

**Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família
Fundação Estatal Saúde da Família/ Fundação Oswaldo Cruz**

DORLANE CORREIA DE MELO

**A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E OS CUIDADOS PALIATIVOS: RELATO DAS
VIVÊNCIAS DE UMA RESIDENTE**

CAMAÇARI- BA

2020

DORLANE CORREIA DE MELO

**A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E OS CUIDADOS PALIATIVOS: RELATO DAS
VIVÊNCIAS DE UMA RESIDENTE**

Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde da Família apresentado à Fundação Estatal de Saúde da Família - FESF-SUS como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Juliana dos Santos Lima

CAMAÇARI- BA

2020

DORLANE CORREIA DE MELO

**A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E OS CUIDADOS PALIATIVOS: RELATO DAS
VIVÊNCIAS DE UMA RESIDENTE**

Relatório final, apresentado a Fundação Estatal de Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz (FESF-SUS/Fiocruz), como parte das exigências para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovada em 01 de abril de 2020, Camaçari-Ba

BANCA EXAMINADORA

Juliana dos Santos Lima

(Especialista em Saúde da Família com concentração na Gestão da Atenção Básica
– ISC/UFBA)

Avaliador 1

Maior titulação

CAMAÇARI- BA

2020

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser meus mestre maior

A meus pais pelos exemplos, incentivo, apoio de todos os momentos

A meu irmão pelo apoio e incentivo

A Danilo, meu companheiro de vida

Aos colegas residentes do primeiro ano por enfrentarmos lado a lado essa jornada

As apoiadoras matriciais e preceptora pela disponibilidade para compartilhar os seus conhecimentos, sempre com uma palavra amiga.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE – Agente de combate às endemias

ACS – Agente comunitário de saúde

APS – Atenção primária à saúde

CA – Câncer

DAB - Departamento de Atenção Básica

eAB - Equipe de Atenção Básica

NASF – AB - Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de atenção Básica

PNAD - Política Nacional de Atenção Domiciliar

R2 – Residente do segundo ano

USF – Unidade de saúde da família

VD – Visita domiciliar

RESUMO

O presente memorial apresenta a minha trajetória como enfermeira residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-BA), no período de março de 2018 a março de 2020, no município de Camaçari-BA. Nele constam as principais vivências na equipe de saúde da família frente a cuidados paliativos desenvolvidos dentro do programa. Reconhecendo: Quem eu sou; O território na Saúde; Trabalho em Equipe na APS; Visita domiciliar; Abordagem familiar; Cuidados Paliativos na APS; Contato com o caso; Assistência de enfermagem; e considerações finais. A construção deste memorial possibilitou mobilizações profissionais e pessoais, refletir sobre a intensidade das vivências e as experiências adquiridas no programa para o meu crescimento e amadurecimento profissional e pessoal.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 QUEM SOU EU	08
3 O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	10
3.1 O território na Saúde	10
3.2 Trabalho em Equipe na Atenção Primária à Saúde	12
4 COMO O PROCESSO DE TRABALHO ME LEVOU AOS CUIDADOS PALIATIVOS	14
4.1 Visita domiciliar e o contato com o caso	14
4.2 Abordagem familiar	19
4.3 Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde	20
4.4 Assistência de enfermagem	22
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
Referências	25

1 INTRODUÇÃO

O Memorial é um documento elaborado passo a passo, no qual são relatadas as impressões sobre a aprendizagem, os acertos, as vitórias, os avanços, as escolhas, assim como os retrocessos, as paradas e as dúvidas. É a oportunidade de registrar as reflexões sobre os vários momentos da formação e sua relação com a prática pedagógica. É o registro das histórias de aprendizagem e seus reflexos no cotidiano (FREITAS; SOUZA, 2005).

Prado; Soligo (2005) destacam que um memorial de formação se trata de um texto de caráter científico, é um gênero textual predominantemente narrativo, circunstanciado e analítico, que trata do processo de formação num determinado período – combina elementos de textos narrativos com elementos de textos expositivos.

A escrita do memorial exige recordações, reflexão de experiências individuais ou coletivas que tiveram importância para o meu crescimento emocional e profissional devido serem construídas por uma alta carga de valores e ter marcado de alguma forma minha história. Essa experiência desencadeia um processo de novas significações.

Desta maneira este trabalho consiste em uma narrativa experiencial, do processo de formação vivido por uma enfermeira residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-BA), no período de março de 2018 a março de 2020. A residência foi um período intenso de vivências que exigiram amadurecimento profissional e pessoal, proporcionando grandes aprendizados.

2 QUEM SOU EU

Sou Dorlane Correia de Melo, filha de José e Maria José, irmã de Diôgo, tia e dinda das princesas Lis, Eva e Giovanna, noiva Danilo, cunhada Clotildes, Denise, nora de Rita Maria, neta, sobrinha, amiga, sonhadora, lutadora, responsável, enfermeira- graduada pela Faculdade de Tecnologia e Ciências – FTC - e agora residente do FESF – SUS.

