

Cuidados paliativos oncológicos: percepção das equipes de estratégia de saúde da família

Oncologic palliative care: perception of family health strategy teams

Atención oncológica paliativa: percepción de los equipos de estrategia de salud de la familia

Recebido: 25/09/2020 | Revisado: 02/10/2020 | Aceito: 02/10/2020 | Publicado: 04/10/2020

Daiane Linz da Silva de Jesus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5119-339X>

Universidade do Planalto Catarinense, Brasil

E-mail: daianelinzsj@gmail.com

Bruna Fernanda da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3513-8072>

Universidade do Planalto Catarinense, Brasil

E-mail: brusilvabio@uniplaclages.edu.br

Caroline Carnevalli

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6469-4297>

Universidade do Planalto Catarinense, Brasil

E-mail: carolinepsicologa@yahoo.com.br

Natalia Veronez da Cunha Bellinati

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8522-5836>

Universidade do Planalto Catarinense, Brasil

E-mail: nat_cunha@uniplaclages.edu.br

Resumo

O presente estudo teve como objetivo identificar a percepção de profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre os cuidados paliativos oncológicos na Atenção Primária em Saúde. Participaram do estudo quinze profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família de uma unidade básica de saúde de um município médio porte de Santa Catarina (Brasil), que prestaram atendimentos a pacientes oncológicos em cuidados paliativos no território de abrangência. Os dados coletados a partir de entrevista individual semiestruturada e analisados por meio da análise de conteúdo resultaram em três categorias finais: Compreendendo Cuidados Paliativos; Atuação Interprofissional; Aspectos Emocionais do Cuidar. Embora os

cuidados paliativos façam parte da atenção ao paciente oncológico, essa abordagem ainda não é compreendida em sua totalidade, restringindo o processo de cuidado ao alívio de sintomas físicos e suporte em necessidades pontuais. Entretanto, é válido destacar que os profissionais demonstram cuidado aos sentimentos que os pacientes e familiares vivenciam quando se deparam com a progressão da doença para o processo de fim de vida. Na tentativa de amenizar tal fragilidade, os profissionais apontam a Psicologia como um recurso válido que auxiliará o paciente e sua família na elaboração dos sofrimentos que estes vivenciam durante o adoecimento.

Palavras-chave: Assistência paliativa; Oncologia; Atenção primária à saúde.

Abstract

This study aimed to identify the perception of professionals in the Family Health Strategy about palliative oncology care in Primary Health Care. Fifteen professionals from the Family Health Strategy teams of a basic health unit in a municipality participated in the study, medium-sized in Santa Catarina (Brazil), which provided care to cancer patients in palliative care in the territory covered. The data collected from semi-structured individual interviews and analyzed through content analysis resulted in three final categories: Understanding Palliative Care; Interprofessional Performance; Emotional Aspects of Caring. Although palliative care is part of the care for cancer patients, this approach is not yet fully understood, restricting the care process to the relief of physical symptoms and support for specific needs. However, it is worth noting that professionals show care for the feelings that patients and family members experience when faced with the progression of the disease to the end of life process. In an attempt to alleviate such fragility, professionals point to Psychology as a valid resource that will help the patient and his family in the elaboration of the sufferings that they experience during the illness.

Keywords: Palliative care; Oncology; Primary health care.

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo identificar la percepción de los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia sobre la atención oncológica paliativa en la Atención Primaria de Salud. Participaron del estudio quince profesionales de los equipos de la Estrategia Salud de la Familia de una unidad básica de salud de un municipio de tamaño mediano en Santa Catarina (Brasil), que brindaba atención a pacientes oncológicos en cuidados paliativos en el territorio cubierto. Los datos recopilados de entrevistas individuales semiestructuradas y

analizados a través del análisis de contenido dieron como resultado tres categorías finales: Comprensión de los cuidados paliativos; Desempeño interprofesional; Aspectos emocionales del cuidado. Aunque los cuidados paliativos son parte de la atención de los pacientes con cáncer, este enfoque aún no se comprende por completo, lo que limita el proceso de atención al alivio de los síntomas físicos y al apoyo para necesidades específicas. Sin embargo, cabe destacar que los profesionales se preocupan por los sentimientos que experimentan los pacientes y familiares ante la progresión de la enfermedad hasta el final de la vida. En un intento por paliar tal fragilidad, los profesionales apuntan a la Psicología como un recurso válido que ayudará al paciente y su familia en la elaboración de los sufrimientos que experimentan durante la enfermedad.

Palabras clave: Asistencia paliativa; Oncología; Atención primaria de salud.

1. Introdução

Assim como outras doenças crônicas progressivas, o câncer é considerado uma das principais causas geradoras de inaptidões funcionais, luto, abalos psicológicos e morte (Mendes & Vasconcellos, 2015). No Brasil, estima-se 625 mil novos casos de câncer por ano, sendo o câncer de pele não melanoma o mais incidente, seguido pelo de mama e próstata, cólon e reto (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [INCA], 2019). Portanto, o contexto da doença no Brasil tem exigido prioridade nas ações de controle e prevenção direcionadas ao seu enfrentamento (Brasil, 2014).

