

**HOSPITAL BRUNO BORN**  
**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ATENÇÃO BÁSICA: OFICINAS EDUCATIVAS  
SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS AO FAMILIAR DE PACIENTE COM CÂNCER**

**Ana Julia Vognach**

Lajeado - RS

2020

**Ana Julia Vognach**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ATENÇÃO BÁSICA: OFICINAS EDUCATIVAS  
SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS AO FAMILIAR DE PACIENTE COM CÂNCER**

Trabalho de conclusão apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – Atendimento ao Paciente Oncológico para obtenção do grau de Especialista em Atendimento ao Paciente Oncológico.

Orientadora: Ms. Giseli Viecelli Farinhas

Co-orientadora: Cristiane Pivatto

Lajeado - RS

2020

# EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ATENÇÃO BÁSICA: OFICINAS EDUCATIVAS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS AO FAMILIAR DE PACIENTE COM CÂNCER

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar e produzir conhecimento com os profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família sobre cuidados paliativos ao familiar de pacientes com câncer.

**Metodologia:** Estudo qualitativo realizado através de quatro oficinas educativas abordando temas concernentes aos CP ao familiar de pacientes com câncer. Participaram do estudo 11 profissionais das duas ESF's: uma enfermeira e 10 agentes comunitários de saúde de duas ESF's de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados através da aplicação de um questionário individual com perguntas estruturadas na primeira oficina e, novamente, sua administração na última oficina. Para a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo. **Resultados:** Emergiram as categorias: Cuidado Paliativo: o conhecimento prévio as oficinas educativas; Cuidado Paliativo ao familiar de pacientes com câncer: construindo o conhecimento após as oficinas educativas; (Re)significações da prática profissional: desafios e sentimentos. **Conclusão:** A proposta das oficinas educativas sobre CP ao familiar de pacientes com câncer apontou como estratégia criativa no compartilhamento de experiências entre os profissionais, na produção de conhecimento e consequentemente na qualificação da assistência prestada.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Cuidadores familiares; Cuidados paliativos; Educação em saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** Evaluate and produce knowledge with professionals of the Family Health Strategy teams about palliative care in approaching the family member of cancer patients.

**Methodology:** Qualitative study carried out through four educational workshops addressing

topics concerning PC to family members of cancer patients. Eleven professionals from the two ESFs participated in the study: a nurse and 10 community health agents from two ESFs in a city in the interior of Rio Grande do Sul. The data were collected through the application of an individual questionnaire with structured questions in the first workshop and, again, its administration in the last workshop. For data analysis, content analysis was used. **Results:** The following categories emerged: Palliative Care: prior knowledge of educational workshops; Palliative Care for family members of cancer patients: building knowledge after educational workshops; (Re) meanings of professional practice: challenges and feelings. **Conclusion:** The proposal of educational workshops on CP to the family of cancer patients pointed out as a creative strategy in sharing experiences among professionals, in the production of knowledge and, consequently, in the qualification of the assistance provided. **Key words:** Primary Health Care; Family caregivers; Palliative care; Health Education.

## INTRODUÇÃO

Conforme a Organização Mundial da Saúde<sup>1</sup> a definição de CP considera a melhora da qualidade de vida dos pacientes com uma doença que ameaça a vida e de seus familiares, através da identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossocial e espiritual, prevenindo e aliviando o sofrimento. Podem ser ofertados em todos os níveis de cuidado como hospitais, ambulatórios e serviços domiciliares, envolvendo setor público e privado, adaptado-os às realidades locais, cultural, social e econômica<sup>1</sup>.

Os Cuidados Paliativos (CP) propõe uma forma inovadora na humanização dos cuidados, de forma interdisciplinar, focada no cuidado integral ao sujeito com uma doença que ameaça a vida. Esse conceito se aplica aos cuidadores familiares e equipe de saúde, que também estão suscetíveis ao sofrimento e adoecimento emocional<sup>2</sup>.

Uma das principais dificuldades para o trabalho em CP no Brasil é a sua inclusão na Atenção Primária em Saúde (APS)<sup>3</sup>. Estudo realizado por Pereira *et al.*<sup>4</sup>, analisou a falta de compreensão dos profissionais da APS acerca dos CP, que relacionaram a qualquer outra modalidade de cuidado ofertada pela equipe, além da necessidade de qualificação profissional, o que pode contribuir no afastamento dos mesmos perante o paciente e seu familiar, desconsiderando o sofrimento físico e emocional.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) emergiu como estratégia para a garantia da qualificação profissional, fornecendo um melhor preparo frente à assistência paliativa no contexto da atenção primária<sup>5</sup>. A EPS enquanto uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe ações educativas fundamentadas na problematização do trabalho, objetivando a transformação das práticas em saúde e da reorganização do serviço, tendo como referência as necessidades e demandas da população<sup>6</sup>.

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer atribui como um dos seus princípios o fomento a formação e à especialização dos profissionais, assim como a

qualificação da assistência por meio da educação permanente, através de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais para qualificação do cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde, conforme os pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)<sup>7</sup>.