Durante o período da graduação fui me identificando com algumas áreas específicas o que motivava a querer saber mais a fundo sobre determinados assuntos. Desta maneira nos primeiros semestres tive contato com a saúde pública, o SUS é incrível, logo me identifiquei e descobrir que precisava conhecer mais de perto. O estágio curricular obrigatório, na unidade de saúde da família (USF), foi incrível o que intensificou ainda mais a minha vontade de trabalhar nessa área, tive a oportunidade de realizar atendimentos na maioria dos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, apesar das limitações a equipe conseguiu desempenhar um papel muito importante para a comunidade.

A entrada no Programa de Residência Multiprofissional não foi um acaso, uma tentativa ou sorte. Preparei-me muito para conseguir estar nesse lugar. O desejo de garantir a vaga era como uma luz no final do túnel. Estava em um processo de desacreditar de mim, nas minhas escolhas profissionais, na ocasião estava trabalhando em uma clínica de medicina ocupacional que pagava mal, com carga horária péssima, não tinha perspectivas de outras possibilidades de trabalho, sem contar, o peso dos muitos “nãos” ao longo do caminho, uma vez que, o mercado exige experiência profissional que não é possível computar com os estágios curriculares da faculdade.

Ao saber do edital e me inscrever eu sabia que se quisesse mudar minha realidade teria que estudar e passar na prova. Para tal me dediquei com força aos estudos. Por incrível que pareça ao finalizar a prova tinha em mim a certeza de ter passado, não como uma esperança de consolo, mas sim a conclusão de um trabalho bem feito.

E assim aconteceu! Meu nome na lista, a aprovação! Foi uma felicidade sem tamanho, me fez renascer, acreditar em mim. Uma mistura de sentimentos jamais experimentados antes. Foi muito gratificante constatar que todo aquele esforço e as renúncias valeram a pena.

Estava cheia de expectativas para o início das atividades. Não conhecia ninguém que tivesse feito residência, então não sabia como funcionava o programa, tudo para mim era novidade. No segundo dia do acolhimento, nos foi permitido escolher o local que queríamos atuar, os preceptores informando sobre os postos de trabalho, isso causou muita agitação nos colegas, mas ao contrário eu não quis escolher. A minha escolha foi a residência, a unidade deixei a cargo do universo. E foi uma surpresa maravilhosa!

Ir para o campo de Camaçari envolveu mudança de endereço para uma cidade que não conhecia, mas sabia da fama de ser perigosa, morar sozinha. Daí já se iniciava as experiências. A recepção na cidade foi muito acolhedora, onde conhecemos um pouco da história da cidade e a rede de atenção à saúde. Posteriormente, nos informaram os locais de lotação. Fui lotada na USF Piaçaveira, nem sabia para que lado ficava, só que era a mais perto da rodoviária.

Ao chegar à unidade fomos bem recebidos pelos colegas residentes, preceptores e demais funcionários, a comunidade se assustou em ver tantos profissionais de uma vez. Lá fomos informadas que eram duas equipes e que a Equipe II era dividida entre duas enfermeiras devido a tamanho da população.

Acreditava que a experiência da divisão do mesmo espaço poderia prejudicar o trabalho e o mais importante o processo de aprendizado, já que éramos pessoas desconhecidas. Confesso que naquele momento preferia ficar sozinha, mas fui escolhida pela preceptora de enfermagem para dividir a equipe com a enfermeira Ana Beatriz. Passado o receio inicial, percebi que estava enganada e desde sempre é e tem sido maravilhoso compartilhar as atividades com a colega.

Com o passar dos dias fui criando vínculo com os profissionais e com os usuários do território. Tive que assumir a agenda da equipe enfermagem antes das outras colegas, devido a minha residente direta do segundo ter saído do programa, confesso que me assustei, com o apoio da preceptoría, dos colegas e a busca de

conhecimento para suprir as minhas dificuldades consegui da continuidade ao trabalho, não demorou muito para sentir-me pertencente àquele lugar, e a partir daí o trabalho se tornou bem mais motivador.

3 O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

3.1 O território na Saúde

O território é um lugar com limites definidos onde as pessoas vivem, trabalham, circulam e se divertem. Dele faz parte ambientes construídos e ambientes naturais. Sendo sobretudo, um espaço de relações de poder, de informações e de trocas (SANTOS, 1994).

Pensar o território consiste em um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho da APS. O mesmo, não deve ser pensado como um espaço finito e limitador das ações de saúde, mas sim como espaço singular e articulado a outros serviços de saúde dentro do macro setor saúde. Espera-se que um território definido aliado a diretriz de descentralização do SUS tenha impacto positivo sobre a resolutividade e qualificação das ações em saúde em razão da maior proximidade e conhecimento das necessidades da população (CNSS, 2017; SOUZA, 2012).

Ao iniciar na residência compreendi que o território e o processo de territorialização são as bases para o desenvolvimento organizacional das atividades na atenção básica. Passei a entender as diversas nomenclaturas como: território adscrito, territorialização, microáreas, base territorial, limites territoriais como forma de delimitar o território de atuação de uma equipe, o que antes não julgava como importante para o desenvolvimento do trabalho.

Segundo Mendes (1993), no processo de municipalização podem ser identificados os seguintes territórios: território-distrito - como delimitação político-administrativa; território área - delimitação da área de abrangência de uma unidade; território-microárea - delimitada com a lógica da homogeneidade sócio-econômica sanitária; território-moradia - como lugar de residência da família.

