

PERCEPÇÃO DE MULHERES NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO

Mayrla Diniz Bezerra
Viviane Peixoto dos Santos Pennafort
Andréia Weissheimer
Paulo Henrique Soares da Silva
Larissa Rodrigues de Freitas
Francisca Alice Cunha Rodrigues
Samira Valentim Gama Lira
Albertina Antonielly Sydney de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.63519131116

CAPÍTULO 17 157

PRÁTICA EDUCATIVA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM DIABETES

Sally Cristina Moutinho Monteiro
Roberta Camila Bezerra Lima Carneiro
Ilka Kassandra Pereira Belfort
Luciana Branco da Motta
Paulo Marcondes Carvalho Junior

DOI 10.22533/at.ed.63519131117

CAPÍTULO 18 171

PRIMEIRAS EXPERIÊNCIAS COM AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E MOTIVOS QUE LEVARAM AO USO: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS

Mitieli Vizcaychipi Disconzi
Annie Jeanninne Bisso Lacchini
Cíntia Nasi

DOI 10.22533/at.ed.63519131118

CAPÍTULO 19	183
PRIMEIROS SOCORROS NAS ESCOLAS: EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PROFESSORES	
Valéria de Albuquerque Sousa	
Fernanda Nascimento Silva	
Gerdane Celene Nunes Carvalho	
Ana Letícia Nunes Rodrigues	
Adenilde Maria Coelho Soares da Silva	
Ancelmo Jorge Soares da Silva	
Izabella Neiva de Albuquerque Sousa	
Joaline Barroso Portela Leal	
Laise Maria Formiga Moura Barroso	
Mariluska Macedo Lobo de Deus Oliveira	
Nadjane Bezerra de Sousa	
Roseane Luz Moura	
DOI 10.22533/at.ed.63519131119	
CAPÍTULO 20	189
PRIMEIROS SOCORROS: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE DOCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL-PR	
Renata Jacobovski	
Franciele Foschiera Camboin	
Edson Antônio Alves da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.63519131120	
CAPÍTULO 21	201
SOFRIMENTO PSÍQUICO EM MULHERES NO PUERPÉRIO	
Ilza Iris dos Santos	
Maria Alyne Lima dos Santos	
Monaliza Jéssica do Vale Sousa	
Juce Ally Lopes de Melo	
Bruna Gabriela de Souza Carvalho Rocha	
Cristina Virgínia Oliveira Carlos	
DOI 10.22533/at.ed.63519131121	
CAPÍTULO 22	214
TRANSIÇÃO DE UNIVERSITÁRIOS PARA O MERCADO DE TRABALHO: EXPECTATIVAS DE GRADUANDOS DA ÁREA DE SAÚDE	
Leonardo Borges Magalhães	
Gisélia Gonçalves de Castro	
Scheilla de Castro Reis e Silva	
Arlindo Gonçalves Reis Junior	
Tassiana Algarte Fernandes	
Tacyana Silva Peres	
DOI 10.22533/at.ed.63519131122	
CAPÍTULO 23	227
UM OLHAR SOBRE A ASSISTÊNCIA DE SAÚDE AS CRIANÇAS SURDAS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE	
Alexandra Ferreira Gouvêa Martins	
Diana Negrão Cavalcanti	
DOI 10.22533/at.ed.63519131123	

CAPÍTULO 24 235

USO E PRESCRIÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS PARA O TRATAMENTO DE DOENÇAS DO TRATO RESPIRATÓRIO: O OLHAR DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Ana Paula da Fonseca Arcoverde Cabral de Mello
Gabriel Soares da Costa
Ravi Marinho dos Santos
Taís Helena Gouveia Rodrigues
Ívina Albuquerque da Silva
Palloma Emanuelle Dornelas de Melo

DOI 10.22533/at.ed.63519131124

CAPÍTULO 25 243

UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS LEVES EM INTERVENÇÕES EDUCATIVAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE GESTANTES

Bárbara Gomes Santos Silva
Brenda Moreira Loiola
Camila Carvalho do Santos
Erielton Gomes da Silva
Francisco Gerlai Lima Oliveira
Laiara de Alencar Oliveira
Manoel Renan de Sousa Carvalho
Maria Karolayne de Araújo Pereira
Priscilla Castro Martins
Suzy Ellen de Sousa Caminha
Vitória Eduarda Silva Rodrigues
Nády dos Santos Moura

DOI 10.22533/at.ed.63519131125

CAPÍTULO 26 249

VALIDAÇÃO DO INVENTÁRIO DE FRASES NO DIAGNÓSTICO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA ADOLESCENTES GESTANTES

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo
Dora Mariela Salcedo-Barrientos
Paula Orchiucci Miura

DOI 10.22533/at.ed.63519131126

CAPÍTULO 27 259

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE, MATO GROSSO DO SUL

Franciele Jaqueline Rieth
Vânia Paula Stolte Rodrigues
Bruno do Nascimento Medeiros

DOI 10.22533/at.ed.63519131127

CAPÍTULO 28 268

AS COMPETÊNCIAS E OS DESAFIOS DA GESTÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Leyla Gerlane de Oliveira Adriano
Dheyli Wilma Ramos Silva
Nelciane de Sousa Fernandes
Joyceleyde de Sousa Vasconcelos

Joana Célia ferreira Moura
Raniela Borges Sinimbu
DOI 10.22533/at.ed.63519131128

SOBRE OS ORGANIZADORES.....	277
ÍNDICE REMISSIVO	278

O DESAFIO DA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO COM PACIENTES EM PROCESSO DE FINITUDE: A PERCEPÇÃO DO CUIDADOR FAMILIAR

Lorrany de Cássia de Souza e Silva

Universidade Federal do Pará – UFPA, Serviço Social, Belém – PA.