Neste sentido, a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer tem por objetivo proporcionar melhor qualidade de vida aos pacientes oncológicos com base no princípio do cuidado integral, que preconiza estratégias de prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e os Cuidados Paliativos (Brasil, 2013). Tais estratégias estão presentes na Atenção Primária em Saúde (APS), Média e Alta Complexidade (Mendes & Vasconcellos, 2015).

Os Cuidados Paliativos (CP) referem-se a abordagem de cuidado integral oferecido ao paciente acometido por uma doença grave que ameace a continuidade da vida, objetivando melhorar a qualidade de vida dos pacientes e familiares, por meio da identificação precoce, prevenção e alívio do sofrimento, além do tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (INCA, 2018). Neste sentido, é imprescindível que os profissionais percebam esse processo de cuidado em todas as suas dimensões (Neto, 2013). Os CP oncológicos devem ser inseridos precocemente, de forma colaborativa às intervenções

de rotina dos casos de câncer (Hannon et al., 2015).

Destacando-se a APS como contexto da presente pesquisa, compreende-se que todos os sujeitos devem ter acesso igualitário aos serviços que compõem esse nível de atenção, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde estão inseridas as equipes de Estratégia de Saúde da Família (Brasil, 2017). As equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) compõem o principal recurso para o cumprimento dos propósitos da Política Nacional de Atenção Básica, pautando-se nos princípios do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2017).

Para a efetivação do cuidado integral aos pacientes acometidos pelo câncer que se inserem nesse nível de atenção em saúde, é necessário que as equipes de ESF compreendam os CP como uma abordagem passível de ser desenvolvida em nível ambulatorial e domiciliar (Kolankiewicz, Loro, Magnago, Rosanelli & Domenico, 2015). A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer estabelece que uma das responsabilidades dessas equipes seja o cuidado ao paciente oncológico em todas as etapas do adoecimento, desde o diagnóstico, tratamento e inserção dos CP (INCA, 2018). A partir dessa compreensão observa-se a importância da equipe multiprofissional nesse processo, ofertando suporte a todas as necessidades apresentadas pelo paciente e pela família (Nunes, 2012).

Diante do exposto, o objetivo central da pesquisa foi identificar a percepção dos profissionais inseridos nas equipes de ESF sobre os CP oncológicos na APS.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo de delineamento transversal e análise descritiva qualitativa, realizado em uma UBS de um município de médio porte de Santa Catarina, Brasil. Com população de 156.727 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2017), o município apresenta Índice de Desenvolvimento Humano de 0.770 (IBGE, 2010), e conta com setenta estabelecimentos de saúde conveniados ao Sistema Único de Saúde (IBGE, 2009).

A UBS selecionada possui 8098 usuários cadastrados, correspondente a 2673 famílias, e conta com três equipes de ESF, cada equipe composta por Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Dentistas, Auxiliares de Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), totalizando 32 profissionais. Por se tratar de uma unidade-escola, conta ainda com o programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), com profissionais das áreas de Psicologia, Serviço Social, Enfermagem e Odontologia. A seleção da UBS se deu por acessibilidade, devido a maior possibilidade operacional da

pesquisadora e disponibilidade dos sujeitos.

Os critérios de inclusão foram: ser profissional vinculado à prefeitura do município em caráter temporário ou efetivo atuante na APS; compor a equipe de ESF da UBS selecionada por no mínimo seis meses; ter atendido e/ou acompanhado algum paciente oncológico com possibilidades de cura limitadas durante o período em que atua na UBS selecionada. Assim, de um total de 32 profissionais, 18 foram selecionados para a pesquisa. Porém, no período da coleta de dados, um dos profissionais optou por não participar do estudo, um profissional estava em período de férias e outro foi desligado do serviço, sendo a amostra final composta por quinze profissionais: 10 ACS, dois profissionais de Enfermagem, dois Médicos e um Auxiliar de Saúde Bucal.

Para a coleta de dados foi realizada entrevista individual a partir de um roteiro com sete questões norteadoras (Queiroz, Pontes, Souza & Rodrigues, 2013), além de três questões iniciais sobre idade, categoria profissional e tempo de atuação na ESF, a fim de caracterizar a amostra. As questões norteadoras da entrevista foram: Como é cuidar de um paciente com uma doença em estágio terminal no domicílio? Você já acompanhou um paciente em estágio terminal da doença no seu território? Como foi? Como você lida com a morte no cotidiano do trabalho? Em sua opinião, quais são as principais dificuldades da ESF para cuidar desse tipo de paciente? Em sua opinião, qual é o papel da ESF no cuidado aos pacientes em estágio terminal da doença? E dos outros serviços de saúde? Em sua opinião, a formação dos profissionais de saúde instrumentaliza para lidar com essas situações no território? Em que outros espaços de aprendizagem os profissionais podem aprender a lidar com essas situações?

Para identificar a categoria profissional nos trechos das entrevistas mencionados ao longo dos resultados, foram utilizados os seguintes códigos: ACS (Agente Comunitário de Saúde), ENF (Enfermeiro), MED (Médico) e ASB (Auxiliar de Saúde Bucal), seguidos do número de um a quinze, pela ordem em que foram entrevistados.