Fui lotada na USF Piaçaveira localizada na Rua Rio de Janeiro, número 17 no bairro Piaçaveira, a qual conta com uma população adscrita de aproximadamente

11.000 pessoas, valor estimado pelos agentes comunitários de saúde (ACS), composta por 2 equipes de Saúde da Família.

A equipe I faz a cobertura do bairro Piaçaveira, conta com uma população de 3.748 pessoas, 6 microáreas todas com ACS e a equipe II tem como área de cobertura os bairros Piaçaveira e Inocoop conta com uma população estimada de 7.000 pessoas, 10 microáreas, 7 ACS e 3 microáreas descobertas.

Para Jesus (2011), o espaço-território, muito além de um simples recorte político-operacional do sistema de saúde, é o locus onde se verifica a interação população-serviços no nível local.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) é de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica. O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, sendo que nas áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2017).

O que contribuiu para a discrepância entre as equipes foi que em agosto de 2018 o Departamento de Atenção Básica (DAB) incorporou mais duas microáreas a equipe II elevando a quase 50% a diferença entre as equipes. Este acontecimento gerou uma grande insatisfação na Unidade, uma vez que, o fato foi verticalmente imposto e os acordos com o DAB até o presente momento não foram cumpridos.

O território caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinados, os quais para sua resolução devem ser compreendidos e visualizados espacialmente por profissionais e gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde.

A clientela mais antiga do território de abrangência apresenta características semelhantes, já a das novas microáreas uma em especial nos causa muita preocupação devido se tratar de uma população mais carente e com alto grau de vulnerabilidade e encontra-se descoberta. O aumento substancial do território área, e o aumento populacional tiveram como consequência, nos últimos anos elevação

da procura pelos serviços da unidade, dentre eles as consultas agendadas e o acolhimento que dobrou o número de atendimentos.

3.2 Trabalho em Equipe na Atenção Primária à Saúde

O trabalho em equipe, muitas vezes, possui uma conceituação mais técnica, em que o trabalho de cada área profissional sendo apreendido como o conjunto de atribuições, tarefas ou atividades. No entanto, trabalhar em equipe significa conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base no conhecimento sobre o trabalho do outro, valorizando a participação deste na produção de cuidados, construindo consensos quanto aos objetivos e resultados a alcançar coletivamente (SOUSA, 2009).

Na proposta da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que o trabalho em equipe tem como elementos centrais o trabalho com descrição de clientela, o acolhimento como porta de entrada para as Unidades Básicas de Saúde, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional (RIBEIRO, *et. al*, 2004).

A PNAB, em vigência prevê que as equipes de saúde da família devem ser compostas no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

A equipe de saúde da família II da USF Piaçaveira era composta por, 02 enfermeiras, um cirurgião-dentista e por 07 ACS, 02 técnicas de enfermagem, tivemos o privilégio de trabalhar com alguns profissionais da categoria médica, residentes (2) e não residentes (1), além dos residentes do segundo ano (R2) das categorias enfermagem (01) e odontologia (01).

A residência por ser multiprofissional permitiu que tivesse a vivência de trabalho com o Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica – NASF - AB. Meu conhecimento em relação à atuação do núcleo junto à Atenção Básica era apenas na teoria, não tive contato no período de graduação. Assim como

eu, muitos dos colegas de equipe não tiveram essa experiência o que tornou em alguns momentos o processo de trabalho bem desgastante, mas com o tempo superado por todos os profissionais. A equipe de NASF - AB da residência que cobria o território da unidade era o NASF 2 composta por oito profissionais residentes do primeiro ano das categorias: nutrição, psicologia, educação física e fisioterapia e 02 R2: de nutrição e educação física.

O NASF-AB constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS) e seus diversos pontos de atenção, além de outros equipamentos sociais públicos/privados, redes sociais e comunitárias (BRASIL, 2017).

Ribeiro (2004), destaca que o trabalho em equipe implica compartilhar o planejamento e a divisão de tarefas, cooperar, colaborar e interagir democraticamente, integrando os diferentes atores, práticas, interesse e necessidades. Essa é uma definição bem oportuna, uma vez que, conseguimos, na maioria das situações, utilizando o espaço da reunião de equipe e de unidade para realizar planejar, dividir tarefas, discutir casos, atividades, grupos.

Na maior parte do primeiro ano da residência tive dificuldade pontuais em realizar visitas domiciliares (VD), uma vez que, das quatro microáreas de cobertura, apenas duas tinham ACS, além das agendas dos profissionais de nível superior nem sempre coincidir. O facilitador eram: a discussão e o planejamento das VD em reunião equipe, a gestão das agendas dos profissionais. O trabalho em equipe juntamente com o comprometimento e colaboração dos ACS que dentro da sua disponibilidade se dividiam para cobrir o acompanhamento das VD suas microáreas e as descobertas em situações necessárias.