Marisa Elenice Silva Lima

Universidade Federal do Pará – UFPA, Serviço Social, Belém – PA.

RESUMO: O presente estudo identificou, através do discurso dos cuidadores de pacientes internados em uma Clínica de Cuidados Paliativos de um Hospital de referência em Oncologia, Belém – PA, se a humanização do cuidado neste local encontra-se de acordo com o estabelecido pela Política Nacional de Humanização – PNH. Constitui-se em um estudo exploratório de metodologia qualitativa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas, analisadas com base na análise de conteúdo, proposta por Bardin. A pesquisa traz como discussão, através das categorias, a importância do atendimento diário da equipe multiprofissional, mesmo diante da falta de preparo de alguns profissionais, e do acolhimento realizado por eles; o entendimento do conceito de humanização e, dentro disso, se o espaço é considerado humanizado ou não, destacando o que precisa ser melhorado e sobre o respeito à autonomia do paciente, comprovando que ainda existem grandes falhas, de acordo com o olhar do cuidador.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização do cuidado. Cuidados Paliativos. Equipe multiprofissional.

THE CHALLENGE OF HUMANIZATION OF CARE FOR FINITUDE PATIENTS: THE PERCEPTION OF FAMILY CAREERS

ABSTRACT: The present study identified, through the discourse of the caregivers of patients hospitalized in a Palliative Care Clinic of a Hospital of reference in Oncology, Belém - PA, if the humanization of the care in this place is in accordance with the established by the National Policy of Humanization - PNH. It is an exploratory study of qualitative methodology. Semi-structured, recorded and transcribed interviews were carried out, analyzed based on the content analysis, proposed by Bardin. The research brings as a discussion, through the categories, the importance of the daily attendance of the multiprofessional team, even in the face of the lack of preparation of some professionals, and the reception performed by them; the understanding of the concept of humanization and, within that, whether space is considered humanized or not, highlighting what needs to be improved and respect for patient autonomy, proving that there are still major flaws, according to the caregiver's gaze.

KEYWORDS: Humanization of care. Palliative care. Multiprofessional team.

1 | INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta uma discussão sobre o processo de humanização em cuidados paliativos, correspondendo a uma nova perspectiva de trabalho, baseada na solidariedade, sensibilidade, amor e respeito, tendo como objetivo identificar, através do discurso dos cuidadores de pacientes internados em uma Clínica de Cuidados Paliativos de um Hospital de referência em Oncologia, Belém – PA, se a humanização do cuidado neste local encontra-se de acordo com o estabelecido pela Política Nacional de Humanização – PNH.

Os cuidados paliativos são uma abordagem que objetiva a melhoria na qualidade de vida do paciente e seus familiares diante de uma doença que ameaça a vida, através da prevenção e alívio de sofrimento, por meio da identificação precoce e avaliação impecável, tratamento de dor e outros problemas físicos, psicológicos e espirituais (OMS, 2002).

Entre seus princípios está a abordagem multiprofissional, a qual se torna importante, uma vez que os problemas do paciente e família envolvem múltiplos aspectos, sendo relevante observá-los sob diferentes óticas, com o intuito de se alcançar um cuidado uniforme, através de estabelecimento e metas em comum, objetivando promover o cuidado integral e humanizado juntamente com a dignidade no processo de finitude (ANDRADE, 2015).

Porém, atualmente, ainda se nota, na prática, a falta de preparo dos profissionais em lidar com pacientes em processo de finitude, onde muitos acabam por recorrer à racionalização, através de um agir mecânico. Deste modo, a humanização se torna um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança (MARTINS, 2001).

Por isso, surge a necessidade de políticas e programas voltados à humanização, deste modo, a Política Nacional de Humanização – PNH, criada em 2003, representa uma importante contribuição para avançar no debate acerca da importância do investimento em políticas, práticas e serviços de saúde.

Portanto, falar sobre humanização é uma tarefa árdua, mas que se faz necessária, por isso a importância deste estudo, uma vez que pressupõe considerar a individualidade, o respeito, a dignidade e a empatia ao ser, destacando-se, também, a presença solidária do profissional, sendo sensível a situação do outro, tentando estabelecer sempre uma relação de confiança com o paciente e/ou familiar (PESSINI; BERTACHINI, 2014).