As entrevistas foram realizadas individualmente durante o mês de julho de 2018 em consultórios da própria UBS, onde o sigilo acerca das informações pudesse ser preservado, levando em consideração a estrutura física do local e conforme horários disponibilizados pelos participantes. O tempo de duração das entrevistas variou de oito a 14 minutos, e estas foram gravadas em arquivo de áudio digital. Foram eliminados dos trechos transcritos, termos sem conteúdo ou que não obedeciam às normas cultas da Língua Portuguesa, porém, mantendo-se a essência dos conteúdos. Portanto os trechos foram transcritos para melhor entendimento.

Para análise dos dados utilizou-se a Análise de Conteúdo Categorical (Bardin, 2004),

que inclui a pré-análise dos dados para sistematização das ideias iniciais, exploração do material através dos recortes das falas e resumos dos parágrafos, identificando-se palavras-chaves que dão origem a uma primeira categorização. Conforme a relação entre as categorias iniciais, essas são agrupadas em categorias intermediárias, e essas últimas também unidas em função da ocorrência dos temas, resultando nas categorias finais. Após a categorização final, realizou-se o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, por meio de nova leitura para confirmar a previsão das informações, e posteriormente iniciar a descrição dos resultados obtidos com as devidas referências teóricas.

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Planalto Catarinense, sob Parecer nº 2.679.531.

3. Resultados e Discussão

Os quinze profissionais entrevistados têm idade média de 40,3 anos (26 a 61 anos). O tempo médio de atuação na UBS é de 7,6 anos (um a 16 anos). A maioria dos profissionais entrevistados foram os ACS totalizando 10 profissionais. Compreende-se a partir desse dado que a necessidade de um maior quantitativo de ACS se justifica por se tratar da primeira referência do paciente quando ele necessita dos serviços da UBS, tornando-se uma peça chave na relação ESF e usuários.

A profissão de ACS vem se constituindo como uma categoria bastante expressiva, que constrói seu fazer profissional em um processo de mediação das próprias normas e diretrizes de trabalho, bem como particularidades da própria comunidade, sejam elas relacionadas à cultura, representação social ou demandas em saúde (Martelete & David, 2014). Por se tratar de uma figura capaz de promover o protagonismo aos usuários do SUS, o ACS precisa assumir o papel participativo nas ações de promoção e prevenção de saúde, e em se tratando do cuidado ao paciente oncológico em cuidado paliativo, a função ativa do ACS é capaz de promover o cuidado de forma continuada e integrada ao restante da equipe.

Da análise dos dados emergiram três categorias: Compreendendo Cuidados Paliativos; Atuação Interprofissional; Aspectos Emocionais do Cuidar. Tais categorias serão descritas e discutidas a seguir.

3.1 Compreendendo cuidados paliativos

A partir dessa categoria foi possível identificar que os profissionais entrevistados

percebem o cuidado feito pela equipe de ESF como um suporte diante de necessidades pontuais, sem identificar de que forma suas atribuições implicam na atenção ao paciente oncológico em CP: “A unidade é básica de saúde então ela vai atender de forma básica, mas esse paciente específico ele precisa de um atendimento mais qualificado e seria o que a unidade não consegue prestar” (ACS-03).

É possível que por não perceberem a relação entre os cuidados paliativos e ESF, os profissionais não tenham explanado sobre suas atribuições com estes pacientes e familiares, pontuando que o cuidado desses pacientes exige um nível especializado, quando na verdade o que se preconiza é que além do acesso ao serviço especializado, o usuário também deve ser atendido enquanto atenção básica.

O nível de APS pode ser compreendido como um conjunto de ações a nível individual ou coletivo com vistas à promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (Brasil, 2017). Visa, portanto, a atenção integral à população, desenvolvendo a autonomia dos sujeitos e identificando determinantes em saúde nos territórios.

A abrangência dos CP em todos os níveis de atenção é explicada devido à necessidade de continuidade dos cuidados proporcionais, para que estes possam ser prestados também na assistência a domicílio, reforçando ações intersetoriais e promovendo saúde de forma ampliada (Frossard, 2016). É crucial a articulação entre os diversos serviços da rede de atendimento para a universalização dos CP e sua consolidação enquanto política pública.

Além das dificuldades em visualizar o real papel da ESF no atendimento ao paciente oncológico em CP, os profissionais parecem relacionar esse processo diretamente com a fase final de vida, referindo ser a espera pela morte um período em que o paciente, com o auxílio dos profissionais, deve preparar-se para morrer recebendo palavras de conforto para o enfrentamento da situação: “É uma preparação para o estágio final né o paciente paliativo em cuidados paliativos que a gente sabe que não tem às vezes muitas coisas pra fazer” (MED-09).

Há também a compreensão de que o único recurso possível seria o tratamento da dor física, minimizando a complexidade do processo de chegada da morte: “Dar o auxílio em medicação alguma coisa pra dor né, mas é muito... não tem assim né o que a gente possa fazer assim a mais, é só a questão de medicamento assim pra dor mesmo só paliativo” (ACS-05).

Quando os profissionais referem os CP direcionados ao processo de morte, a literatura reafirma essa necessidade, que envolve o controle de sintomas, como por exemplo, a dor, mas também o direito do paciente quanto a informações e decisões sobre a sua vida, entendendo que CP são também voltados as necessidades e condições de vida do paciente respeitando sua

situação de saúde e prognóstico (Combinato & Martin, 2017).

