Artigo Original

Atenção a pacientes oncológicos na Estratégia Saúde da Família: olhar do usuário

Revista Gaúcha de Enfermagem

Attention to cancer patients in the Family Health Strategy: the user's view

Asistencia a los pacientes con cáncer en la Estrategia de Salud Familiar: el ojo de lo usuario

Julia Wakiuchi[a]
Sonia Silva Marcon[a]
Catarina Aparecida Sales[a]

Como citar este artigo:
Wakiuchi J, Marcon SS, Sales CA. Atenção a pacientes oncológicos na Estratégia Saúde da Família: olhar do usuário. Rev Gaúcha Enferm. 2016 mar;37(1):e54088. doi: http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.54088.

http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.54088

RESUMO

Objetivo: compreender as experiências de pacientes com câncer referentes aos cuidados recebidos e a relação com os profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Método: pesquisa qualitativa, alicerçada na fenomenologia heideggeriana, realizada com dez pacientes com câncer residentes na área de abrangência de três unidades de saúde de uma cidade no noroeste do Paraná. Os dados foram coletados no domicílio, entre novembro de 2012 a fevereiro de 2013, por meio de entrevistas abertas.

Resultados: alguns pacientes depararam-se com a impessoalidade dos profissionais e ausência de empatia, interação e singularização no cuidado, enquanto outros tiveram suas expectativas atendidas, pois experimentaram um cuidado abrangente e permeado por solicitude, partilha de sentimentos e respeito.

Conclusões: a compreensão destas experiências suscita a reflexão sobre a assistência que é prestada nessa instancia de cuidados, e a importância de profissionais superarem atitudes impessoais e inautênticas, a fim de transcender a um novo patamar relacional e assistencial.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Neoplasias. Enfermagem oncológica.

ABSTRACT

Objective: understand the experiences of cancer patients regarding the care received and the relationship with the professionals of the Family Health Strategy.

Method: qualitative research, based on Heidegger's phenomenology held with ten cancer patients living in the catchment area of three healthcare centers in a city in northwestern Paraná. Data were collected at home, from November 2012 to February 2013, through open interviews.

Results: some patients were faced with the impersonality of professionals and lack of empathy, interaction and singling in care, others had their expectations met since experienced a comprehensive care permeated by concern, sharing feelings and respect.

Conclusions: the understanding of these experiences raises the reflection on the assistance that is provided in this instance care, and the importance of overcoming impersonal and inauthentic attitudes in order to transcend to a new and assistance relational level.

Keywords: Family Health Strategy. Neoplasms. Oncology nursing.

RESUMEN

Objetivo: comprender las experiencias de pacientes de cáncer en relación con la atención recibida y la relación con los profesionales de la Estrategia de Salud Familiar.

Método: investigación cualitativa, basada en la fenomenología de Heidegger, con diez pacientes con cáncer de tres unidades de salud en una ciudad en el noroeste de Paraná. Los datos fueron recolectados en el hogar, desde noviembre 2012 hasta febrero 2013, a través de entrevistas abiertas.

Resultados: algunos pacientes se enfrentan a la impersonalidad de los profissionales y la falta de empatía, interacción y singularidade em la atención, otros tenían sus expectativas superadas, ao experimentar uma atención integral permeado por la preocupación, compartiendo sentimentos y respeto.

Conclusiones: la comprensión de estas experiencias plantea la reflexión sobre la asistencia que se proporciona en este nivel, y la importancia de superar las actitudes impersonales y no auténtico para trascender a un nuevo nivel asistencial y relacional.

Palabras clave: Estrategia de Salud Familiar. Neoplasias. Enfermería oncológica.

[a] Universidade Estadual de Maringá (UEM), Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Maringá, Paraná, Brasil.

INTRODUÇÃO

Atualmente, a assistência à saúde da pessoa com doença crônica degenerativa, entre elas o câncer, tem como característica uma tendência de transferir parte da responsabilidade pela condução do tratamento para a família. Deste modo, a enfermagem, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) se faz cada vez mais presente no lar dos indivíduos com câncer, ao estabelecer um relacionamento baseado no vínculo e corresponsabilidade com a comunidade, buscando a integralidade na atenção aos doentes e ao núcleo familiar[1].