2 | METODOLOGIA

Estudo de caráter exploratório, com abordagem qualitativa, caracterizada pelo fato de o problema ser delimitado aos poucos, de o pesquisador ser tido como

participante do conhecimento que está sendo produzido na relação com o sujeito (CHIZOTII, 1991 apud ESSLINGER, 2014).

Os participantes da pesquisa constituíram-se de 10 cuidadores de pacientes internados na Clínica de Cuidados Paliativos Oncológicos de um hospital de referência em Belém - PA, de ambos os sexos. Os critérios de inclusão foram: ser maior de 18 anos; ser o cuidador principal do paciente; e ser cuidador de pacientes internados há, pelo menos, uma semana na clínica, para uma melhor análise sobre o atendimento da equipe multiprofissional junto ao paciente e/ou familiar.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com roteiro elaborado pela própria pesquisadora. A coleta de dados ocorreu no período de Junho à Agosto de 2016, acontecendo nas próprias enfermarias da clínica. Diante da autorização dos participantes, as entrevistas foram gravadas, pela própria pesquisadora, a fim de facilitar as transcrições, contribuindo para uma análise dos dados mais eficaz.

Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Diante disso, no primeiro momento foram organizadas as entrevistas, depois de transcritas, fazendo uma leitura geral de todos os dados coletados para uma maior aproximação e conhecimento do que foi relatado pelos cuidadores.

Posteriormente, ocorreu o recorte das falas, possibilitando destacar as palavras-chaves, ou seja, palavras que mais se repetiam nos discursos, facilitando a construção das principais categorias ressaltadas no estudo e, após a categorização, foi realizada a análise e tratamento dos resultados, embasando-se em autores que tratam dos temas discutidos, permitindo a inferência e interpretação dos resultados.

Por se tratar de um estudo com seres humanos, a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Ophir Loyola/HOL. Os participantes foram convidados a participar da pesquisa mediante esclarecimentos dos objetivos e seu consentimento definido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que define a pesquisa com seres humanos, conforme a resolução 466/2012. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegurando a privacidade dos mesmos e garantindo o sigilo dos dados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 10 participantes, três eram do sexo masculino e sete do sexo feminino, com idade entre 20 a 50 anos. Levando em consideração os aspectos mais discutidos pelos cuidadores entrevistados, tem-se 04 categorias, a seguir:

O atendimento diário da equipe multiprofissional

O trabalho em cuidados paliativos é integrado e multidisciplinar, realizado por uma equipe composta por diferentes profissionais. Só assim, através de um trabalho em equipe, o cuidado se torna holístico e total, abrangendo todas as dimensões vividas

pelo paciente: física, social, psicológica, espiritual, entre outras. Destaca-se, então a importância do atendimento diário dessa equipe junto ao paciente e/ou familiar.

Essa importância do trabalho em equipe, no sentido de partilhar conhecimentos próprios de cada especificidade profissional fica clara nas falas dos participantes, ao analisarem como se dá tal atendimento diariamente:

[...] esse atendimento, tá sendo muito importante, não só pra mim, mas principalmente pro meu pai, pra família toda, porque através dessa equipe eu tive orientação... (Entrevistado P01).

A equipe se dedica, a gente vê isso, né, passam visita todos os dias, sai um, vem outro. É bom, né?! (Entrevistado P02).

A partir desse atendimento, os profissionais da equipe são comparados com “anjos”, com pessoas do bem, colocados no caminho daquele paciente para proporcionar mais conforto e menos dor:

Eu acho bom, acho eficaz (o atendimento). Eles são tipo anjos que caíram na vida da minha mãe, e na nossa também, né. Acho que tá no caminho certo... (Entrevistado P03).

São anjos, eles... são anjos, do bem... (Entrevistado P04).

É direito de todos ter o melhor atendimento possível; é direito de todos cuidar e ser cuidado integralmente, tornando-se relevante a valorização do paciente e de sua família, através de uma atitude profissional que supere sua habilidade técnica e o conhecimento científico, predominando sua forma de agir como pessoa, sendo sensível e solidário a dor do outro (PESSINI; BERTACHINI, 2014). Dessa maneira, um outro aspecto evidente relacionado ao atendimento da equipe multiprofissional é a preocupação não somente com o paciente, mas também com a família, com quem está cuidando:

Elas fazem isso não só pensando na equipe, mas se preocupam não só com o doente, mas com a gente, familiar. Isso é importante. Importante mesmo (Entrevistado P01).
Porque eles tratam bem ela, tratam bem a gente, e se importam com a gente (Entrevistado P03).

A ideia de uma abordagem multidisciplinar é muito importante para os cuidados paliativos, pois demonstra que nenhuma pessoa tem todas as respostas corretas para o enfrentamento de uma determinada situação, destacando a significância do trabalho coletivo, permitindo a sinergia de habilidades para assegurar o melhor cuidado, bem como um olhar para os problemas do paciente ou da família, não somente sob uma única perspectiva (PESSINI; BERTACHINI, 2014).

Em contrapartida, em algumas falas dos participantes, não tão recorrentes, mas que se faz importante atentar-se pra tal fato, ficou evidente o estresse diário de alguns profissionais, a impaciência, o que acaba interferindo na qualidade do atendimento ao paciente e/ou familiar.