Portanto, mesmo visualizando a necessidade de encaminhamento à atenção especializada, as intervenções iniciais ocorrem na APS. O profissional da ESF preferencialmente participa do acompanhamento desde o diagnóstico, e pode ser por meio do trabalho do ACS que esse paciente tem acesso aos atendimentos, construindo um vínculo que perdurará durante a progressão da doença e que se ampliará para os demais profissionais que compõem a equipe (Combinato & Martin, 2017).

Assim, compreende-se que embora a inserção dos CP seja recomendada pela Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (Brasil, 2013) e por se tratar de uma demanda presente na atuação das equipes, sugere-se que essa prática ainda não é realizada de forma efetiva na APS. A equipe parece não ter uma definição clara sobre o que de fato compete à ESF nos CP ao paciente oncológico. Observa-se nesse contexto a necessidade de políticas públicas que estabeleçam a efetivação dos CP na APS, abordando desde o planejamento das ações até a qualificação dos profissionais (Marcucci, Perilla, Brun & Cabrera, 2016).

Com base na resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, a Política Nacional de Cuidados Paliativos para o SUS dispõe sobre as diretrizes para a organização dos CP segundo o entendimento dos cuidados continuados integrados no SUS, e tem como objetivo a oferta dos CP com base na definição da OMS para toda a rede de atenção à saúde (Brasil, 2018). Dessa forma, muitas fragilidades identificadas para a efetivação desses cuidados na APS poderão ser minimizadas, pois se baseando em portarias que direcionem sua atuação, os profissionais poderão ter melhor compreensão do seu papel dentro da equipe, e também a clareza do propósito de se trabalhar os CP em sua totalidade.

3.2 Atuação interprofissional

Para se alcançar a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, os profissionais de saúde devem integrar na sua prática de trabalho ações colaborativas que vislumbrem a produção do cuidado. Os conceitos de multiprofissionalidade e interprofissionalidade são importantes nesse processo, embora se observe que tais movimentos vêm se desenvolvendo gradualmente devido a dificuldades por parte dos profissionais em visualizar as peculiaridades de cada perspectiva (Araújo, Vasconcelos, Pessoa & Forte, 2017).

A multiprofissionalidade surge a partir dos relatos como uma ferramenta que viabiliza o cuidado ao paciente oncológico em CP: “[...] a gente acompanhou ela em visitas

domiciliares com a equipe multiprofissional, assistente social, psicólogo, enfermeira, médico” (MED-13).

A gama de profissionais de áreas distintas das equipes de ESF, somada às equipes de apoio, pode ser considerada um fator facilitador das ações oferecidas na APS (Medeiros, Carvalho, Cavalcanti & Salvador, 2011). Em CP é indispensável à atuação multiprofissional pela inserção de novos saberes e práticas ao processo de cuidado, embora seja um fator ainda presente na sociedade a percepção de que as práticas relacionadas à saúde possuem eficácia, em grande parte, por meio da atuação médica de caráter curativo (Queiroz et al., 2013). A equipe multiprofissional é potencializadora nos CP, pois é a partir da colaboração de diferentes áreas de conhecimento que se constroem os objetivos do processo de cuidado, percebendo o paciente em sua totalidade (Santana, Pessini & Sá, 2017).

Contudo, apesar dos relatos apresentados demonstrarem a presença da equipe multiprofissional (ESF), a ausência do diálogo e colaboração entre a equipe de referência e a equipe de suporte (RMSFC) implica negativamente na efetivação do cuidado: “Muitas vezes queremos fazer mais por esses pacientes e não conseguimos, ficamos de mãos atadas já que geralmente precisamos de outros profissionais e nem sempre conseguimos” (ACS-11).

Se não há uma definição adequada dos papéis dentro da equipe, o profissional acaba atuando de forma isolada em sua área de conhecimento e a dificuldade em lidar com o paciente oncológico em CP aumenta. Dessa forma, embora se tenha uma equipe multiprofissional, compreende-se que a ESF não conta com uma atuação interprofissional. Em CP, o trabalho em equipe exige dos profissionais a capacidade de dialogar com as diversas áreas do conhecimento. Para isso, o profissional que compõe a equipe multiprofissional precisa ter clareza do seu papel, além de compreender o fazer dos demais (Nunes, 2012). Contudo, apesar da formação, da capacidade de diálogo da equipe e da definição dos diferentes papéis profissionais, a gestão precisa estar integrada na organização do processo de cuidado.

Embora os profissionais entrevistados mencionem a importância de outras áreas de conhecimento, estes não citam em seus relatos que a UBS onde estão inseridos conta com a equipe de RMSFC. Entendendo os CP sobre todas as dimensões (biológico, psicológico, social e espiritual), a atuação compartilhada entre as equipes torna-se indispensável, visto que o sofrimento do paciente ocorre de forma global. Dessa forma, cada profissional irá intervir na dimensão que cabe a seu saber científico, mas deve ter clareza do objetivo comum a toda a equipe, que é o de reconhecer e atender as necessidades do paciente e da família, a partir da articulação entre as áreas (Nunes, 2012).