A qualificação, abrangendo aspectos éticos, emocionais e espirituais, pode proporcionar a minimização do sofrimento decorrente da demanda de trabalho, fortalecendo a tomada de decisões na assistência. Para tanto, tornou-se necessária a qualificação da equipe de saúde, através da produção de conhecimentos acerca dos princípios dos CP, sensibilizando os profissionais às necessidades de cada sujeito e família, com vistas à humanização do trabalho e melhor qualidade da assistência paliativa<sup>8</sup>. Para tal, a EPS é uma proposta de aprendizagem no próprio trabalho em que se incorpora ao cotidiano da instituição o aprender e o ensinar<sup>9</sup>.

Desta forma, este estudo objetivou avaliar e produzir conhecimento com os profissionais das equipes de ESF sobre CP ao familiar de pacientes com câncer, propondo um levantamento dos conhecimentos prévios; fornecer subsídios para ampliar o conhecimento sobre tal temática e avaliar a produção do conhecimento das discussões produzidas pelos profissionais.

## **METODOLOGIA**

Tratou-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa desenvolvida em quatro etapas: aplicação de questionário individual inicial, realização de quatro oficinas educativas e aplicação do questionário individual final. A coleta de dados foi desenvolvida de setembro a novembro de 2020, em quatro encontros em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. O município contempla duas ESF's, alocadas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Cada ESF possui 10 profissionais: sete agentes comunitários de saúde (ACS),

um enfermeiro, um médico e um técnico de enfermagem. A presente pesquisa foi realizada com as duas ESF's.

No primeiro momento, foi realizada a apresentação das pesquisadoras e dos respectivos projetos de pesquisa; lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que, mediante concordância, foram assinados. Após, foi administrado o questionário inicial, realizada a primeira oficina e os combinados de datas e horários dos próximos encontros.

Os critérios de inclusão foram ser profissionais da área da saúde das duas ESF's; que estivessem aptos ao trabalho; ter participado de todas as etapas propostas; aceitar participar voluntariamente mediante assinatura do TCLE; e ser maior de 18 anos. Os critérios de exclusão foram aquilo que não contemplasse os critérios de inclusão.

O planejamento das temáticas das oficinas e o questionário foram construídos e aplicados juntamente com uma nutricionista residente do mesmo Programa, contudo, cada qual com seus temas e objetivos de pesquisa. Foi produzido um único questionário com perguntas estruturadas: a primeira parte era pertinente aos dois projetos de pesquisa e abrangeu dados gerais, atribuição de um codinome e entendimento sobre CP. A segunda parte era composta de seis perguntas para cada estudo. Os dados foram coletados através do mesmo instrumento que foi administrado antes e após as oficinas educativas. Um questionário piloto foi aplicado a um profissional da área da saúde não participante da pesquisa para testar o instrumento, garantindo que respondesse aos objetivos da pesquisa.

As oficinas foram estruturadas e ocorreram da seguinte maneira:

Oficina 1 - Administração do questionário inicial e oficina "Refletindo os princípios": cada princípio foi impresso em folha A4 e distribuídos aleatoriamente entre os participantes para reflexão, discussão e compartilhamento das experiências entre eles. As pesquisadoras mediarão a oficina, discutindo os princípios através de embasamento científico.

Oficina 2 - “O sentido das palavras”: baseada na pesquisa proposta por Silva<sup>10</sup>, através da oficina intitulada “Varal de Palavras”, consistiu na seleção prévia de 30 palavras, 15 delas para atingir os objetivos da presente pesquisa e as outras 15 palavras direcionadas ao objetivo de pesquisa da nutricionista residente. As palavras foram impressas em folha A4 e, conforme a área profissional, foram separadas em locais específicos e penduradas compondo um varal de palavras. Os participantes foram convidados a entrar na sala e individualmente escolher uma de cada espaço específico. Aleatoriamente, foram convidados a compartilhá-las abordando seu entendimento, significados e reflexões. Contribuíram conforme sentiram-se confortáveis, de maneira que o conhecimento pôde ser produzido coletivamente.

Oficina 3 - “Discutindo estratégias de cuidado”: as pesquisadoras elaboraram um caso fictício que apresentou a trajetória hospitalar de tratamento de um paciente com câncer. O mesmo foi impresso em folha A4 e entregue aos participantes divididos em dois grupos para leitura, reflexão e discussão sobre a continuidade do CP na ESF. Teve como objetivo propor aos participantes discussões acerca do cenário de trabalho atual e as possíveis transformações para o futuro. Após esse momento, os grupos apresentaram as discussões produzidas.

Oficina 4 - Administração do questionário final e oficina “Diretivas Antecipadas de Vontade”: esta oficina foi dividida em três momentos: a) os saberes sobre as DAV; b) a construção de suas próprias DAV, escrito em folha A4 e; c) avaliação e reflexão acerca da experiência individual e coletiva referente à participação nas oficinas e a produção de conhecimento sobre CP ao familiar de pacientes com câncer. Esta atividade pretendeu construir saberes a partir de embasamento teórico-científico e experiências, bem como, despertar e exercitar a empatia dos participantes.

Para análise dos dados obtidos através dos questionários, foi utilizado o método de Análise de Conteúdo proposto por Bardin<sup>11</sup>, que se deu pelas fases de pré-análise, codificação



e categorização. Para preservar a identidade dos participantes, os mesmos foram identificados conforme codinome preenchido no questionário.