Assim, tem dias que a gente vê que eles (os profissionais) estão estressados, acho que é muito trabalho, né? (Entrevistado P08).

[...] a gente tem que ter um tratamento melhor, com paciência, sem tanto estresse, até porque o psicológico não tá legal, a gente vem pra cá pra cuidar do paciente, mas eles tem que ver que a gente deixou problemas dentro de casa, crianças, mãe. Querendo ou não a gente tem uma rotina, então quando a gente vem pra cá, a gente já vem abalado, né, então não é fácil... ficar no hospital, o paciente também não gosta, porque nada que o conforto da gente, né (Entrevistado P06).

Os relatos corroboram com o que argumenta Kovács (2010), ao dizer que o profissional de saúde, em seu cotidiano, lida com situações de sofrimento e dor, tendo a morte como elemento constante e presente. Sua dificuldade para lidar com problemas durante a convivência diária junto a pacientes, familiares e colegas tem contribuído para gerar situações de estresse de difícil resolução. O sentimento gerado por estas situações, muitas vezes, se traduz em impotência, frustração e revolta.

O profissional de saúde, em contato com diversos aspectos vividos pelos pacientes e/ou familiares no momento que se aproxima a morte, tem conflitos sobre como se posicionar diante do sofrimento e dor, que nem sempre pode aliviar, tendo também que elaborar perdas de pacientes, principalmente daqueles com quem forma vínculos mais intensos. Esse convívio com a dor, perda e morte traz a esse profissional a vivência de seus processos internos, de sua fragilidade, sua vulnerabilidade, seus medos, que nem sempre tem espaço de compartilhamento (KOVÁCS, 2008).

Portanto, dentro da perspectiva do cuidado em saúde, especialmente em cuidados paliativos, é fundamental que toda a equipe tenha a habilidade do cuidar, a qual, só se adquire essa habilidade quando se cuida e, cada vez mais, esse profissional irá descobrir novas maneiras de cuidar e, com certeza, esse despertar do fazer sempre o melhor, promoverá a competência desse profissional.

Acolher para humanizar

Acolher significa dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir (FERREIRA, 1975 apud MARANHO, 2015). Além disso, o acolhimento com ato ou efeito de acolher, expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um 'estar com' e um 'estar perto de', ou seja, uma atitude de inclusão (BRASIL, 2010).

O acolhimento, segundo Trindade (2010), não é um local, nem um espaço, mas uma postura ética; não exige hora ou profissional, implica saberes, escutar angústias, procurar solucioná-las, tomando para si a responsabilidade de abraçar o usuário em resolubilidade. Diante do exposto, nota-se a presença constante, nos relatos, do ato de acolher.

E eu vejo, não vejo só isso, como também sinto o aconchego, o acolhimento, feito por essa equipe, eles 'tiram' os meus medos, é sim (Entrevistado P01).

Alguns profissionais escutam a gente, prestam atenção nas nossas vontades. Isso é importante, muito importante. A gente se sente importante, acolhido. O sofrimento é muito grande, e os profissionais, a equipe, conseguem amenizar a nossa dor (Entrevistado P08).

Diante disso, fica evidente que paciente e/ou familiares esperam, no mínimo, ser bem atendido, sendo acolhidos de forma humanizada e integral pela equipe multiprofissional, e que se importe com seus problemas, com o intuito de tentar, ao menos, esclarecer suas dúvidas, compreender seus medos, angústias e incertezas, dando-lhe apoio e atenção permanente.

Desta forma, o acolhimento, sendo considerado uma diretriz da PNH, constitui-se em uma postura ética, implicando escuta das queixas dos usuários de saúde, reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde/doença e responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes.

Nesse contexto, há a relação, também, do “cuidar como se fosse da família” como forma de se sentir acolhido, da questão do apego, do sofrer junto com o paciente, de tomar as dores para si. Aqui, observa-se o verdadeiro sentido de ser solidário, aspecto importante nesse processo de humanização do cuidado.

Como eu falei pra senhora, né, eles se importam tanto com a gente, como se fosse da família, como se eles tivessem dentro do problema. Eles chegam assim... “olha ela tá com dor, vamos ver uma solução, um remédio”, dá alguma coisa pra ela, pra aliviar. Acho interessante, sabe? Eles são seres humanos, né, talvez já passaram, já sentiram isso. Até aquele profissional mais difícil de lidar, porque a gente sabe que tem, né, tem sim. Mas eles tão juntos no mesmo barco com a gente, eles sofrem junto com a gente. Sofre, sofre com certeza (Entrevistado P03).

O diferencial da equipe de cuidados paliativos é a abordagem com paciente e família, priorizando a escuta e o acolhimento, atentando-se sempre as suas necessidades, tendo como perspectiva que, atendê-los é preciso conhece-los. O acolhimento, então, funciona como uma das bases para a humanização, a fim de possibilitar resolutividade, vínculo e responsabilização entre trabalhadores de saúde e usuários, contribuindo na democratização e na melhoria da qualidade da assistência prestada (BECK; MINUZI, 2008).