A atuação dos profissionais de saúde junto ao domicílio torna-se imprescindível aos pacientes que convivem com uma neoplasia, oportunizando a equipe multiprofissional um verdadeiro encontro ao compartilhar as dificuldades e angústias do ambiente domiciliar com os doentes[2]. Tal atitude facilita o desvelamento de os sentimentos e inquietações que os pacientes reservam para si.

A literatura revela que o paciente com câncer concebe como importante em seu cuidado atitudes que colaborem para intensificar seus próprios recursos, ou seja, que lhes confiram resistência para manter o significado, compreensão e capacidade de gerenciamento de sua própria vida e, assim, permanecerem fortes ante a doença[3]. Para estas pessoas, expressões de empatia dos profissionais de saúde estão relacionadas, sobretudo, a conselhos informacionais, que possibilitem o autocontrole das situações vivenciadas em seu cotidiano[4].

No entanto, há também pacientes que demonstram o desejo de receber um cuidado distinto, no qual haja espaço para uma relação baseada no apoio emocional, ao invés de compartilhar suas responsabilidades e valorizar sua autonomia[5]. Frente a tais considerações, compreende-se que a única maneira de se identificar o que é melhor para a pessoa com câncer se funda em atitudes que partem dos próprios profissionais de saúde, especialmente no que tange à tentativa de escutar e conhecer seus pacientes, de modo a iniciar o entendimento do que, de fato, é importante a cada um deles[6].

Tais considerações vão ao encontro de novas inquietações no que tange ao cuidado do paciente com câncer, destacando-se neste estudo: Como os pacientes com câncer sentem-se ao receber os cuidados dos profissionais da ESF e ao relacionar-se com estes em seu cotidiano? Ressalta-se que tal realidade de cuidado, percebida sob a ótica dos próprios pacientes ainda merece aprofundamento na literatura, pois estudos recentes demonstram que a acessibilidade dos serviços da ESF é menor do que os profissionais percebem, além de que, os usuários acreditam que o contingente profissional na Atenção Primária ainda é pequeno para suas necessidades[7].

Ademais, os profissionais de saúde constituem peça fundamental para o enfrentamento do câncer, visto que, diante do diagnóstico de uma doença grave e avassaladora, o que pacientes e familiares mais anseiam é ter um conhecimento mais profundo acerca da doença e dos possíveis efeitos colaterais que o tratamento pode trazer[8]. Nesse sentido, o presente estudo pode agir como ferramenta importante na assistência ao paciente com câncer, pois, ao conhecer os meandros da assistência cotidiana, pode-se superar carências de atenção apresentadas pelos profissionais da ESF, que muitas vezes podem não levar em consideração os anseios dos pacientes no planejamento das ações e programas de promoção e recuperação da saúde.

Estabelece-se, então, como objetivo deste estudo, compreender as experiências de pacientes com câncer referentes aos cuidados recebidos e a relação com os profissionais da Estratégia Saúde da Família.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, embasado na Fenomenologia Existencial heideggeriana[9], a qual permite focalizar o fenômeno na tentativa de compreender o outro em sua facticidade, considerando-o em suas singularidades, ou seja, o homem em sua totalidade existencial[9].

A pesquisa é parte de uma dissertação[10] desenvolvida junto a pacientes com câncer, atendidos pela ESF de um município do noroeste do Paraná. A escolha das Unidades Básicas de Saúde (UBS) participantes se deu a partir das 69 equipes de ESF no município, sendo que optou-se por buscar os pacientes nas três UBS que possuíam maior número de equipes, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Elegeram-se como critérios de inclusão dos participantes: pacientes com 18 anos ou mais, que residiam na área de abrangência das três UBS selecionadas para o estudo, que estavam em tratamento antineoplásico há mais de seis meses e que utilizaram algum serviço da UBS nos últimos 30 dias anteriores a coleta de dados. Foram excluídos os pacientes que, durante o período de coleta de dados estavam hospitalizados. Em cada uma das UBS selecionadas foi realizado levantamento junto as equipes da ESF, de todos os pacientes que atendiam os critérios de inclusão previamente estabelecidos.