A pesquisa foi aprovada pelo Centro de Ensino e Pesquisa (CENEPE) do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Bruno Born/RS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade do Vale do Taquari (UNIVATES) (CAAE número 29666620.5.0000.5310).

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

A participação nas oficinas educativas envolveu 11 profissionais das duas ESF's: uma enfermeira e 10 ACS. Em relação ao sexo, 10 eram do sexo feminino e um do sexo masculino. As idades compreendidas foram de 23 a 52 anos e o tempo de experiência profissional foi de um ano e um mês a 20 anos.

Em comparação com os questionários aplicados anterior e posterior as oficinas educativas, todos os participantes reconheceram que não possuíam formação técnica em CP, contudo, uma ACS manifestou ter experiência profissional em seu dia a dia, mantendo sua percepção no questionário final. Outra ACS inicialmente demonstrou dúvida, contudo, após as oficinas, reconheceu não possuir tal experiência.

Da análise, emergiram as categorias: Cuidado Paliativo: o conhecimento prévio as oficinas educativas; Cuidado Paliativo ao familiar de pacientes com câncer: construindo o conhecimento após as oficinas educativas; (Re)significações da prática profissional: desafios e sentimentos.

## **CUIDADO PALIATIVO: O CONHECIMENTO PRÉVIO AS OFICINAS EDUCATIVAS**

A presente categoria abordará o conhecimento sobre CP ao familiar de pacientes com câncer previsto nas oficinas educativas. Inicialmente é relevante apontar o entendimento prévio dos CP, no qual seis dos 11 participantes não o possuíam: “*Não sei explicar o que seria, mas provavelmente conheço esses cuidados, mas não pelo nome*” (Luíza); “*Não sei dizer ao certo do que se trata. Já escutei a palavra, mas não sei explicar*” (Laura), o que corrobora com o estudo de Pereira *et al.*<sup>4</sup>, quanto a falta de compreensão dos profissionais da atenção básica acerca desses cuidados.

Cezar *et al.*<sup>12</sup> objetivou compreender como uma proposta de EPS poderia contribuir no aperfeiçoamento do conhecimento sobre CP aos profissionais da saúde. Os autores, ao analisarem o conhecimento dos profissionais anteriores à ação, identificaram que a maioria associou o CP ao paciente em fase terminal, mas com enfoque na qualidade de vida, como o conforto, manejo de sintomas e o apoio familiar. No presente estudo, anterior às oficinas, apenas uma entrevistada fez afirmação semelhante: “*Dispensados ao paciente em fase terminal, com o objetivo de minimizar o sofrimento*” (Clarabela).

Conforme a Organização Mundial da Saúde<sup>1</sup>, inicialmente o conceito de CP estava atrelado aos cuidados nos últimos estágios do tratamento, ou seja, para pacientes que não obtinham resposta à terapia curativa. Com o desenvolvimento tecnológico, a definição de CP também sofreu mudanças. Sabe-se que os problemas e agravamentos que surgem no final da vida têm origem em um período anterior no percurso da doença e, os sintomas não tratados no início se tornam de difícil controle, podendo potencializar o sofrimento nos últimos dias de vida. Portanto, CP têm como um de seus princípios a sua aplicação o mais cedo possível no curso de todas as doenças crônicas e fatais. Duas entrevistadas não associaram os CP apenas ao momento da terminalidade, mas dispensados durante o adoecimento e tratamento, conforme os relatos: “*Acho que são os cuidados com os pacientes durante sua enfermidade*”

(Bruna) e, *“Acredito que seja o cuidado com o paciente “enquanto” está no processo de tratamento”* (Coração).

É importante destacar que apenas uma participante pontuou o CP realizado através da abordagem multiprofissional e direcionado também aos familiares, indicando um dos princípios<sup>1 2</sup>: *“São ações promovidas por uma equipe multidisciplinar para promover a qualidade de vida do paciente e seus familiares perante a doença que ameaça a vida”* (Xarope). Sara apontou a família apenas como cuidadora e não como um sistema a ser cuidado: *“Eu entendo como o cuidado da família em relação ao doente. Ex.: atenção, carinho, escuta”*.

Ao analisar os questionários aplicados previamente as oficinas, em relação ao conhecimento sobre CP ao familiar de pacientes com câncer, quatro pesquisados demonstraram desconhecimento sobre tais cuidados ao familiar: *“Nada”* (Nina); *“Não sei dizer”* (Zeus); *“Saber falar com calma”* (Mel) e, *“Acho que nessa hora todo apoio recebido é bem vindo”* (Sara). Apenas uma participante desconsiderou o familiar: *“Cuidados dispensados ao paciente com o objetivo de conforto, diminuição da dor”* (Clarabela), o que corrobora com a pesquisa de Menezes *et al.*<sup>5</sup>, na qual apontou que há uma compreensão limitada acerca dessa modalidade de tratamento, visto que os CP também são direcionados aos familiares.