Portanto, o acolhimento, considerado como um processo a ser desenvolvido antes, durante e após o atendimento, deve ser realizado por todos os profissionais, sendo que cada um desses contribuirá positivamente para o desenvolvimento dessa ferramenta assistencial e humanizada. O usuário que recebe assistência integral e multiprofissional adequada é capaz de alcançar resolutividade e manter uma postura autônoma diante da promoção de sua saúde (SCHIMITH, 2004 apud TRINDADE, 2010).

Desvelando o significado de humanização

O termo “humanização” suscita no ambiente hospitalar diversos entendimentos e, com eles, a multiplicidade do seu real significado. Diante disso, nota-se, um certo desconhecimento do conceito de humanização pelos participantes: alguns referiram nunca ter ouvido falar, e os que ouviram, não sabiam, ou não conseguiram, explicar o que seria. Contudo, pelas falas, fica evidente que, automaticamente, os participantes direcionavam o conceito para o sentido de ter humanidade, de cuidar com amor, de ser humilde.

Olha, eu não tenho conhecimento, né? Não sei muito bem, mas acho que tá ligado a humanidade, é? (Entrevistado P01).

Mais ou menos. [...] não sei explicar direito, mas acho que é cuidar com amor (Entrevistado P05).

Desta forma, compreende-se que, mesmo àqueles que diziam desconhecer o conceito de humanização, têm noção de que humanizar o cuidado é legitimar o humano das pessoas envolvidas, é ser solidário, ser sensível ao sofrimento e angústia do outro. É, sim, cuidar com amor. A humanização dá o direito aos envolvidos a ter uma assistência médica de qualidade, direito a cuidados respeitosos e carinhosos, direito do doente saber sobre a realidade vivida, e, a partir disso, direito de decidir sobre sua vida e seu tratamento.

Por isso, fica evidente, também, a ligação, feita por eles, da humanização com saber falar, saber ouvir, destacando a importância da comunicação franca entre equipe e paciente/familiares. Sem comunicação não há humanização e, esta, depende de nossa capacidade de falar e ouvir, do diálogo com nossos semelhantes.

Então, no meu ver, eu acho que quando a pessoa vem pra cá ela tem que ter um carinho, né, especial, um atendimento... que te atenda mesmo, não que seja apressado, porque a gente tem muita coisa pra dizer, algumas coisas que aparecem, sem querer, é novidade pra gente, porque a gente, como a médica mesmo diz, é uma caixinha de surpresa, todo dia é uma surpresa diferente [...]. Então pra gente é tudo novo, né. Ai pra mim eu entendo assim que a pessoa tem que ser humano mesmo [...] Então se, se o doutor não tiver, digamos assim, criar um vínculo de amizade, de respeito, compreensão, não funciona. Às vezes o paciente quer conversar, o paciente tá debilitado emocionalmente e eles têm que tá disponível pra escutar né?! (Entrevistado P06).

A PNH traz, no seu conceito sobre humanizar, a garantia de acesso às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, e isso fica bastante evidente quando é trazido pelos participantes a questão da comunicação franca, onde se nota a preocupação no repasse das informações concisas e verdadeiras.

Diante disso, a pesquisadora esclarece o conceito de humanização, afirmando que está ligado, diretamente, ao sentido de humanidade, como mencionado por alguns, sendo sensível e solidário com o outro, estabelecendo vínculos de confiança

entre os profissionais e o paciente, assim como seus familiares e amigos. É saber comunicar-se, saber ouvir. A partir disso, foi possível saber o que pensam em relação ao atendimento na clínica, se o serviço é humanizado ou não.

Tem. No meu entender é humanizado, sim. Porque, porque eu vejo isso não só com meu pai, né, mas com as outras pessoas que já passaram por aqui, outras famílias que já foram acolhidas por essa mesma equipe (Entrevistado P01).

O pressuposto subjacente a todo o processo de atendimento humanizado é, antes de tudo, facilitar que a pessoa fragilizada enfrente positivamente os seus desafios (PESSINI; BERTACHINI, 2014), o que, pelas falas, já vem sendo posto em prática, mesmo que minimamente. É reconhecido o esforço da equipe no tratar as pessoas respeitando suas necessidades intrínsecas.

Entretanto, cada profissional é um ser único, vivendo, e encarando, momentos de formas diferentes, por isso, cada um tem a oferecer um significado, também, diferente. Isso contribui no entendimento de que para uns se torna mais fácil lidar com o sofrimento, com a dor do outro, do que para outros, o que acaba interferindo nessa humanização do cuidado. Isso fica claro ao surgir, relatos de que, mesmo estando no caminho certo, ainda falta melhorar. Melhorar as relações, melhorar o atendimento, melhorar a forma de cuidar.

Digamos que 50 %. De 100, 50% só. A gente vê que precisa ser melhorado muita coisa. Muita coisa... precisa. Tem pessoas aqui que não nasceram pra isso, pra essa coisa de saúde, a gente vê. Então por que tá aqui, né? (Entrevistado P10).

Ainda não. Precisa muito melhorar ainda. Precisa muito (Entrevistado P06).