Depois de identificados os pacientes, as primeiras visitas domiciliares foram agendadas em companhia e/ou por intermédio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para

cumprimento dos preceitos éticos de sigilo e confidencialidade, visto que as UBS não são autorizadas a disponibilizarem o endereço dos pacientes a terceiros sem a anuência dos mesmos. Os demais encontros foram agendados sem as ACS, quando os pacientes partilharam seus sentimentos com a pesquisadora. Os dados foram coletados no período de novembro de 2012 a fevereiro de 2013, sendo realizadas em média, três visitas para cada paciente.

Para as entrevistas, foi realizada uma caracterização sociodemográfica dos pacientes, assim como coletados dados sobre a doença e tratamentos, seguidos pela questão norteadora: "Como tem sido o cuidado que você recebe dos profissionais da Estratégia Saúde da Família?" O número de participantes foi determinado com o caminhar da análise dos depoimentos, uma vez que esta foi realizada concomitantemente à coleta de dados. Assim, a suficiência de significados capaz de responder ao objetivo da pesquisa[9] foi alcançada na décima entrevista, quando, então, encerrou-se a coleta de dados.

As entrevistas foram armazenadas com o auxílio de um gravador digital e, posteriormente transcritas na íntegra. Os comportamentos não verbais manifestos pelos participantes foram registrados em um diário de campo, a fim de que, juntamente com as falas, fizessem parte da análise.

Para captar a plenitude expressa pelos sujeitos optou-se pela análise individual de cada linguagem, partindo de uma trajetória que descortina o ôntico até o alcance da dimensão ontológica das vivências e sentimentos dos pacientes. Para tanto, partiu-se da compreensão vaga e mediana, quando se procura compreender os fatos cotidianos revelados pelos pacientes, despindo-se de qualquer pressuposto ou opinião do pesquisador que possa transgredir tal percepção. Este momento analítico busca os fatos que geralmente o indivíduo mostra a todos, pois estes possuem significados e estruturas essenciais ainda veladas, que possibilitam a compreensão do fenômeno[9]. O segundo momento, chamado de compreensão interpretativa, busca esclarecer o que ainda estava obscuro nas linguagens a partir da interpretação de seus sentidos, ou seja, o sentido do ser de cada indivíduo ante aos fenômenos revelados é interpretado, culminando na hermenêutica heideggeriana[9]. Após este passo, estabeleceram-se as temáticas ontológicas, analisadas à luz de algumas ideias da analítica heideggeriana, de alguns pressupostos da oncologia e de autores que versam sobre tais temáticas.

O anonimato dos participantes foi garantido com uso de pseudônimos encontrados no livro O Diário de Anne Frank, uma história verídica escrita por uma garota judaica de 12 anos, em forma de diário, nos tempos em que permaneceu juntamente com sua família e amigos em um esconderijo, por ocasião das perseguições de Hitler[11]. Seus escritos se fazem pertinentes aos pacientes que vivenciam o câncer, porque são oriundos de momentos em que o isolamento, as angústias, sacrifícios e o medo da morte eram seu cotidiano, e seu diário era seu único confidente[11].

O projeto de pesquisa ao qual esta investigação está vinculada foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, sob o Parecer nº 435/2011. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dez pacientes que vivenciavam o câncer em seus lares possuíam idade entre 35 e 77 anos, sendo sete do sexo feminino. A localização do câncer variou entre cérebro, garganta, laringe, mama, pulmão, intestino e útero, sendo que, destes, três apresentavam metástases. O tempo de diagnóstico variou entre sete meses e oito anos, e todos estavam em tratamento antineoplásico no momento da entrevista, ou seja, em quimioterapia, radioterapia ou recuperação pós-cirúrgica.

O relato dos pacientes que conviviam com o câncer em seu existir revelou não apenas as peculiaridades do cotidiano de cuidados oferecido pelas equipes da ESF, como o seu caminhar em busca de um cuidado que pudesse oferecer segurança e autonomia.

Convivendo com a impessoalidade dos profissionais de saúde: do diagnóstico ao tratamento

O instalar de uma neoplasia na vida do homem, assim como seu trilhar em busca de tratamentos e alternativas contra a doença, causam ansiedade e inquietações, as quais oscilam conforme as necessidades experimentadas em seu cotidiano terapêutico[12]. Nestes momentos, tanto a família como a equipe de saúde desempenham papel fundamental na vida dos pacientes, já que são os recursos disponíveis para lhes oferecer auxílio e amparo[3].