Pode-se verificar que três ACS abrangeram os familiares nos CP, considerando instruções e orientações como apoio ao familiar para melhor exercer os cuidados ao paciente: *“Poder orientar familiares para como agir em relação a esta doença”* (Laura); *“Entendo que seria o cuidado e ajuda/suporte ao familiar do paciente em fases avançadas do câncer”* (Coração). Ainda, dois entrevistados acrescentaram sobre o autocuidado do cuidador: *“Deve ser a atenção, o apoio que se dá ao familiar de paciente com câncer, as instruções de como ele pode ajudar o paciente com câncer, e como ele pode cuidar de si”* (Luíza) e *“Verificar se*

*precisa de algo, como está essa aceitação da família, se são unidos, quem é o responsável em ajudar. Deixar a pessoa calma e cuidar da saúde própria para ajudar o paciente com câncer” (Pablo).*

Assim como Luíza e Pablo, os relatos a seguir demonstraram associação dos CP a preocupação para com a saúde mental do familiar: *“É trabalhar o psicológico e o emocional do familiar, para que ele possa deixar a pessoa com câncer o mais confortável possível” (Xarope); “A saúde mental é de extrema importância, pois nem sempre a pessoa (paciente) se recupera e o cuidador vive essa angústia no dia a dia com os cuidados que dispensa” (Bruna).*

A atual definição de CP considera a melhora da qualidade de vida dos pacientes e familiares através da identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossocial e espiritual, prevenindo e aliviando o sofrimento<sup>1</sup>. A sua abordagem atenta-se no sofrimento relacionado a uma doença grave, independente de ser ou não curável<sup>13</sup>. Excede o trabalho com a morte e pressupõe o trabalho direcionado à qualidade de vida, no atendimento humanizado, valorizando a vida. Envolve o paciente, seu familiar e a equipe multidisciplinar e não se restringe apenas ao contexto hospitalar, mas adentra ao lar e nos serviços extra hospitalares<sup>14</sup>.

Os profissionais demonstraram que, anteriormente às oficinas, não possuíam entendimento total do atual conceito de CP, inclusive direcionados aos familiares. Contudo, em sua maioria, pontuaram alguns dos princípios, demonstrando terem conhecimentos breves, mesmo sem possuir formação ou compreensão de que possuíam tais saberes.

## **CUIDADO PALIATIVO AO FAMILIAR DE PACIENTES COM CÂNCER: CONSTRUINDO O CONHECIMENTO APÓS AS OFICINAS EDUCATIVAS**

Esta categoria discutirá os conhecimentos construídos e ampliados com as oficinas educativas. Os participantes consideraram os CP ao familiar, quanto ao fornecimento de informações e suporte no acompanhamento do paciente, como forma de minimizar o sofrimento decorrente do adoecimento por câncer: *“Vai desde a informação ao familiar, até o cuidado, propriamente dito, ao familiar ou ao paciente”* (Clarabela); *“É todo o suporte que se dá ao familiar para que ele possa cuidar e acompanhar o paciente com câncer, de forma a evitar o máximo de sofrimento possível”* (Luíza). Um dos princípios dos CP é oferecer apoio para auxiliar a família a lidar com a doença, bem como no processo de luto, visto que a unidade familiar e social do paciente também está suscetível a adoecer e seu sofrimento deve ser acolhido e paliado pela equipe de saúde<sup>1 2</sup>.

No entanto, é relevante considerar que os cuidadores familiares possuem suas próprias reações emocionais ao diagnóstico e prognóstico<sup>15</sup>. A participação contínua da família no processo de adoecimento é atravessada de dor e sofrimento, acarreta na interrupção das demandas individuais dos cuidadores para a assistência exclusiva ao familiar enfermo<sup>16</sup>.

Os alguns participantes apontaram para dois princípios dos CP não destacados nos questionários prévio a ação educativa, o que indica a produção de conhecimento acerca desses cuidados, no qual se pressupõe a abordagem em equipe multiprofissional para atender as necessidades tanto dos pacientes quanto dos familiares, incluindo acompanhamento no luto e a integração dos aspectos psicológicos<sup>1 2</sup>. Cinco dos 11 participantes pontuaram sobre o apoio multiprofissional da equipe, o que não foi destacado anteriormente: *“Os familiares dos pacientes com câncer devem ter o mesmo apoio multiprofissional que o paciente tem, pois, assim, facilita o cuidado do mesmo”* (Laura).

Dentre as abordagens multiprofissionais, foi destacada a psicológica e da ACS: *“Acompanhamento psicológico. Se houver um vínculo com a ACS esta também poderá ajudar”* (Nina); *“É ter todo o acompanhamento pelos profissionais de saúde para o alívio do*

*paciente e familiar. Assistência psicológica” (Xarope); “Dar assistência psicológica, escutar” (Bruna). É necessário salientar que a escuta e o apoio direcionados aos pacientes e familiares, não é ferramenta exclusiva do psicólogo mas de toda equipe<sup>17</sup>.*

No questionário de aplicação posterior às oficinas, um ACS não respondeu seu entendimento acerca dos CP ao familiar, contudo, os demais participantes demonstraram ter construído e ampliado seus conhecimentos acerca da importância desse tipo de tratamento. Este resultado pode auxiliar os profissionais do sistema de saúde a proporcionar melhor resposta nos cuidados, envolvendo o familiar como parceiro da equipe de saúde, fornecendo-lhes instruções e orientações no momento que assume essa responsabilidade no domicílio<sup>15</sup>.

## **(RE)SIGNIFICAÇÕES DA PRÁTICA PROFISSIONAL: DESAFIOS E SENTIMENTOS**

Esta categoria abordará as percepções dos profissionais acerca das contribuições da sua área profissional, como percebem ser possível auxiliar o familiar durante o curso da doença oncológica e no enfrentamento ao luto; os desafios da equipe ao desempenhar CP e os sentimentos que emergem diante desses cuidados.