Mesmo com a inserção de uma equipe de apoio (RMSFC) que integra o trabalho de formação, planejamento, avaliação e acompanhamento das atividades na UBS, algumas dificuldades vivenciadas no trabalho compartilhado entre equipe de ESF e RMSFC foram identificadas no local da pesquisa, reforçando a importância do papel da gestão do cuidado também nos processos de trabalho. A integração entre ambas pode propiciar mudanças significativas que viabilizam um atendimento humanizado e integral, construindo-se novas práticas em saúde nas quais os profissionais compartilham e constroem um conhecimento contínuo sobre o seu fazer (Medeiros et al., 2011).

Para que uma equipe multiprofissional possa atuar de forma interprofissional, deve-se reavaliar os aspectos já existentes nos processos de trabalho, suas concepções sobre a multiprofissionalidade e a compreensão das condições que interferem no exercício interprofissional (Medeiros et al., 2011).

Ressalta-se que a diversidade e a troca de conhecimento entre os profissionais que atuam no contexto da ESF deve ser um processo ininterrupto e progressivo, ou seja, deve haver a ampliação desse novo fazer de modo a atingir as demais esferas da realidade em que se atua.

3.3 Aspectos emocionais do cuidar

Esta categoria teve origem a partir dos questionamentos realizados aos profissionais sobre como esses percebem o atendimento aos pacientes oncológicos em CP. Estes identificaram espontaneamente a contribuição do psicólogo para auxílio ao paciente e a família: “Tão importante quanto a atenção médica a atenção de um psicólogo muitas vezes ela é muito mais efetiva do que uma medicação por via endovenosa por via oral porque ela acalma a alma” (MED-13).

Dentre as diversas possibilidades que a Psicologia pode oferecer dentro desse contexto, o atendimento psicológico torna-se um recurso que possibilita, além de uma escuta clínica, uma relação de empatia e apoio para que o paciente possa fortalecer seus recursos de enfrentamento da doença, dos tratamentos ou da proximidade da morte (Neme, 2010). Contudo, sem manifestar o entendimento de que a Psicologia abarca em seu fazer não somente o auxílio ao paciente e sua família, mas também junto à própria equipe envolvida no processo de cuidado, os profissionais sinalizam suas possíveis fragilidades emocionais, chamando a atenção para uma possível fuga do próprio profissional diante do abalo que a situação ocasiona em si:

Eu não sei se o médico tem ou exige uma certa frieza, mas não, sentimentalmente não mexeu muito comigo. Sentimento a gente tem porque a gente não gosta de perder um paciente, é um desconforto perder um paciente e eu sinto principalmente porque parece que a gente deixou de fazer alguma coisa por aquele paciente, esse é o sentimento que fica (MED-09).

Parece que se construiu uma figura sobre os profissionais de saúde como aqueles que devem prestar toda a assistência diante do sofrimento humano sem deixar-se afetar ou se abalar (Santana et al., 2017). Em contrapartida, a proximidade e o vínculo entre profissional de saúde, paciente e seus familiares é o caminho para se construir um cuidado sensível e humanizado, transformando o olhar para a doença em uma ressignificação do cuidar.

Se o vínculo entre profissional e paciente já é algo estabelecido, diante da proximidade da morte existe uma abertura para que o vínculo se fortaleça. Contudo, essa abertura pode se tornar um entrave se, como defesa, ocorrer o afastamento do profissional como tentativa de ocultar o seu sofrimento (Marcucci et al., 2016). A psicologia dispõe de recursos para auxiliar paciente, familiares e a própria equipe de trabalho a enfrentar esse processo. Porém, percebe-se que os profissionais não citam o psicólogo atuante no cuidado com a equipe, pois mencionam a falta de um espaço de atenção e acolhimento diante de suas próprias dificuldades:

É a primeira vez que é abordado esse assunto, sobre como é o preparo nosso pra lidar com esse tipo de situação. Seria importante uma psicoterapia mesmo, eu acho que é o lado mais psicológico mesmo, acho que seria por aí, porque tem pessoas que não sabem lidar (ACS-14).

Visto que o desgaste e o sofrimento da equipe podem refletir também negativamente no cuidado ao paciente em fase final de vida, o psicólogo precisa intervir nesse meio, de modo a propiciar à equipe a compreensão de que estes, além de provedores de assistência, são também passíveis de adoecimento, e necessitam de cuidados (Santana, 2017).

Um estudo realizado no Oeste da Austrália com 38 profissionais atuantes no suporte ao luto de pacientes acometidos pelo câncer demonstrou que os profissionais enfatizam a necessidade do vínculo com o paciente, embora não se permitam reconhecer suas demandas emocionais frente aos seus pacientes (Breen, O'Connor, Hewitt & Lobb, 2014). Os resultados apontaram o trabalho realizado como algo doloroso, além dos prejuízos que o acúmulo das

emoções vivenciadas trazem ao cotidiano de trabalho, e os desafios enfrentados diante dos medos que envolvem o diagnóstico de câncer. Assim, além de estratégias de autocuidado para a saúde mental, é enfatizada a importância de intervenções individuais ou coletivas voltadas às demandas emocionais dos profissionais de saúde (Breen et al., 2014).