O homem ou ser-aí em seu cotidiano relaciona-se com outros seres de um modo predominante, o qual ele chama de impessoal[9]. A partir desse modo impessoal de viver, o homem não se mostra como realmente é, mas sim de acordo com o que os outros dizem ou fazem. Tal condição o leva a permanecer em um estado de queda perante aos outros, ou seja, seu envolvimento com os entes ao redor torna-se superficial, sem obrigações nem responsabilidades[9]. Vale ressaltar que, em determinadas situações,

o profissional de saúde teme que seu envolvimento com pacientes adoecidos pelo câncer repercuta em sua vida pessoal, refletindo o sofrimento pela doença em seu cotidiano. Nesse sentido, a fim de se proteger de tal encargo, o profissional de saúde pode apresentar um comportamento inautêntico, demonstrando que, nestes momentos, os mesmos se desviam de sua incumbência essencial, ou seja, ser um ser do cuidado[13].

Do mesmo modo, o profissional da ESF, muitas vezes, deixa-se absorver pelo cotidiano que vivencia, tomando a forma de seu mundo e encarando o adoecimento e dificuldades dos pacientes como se fossem triviais. Por esta razão, o paciente se percebe como apenas mais um elemento do cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, o que revela a percepção de um relacionamento impessoal com os mesmos, como relatado no discurso a seguir:

> *Eu falei: Eu acho que eu estou com uma enxaqueca! E, quando eu levei o resultado, ele falou: Você não está com enxaqueca não, você tem um tumor no cérebro, está vendo aqui! Você vai procurar esse médico ou esse aqui. Cada um opera em um hospital, você escolhe. Na lata! Tudo bem, vai ter que dar a notícia, mas não assim [...]. A notícia por si própria já derruba a pessoa. Eu e minha esposa só não caímos porque já estávamos sentados, porque foi um baque (Pim).*

> *Quando eu fiquei sabendo que tinha câncer, me deu uma ira, uma revolta tão grande que eu endoidei. Porque você tem planos, você tem metas, tem sonhos. E eles chegam e te jogam uma doença dessas como se não fosse nada [...]. Eu joguei a carteira no chão, gritei... Porque é muita coisa para absorver ao mesmo tempo. Perder o cabelo, aprender a lidar com a morte, porque é necessário aprender a lidar com a morte, você não sabe o que vai acontecer. Eles tinham que ter consciência que descobrir que você tem um tumor não é qualquer coisa (Petronella).*

Tomando por base as linguagens dos pacientes, depreende-se que, ao conviverem com a facticidade de estar com câncer, em função do que se manifesta no senso comum como inerente a atividade da ESF, os indivíduos anseiam que os profissionais desse nível de atenção manifestem estima e apreço para com eles. Entretanto, o profissional de saúde durante sua atuação, pode em algumas situações, apresentar um modo fechado de ver o outro, pautado muitas vezes em atitudes de superficialidade e indiferença, o que não permite que ele estabeleça relações autênticas ao se relacionar com as pessoas que o cercam ou procuram[14].

Sob a ótica dos pacientes, para transcender esta realidade, o ato de cuidar deve ir muito além de atitudes curativas ou em prol da redução de sintomas da doença: faz-se essencial receber informações que lhes permita conhecer profundamente a doença, sendo que os mesmos anseiam pela oportunidade de conhecer o processo terapêutico antineoplásico e entender as manifestações clínicas que este pode causar[8]. Entretanto, alguns pacientes revelam que, durante a busca por esclarecimentos sobre sua doença e tratamento, receberam informações superficiais e fragmentadas, que não amenizaram seus anseios frente ao adoecimento.

> *Tudo o que eu perguntava para as enfermeiras elas não sabiam dizer. A única resposta que me davam é que tinham mexido demais na minha cabeça no hospital, por isso eu tinha os sintomas, só falavam isso. No fundo, eu acho que parte delas essa vontade de dizer para a gente o que está acontecendo, porque, querendo ou não, é mais difícil explicar tudo certinho do que falar que só mexeram na minha cabeça e pronto (Pim).*

Percebe-se nas linguagens dos participantes que a falta de solidez na comunicação da equipe permitiu a ocorrência da falação do ser-aí impróprio, uma vez que, ao serem indagados sobre algo, apenas repetiam o já falado[9]. Destaca-se que durante o falatório não há referência genuína do que se fala: a informação apenas é passada adiante, sem compromisso com a repercussão das palavras proferidas. Tal modo de ser do homem o leva a existir em um estado permanente de não compromisso, que o priva de suas possibilidades de estar-com os outros e de exercer seu cuidado, já estes não fazem parte de seu mundo[9].