Não posso deixar de relatar um problema crônico na unidade, as relações interpessoais conflitantes que todas as categorias profissionais tinham com a equipe de técnicas de enfermagem. É notório que as mesmas não se sentem como parte integrante da equipe, não comparecendo às reuniões, colegiado gestor e nem se comprometendo com nada da unidade, realizam pontualmente o seu trabalho de maneira superficial. Várias tentativas para resolver este problema foram e estão sendo feita como reuniões entre enfermeiros, gerente, técnico de enfermagem, apoiador de campo, mas as mudanças são mínimas o que dificulta o processo de trabalho, sobrecarregando as outras categorias. Trago alguns questionamentos: Falta de posicionamento do gerente, frente a situação? Qual a satisfação profissional destas trabalhadoras? Como motivar servidores municipais para o cumprimento do seu trabalho?

De acordo com a Lei do Exercício Profissional no seu artigo 15, as atividades referidas nos artigos: 12 (técnico de enfermagem) e 13 (auxiliar de enfermagem), quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro (BRASIL, 1986).

4 COMO O PROCESSO DE TRABALHO ME LEVOU AOS CUIDADOS PALIATIVOS

4.1 Visita domiciliar e o contato com o caso

Durante o período da graduação no estágio de Saúde da Família realizei poucas visitas domiciliares e por esse motivo, não conseguia dimensionar a grandiosidade e potência dessa prática. Na primeira semana na unidade, acompanhei a R2 em uma visita e o apoiador de núcleo indagou-me sobre a atividade e os critérios que tínhamos utilizado para realizá-la, e foi aí que comecei a refletir e avaliar a minha prática frente a essa competência.

A VD merece ser considerada como uma ferramenta importante e capaz de contribuir para as práticas de saúde promovendo a qualidade de vida, focando na

promoção, prevenção e reabilitação, promovendo melhorias das condições de saúde da população assistida. Dessa forma, busca-se a garantia de um cuidado integral na perspectiva de identificar os principais riscos à saúde da sua comunidade, evitando internamentos hospitalares, diminuindo os custos socioeconômicos (MARTINS, *et al*, 2013).

A prática semanal permitiu ter maior noção da dimensão e da responsabilidade que é realizar uma VD, compreendi ser muito além dos cuidados pontuais com um indivíduo, envolve a construção de vínculos com a família. Desta maneira ao adentrar o domicílio o profissional deve estar atento ao que vai encontrar, embasado nos aspectos éticos, no respeito aos moradores e ao ambiente, pedindo permissão para entrar.

Santos (2008) destaca que equipe de saúde ao entrar na casa de uma família, não entra somente no seu espaço físico, mas em tudo o que o espaço representa. Nesse domicílio vive uma família, com suas crenças, sua cultura e uma história própria com seus códigos de sobrevivência. Nesta perspectiva, a visita domiciliar constitui-se como recurso fundamental para a prestação de assistência ao usuário e família, principalmente as ações educativas.

Araújo (2008), completa que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e famílias na residência têm a finalidade de promover, manter e recuperar a saúde, ou maximizar o nível de independência do cliente e família, ao mesmo tempo em que minimizam os efeitos da dependência nas atividades de vida.

Esta ferramenta envolve o trabalho multiprofissional no atendimento domiciliar e assume fundamental importância na abordagem da família, sobre os múltiplos fatores que interferem no processo saúde-doença, permitindo assim a busca de soluções conjuntas que articulam os conhecimentos e as práticas profissionais para propor planos de ações terapêuticos e propedêuticos nos contextos em que estão inseridos (BRASIL, 2012).

Sabe-se que o ACS é o principal elo de comunicação entre a equipe e a comunidade. E, no contexto da VD isso se expressa com maior notoriedade. A falta de duas profissionais ACS para cobrir as microáreas associado às dificuldades de

conciliar as agendas dos profissionais de nível superior poderia ser um limitador para o desenvolvimento desta atividade.

Apesar disso, conseguimos discutir e planejar as VD em reunião de equipe, permitindo uma melhor gestão das agendas dos profissionais. Outro aspecto importante foi o comprometimento e colaboração dos ACS que se dividiam para apoiar a equipe no acompanhamento das VD das microáreas descobertas, contribuindo para minimizar as dificuldades da ocasião.

As demandas para as VD eram as mais diversas: puerperal, de vinculação, saúde mental, avaliação de curativos, vacinação, busca ativa, ações de vigilância epidemiológica e educação em saúde, cuidados a pessoas restritas ao leito, mas a que mais mexeu comigo foi a realização de cuidados paliativos a um usuário em estado terminal.

Drulla, *et. al.*, (2009) explicita a relevância da abordagem no ambiente domiciliar, em especial o “saber ouvir”, como forma de valorizar a VD para o processo de saúde/doença. Esta habilidade na comunicação desperta o sentimento de confiança, estabelece relacionamento interpessoal da equipe multiprofissional, paciente e família, permitindo assim confiança, segurança e satisfação neste processo dialético.

A Atenção domiciliar é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária, ou definitiva, ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vistas a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador (BRASIL, 2016).

O cuidado no domicílio é um momento ímpar e deve ser feito sob critérios de planejamento adequado, por riscos e vulnerabilidades. Após busca na literatura, ajuda da preceptoria e a prática semanal consegui utilizar com mais propriedade esse espaço, uma vez que o município não dispõe de protocolo de VD.

A VD desenvolvida pelos profissionais se caracteriza por uma tecnologia leve, permitindo o cuidado à saúde de forma mais humanizada, ampliando assim o acesso

da população às ações de saúde para os domicílios e famílias da comunidade (ANDRADE *et al*, 2014).

A Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) definiu três níveis de atenção domiciliar (AD), sendo a AD1 responsabilidade das equipes de atenção básica, onde o aborda: usuário que tendo indicação, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenção multiprofissional, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores (BRASIL, 2016).

Hoje, posso dizer que o trabalho no ambiente domiciliar só pode ser realizado com planejamento e objetivos claros e foi sem dúvidas um dos maiores desafios de aprendizagem, superação que conseguir vivenciar na assistência ao prestar cuidados de enfermagem a um paciente oncológico em estado terminal que necessitava de cuidados paliativos.

No início da residência desconhecia o caso, sabia que na unidade tinha alguns usuários diagnosticados com câncer de boca, mas não tinha contato. Nas reuniões de equipe tínhamos o hábito de discutir os casos, para as poder realizar a visita, mas esse específico ficava centrado nos profissionais de odontologia e o colega R2, compartilhou o caso que se tratava de um usuário, ex fumante, com câncer (CA) de boca que havia sido diagnóstico há 1 ano atrás, onde foi preciso remover cirurgicamente a mandíbula, utilizava uma traqueostomia e se alimentava via gastrostomia, foi submetido a tratamento radioterápico, com sucesso estando em processo de acompanhamento.

O primeiro contato, para visita de vinculação, apesar do preparo do colega e da ACS foi impactante, não consegui, anteriormente, dimensionar o quadro que encontrei. A face desconfigurada, edemaciada, a traqueostomia, que dificultava na comunicação, o som emitido era muito estranho, confesso que não entendia o que ele falava, no início, e isso provocava incômodo, já que precisava me comunicar diretamente com ele e não queria contribuir para se sentir mais desconfortável com sua condição.

O usuário devido a alteração da imagem corporal presença de ostomia, edema em face não gostava de sair de casa, apenas se deslocava para o hospital que fazia o tratamento oncológico. Barros *et al*. (2009), destaca que a presença do

ostoma é responsável por alterações na anatomia e fisiologia do sistema respiratório, fundamentais para a produção vocal, a dificuldade na comunicação verbal do paciente impõe limitações na sua condição e na interação social.

Com o tempo, já não conseguia verbalizar e começou a desenvolver a comunicação escrita, atrelada a não verbal. A partir de então, requer uma atenção maior para entender a escrita, ler as entrelinhas da comunicação não verbal e não o exclui do processo se referindo ao cuidador para obter as informações.

De modo especial, a comunicação não-verbal qualifica a interação humana, imprimindo sentimentos, emoções, qualidades e um contexto que permite ao indivíduo não somente perceber e compreender o que significam as palavras, mas também compreender os sentimentos do interlocutor. Mesmo o silêncio é significativo e pode transmitir inúmeras mensagens em determinado contexto (ARAÚJO, *et al.*, 2007).

Com a intensificação das visitas tornei-me referência do caso clínico e criei vínculo com o usuário e sua família. Conversamos bastante, contou-me um pouco da sua vida anterior a doença, sua família do Ceará todo o sofrimento com o diagnóstico, mas sua fé intensa na cura.

A rede familiar em volta do paciente era bastante coesa, a sua esposa e uma nora eram as cuidadoras, uma ficava com a parte dos preparos da alimentação e higiene, a outra com os curativos, limpeza da traqueostomia, acompanhamento ao oncologista. Apesar de não terem muitas condições financeiras sempre se organizavam para prestarem conforto da melhor maneira possível. Mesmo cientes do diagnóstico e a gravidade acreditavam na sua cura.

Com a recidiva, as lesões tumorais cutâneas surgiram com mais intensidade, realizamos curativos diários, a sua nora aprendeu a fazer, de início as lesões eram controladas com as sessões de radioterapia. Os últimos meses a radioterapia, já não fazia o efeito esperado as ulcerações só aumentavam. A lesão apresentava característica exsudativa, e odor intenso o que levou ao aparecimento de miíase. Nunca tinha feito um curativo deste tipo, o primeiro lembro que fui com o colega dentista, o professor de educação física e uma ACS, saímos de lá tristes, calados e no meio do caminho para a unidade sentimos a necessidade de um abraço, e nos

abraçamos. Daí em diante, mesmo com medicação recorde de ter removido em um único momento mais de 20 larvas, isso me corroía por dentro, saia sempre mal dessa visita por mais que me preparasse espiritualmente e dentro das minhas limitações ofertasse o meu melhor.

A lesão tumoral exteriorizada causa mudanças na imagem do portador, o que deprime sua autoestima e dificulta na realização de tarefas cotidianas. As feridas oncológicas afetam os pacientes também por revelarem uma visão contínua do seu quadro clínico; mais contundente, evidenciar que o aparecimento das mesmas pode significar um tratamento ineficaz, o avanço incurável da doença ou até mesmo o fim da vida (BAUER, *et al.*, 2000).

4.2 Abordagem familiar

Por família, entende-se a unidade grupal que habita o mesmo domicílio, com diferentes graus de parentescos ou não, com vínculos afetivos, compartilhando objetivos e responsabilidades, determinadas funções e obrigações. Seus membros experimentam laços emocionais comuns e estão implicados na mesma adaptação contínua de vida, recebendo ou tecendo influência no grupo social ao qual pertence (ARAÚJO *et al*, 2008).