Os profissionais reconhecem o quão difícil torna-se o cuidado a seus pacientes quando essa dificuldade reflete em suas próprias emoções, causando abalos emocionais e sentimentos de impotência diante de um quadro clínico sem perspectiva de tratamento e cura. Esse fato também pode ser considerado uma fragilidade nesse contexto dos CP oncológicos, visto que o envolvimento emocional com a situação pode ocasionar o afastamento do profissional, e conseqüentemente dificultar a continuidade do cuidado devido à quebra de vínculo entre ambos.

Uma possível causa de se perceber os CP oncológicos como um processo doloroso é apontada pelos profissionais como a própria fragilidade com relação à sua formação profissional, quando mencionam que os aspectos emocionais não eram incluídos na estrutura curricular dos cursos de graduação: “[...] a gente aprende a fazer higienização, a gente aprende a fazer os curativos, mas a gente não aprende a lidar com os sentimentos do paciente, na faculdade a gente não aprende a humanizar o paciente né e nem a família” (ENF-01).

Nas questões relacionadas com a morte a dificuldade é ainda mais evidente mesmo ciente de que este desfecho é certo em algum momento da vida. O cuidado torna-se então um processo complexo por desencadear no profissional o sentimento de incapacidade pela dificuldade de reduzir o sofrimento, e por se deparar com a perda em muitos casos: “A formação que eu tive não preparou né... como abordar, dizer pra um familiar que um paciente tá em estágio terminal que vai morrer ninguém é preparado pra isso” (MED-09).

Considerando que a demanda para CP é algo presente na realidade das equipes de ESF, os profissionais necessitam desenvolver a competência de associar seus conhecimentos teóricos com a realidade em que atuam, incluindo-se a situação de fragilidade emocional do paciente e da família que se depara com a possibilidade da morte (Marcucci, 2016). Sendo a morte uma etapa natural do ciclo vital e que independe da vontade dos seres humanos, é essencial abordar esse tema em uma perspectiva psicológica, filosófica e sociológica nos currículos acadêmicos da área da saúde, de modo a diminuir o sofrimento gerado pelo confronto com a finitude da vida (Campelo et al., 2018).

Assuntos que envolvem o tema ainda são evitados pela maioria das pessoas, pois a negação da morte pode estar relacionada com a própria dificuldade de lidar com aquilo que é desconhecido, justificando-se assim o medo diante de uma possível perda (Rezende, Gomes

& Machado, 2014). Além da dificuldade mencionada, identifica-se como maior obstáculo o fato de que o ser humano não é capaz de imaginar o término da sua própria vida.

Desde a antiguidade, a morte é vista como um tabu, sinônimo de maldade, medo e castigo (Kübler-Ross, 2017). Com a evolução da ciência e da medicina, as pessoas buscam maneiras para aceitar esse acontecimento inevitável da vida, e muitas vezes vão à procura de alternativas para o prolongamento da vida de um ente querido ou de sua própria (Kübler-Ross, 2017). O ser humano em suas questões pessoais não é preparado para lidar com perdas, pelo fato de a morte ainda carregar uma representação negativa e dolorosa. Por outro lado, no que se refere ao preparo e a qualificação de profissionais, esses devem compreender a morte como processo natural, e não uma representação do seu fracasso, desenvolvendo assim a capacidade de atuar de forma mais humana assumindo a vida em todos os seus aspectos (Campelo et al., 2018).

Como estratégia para lidar com tais dificuldades, alguns dos participantes apontaram a necessidade de encorajamento, mesmo que esse seja um processo doloroso para si mesmo:

Pra mim como pessoa é extremamente doloroso, eu tenho um vínculo né com os pacientes, com todos os meus pacientes um vínculo de amizade, e você precisa encorajar essa pessoa né, os familiares e não é uma tarefa fácil (ACS-14).

Outro profissional destacou ser necessário o preparo e equilíbrio emocional para conseguir lidar com o agravo do paciente, de modo a não interferir nesse processo de cuidado:

Tem que tá preparado emocionalmente pra poder tratar, pra poder tá do lado e pra poder até passar energia boa, energia positiva sem tá com aquela cara de velório do lado da paciente né... então você tem que tá bem ciente do seu papel e evitar o envolvimento emocional pra não interferir na tua consulta e não interferir principalmente na tua conduta (MED-13).

A habilidade em colocar em prática estratégias de encorajamento ao paciente ou de manejo das próprias emoções são também os reflexos da formação acadêmica. Os CP envolvem relações complexas que muitas vezes são ignoradas durante o processo de formação, e ao se deparar com situações na APS que exigem uma abordagem específica, surge a necessidade de qualificação como forma de manter a capacidade de resolutividade do serviço (Marcucci, 2016).

Alguns dos profissionais inclusive relatam que somente através da prática é que se

pode adquirir o manejo necessário diante das perdas no ambiente de trabalho, e que uma estratégia válida para minimizar tais fragilidades seriam as capacitações: “[...] falta muita informação e capacitação pra lidar com esse tipo de situação e isso poderia ser feito em educação permanente, rodas de conversa e capacitação para auxiliar o profissional” (ACS-11).

Ações educativas voltadas para a promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos são estratégias frequentes no cotidiano da ESF. Ações como essas podem se tornar espaços de construção de conhecimento também para a própria equipe, contribuindo a partir do embasamento teórico para a resolutividade de situações vistas como complexas.