Em contrapartida, a tendência ontológica da comunicação traz em si o ato de fazer o ouvinte participar da mensagem transmitida. Comunicar-se com o outro exige o envolvimento das pessoas, a compreensão mútua, o apoio e o enfrentamento de questões difíceis de serem apreendidas. Cabe à equipe de saúde mostrar-se aberta para sanar dúvidas, além de ter sensibilidade para que, juntamente com o paciente, possa compreender quais os limites de seu entendimento e o que ele, de fato, deseja saber nesse momento[15].

Nesse sentido, para que o atendimento ao paciente seja integral e distinto dos demais, doses de escuta ativa e empatia são imprescindíveis durante o atendimento, que exige discernimento dos profissionais de saúde. Ressalta-se que, o cuidado ao paciente com câncer e sua família é uma tarefa emocionalmente extenuante ao profissional de saúde, visto que, um plano holístico de atenção contempla estar

presente, ser flexível, responsável e empático, com vistas a se tornar verdadeiramente próximo do doente e, contemplar o acesso a todas suas necessidades e anseios[16].

Tal realidade não foi vivenciada por Nannie, que revela em seu discurso, a não individualização do cuidado ao buscar auxílio da ESF, pois relata que a enxergaram apenas como mais um nome nas listagens de espera de atendimento.

> *Um dia, eu fui falar com a enfermeira, contei para ela que eu fazia químio e que não estava bem, e que já era a segunda vez que eu ia até lá e não conseguia consulta. E o que ela me disse? Que ninguém era melhor que ninguém, que tinha muita gente pior que eu precisando de consulta. Tudo bem, tem gente que está passando por coisas piores, eu sei disso, mas, se você está passando por uma fase difícil como essa, eu acho que deveria ter prioridade sim! E, se você não pode resolver, também não precisa tratar mal. Quando você está doente, você tem que ser tratado com carinho, com atenção, não é verdade? (Nannie).*

Conforme demonstrado no discurso, a paciente espera que, ao buscar auxílio da equipe de saúde, tenha suas queixas valorizadas pelos profissionais, os quais ela acredita que deveriam atender a suas expectativas de melhora em meio às queixas relatadas. Mediante este vínculo, as ações executadas pelos profissionais ganham estima, por serem encaradas como atitudes que valorizam o individual e que não os desamparam em momento algum. A prática assistencial pautada na subjetividade revela a grandiosidade do cuidado, que dá acesso ao mais íntimo desejo de cada indivíduo em seu adoecer.

Seguindo este pensar, o cuidado centrado no usuário é uma possibilidade na Atenção Primária a Saúde, desde que pautado em uma constante reflexão das práticas e conformações dos serviços, buscando romper a descontinuidade da assistência[17]. No modelo de atenção da ESF, o estar-com-os-outros é favorecido pela proximidade com que a equipe permanece na realidade de vida dos pacientes, sendo esta a chave para um cuidado que possa ser edificador de saúde e promotor de bem-estar, como destacado na próxima categoria.

Encontrando-se com o cuidado em sua autenticidade

O ser-com manifesta modos de ser no seu encontro com o outro, que transitam entre a ocupação e a preocupação[9]. Na ocupação, deixa-se guiar pelo desdém e pela negligência no trato com outros entes ao seu redor; enquanto que, quando ele se preocupa, estabelece-se o modo de co-relação, e torna-se um ser que se importa e compreende os demais ao seu redor, sendo então um ser-com-os-outros[18].

No que tange à preocupação, o homem pode seguir duas possibilidades: a de apanhar o cuidado do outro e tomar-lhe o lugar nas ocupações, como substituição dominadora, ou antepor-se à sua possibilidade existencial para não lhe retirar o cuidado, e sim devolvê-lo como tal, sendo, neste caso, anteposição liberadora[9]. A segunda forma de cuidar expressa o cuidado autêntico, pois permite que o ser cuidado reestabeleça seu caminhar e garante a manifestação de todas suas possibilidades de ser[18].