### **CONTRIBUIÇÕES DA ÁREA PROFISSIONAL**

Em relação às contribuições da área profissional apresentadas anteriormente as oficinas, ou seja, como percebem ser possível auxiliar o familiar durante o curso da doença oncológica e no enfrentamento ao luto, a escuta foi a ferramenta mais destacada, seguida das orientações e informações, apoio e oferta dos serviços disponibilizados na ESF: *“Acho que a maior contribuição é a escuta. E quando não querem falar, o respeito, afinal é um direito deles” (Luiza); “Orientar, escutar principalmente, informar a equipe sobre o que está*

*acontecendo e ver o que pode ser ajudado” (Laura); “Fazer as visitas, escutar, ofertar o atendimento psicológico disponível na UBS e se colocar a disposição para o que a pessoa precisar” (Bruna) e, “Cuidado humanizado, respeito, carinho, atenção, dedicação, apoio, escuta... Ouvir mais do que falar. Servir de apoio ou indicar/sugerir a busca de conhecimento que vá auxiliar no enfrentamento do que está acontecendo e do que está por vir” (Clarabela).*

O diagnóstico de câncer é acompanhado de dor física, emocional, social e espiritual, medos, inseguranças e impacta na rotina de um sujeito e sua família<sup>17</sup>. A família envolve-se intensamente nos cuidados ao paciente com câncer, que possuem as mais diversas necessidades, desde cuidados aos sintomas, administração de medicações, monitoramento da doença e tratamento, apoio emocional, dentre outros. Esse familiar pode estar despreparado para assumir tais tarefas, exigindo informações e orientações sobre a doença e habilidades assistenciais<sup>15</sup>.

O acolhimento no luto e a preocupação para com a saúde mental também emergiu: *“[...] No luto um abraço forte, falar que a pessoa fez tudo da melhor maneira” (Pablo) e “Somente podemos levar palavras de conforto, atenção, carinho e escuta. Podemos lhes oferecer ajuda dos profissionais da UBS, mostrando a preocupação para com eles” (Coração).* O acolhimento, empatia e o respeito às necessidades dos usuários e familiares atravessou todos os enunciados.

Nos questionários aplicados após as oficinas, novamente houve destaque para a escuta como a principal contribuição da área profissional. Também, ênfase para o reconhecimento da importância do trabalho do ACS como elo entre o usuário, família e equipe de saúde, colocando-se a disposição para auxílio e oferta dos serviços da ESF: *“Fazendo a ligação entre os demais profissionais, saber escutar e não fazer nada de julgamento” (Mel); “Minha contribuição maior é a escuta e fazer o elo de ligação com a equipe de saúde. Se colocando à*

*disposição" (Luiza); "Mantendo-o informado do que temos disponível na UBS, fazendo visitas, levando suas necessidades e angústias aos demais profissionais e escutando-as" (Bruna) e "Escuta, acolhimento, apoio, informações claras sobre o curso da doença" (Clarabela). Pablo pontuou o acolhimento no acompanhamento ao luto do familiar: "Fazer tudo o que for para ajudar o familiar, deixar ele tranquilo. Falar que ele fez tudo o que estava ao alcance para ele" (Pablo).*

Como foi possível analisar, a escuta foi apontada como a principal contribuição das áreas profissionais, tanto anterior quanto posterior às oficinas. A escuta é uma ferramenta da diretriz de acolhimento da Política Nacional de Humanização (PNH), que deve ser ofertada pelos profissionais de saúde, considerando as angústias e preocupações, respeitando as necessidades dos usuários<sup>18</sup>.

Os participantes desta pesquisa foram predominantemente ACS (10). Com as oficinas, foi possível comparar que os participantes têm conhecimento sobre suas atribuições enquanto profissionais de uma equipe da ESF. Abordaram o uso de tecnologias relacionais, classificadas por Merhy<sup>19</sup> como tecnologias leves no trabalho em saúde, que envolve a escuta, o acolhimento, o vínculo, a humanização do cuidado e a comunicação através de informações, conforme as necessidades do usuário e da família.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) prevê visitas de uma equipe de profissionais de saúde ao domicílio. Esse programa e a rede ambulatorial da atenção básica, mesmo não sendo originalmente desenvolvidos para ações em CP, podem ser estruturados para incorporar esse modelo, assumindo importantes atribuições<sup>20 21</sup>.

No que tange a formação de uma equipe de CP na atenção básica, no estudo de Costa<sup>22</sup> foi destacado principalmente o médico, o enfermeiro, o dentista, o psicólogo e o fisioterapeuta, além de menções a outros profissionais de saúde, extrapolando a equipe



mínima de uma ESF determinada pelo MS<sup>23</sup>. O estudo ainda abordou as contribuições de alguns destes profissionais, contudo, não dos ACS.

Os ACS tem papel de destaque na atenção básica, pelo estreito conhecimento que têm do seu território, constituem-se em importante elo entre os pacientes, família e equipe, na medida em que detectam a sua existência, identificando suas necessidades e as de seus familiares<sup>20 21</sup>. Portanto, têm grande importância na equipe de CP na atenção básica.