No SUS, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia que viabiliza a aprendizagem e reflexão crítica aos profissionais como um dispositivo de mudanças nos processos de trabalho (Mishima et al., 2015). Instituída a partir da Portaria Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde visa definir novas diretrizes e estratégias de implementação considerando as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (Brasil, 2007). Nos espaços de educação permanente nas UBS, as equipes têm a possibilidade de expor as suas vivências e fragilidades com as quais se deparam no território, onde com discussões e estudo da teoria, algumas possibilidades são levantadas pela equipe de modo a contribuir na resolução ou melhoria de tal fragilidade.

Contudo, embora esses recursos tenham sido apontados como uma possibilidade de auxílio para lidar com as dificuldades que emergem no processo de cuidados ao paciente oncológico em CP, e tendo a UBS selecionada um momento para realização da EPS, verifica-se a ausência de momentos voltados especificamente à temática dos CP oncológicos. Alguns dos profissionais destacam nunca terem sido questionados acerca desse tema: “[...] o que a gente aprendeu fez ou aconteceu foi porque a gente viveu isso, mas eu nunca ouvi nenhum profissional se preocupar com isso” (ACS-10).

Uma parte do problema levantado pelos profissionais pode ser explicada pela percepção negativa com relação aos espaços de aprendizagem, no qual os gestores dos serviços de APS podem vir a perceber a EPS como perda de tempo para os profissionais (Mishima et al., 2015). Diante da dificuldade dos próprios gestores em construir uma visão ampliada dos processos de trabalho, ocorre a falta de compreensão e de valorização da EPS, pois não há a inserção da equipe nas ações de planejamento e efetivação desse espaço (Mishima et al., 2015). Ainda, relacionando a necessidade de qualificação profissional com a dificuldade no enfrentamento de suas próprias fragilidades emocionais no trabalho com

pacientes oncológicos em CP, é importante ter espaços de EPS nos serviços de saúde visando, a partir da associação dos conhecimentos técnicos e vivências individuais, o aperfeiçoamento dos profissionais de saúde (Frossard, 2016).

Dessa forma, a EPS pode ser considerada uma potencialidade para efetivação dos CP oncológicos, pois os profissionais têm a oportunidade de expor suas limitações, e juntos repensar seu fazer profissional, buscando a mudança e melhoria dos processos de trabalho.

4. Considerações Finais

Com base no objetivo de se identificar a percepção dos profissionais inseridos nas equipes de ESF sobre os CP oncológicos na APS, é possível considerar que apesar de a morte ser uma realidade frequente no contexto da UBS, traz receios e inseguranças aos profissionais, que se mantêm distanciados perante essa situação.

Consequentemente, surge a proximidade da morte e a ideia de que diante do fim das possibilidades terapêuticas e tratamentos específicos não há nada a se fazer além de amenizar as dores do paciente esquecendo-se que se deve voltar o olhar para a qualidade de vida do paciente até o momento de sua morte, e isso inclui também questões psicológicas, sociais e espirituais, as quais os profissionais de saúde necessitam de preparo para atuar com segurança nestes contextos.

Embora os CP façam parte da atenção ao paciente oncológico, essa abordagem ainda não é compreendida em sua totalidade, restringindo o processo de cuidado ao alívio de sintomas físicos e suporte em necessidades pontuais. Entretanto, é válido destacar que os profissionais demonstram cuidado aos sentimentos que os pacientes e familiares vivenciam quando se deparam com a progressão da doença para o processo de fim de vida. Na tentativa de amenizar tal fragilidade, os profissionais apontam a Psicologia como um recurso válido que auxiliará o paciente e sua família na elaboração dos sofrimentos que estes vivenciam durante o adoecimento.

Para a concretização deste estudo, algumas dificuldades foram vivenciadas, e contornadas, tais como a disponibilidade de horário dos profissionais, e ainda o fato de os profissionais se sensibilizarem diante da temática apresentada.

Dessa forma, destaca-se como um fruto da presente pesquisa a necessidade de se reavaliar a abordagem dos temas relacionados à vida e à morte desde o processo de formação profissional. O fazer prático e a busca por qualificação são apenas um complemento a partir de um processo formativo, visando à construção de um perfil profissional baseado em uma

perspectiva biopsicossocial e espiritual.

Além disso, sugere-se a realização de novos estudos que busquem identificar novos dados e perspectivas, uma vez que por se tratar de uma temática pouco abordada na Atenção Primária, o estudo demonstrou a relevância do tema para os profissionais. Destaca-se ainda a contribuição também para a comunidade acadêmica, uma vez que os CP oncológicos na APS ainda são pouco detalhados na literatura.

Referências

Araújo, T. A. M., Vasconcelos, A. C. C. P., Pessoa, T. R. R. F., & Forte, F. D. S. (2017). Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface (Botucatu)*, 21(62), 601-613. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>.

Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo* (3a ed.). Lisboa, Portugal: Edições 70.

Brasil. (2007). *Portaria Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007*. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União: Brasília-DF, Seção 1, 34.

Brasil. (2013). *Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013*. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Brasília-DF, Seção 1, 33.

Brasil. (2017). *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Brasília-DF, Seção 1, 68.