A unidade de Saúde da Família como o próprio nome relata, surgiram com o objetivo de ser responsável por prestar assistência à saúde de maneira integral às famílias de sua área de abrangência. Compreendendo a composição da sua estrutura familiar, as dificuldades, limitações, os responsáveis pelo provimento, os problemas de saúde enfrentados, os membros que apresentam potencialidade para cuidadores.

A equipe multiprofissional de saúde é levada a conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável por meio do cadastramento, acompanhamento e da identificação de suas características, e então criar um vínculo importante, que representa o ponto essencial para a abordagem e para possíveis intervenções e negociações necessárias (LACERDA, *et al* 2017).

Compreender e respeitar a composição familiar é imprescindível para a realização de trabalho com a família. Muitas vezes nos deparamos com conflitos nas

relações e estes acontecimentos despertam na equipe a necessidade de abordagens diferenciadas, acolhendo, escutando, sem atribuição de juízo de valores.

Segundo Silva *et al.* (2011), a ideia de que as condições de saúde-doença dos membros da família e a família como unidade influenciam-se mutuamente já é consolidada. E atuar em saúde tendo como objeto do cuidado a família é uma forma de reversão do modelo hegemônico voltado à doença, que fragmenta o indivíduo e separa-o de seu contexto e de seus valores socioculturais.

Um instrumento de estratificação do risco familiar, importante é a Escala de Risco Familiar de COELHO-SAVASSI (2004) tem sido amplamente utilizado para atender a necessidade de se estabelecer prioridade na VD de equipes com grande número de usuários. A escala é aplicada às famílias adscritas a uma ESF, visando determinar seu risco social e de saúde, de modo a refletir o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar.

De modo geral, a família é o centro do cuidado e esse processo de trabalho é singular, já que, cada caso é um caso, mas ao mesmo tempo é coletivo por interferir na dinâmica de vida de outros membros. As equipes se deparam com questões éticas como a do direito do indivíduo ou da família em saber diagnóstico, requerendo das equipes estratégias para vencer essa resistência embasada nos princípios éticos. O foco do profissional neste ambiente é na existência do usuário, para além da lesão, atuando no resgate do indivíduo e na funcionalidade da família, extraindo-os do foco central da doença.

4.3 Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde

O cuidado paliativo é uma abordagem para melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam uma doença ameaçadora à vida, através do alívio do sofrimento, identificação precoce, avaliação, tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais (IMA, 2010).

O conceito de cuidado paliativo, adotado pela Organização Mundial de Saúde, como sendo:

[...] cuidado holístico, desenvolvido por equipe interdisciplinar, dirigida ao registro e pesquisa para o efetivo controle de sintomas e controle da dor total, realizado em hospital ou sob assistência domiciliar, com suporte familiar para os cuidados e após o óbito (OMS, 1999, p 3).

Durante o período de graduação, tive contatos pontuais na assistência a pacientes que apresentavam doenças terminais, mas a nível hospitalar ao desenvolver um procedimento, nada muito aprofundado, que requerendo contato prolongado, como a experiência que tive no primeiro ano de residência.

A Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) preconiza que a Atenção Básica envolve “ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados” (BRASIL, 2006).

Doyle (2000) descreve que os Cuidados paliativos propõem medidas que melhoram a qualidade de vida, evitando a evolução da doença, não antecipando e nem preterindo a morte. Evita-se o desconforto ao doente além dos próprios sintomas de sua doença, exercendo ações ativas e reabilitadoras, agregando tanto a parte psicossociais, como espirituais ao cuidado, daí a necessidade de precisar de uma equipe multidisciplinar, exercendo cada um o seu papel, levando em consideração um olhar de forma holística, levantando problemas e resolvendo em conjunto, deixando clara a necessidade de o paciente viver ativamente e com qualidade até a sua morte.

Durante as reuniões de equipe juntamente com o NASF debatíamos muito esse caso, era notório o sofrimento que o estigma da doença e suas consequências causavam em alguns profissionais que apresentavam dificuldades até em discutir o assunto, seja por questões pessoais ou pela repercussão emocional que o tema ou o contato com o paciente causavam. Utilizamos como estratégia para superar essa barreira o matriciamento sobre as questões pertinentes ao tema: Câncer, CA de boca, cuidados paliativos, morte e morrer.

Trabalhamos com um projeto terapêutico singular, em destaque sobre as questões éticas e legais da doença. Em alguns pontos como o desejo de realizar algo que tinha vontade conseguimos articular com a família alguns itens que tinha relatado como importante, mas não conseguimos ultrapassar a barreira de comunicação franca e verdadeira entre o usuário e a família frente ao diagnóstico terminal, já que todos tinham consciência do diagnóstico, mas não conversavam abertamente. Os familiares tinham medo do mesmo perder as esperanças e o usuário não queria deixá-los triste com a sentença do diagnóstico.

O respeito à autonomia do paciente tem significância clínica, legal e psicológica. Do ponto de vista clínico, favorece confiança na relação terapêutica, maior cooperação do paciente e satisfação com relação ao tratamento. Em termos legais, respalda os direitos individuais sobre o próprio corpo. Do ponto de vista psicológico, oferece ao paciente senso de controle sobre a própria vida e de valor pessoal (JONSEN *et al.*, 2010).