Bertinelli, Waskievicz e Erdman (2014) retratam as limitações nesse cotidiano e, segundo eles, o conhecimento das potencialidades e limitações, como profissional e como pessoa também, diante da complexidade da ação cuidadora é fundamental. Esses limites precisam ser superados; é preciso a cada dia, tentar construir sua identidade, sobre a “missão” de cuidar do outro, onde essa “missão” se completa na satisfação do desempenho profissional e na busca incessante do resgate da dignidade e do valor da vida.

Por isso, o maior desafio dos profissionais é cuidar do ser humano na sua totalidade, através do exercício da ação preferencial em relação a sua dor e seu sofrimento em todas as dimensões, com competência tecnocientífica e humana e com um olhar sensível (BERTTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMAN, 2014).

Respeitando a autonomia do paciente

A humanização do cuidado em saúde requer um processo reflexivo acerca dos princípios e valores bioéticos – autonomia, beneficência, não-maleficência e a justiça –, os quais orientam as práticas profissionais. Além do tratamento digno, solidário e

acolhedor por parte da equipe de saúde, a Política de Humanização pressupõe uma postura ética, que permeie todas as ações dos profissionais da saúde.

O princípio da autonomia, desta forma, é um dos aspectos fundamentais para que se possa agir com respeito junto ao paciente e/ou seus familiares, sendo entendida como a capacidade inerente ao homem elaborar leis para si mesmo, de agir de acordo com sua própria vontade, a partir de escolhas ao alcance pessoal, diante de objetivos por ele estabelecidos, sem restrições internas ou externas (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Diante disso, considera-se importante analisar se os desejos, vontades e pedidos dos pacientes são atendidos como forma de manter sua autonomia, e conseqüentemente de manter um atendimento humanizado, mesmo diante de uma doença que ameace a vida.

Se fazem as vontades dele? Quando dá, né?! Quando ele quer ver alguém da família, a netinha, eles pensam, pensam ai liberam. Tem uns que são mais difíceis de entender, mas acabam se sensibilizando. Quando ele queria sentir o gosto da comida, porque ele já não consegue se alimentar direito, ai eles vieram e fizeram o desejo dele (Entrevistado P01).

Olha, eu acho que sim. Às vezes ela sente vontade de comer alguma coisa assim diferente, ai a nutricionista vem, conversa, se der ela libera, faz o possível, né. Às vezes ela acorda meio “zangada”, não quer tomar banho, não quer nada, só quer ficar deitada, ai a gente tenta não ficar insistindo (Entrevistado 08).

Percebe-se que, na medida do possível, a autonomia do paciente é respeitada, e quando as suas vontades não são atendidas é entendida, pelos entrevistados, como forma de não lhe trazer malefícios.

Sabe-se que uma das dificuldades em valorizar a autonomia do paciente em cuidados paliativos é o fato deste, frequentemente, não estar em condições de deliberar e decidir, principalmente por não estar mais orientado e contactuante, além daqueles em sedação paliativa. Isso fica evidente nas falas dos participantes, os quais relataram não ser possível exercer essa autonomia devido ao prognóstico do paciente.

Ela não fala mais, né? Não anda, fica assim, desse jeito sempre (olha para paciente e se emociona), então não tem muitas exigências, mas eles fazem tudo com muito cuidado. Às vezes a gente percebe pelo olhar dela que ela não tá gostando de alguma coisa, ai eles param, é assim... (Entrevistado P02).

Diante dessa situação, é importante a valorização da opinião dos familiares nas decisões sobre o paciente, quando este não se encontra mais em condições de expor suas vontades, pois, os pacientes podem ter sua capacidade de compreensão ameaçada ou diminuída em decorrência de estados de humor como ansiedade e depressão, rebaixamento de nível de consciência, comprometimento cognitivo, sensorial ou pela própria dor, e é nesse momento que a participação da família passa a ser maior (ABREU; FORTES, 2014).

Por isso, um dos grandes desafios na humanização é como promover a autonomia das pessoas quando a doença física ou mental gera situações de dependência, e também quando a terapia e o bom andamento do hospital parecem requerer certos procedimentos ou uma determinada disciplina por parte tanto dos pacientes quanto dos profissionais que acabam por limitar liberdades pessoais (MARTIN, 2014).

Neste caso, a rotina hospitalar também se torna um fator que dificulta o respeito às vontades e desejos do paciente, pois certas regras e normas institucionais devem ser seguidas diariamente. O caso do banho no leito, por exemplo, existe uma divisão entre os profissionais responsáveis por tal ato, com horários pré-estabelecidos. Porém, nem sempre o paciente estará disposto ou com vontade de fazer a higiene naquele horário estabelecido pelos profissionais, e, quando contrariado, poderá gerar estresse e irritação ao doente.

Isto fica claro ao deparar-se com falas retratando esta realidade, onde o paciente não deseja tomar o seu banho no horário pré-estabelecido, mas que às vezes é contrariado devido toda a rotina da clínica.