Brasil. (2018). *Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018*. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Brasília-DF, Seção 1, 276.

Breen, L. J., O'Connor, M., Hewitt, L. Y., & Lobb, E. A. (2014). The "specter" of cancer: exploring secondary trauma for health professionals providing cancer support and counseling. *Psychological Services, 11*(01), 60–67. <https://doi.org/10.1037/a0034451>.

Campelo, C. L., Passos, H. M., Souza, S. M. A., Paiva, S. S., Lima, J. F. B., & Oliveira, F. D. S. (2018). Death in the process of teaching and learning in Nursing: thinking in the light of the thought of Gadamer. *International Journal of Development Research, 08*(08), 22197-22199. <https://doi.org/10.37118>.

Combinato, D., & S., Martin, S. T. F. (2017). Necessidades da vida na morte. *Interface (Botucatu), 21*(63), 869-880. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0649>.

Frossard, A. (2016). Os cuidados paliativos como política pública: notas introdutórias. *Cadernos EBAPE.BR, 14*(spe), 640-655. <https://doi.org/10.1590/1679-395114315>.

Hannon, B., Swami, N., Pope, A., Rodin, G., Dougherty, E., Mak, E. & Banerjee, S. et al. (2015). The oncology palliative care clinic at the Princess Margaret Cancer Centre: an early intervention model for patients with advanced câncer. *Support Care Cancer, 23*(4), 1073–1080. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2460-4>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2009). *Prestação de Serviço: Assistência Médica Sanitária*. Recuperado de <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/lages/pesquisa/32/28163>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Índice de Desenvolvimento Humano: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento*. Recuperado de <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/lages/pesquisa/37/0>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Panorama População*. Recuperado de <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/lages/panorama>

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2014). *Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil*. Recuperado de https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_60/v01/pdf/11-resenha-estimativa-2014-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2018). *Cuidados Paliativos*. Recuperado de <https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos>

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2019). *Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil*. Recuperado de <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>

Kolankiewicz, A. C. B., Loro, M. M., Magnago, T. S. B. S., Rosanelli, C. L. S. P., & Domenico, E. B. L. (2015). Demandas de cuidado de pacientes oncológicos: proposta de intervenção pela convergência e prática educativa. *Revista de enfermagem UFPE on line*, 09(12), 1370-1375. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i12a10846p1370-1375-2015>.

Kübler-Ross, E. (2017). *Sobre a morte e o morrer* (10a ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Marcucci, F. C. I., Perilla, A. B., Brun, M. M., & Cabrera, M. A. S. (2016). Identificação de pacientes com indicação de Cuidados Paliativos na Estratégia Saúde da Família: estudo exploratório. *Cadernos saúde coletiva*, 24(02), 145-152. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020012>.

Marteletto, R. M., & David, H. M. S. L. (2014). Almanaque do Agente Comunitário de Saúde: uma experiência de produção compartilhada de conhecimentos. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 18(02), 1211-1226. DOI: 10.1590/1807-57622013.0479.

Medeiros, C. S., Carvalho, R. N., Cavalcanti, P. B., & Salvador, A.S. (2011). O processo de (des) construção da multiprofissionalidade na atenção básica: limites e desafios a efetivação do trabalho em equipe na estratégia saúde da família em João Pessoa-PB. *Revista brasileira de ciências da saúde*, 15(03), 319-328. DOI: 10.4034/RBCS.2011.15.03.07.

Mendes, E. C., & Vasconcellos, L. C. F. (2015). Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. *Saúde debate*, 39 (106), 881-892. DOI: 10.1590/0103-1104201510600030026.

Mishima, S. M., Aiub, A. C., Rigato, A. F. G., Fortuna, M., Matumoto, S., & Ogata, M. N. et al. (2015). Managers' perspective on continuous health education in a region of São Paulo State. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(04), 665-673. DOI: 10.1590/S0080-623420150000400018.

Neme, C. M. B. (2010). *Psico-oncologia: caminhos e perspectivas*. São Paulo: Summus.

Neto, A. D. (2013). Ética nas decisões sobre o fim da vida: a importância dos cuidados paliativos. *Nascer e Crescer*, 22(04), 252-256.

Nunes, L. V. (2012). O papel do psicólogo na equipe. In: R. T. Carvalho, & H. A. Parsons (orgs), *Manual de Cuidados Paliativos* (2a ed.), 337-340. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos.

Queiroz, A. H. A. B., Pontes, R. J. S., Souza, A. M. A., & Rodrigues, T. B. (2013). Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. *Ciência & saúde coletiva*, 18(09), 2615-2623. DOI: 10.1590/S1413-81232013000900016.

Rezende, L. C. S., Gomes, C. S., & Machado, M. E. C. (2014). A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectivas em cuidados paliativos. *Revista Psicologia e Saúde*, 06(01), 28-36. <https://doi.org/10.20435/pssa.v6i1.321>

Santana, J. C. B., Pessini, L., & Sá, A. C. (2017). Vivências de profissionais da saúde frente ao cuidado de pacientes terminais. *Enfermagem Revista*, 20(01), 1-12.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Daiane Linz da Silva de Jesus – 30%

Bruna Fernanda da Silva – 26%

Caroline Carnevalli – 22%

Natalia Veronez da Cunha Bellinati – 22%