Em contrapartida Fallowfield *et al.*, (2002), ressaltam ser frequente que a maioria dos pacientes não deseja saber a verdade, pois perderiam a esperança, ficariam oprimidos e deprimidos, se tornando assim incapazes de aproveitar o tempo que lhes resta.

A equipe de APS deve trabalhar de modo a intervir nos principais sintomas do paciente inclusive as queixas algícas, construindo um cronograma de assistência condizente com as necessidades biológicas e afetivas e criando estratégias que viabilizem o acesso a consultas, exames, e possíveis internações para complementar a assistência e cuidado desenvolvido no domicílio (SILVA *et al.*, 2013). Cabe destaque é a falta de comunicação da rede especializada com a APS, não conseguimos contato, nenhuma contra referência foi respondida. O que sabíamos nos era passado pelo usuário e familiares.

4.4 Assistência de enfermagem

O entrelaçar da enfermagem e os cuidados paliativo na APS, compreende uma abordagem com foco na atuação profissional baseada no entendimento de diversos saberes em conexão, como responsáveis por uma ação efetiva e condizente com as

necessidades de cuidado a pessoa em processo de morte e morrer (SILVA *et al.*, 2013).

A assistência de enfermagem deve considerar o paciente como um ser único, com seus valores e dignidade, tendo a comunicação como principal modo de aliviar a ansiedade, impotência e o medo do paciente, promovendo conforto, segurança, proporcionando a qualidade de um cuidar integral (ARAUJO; SILVA, 2012).

O profissional de enfermagem como membro da equipe multiprofissional tem papel importante no desenvolvimento de cuidados paliativos, uma vez que, o cuidar está de acordo com a história da profissão relacionada a base da profissional. Na APS pode ser observado através do uso das tecnologias leve: os vínculos, os aspectos psicoemocionais e das tecnologias duras: os curativos, técnicas de higiene, de cuidado utilizadas na prestação da assistência.

Um dos grandes objetivos do profissional de Enfermagem é acrescentar qualidade de vida aos dias e não dias à vida, representando um grande desafio, já que o objetivo de cura dá lugar às habilidades do cuidar, relacionados a sofrimento, dignidade e apoio físico, psíquico e espiritual para o paciente e toda família (WAGNER, 2013).

Ao atuar em cuidados paliativos na APS o profissional deve estabelecer uma relação de vínculo com as famílias e saber orientar o paciente e familiares frente aos cuidados diários promovendo conforto, aliviando a dor, contribuindo para que estejam em boas condições de higiene e nutrição.

Araújo *et al.* (2010) ressalta que quando um paciente é rotulado de “terminal”, ou seja, sem qualquer possibilidade terapêutica, advém a ideia de que não há mais nada a ser feito; entretanto esse paciente está vivo e necessita de cuidados especiais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção deste memorial me proporcionou uma viagem no tempo, pelas lembranças despertadas que sempre vem associada a sentimentos, aprendizados e emoções vividas ao longo da caminhada, uma vez que, em meio a intensidade do programa tive vivências memoráveis, e conheci pessoas inesquecíveis.

De tudo que foi exposto espero ter deixado claro a importância da residência para o meu crescimento e amadurecimento profissional durante o processo de formação quanto enfermeira especialista em saúde da família, despertando meu olhar para a prestação da assistência à saúde pautada nos princípios e as diretrizes do SUS.

A assistência prestada a esse usuário para a realização de cuidados paliativos, provocou mobilizações pessoais e profissionais em mim por me arrancar da minha zona de conforto mostrando uma realidade dura. A formação profissional é voltada para a prestação do cuidado tendo como finalidade salvar vidas, desta maneira não tinha experiências prévias de contato com pacientes oncológicos e ainda mais com quadro de metástase, e todo sentimento causado pela terminalidade da vida provocada pela doença. Confesso que muitas vezes sentia impotência frente a situação, ele estava morrendo, um pouco a cada dia, e por diversas vezes pedi ao Criador para ter misericórdia, era muito sofrimento. E o que tínhamos a fazer, eram cuidados para proporcionar conforto e diminuir suas dores.

Toda tristeza que senti mostrou que não estava preparada emocionalmente para lidar com sentimentos de sofrimento intenso causado por uma doença grave, por ser muito difícil lidar com a dor de alguém que você se torna próximo sem se envolver, ao mesmo tempo que penso não querer estar, por isso resulta em endurecimento para as questões humanas.

Hoje, compreendo melhor o papel da enfermagem e da atenção básica nesse tipo de assistência como também a importância para o usuário com diagnóstico de terminalidade e sua família de cuidados no ambiente familiar. Adquiri muitas experiências durante esses dois anos de caminhada, me sinto mais confiante e tenho certeza que onde quer que o caminho profissional me levar terei muito a oferecer, reproduzi-as, como também a aprender.

Referências

ANDRADE, A. M. et al. **Visita domiciliar**: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v.23, n.1, p.165-175, jan./mar. 2014.

ARAÚJO, M. F.M; SILVA, M.J; LEITE, B. M. B. **Experiência de prática sistematizada em visita domiciliar no contexto da saúde da família**. *Rev. RENE*. Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 137-145, jan./mar. 2008. Disponível: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/5016/3690> Acesso: 04-12-2019.