Ao transpor a conceituação de cuidado exposta pela fenomenologia heideggeriana para a realidade de cuidado direcionada ao paciente com câncer, concebe-se uma conjuntura semelhante, que preconiza o cuidado holístico e humano, onde haja espaço para comunicação de sentimentos, anseios e dúvidas sobre a doença, ofertando um cuidado além do imaginado pelo paciente(19). De tal forma, a atitude de cuidar torna-se uma maneira de auxiliar o indivíduo a melhorar seu viver e aprender a caminhar livremente ante a jornada de sua doença.

Seguindo este pensar, alguns entrevistados expressaram o reconhecimento e a gratidão daqueles que lhes foram solícitos ao ofertarem um cuidado que oferece apoio e autonomia, como demonstrado a seguir:

> *Eu me surpreendi, elas vieram aqui em casa me visitar e, depois, trouxeram a equipe de enfermagem, a médica, me assistiram e me deram medicação. E eu fiquei muito feliz, porque eu vi que aquilo sim era atendimento de uma equipe de saúde. Porque eu acho que, quando você está doente, independente do que for a equipe, tem que ter consciência de que alguns aguentam mais que os outros (Goldberg).*

> *Eu tive um atendimento das enfermeiras que foi muito bom! Não posso reclamar delas não! [...]. Elas todas me trataram muito bem graças a Deus. E as ACS, eu falo para vocês, toda vez que eu preciso ir ao posto, elas sempre me atenderam. E eu não tenho o que reclamar. Todas as vezes que eu preciso delas, elas sempre se prontificam, se eu precisar de alguma coisa, tenho certeza que irão fazer (Albert).*

> *Você já é enfermeira, então fique sabendo que eu rezo por você. Nas minhas orações, eu agradeço a Deus e peço para abençoar os profissionais da saúde, os médicos, as enfermeiras. E essa profissão de vocês é só com o coração para fazer porque não é fácil você cuidar de alguém (...). Então é*

uma profissão, onde vocês são heroínas viu! E eu rezo muito por vocês, porque eu fui muito bem cuidado (Simon).

Este cuidar permeado pela empatia e solicitude faz referência ao preocupar-se autêntico, que corresponde a real expressão de cuidado de um ser-aí para com o outro. Para a convivência livre e recíproca da presença e da copresença, faz-se mandatório o cuidar que compreende e libera o outro para ser si mesmo, de maneira que, por intermédio dessa liberdade, ou outro tenha a possibilidade de mostrar-se como realmente é[20].

Orientado por tal abertura, o cuidado ofertado vai além das necessidades proferidas e atinge o não imaginado pelos pacientes, causando uma admiração ímpar pelas atitudes sensíveis e acolhedoras. O encorajamento dos pacientes a comunicar seus sentimentos, além de aprimorar seu entendimento dentro desta experiência, facilita o processo de cuidado e o relacionamento profissional-família[19].

O relato dos pacientes revela que, quando pautado em atitudes humanistas e acolhedoras, o cuidado passa a ser atitude de companheirismo, em que se reconhecem os sentimentos que o outro vivencia e cede espaço para o respeito e a partilha de sentimentos.

Quando você descobre uma doença dessas, o seu chão se abre. Para mim, se não fossem os médicos e as enfermeiras do postinho, eu não teria aguentado receber essa notícia. Porque, por exemplo, se você descobre que vai morrer daqui a 30 dias, como você quer que te contem? Como aquele um que chega e fala: Você vai morrer daqui 30 dias! (Com tom grave, expressão séria). Ou como o outro que fala: É, você vai morrer daqui 30 dias (tom suave, olhos baixos). Ou ainda como aqueles que falam assim: Não, não é assim. A morte é assim, daqui um mês, mais ou menos, ela vem. Mas fala com aquele carinho, aquela coisa sabe. E foi assim que eu fui tratada (Margot).

O carinho que o enfermeiro trata as pessoas... Se você pega seu pai e sua mãe, se você precisar cuidar, é uma coisa. Agora você ir lá à casa de um estranho que você nunca viu, pegar em situações que eu acho que vocês imaginam o que eu estou falando, a pessoa só faz com muito amor mesmo, porque não é fácil (Peter).