Ela ainda tá consciente, então ela pede muita coisa, e às vezes “não dão ouvidos” pro que ela tá pedindo. Sobre o banho, por exemplo, tem dias que não quer naquele horário, e também ela gosta que lave sempre o cabelo dela aí ficam questionando, “ah, porque ela quer lavar o cabelo dela todo dia”, e eu criei esse hábito junto com ela [...] (Entrevistado P06).

Às vezes chega a comida, que a gente sabe que é no mesmo horário sempre, mas tem dias que ela não quer comer aquele horário, ou tá dormindo, e a gente não quer acordar, a comida fica fria, gelada, e quem é que gosta de comida gelada? Mas a gente sabe, né, que já é regra do hospital, mas é difícil... (Entrevistado P10).

Uma doença grave que necessita internação, pode deixar a pessoa prostrada, limitando a liberdade de se locomover, de tomar banho sozinha, de usar o banheiro. Essas pequenas liberdades de repente somem, criando dependência, muitas vezes humilhante, para quem está acostumado a cuidar de si mesmo. E, só essa perda de liberdade física já pode ser traumatizante, mas quando somada à perda de outros espaços de liberdade, devido a decisões tomadas por outros, a pessoa pode se sentir diminuída na sua dignidade (MARTIN, 2014).

A autonomia é, diante disso, um conceito psicossocial que inspira um princípio jurídico, norteador de regras que visam harmonizar e respeitar as esferas de atuação de muitas pessoas supostamente autônomas que devem ser responsáveis por suas próprias decisões e respeitar também a autonomia dos demais, além de enfatizar que devem ser tomadas medidas especiais para proteger, também, direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer o direito à autonomia (PESSINI, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados obtidos no decurso deste estudo confirmou uma distinção entre as respostas existentes e as desejáveis, ou seja, mesmo que os

resultados tenham sido considerados satisfatórios, comprovou-se que ainda existem grandes falhas, de acordo com o olhar do cuidador.

Mesmo a PNH sendo um importante instrumento que visa subsidiar as ações em saúde, enfatizando aspectos como valorização da autonomia, protagonismo dos sujeitos, solidariedade dos vínculos estabelecidos, ambiência, entre outros, pouco tem se dado importância a esta política. Fala-se tanto em humanização, mas ainda se desconhece sobre a Política de Humanização, sobre seus parâmetros, princípios e diretrizes.

É preciso tomar conhecimento, e dá seu devido valor, a esta Política, colocar em prática o que vem sendo defendido e ressaltado por ela. Deseja-se, desta maneira, que a PNH possa trazer avanços efetivos na qualificação da assistência à saúde, abrangendo também os cuidados paliativos, possibilitando o resgate da noção de sujeito, tanto coletivo, quanto singular.

Portanto, espera-se que este estudo sirva de reflexão a toda equipe que atua em cuidados paliativos, instigando-os a buscar sempre o melhor, e que sirva, também, de subsídio para trabalhos futuros sobre a temática abordada.

REFERÊNCIAS

- ABREU, C. B. B.; FORTES, P. A. C. Questões éticas referentes às preferências do paciente em cuidados paliativos. **Revista Bioética**, Brasília, vol. 22, n. 2, p. 299-308, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=en> Acesso em: 07 dez. 2016.
- ANDRADE, L. **Cuidados paliativos e serviço social** – um exercício de coragem. Holambra, SP: Ed. Setembro, 2015.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.
- BECK C.L.C., MINUZI, D. O Acolhimento como proposta de reorganização da Assistência à saúde: uma análise bibliográfica. **Rev. Saúde**, Santa Maria, vol. 34a, n. 1-2, p. 37-43, 2008.
- BETTINELLI, L. A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A. L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola, 2014. p. 87-99.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção em saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- ESSLINGER, I. O paciente, e equipe de saúde e o cuidador: de quem é a vida, afinal? Um estudo acerca do morrer com dignidade. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola, 2014. p. 149-162.
- INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Incidências do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/index.asp?ID=2>>. Acesso em: 22 nov. 2016.
- KOVÁCS, M. J. Cuidando do cuidador profissional. In: OLIVEIRA, R. A. (coord.). **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 91-100.

_____. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 420-429, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf>. Acesso em 20 nov. 2016.

MARANHO, M. B. A. Enfermaria especializada em cuidados paliativos. In: ANDRADE, L. **Cuidados paliativos e serviço social** – um exercício de coragem. Holambra, SP: Ed. Setembro, 2015. p. 165-180.

MARTIN, L. M. A ética e humanização hospitalar. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola, 2014. p. 31-49.

MARTINS, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais de saúde**: a formação do profissional em saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

PESSINI, L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola, 2014. p. 181-204.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola, 2014.

TRINDADE, C. S. **A importância do acolhimento no processo de trabalho das equipes de saúde da família**. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2303.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer. **Palliative care**. 2002. Disponível em: <www.who.int/cancer/palliative/en/>. Acesso em: 20 set. 2016.