É incontestável a relevância de uma equipe multidisciplinar em CP, que “deve sempre ser formada com o objetivo de oferecer conforto, suporte, informação, propiciando a dignidade ao paciente e sua família, a partir da assistência pautada nos Cuidados Paliativos”<sup>22</sup> (p.88).

## **DESAFIOS DA EQUIPE**

Anterior às oficinas, cinco participantes não manifestaram seus desafios, justificando não possuírem entendimento sobre CP: “*Queria entender um pouco mais sobre CP para responder essa pergunta*” (Luiza) e “*Não sei*” (Mel). Uma ACS não respondeu quais são os seus desafios ao desempenhar CP, nem antes nem após as oficinas, contudo, a mesma reconheceu não possuir formação nem experiência nesta área.

Os desafios que serão abordados foram apontados pelos participantes após as oficinas, indicando que com as discussões produzidas, reconheceram as dificuldades e estas precisam ser acolhidas. Os principais desafios apontados pelos profissionais estão associados aos sentimentos para lidar com a demanda emocional decorrente do trabalho com pacientes com câncer e seus familiares: “*Fazer o meu melhor por aquelas pessoas, sem me envolver emocionalmente*” (Nina); “*Saber lidar com as emoções de cada familiar, que tem a sua maneira de enfrentar o curso da doença*” (Clarabela); “*Às vezes se colocar no lugar do outro e respeitar as escolhas feitas*” (Pablo); “*O maior desafio é se colocar no nosso lugar, saber*

*que não podemos mudar a situação e a nossa maneira de ajudar é ouvir e dar apoio emocional ao familiar” (Sara).*

Até para quem ainda não teve experiência de trabalho com esse público, reconheceu as dificuldades, não apenas para si, mas também para a família: *“Eu nunca tive experiência, mas deve ser bem complicado pois é um momento muito delicado” (Zeus) e “Acredito que seja desafiador pois cada pessoa enfrenta os desafios de maneira diferente. Muitas vezes os vínculos familiares estão enfraquecidos” (Coração).*

## **OS SENTIMENTOS DA EQUIPE**

Anterior às oficinas educativas, os principais sentimentos que emergiram foram de impotência, tristeza, empatia e angústia, conforme os relatos a seguir: *“Tristeza, não saber como ajudar ou orientar” (Laura); “[...] Muitas vezes me sinto impotente diante do sofrimento do paciente e da família” (Luiza); “Tristeza, angústias, incerteza, etc” (Bruna); “Angústia, tristeza, compaixão” (Coração); “Carinho, compreensão, dúvida (por quê está acontecendo isto?), pena” (Clarabela); “Empatia, muitas vezes frustração por não poder ajudar mais” (Sara).* Tais sentimentos vão ao encontro do estudo de Giaretton<sup>24</sup> que destacou a impotência, frustração, ansiedade, dor, tristeza, desânimo, fragilidade, compaixão e pena. Os relatos acima revelam sentimentos que podem ser considerados desagradáveis de serem sentidos, como a tristeza, a angústia e a impotência diante do quadro de dor que a morte desperta em algumas pessoas<sup>25</sup>, mas pertinentes ao momento vivenciado.

O sentimento de impotência tão manifestado pelos entrevistados é descrito por Fromm<sup>26</sup> (p. 70-71) como “uma pessoa que não é capaz de exercer determinadas funções, que não consegue fazer aquilo que deveria conseguir, e essa incapacidade é acompanhada por uma profunda convicção de sua própria fraqueza e falta de poder – seja esta convicção consciente, ou uma “convicção inconsciente”. Assim como o sentimento de impotência, a

frustração e a angústia emergem frente à impossibilidade de mudar o curso da doença e morte, sendo essa algo a ser combatido e não um processo natural do ciclo da vida.

Há dificuldades de alguns profissionais para lidar com o paciente terminal, bem como de conversar sobre a morte, que está relacionada com o confronto dos sujeitos com a sua própria finitude<sup>27</sup>. Isso pode acarretar em limitações da escuta e do falar sobre, como no relato de Pablo: *“Sentimento de (saber o que falar) para que se sinta cuidado e ouvido”*. A falta de disciplinas e práticas reflexivas durante a formação e também na Educação Continuada que contemplem temas sobre morte e CP reflete na dificuldade de discutir tais assuntos, o que colabora para que momentos de adoecimento e terminalidade sejam difíceis de serem experienciados na rotina de trabalho<sup>28</sup>.

O sentimento de tristeza diante da morte de um paciente pode ser sentido com maior intensidade quando os laços vinculares são fortes e mais próximos<sup>24</sup>. Os ACS possuem estreito relacionamento e vínculo com as famílias de seu território e, um diagnóstico de câncer também pode impactar emocionalmente, conforme o relato de Nina *“Pesar, tristeza, remete lembrança da pessoa antes saudável e feliz, impotência”*.