Dessa forma, o ser-profissional-de-saúde na ESF, enredado nesta disposição de abertura, revela seu poder-ser mais próprio quando se utiliza de formas de diálogo edificadoras, que, como um modo de cuidar, oferecem ao paciente um terreno seguro, onde ele possa sentir apoio frente às dificuldades que estão por vir. -

De igual modo, quando o profissional de saúde se compromete com sua missão de cuidar integralmente, ele prevê a realização de práticas acolhedoras aos indivíduos quando estes os procuram, com vistas a criação de vínculo, valorização das subjetividades e atenção às necessidades singulares de cada sujeito[17]. O efeito desse tipo de cuidado estende seus méritos também ao Sistema Único de Saúde (SUS) como um todo, pois os pacientes entendem que, por ser a equipe parte desta organização, ela também compõe todo o complexo responsável por seus cuidados.

Não deixo ninguém falar mal do SUS na minha frente que eu brigo, porque é muito bom, conseguimos tudo pelo SUS, atende a gente na hora, muito bom mesmo, não faltava nada e continua não faltando. Às vezes eu vou lá pegar uma gaze, alguma coisa, eles atendem a gente. Elas sempre vêm me visitar, médica e enfermeiras estão sempre por aí (Sanne).

Na parte da saúde, eu não posso reclamar, não sei se por morar perto do postinho, por conhecer as pessoas. Para nós, o posto de saúde foi essencial! Tem muita gente que fala mal, não dá para entender, e por isso que eu falo que saúde é uma loteria (Elli).

Ressalta-se que o atendimento da Atenção Primária à Saúde direcionado a qualquer paciente requer a reorganização de práticas existentes, a fim de reforçar políticas públicas e alcançar de fato a integralidade das ações[17]. No tocante à ESF, o exercício de uma assistência que supere suas próprias possibilidades, em que seja factível pensar o não pensado e colocá-lo em prática, leva a um cuidado que, por sua execução, desperte nos pacientes sua condição ôntico-ontológica de ser.

CONCLUSÕES

Ao receber os cuidados da ESF os pacientes com câncer vivenciam diferentes contextos assistenciais, visto que para eles, a assistência é moldada não só pela oferta de insumos e recursos terapêuticos, mas também pelo comportamento dos profissionais. Deste modo, embora valorizem o aparato assistencial, dado a fragilidade da experiência que estão vivenciando, almejam uma assistência mais pessoalizada. Os resultados mostram que alguns pacientes depararam-se com a impessoalidade dos profissionais e ausência de empatia, interação e singularização no cuidado, enquanto outros tiveram suas expectativas atendidas, pois experimentaram um cuidado abrangente e permeado por solicitude, partilha de sentimentos e respeito.

Assim, o caminhar do paciente com câncer em busca de tratamento e melhores condições de vida coloca à prova as atitudes do ser-profissional-de-saúde, remontando à sua impessoalidade ou subjetividade no cuidar. Repetem-se as circunstâncias, porém os modos de ser de cada sujeito são diversos, visto que, em suas possibilidades, agem conforme sua disposição em estar-com-o-outro no momento da doença.

Seguindo este pensar, não há como generalizar o cuidado. A cada passo de sua atuação, o homem se mostra de maneira individual, sendo esta a característica que deve instigar o profissional de saúde a conhecer seus pacientes antes de realizar ações assistenciais. O encontro do cuidado autêntico dentro da atuação da ESF torna-se sinônimo de conquista durante o tratamento oncológico, pois, entre o fato de estar-lançado-no-mundo e o encontro do cuidado autêntico, existe uma jornada tortuosa, permeada por percalços e angústia.

Frente a estas considerações, este estudo contribui para uma busca na melhora da assistência ao paciente com câncer na ESF, visto que, por estarem nesta instância de cuidado, esses profissionais, indubitavelmente, irão se deparar com tais circunstâncias de atuação.

Deste modo, a assistência ao paciente com câncer deve ser sempre guiada pelas necessidades holísticas que o mesmo apresenta em seu processo terapêutico. Destarte, a transição para um novo patamar assistencial, que supere atitudes impessoais e inautênticas é impactante para a realidade de qualquer paciente atendido por câncer. E os profissionais, ao compreenderem as fragilidades neste campo do saber e do fazer, tanto nos momentos do diagnóstico, como em todo percurso do tratamento podem se sensibilizar para uma nova forma de cuidar/assistir esses pacientes. Ressalta-se que, novos estudos nesta área são necessários e importantes para subsidiar a oferta, não só pela enfermagem mas por todos os integrantes da ESF, de um cuidado autêntico e pessoalizado.