ARAÚJO, DF, et al. **Cuidados paliativos**: percepção dos enfermeiros do hospital das clínicas de Uberaba-MG. *Cienc. Cuid. Saúde* 2010 Out/Dez; 9(4): 690-696.

ARAÚJO, MMT; SILVA, MJP; PUGGINA, ACG. **A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico**. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2007; 41(3):419-25.

ARAÚJO, MMT; SILVA, MJP. **Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos**. *Rev. esc. enferm. USP*. 2012; 46(3): 626-632.

BARROS, AP; PORTAS, JG. QUEIJA DS. **Implicações da Traqueostomia na Comunicação e na Deglutição**. *Rev Bras Cirurgia Cabeça Pescoço*. 2009;38(3):202-07.

BAUER, C. GERLACH, M.; DOUGHTY, D. **Care of metastatic skin lesions**. *J Wocn*. 2000;27:247-51.

BRASIL. PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF. Abril de 2016.

BRASIL. 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). Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2017.

BRASIL, lei nº 7498/86 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Ministério da saúde**. Brasília, 1986.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2012. p.106.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação de Prevenção e Vigilância.** a situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2006e. 120p.

COELHO, FLG; SAVASSI, LCM. **Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v.1, n.2, 2004

Conselho Nacional de Secretários de Saúde - **CONASS.** Planificação da atenção à Saúde. Oficina 3 - Território e Vigilância em Saúde - 18a CRS. Rio Grande do Sul, 2017.

DOYLE, D; HANKS; GWC; MAC, DN, editors. **Oxford textbook of palliative medicine.** Oxford: Oxford University Press; 2000.

DRULLA, A. G. et al. **A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar.** Cogitare Enferm, v. 14, n. 4, p. 667-74, out./dez., 2009.

FALLOWFIELD, LJ; JENKINS, VA; BEVERIDGE, HA. **Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care.** Palliat Med. 2002;16(4):297-303. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n2/12.pdf>. Acesso 24/11/2019.

FREITAS, D.S. L.; SOUZA JR, A. J. **Importância do memorial de formação enquanto estratégia de formação profissional no projeto Veredas.** Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, 2005.

IMA, R. A. G. **Cuidados paliativos: desafios dos sistemas de saúde.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2011, vol.19, n.2, pp.227-228. ISSN 1518-8345. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000200001>. Acesso 07/02/2020.

JESUS, R V.L.; CONTARATO, P. C. **Projeto de Intervenção para a mudança do perfil da Estratégia Saúde da Família da Área programática no município de Rio de Janeiro: Território vivo e acessibilidade.** Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca Fundação Oswaldo Cruz Universidade Aberta do Brasil. Rio de Janeiro, 2011.

JONSEN, AR; SIEGLER, M; WINSLADE, WJ. **Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine.** 7a ed. New York: Mc-Graw-Hill; 2010. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n2/12.pdf>. Acesso 24/11/2019.

LACERDA, MKS et al. **Ferramentas de abordagem familiar: estudo de uma família cadastrada em uma equipe de estratégia saúde da família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.** Rev Iniciação Cient UNINCOR. 2017;7(1):25-34.

MARTINS, G. S.; PEREIRA, F. C.C; SOUSA, I.C.A. **A visita domiciliar como instrumento para humanização: revisando a literatura.** Revista Cultura e Científica do UNIFACEX. v. 11, n. 11, 2013. ISSN: 2237-8586.

MENDES, E. V. **A construção social da Vigilância à Saúde do Distrito Sanitário**. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 10, 7-19, Brasília, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/ FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasil: UNICEF, 1979.

PRADO, G.; SOLIGO, R. Memorial de formação: quando as memórias narram a história da formação.... In: PRADO, Guilherme; SOLIGO, Rosaura (Org.). **Porque escrever é fazer história: revelações, subversões, superações**. Campinas, SP: Graf, 2005.

RIBEIRO, EM; PIRES, D; BLANK, VLG. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família**. Cad. Saúde Pública, 2004, 20(2). Disponível em: <http://www.scielo.org>. Acesso: 12/11/2019

SANTOS, E. M; KIRSCHBAUM, D. I. R. **A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica**. Revista eletrônica de Enfermagem, v. 10, n.1, p. 220-227, 2008.

SANTOS, M. A Natureza do Espaço: Técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1999.

SILVA, M.C.L.S.; SILVA, L.; BOUSSO, R.S. **A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura**. Ver. Esc Enferm USP 2011; 45(5):1250-5. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a31.pdf> Acesso em: 20/11/2019.

SILVA, R.S; AMARAL, J.B.; MALAGUTTI, W. A Enfermagem e os cuidados Paliativos no Contexto da Atenção Primária in **Enfermagem em Cuidados paliativos: cuidados para uma boa morte**. Ed. Martinari. São Paulo, 2013.

SOUSA, MF, HAMANN, E.M. **Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?** Ciênc Saúde Coletiva, 2009,14(Supl1)1325-35.

WAGNER, D. **Estado da arte dos cuidados paliativos oncológicos: retrato da assistência no município de Juiz de Fora / Débora Wagner**. – 2013. 175 f. : il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.