Com as oficinas foi possível analisar que alguns profissionais puderam ampliar a percepção, identificando outros sentimentos como o respeito às necessidades dos familiares, empatia, apoio, assim como tristeza e angústia, ressignificando seus sentimentos diante do cuidado aos pacientes em CP e seus familiares, conforme os discursos a seguir: *“Um sentimento de felicidade de poder ajudar a família, mesmo sendo muitas vezes só escutando o sofrimento ou até mesmo poder dar somente um abraço ou chorar junto”* (Laura); *“Respeito aos familiares, tristeza e perda”* (Xarope); *“É preciso apoio e respeito”* (Luiza); *“Um sentimento de conforto, pois estão sendo bem cuidados”* (Mel); *“Comprometimento, compaixão, delicadeza, amizade”* (Nina); *“Angústia, empatia, sofrimento, compaixão”* (Coração).

Os profissionais precisam identificar suas crenças e sentimentos frente à terminalidade para conduzir a uma morte, minimizando o sofrimento. É preciso trabalhar com a impotência e buscar novos sentidos de cuidado frente ao paciente fora da possibilidade de cura<sup>29</sup>. Portanto, faz-se necessário a busca de um suporte emocional a fim de elaborar para si as particularidades da morte e do morrer<sup>24</sup>. O psicólogo contribui na equipe de CP enquanto o profissional que busca promover a qualidade de vida do paciente, familiar e também da equipe envolvida, acolhendo e minimizando o sofrimento diante do adoecimento e aproximação da morte<sup>22</sup>. Cabe ao profissional “o apoio e compartilhamento destas angústias, o que favorece um maior fortalecimento da equipe e melhor atendimento aos pacientes e familiares”<sup>30</sup> (p. 51).

Há amplamente na literatura estudos que abordam os sentimentos dos enfermeiros e outros profissionais da saúde diante da terminalidade e morte. Contudo, nesta pesquisa, os participantes foram predominantemente ACS e, não há na literatura especificamente descrita as percepções e sentimentos dos mesmos ao tratar e cuidar de pacientes e familiares em CP, o que tornou ainda mais relevante a discussão neste trabalho e manifestou a necessidade de novos estudos, valorizando esta categoria profissional.

## **CONCLUSÕES**

Os profissionais demonstraram que, anteriormente às oficinas, não possuíam entendimento total do atual conceito de CP, inclusive direcionados aos familiares. Contudo, em sua maioria, pontuaram alguns dos princípios, demonstrando terem conhecimentos breves, mesmo sem possuir formação ou compreensão de que possuíam tais saberes. Alguns participantes pontuaram princípios que não foram destacados nos questionários previo a ação educativa, o que indica a produção de conhecimento acerca desses cuidados. Cinco dos 11

participantes escreveram sobre o apoio multiprofissional da equipe, o que não foi destacado anteriormente.

No questionário de aplicação posterior às oficinas, apenas um ACS não respondeu seu entendimento acerca dos CP ao familiar. Contudo, a maioria dos participantes demonstrou ter construído e ampliado seus conhecimentos acerca da importância desse tipo de cuidado ao familiar.

A escuta foi apontada como a principal contribuição das áreas profissionais, tanto anterior quanto posterior às oficinas. Também enfatizaram o reconhecimento da importância do trabalho do ACS como elo entre o usuário, família e equipe de saúde, a disposição para auxílio e oferta dos serviços da ESF. Com as oficinas, foi possível comparar que os participantes têm conhecimento sobre suas atribuições enquanto profissionais de uma equipe da ESF. Abordaram o uso de tecnologias relacionais como a escuta, o acolhimento, o vínculo, a humanização do cuidado e a comunicação através de informações, respeitando as necessidades do usuário e da família.

Os principais desafios apontados pelos profissionais estão associados aos sentimentos para lidar com a demanda emocional advinda do trabalho com pacientes com câncer e seus familiares. Anterior às oficinas educativas, os principais sentimentos que emergiram foram de impotência, tristeza, empatia e angústia. Com as oficinas foi possível analisar que alguns profissionais puderam ampliar a percepção, identificando outros sentimentos como o respeito às necessidades dos familiares, empatia e apoio, ressignificando seus sentimentos diante do cuidado aos pacientes em CP e seus familiares.

Na última oficina, momento do encerramento, os participantes foram convidados a compartilharem suas experiências. Foram manifestados elogios e agradecimentos quanto à realização da pesquisa e contribuição do conhecimento sobre tal temática, essa que é difícil de ser discutida, que estimula a reflexão, introspecção, causando impacto emocional.

Contudo, tão pertinente, contribuindo na assistência prestada ao familiar. Cabe ao psicólogo acolher e auxiliar na minimização do sofrimento da equipe, através do apoio e compartilhamento das angústias, fortalecendo-os. Para tanto, sugere-se que sejam realizados grupos de apoio e escuta como forma de suporte psicológico.

Não há estudos que discutam a contribuição do ACS inseridos em equipes de CP na atenção básica, assim como, os sentimentos dos mesmos advindos dessa demanda de trabalho. Contudo, nesta pesquisa, os participantes foram predominantemente ACS o que tornou ainda mais relevante a discussão neste trabalho e manifestou a necessidade de novos estudos, valorizando esta categoria profissional.

Foi evidenciado através dos questionários que alguns profissionais não aprenderam todos os conteúdos. Contudo, é importante destacar que um questionário não é padrão para mensurar o nível de conhecimento, pois esta é uma questão subjetiva. No entanto, indicou a necessidade e importância da EPS. Portanto, a proposta das oficinas educativas sobre CP ao familiar de pacientes com câncer apontou como estratégia criativa no compartilhamento de experiências entre os profissionais, na produção de conhecimento e consequentemente na qualificação da assistência prestada.