REFERÊNCIAS

1. Silva MM, Budó MLD, Resta DG, Silva SO, Ebling SOB, Carvalho SOM. Integralidade na saúde da família: limites e possibilidades na perspectiva da equipe. Ciênc Cuid Saude. 2013 jan/mar;12(1):155-63.
2. Oliveira SG, Quintana AM, Budó MLD, Moraes NA, Lüdtke MF, Cassel PA. Internação domiciliar do paciente terminal: o olhar do cuidador familiar. Rev Gaúcha Enferm. 2012 set;33(3):104-10.
3. Kvale K. Synnes O. Understanding cancer patients' reflections on good nursing care inlight of Antonovsky's theory. Eur J Oncol Nurs. 2013 Dec;17(6):814-9.
4. Grimsbo GH. Ruland CM, Finset A. Cancer patients' expressions of emotional cues and concerns and oncology nurses' responses, in an online patient–nurse communication service. Patient Educ Couns. 2012 Jul;88(1):36-46.
5. Oliveira VC, Refshauge KM, Ferreira ML, Pinto RZ, Beckenkamp PR, Negrao Filho RF, et al. Communication that values patient autonomy is associated with satisfaction with: a systematic review. J Physiother. 2012;58 (4):215-29.
6. Chochinov HM. Dignity in care: time to take action. J Pain Symptom Manage. 2013 Nov;46(5):756-9.
7. Perez LG, Sheridan JD, Nicholls AY, Mues KE, Saleme PS, Resende JC, et al. Professional and community satisfaction with the Brazilian family health strategy. Rev Saúde Pública. 2013;47(2):403-13.
8. Lageman SK, Brown PD, Anderson SK, Lachance DH, Yan E, Laack NNI, et al. Exploring primary brain tumor patient and caregiver needs and preferences in brief educational and support opportunities. Support Care Cancer. 2015;23(3):851-9.
9. Heidegger M. Ser e tempo. 7. ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
10. Wakiuchi J. O cuidado sob o olhar do paciente oncológico: o cotidiano junto à família e a equipe de saúde [dissertação]. Maringá (PR): Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá; 2013.
11. Frank OH, Pressler M. O diário de Anne Frank. 35. ed. Rio de Janeiro: Record; 2013.
12. Northouse LL, Katapodi MC, Schafenacker AM, Weiss D. The impact of caregiving on the psychological well-being of family caregivers and cancer patients. Semin Oncol Nurs. 2012 Nov;28(4):236-45.
13. Paula CC, Souza IEO, Cabral IE, Padoin SMM. Movimento analítico-hermenêutico heideggeriano: possibilidade metodológica para a pesquisa em enfermagem. Acta Paul Enferm. 2012;25(6):984-9.
14. Rocha MG. Da (im)possibilidade de dizer o que é o homem: um estudo sobre o homem na analítica existencial de Heidegger. Thaumazein. 2011 Jul;4(7):90-108.
15. Kiely BE, McCaughan G, Christodoulou S, Beale PJ, Grimison P, Trotman J, et al. Using scenarios to explain life expectancy in advanced cancer: attitudes of people with a cancer experience. Support Care Cancer. 2013 Fev;21(2):369-76.
16. Salimena AMO, Teixeira SR, Amorim TV, Paiva ACPC, Melo MCSC. O vivido dos enfermeiros no cuidado ao paciente oncológico. Cogitare Enferm. 2013;18(1):142-47.
17. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2013;66(esp):158-64.
18. Martins Filho JRF. Heidegger e a concepção de "outro" em ser e tempo. R Aproximação. 2010;3:56-76.
19. Janssen DJA, Spruit MA, Wouters EFM, Schols JM. Symptom distress in advanced chronic organ failure: disagreement among patients and family caregivers. J Palliat Med. 2012;15(4):447-56.
20. Ferreira AMC. Amor e liberdade em Heidegger. Kriterion. 2011;52(123):139-58.

Autor correspondente:
Julia Wakiuchi
E-mail: julia.wakiuchi@gmail.com

Recebido: 10.03.2015
Aprovado: 16.12.2015