SOBRE OS ORGANIZADORES

Samuel Miranda Mattos - Professor de Educação Física e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. MBA em Gestão de Academias e Negócios em Esporte e Bem-Estar pelo Centro Universitário Farias Brito – FFB. Professor do Curso de Especialização em Preparação Física do Instituto de Capacitação Business School Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem -GRUPECCE-CNPq. Foi monitor voluntário da Disciplina de Ginástica Esportiva (2013/2014). Foi Bolsista de Iniciação Científica da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico- FUNCAP (2014/2015) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq (2015/2016) da Universidade Estadual do Ceará-UECE (2016/2017) e bolsista voluntário do Projeto de Extensão do Centro de Tratamento de Transtornos Alimentares- CETRATA (2012/2014).

Kellen Alves Freire - Graduada em Nutrição pelo Centro Universitário Estácio do Ceará (2012/2016). Foi monitora da disciplina Anatomia Sistêmica (2013). Pós-graduada em Prescrição de Fitoterápicos e Suplementação Clínica e Esportiva pelo Centro Universitário Estácio do Ceará (2016/2018). Participou do projeto de extensão “Escola saudável: prevenção de sobrepeso e obesidade em adolescentes escolares” (2017/2019). Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem -GRUPECCE-CNPq.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acidentes por quedas 125
Acupuntura 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77
Anatomia humana 117
Aprendizado baseado na experiência 98
Aprendizagem baseada em problema 59
Artéria renal 116, 117, 118, 119, 120, 121
Atenção primária à saúde 59, 157, 236, 241
Atividade física 13, 14, 15, 16, 17, 30, 104, 127, 129, 162
Auriculoterapia 69, 70, 71, 72, 73, 74, 76, 77

C

Classificação internacional de funcionalidade 6, 46, 47, 57, 58
Cuidado multiprofissional 18, 19, 21
Cuidados de enfermagem 125
Cuidados paliativos 135, 136, 137, 138, 139, 142, 144, 145

D

Diabetes mellitus 39, 44, 105, 157, 158, 159, 167
Doença renal crônica 40, 44, 70, 71

E

Educação em saúde 46, 61, 65, 66, 78, 84, 85, 86, 88, 112, 157, 158, 159, 165, 168, 169, 170, 183, 184, 185, 187, 188, 200, 243, 244, 245, 247, 248
Enfermagem 1, 11, 18, 19, 27, 28, 42, 44, 62, 67, 68, 69, 76, 78, 79, 80, 81, 86, 87, 97, 100, 101, 103, 104, 105, 125, 133, 146, 155, 168, 169, 170, 171, 182, 184, 186, 187, 189, 201, 208, 212, 213, 214, 217, 218, 220, 230, 242, 243, 246, 247, 248, 249, 258, 259, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277
Equipe de assistência ao paciente 59
Equipe multiprofissional 3, 57, 63, 65, 134, 136, 137, 139, 150, 154, 208, 209, 259, 264, 265, 266
Estomia 98, 102
Estratégia saúde da família 68, 242
Extratos vegetais 90

F

Fisioterapia 43, 46, 47, 48, 49, 50, 53, 55, 56, 57, 58, 214, 217, 218, 221
Fitocompostos 90
Formação continuada 13, 14, 15, 16, 17
Funcionalidade 46, 47, 48, 54, 56, 57, 58, 131

G

Gestantes 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 159, 206, 243, 244, 245, 246, 247, 249, 254, 255, 256, 257

H

Hábitos alimentares 82, 83, 84, 95, 96

Hemodiálise 57, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76

Humanização da assistência 67

Humanização do cuidado 134, 135, 139, 141, 144, 153

I

Incapacidade e saúde 6, 46, 47, 57, 58

Interdisciplinariedade 106

Intervenção nutricional 95

L

Lazer 13, 14, 15, 16, 17, 41, 166

M

Mulher 83, 84, 86, 146, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 245, 249, 250, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267

P

Políticas públicas de esporte 13, 14, 17

Processo de parturição 146, 149, 150, 151, 152, 153, 154

Promoção da saúde 30, 78, 79, 80, 87, 88, 104, 130, 157, 165, 167, 169, 170, 172, 179, 185, 190, 210, 237, 243, 245

Proteção antioxidante 90

Puerpério 147, 154, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 210, 211, 212, 213, 245, 246

R

Radicais livres 90

S

Saúde bucal 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89

Saúde coletiva 68, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 114, 156, 180

Saúde da mulher 86, 203, 259

Saúde do idoso 125, 132

Saúde mental 3, 10, 38, 110, 111, 112, 115, 171, 201, 203, 208, 210, 212, 261, 266

Serviços de saúde 9, 10, 20, 22, 23, 27, 29, 37, 65, 66, 67, 83, 88, 99, 111, 135, 158, 169, 203, 228, 230, 231, 232, 247, 262, 263, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276

Servidor público 13

Sistema único de saúde 19, 106, 107

Sofrimento psíquico 4, 8, 10, 11, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212
Suplementação dietética 90

T

Tecnologia da informação 98
Tentativas de suicídio 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9
Teoria e prática 13
Terapia ocupacional
Terapias complementares 69, 72, 76

V

Varição anatômica 117, 119
Vascularização 117, 118, 122

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-7247-763-5



9 788572 477635