A realização deste estudo poderá sensibilizar a gestão a fim de proporcionar atividades educativas aos profissionais da atenção básica. Teve-se, portanto, um estudo de relevância científica que poderá contribuir no direcionamento das estratégias e perspectivas de trabalho em CP nas ESF, que produzam um cuidado humanizado e integral aos familiares de pacientes com câncer.

## **REFERÊNCIAS**

1. World Health Organization (WHO). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2<sup>th</sup> ed. Geneva: WHO; 2002.

2. Matsumoto, DY. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Tavares de Carvalho R, Afonseca Parsons H, (organizadores). Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado. Acad Nac Cuid Paliativos. 2012;1–592.
3. Hermes HR, Arruda Lamarca IC. Cuidados paliativos: Uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Cienc e Saude Coletiva. 2013;18(9):2577–88.
4. Pereira DG, Fernandes J, Ferreira LS, Rabelo RO, Pessalacia JDR SR. Significados dos Cuidados Paliativos na ótica de enfermeiros e gestores da Atenção Primária à Saúde. 2014;11:1357–64.
5. Menezes RMP de, Teixeira GA, Oliveira DRC de, Dantas DNA, Enders BC, Carvalho GAF de L. Significados Atribuídos Por Profissionais De Saúde Aos Cuidados Paliativos No Contexto Da Atenção Primária. Texto Context - Enferm. 2018;27(2):1–9.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2 ed. 2 reimp. Brasília: Ministério da Saúde 2013.
7. Brasil. Ministério da Saúde/GM. 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 2013.
8. Vasques TCS, Lunardi VL, Ribeiro JP, Carvalho KK de, Gomes GC, Silva PA da. Cuidados Paliativos no Cotidiano de trabalho dos profissionais da saúde e de enfermagem. Rev enferm UFPE on line. 2014;8:3797–805.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2018. 73 p.
10. Silva, MER. Trabalho e produção de conhecimento em saúde no núcleo de apoio à saúde da família nos municípios do médio vale do Itajaí/SC [dissertação]. Itajaí (SC): Universidade do Vale do Itajaí; 2016. p. 118.
11. Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
12. Cezar VS, Waterkemper R, Rabin EG, Castilho RK, Reys KZ. Educação Permanente em Cuidados Paliativos: uma Proposta de PesquisaAção. Rev Pesqui Cuid é Fundam Online. 2019;11(2):324.
13. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Análise situacional e recomendações para estruturação de programas de cuidados paliativos no Brasil. São Paulo; 2018.
14. Maciel SC, Alves RSF. A arte de cuidar: contribuições do psicólogo na equipe multiprofissional de cuidados paliativos. In: Angerami VA. E a psicologia entrou no hospital. Belo Horizonte: Editora Artesã; 2017. p. 207-233.
15. Given BA, Given CW, Kozachik S. Family Support in Advanced Cancer. CA Cancer J Clin. 2001;51(4):213–31.
16. Carduff E, Finucane A, Kendall M, Jarvis A, Harrison N, Greenacre J, et al. Understanding the barriers to identifying carers of people with advanced illness in primary care: Triangulating three data sources. BMC Fam Pract. 2014;15(1):1–10.



17. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Sofrimento psíquico do paciente oncológico: o que há de específico? Bernat ABR, Pereira DR, Swinerd MM , organizadores. Rio de Janeiro: INCA; 2014; Cadernos de Psicologia; 2.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização; 2013.
19. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
20. Floriani CA, Schramm FR. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica Moral and operational challenges for the inclusion of palliative care in primary health care. Cad Saude Publica. 2007;23(9):2072–80.
21. Filgueiras AS, Silva ALA. Agente Comunitário de Saúde: Um novo ator no cenário da saúde do Brasil. Physis. 2011;21(3):899–915.
22. Costa ICP. Cuidados paliativos na atenção básica: depoimentos de profissionais da saúde [dissertação]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2011. p. 120.
23. Brasil. Ministério da Saúde. 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 2017.
24. Giaretton DWL. Morte e o morrer: sentimentos dos profissionais da saúde diante do paciente terminal [monografia na internet]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2013. p. 33.
25. Almeida CSL, Sales CA, Marcon SS. O existir da enfermagem cuidando na terminalidade da vida: um estudo fenomenológico. Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(1):34-40.

26. Fromm E. Sobre o sentimento de impotência. In: *Dissonância: Teoria Crítica e Psicanálise* 2017 Jun; 1(1):68-103. [citado em 03/12/2020]. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/teoriacritica/issue/view/167/24>.
27. Mendes JA, Lustosa MA, Andrade MCM. Paciente terminal, família e equipe de saúde. *Rev da SBPH*. 2009;12(1):151–73.
28. Piva JP, Garcia PCR, Lago PM. Dilemas e dificuldades envolvendo decisões de final de vida e oferta de cuidados paliativos em pediatria. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2011;23(1):78–86.
29. Paula A, Ferreira DJ. O Profissional de Saúde frente à distanásia : uma revisão integrativa a. 2011;5(4):462–9.
30. Saporetto LA et al. Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano. In: Tavares de Carvalho R, Afonseca Parsons H, (organizadores). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado*. Acad Nac Cuid Paliativos. 2012;1–592.

