

5 RESULTADOS

Os resultados e discussão deste estudo são apresentados a seguir em dois manuscritos científicos, que foram elaborados conforme as normas dos periódicos selecionados. Abaixo foi listado o título do manuscrito, periódico que será submetido e link das normas aos autores.

Manuscrito 1

Estrutura Representacional dos Profissionais de Saúde da Estratégia de Saúde da Família sobre CP

Revista Enfermagem Uerj (A4)

Normas aos autores:

<https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/about/submissions#authorGuidelines>

Manuscrito 2

Conteúdos representacionais dos Profissionais de Saúde da Estratégia de Saúde da Família sobre CP

Revista Latino Americana de Enfermagem (A2)

Normas aos autores: <https://www.scielo.br/journal/rlae/about/#instructions>

MANUSCRITO 1

Estrutura Representacional dos Profissionais de Saúde da Estratégia de Saúde da Família sobre Cuidados Paliativos

RESUMO

Objetivo: descrever a estrutura representacional de profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família sobre Cuidados Paliativos.

Método: trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, tendo como aporte teórico e metodológico da Teoria das Representações Sociais, na abordagem estrutural, realizado com 100 profissionais das unidades de saúde da família. Os dados foram coletados por meio da Técnica de Evocação Livre de Palavras, a partir do termo indutor “CP”. Para análise de dados, utilizou-se o *software* Ensemble de Programmes Permettant l’analyse des Evocations (EVOC) e análise de similitude por coocorrência.

Resultados: o quadro de quatro casas evidenciou os cognemas, *conforto e alívio do sofrimento*, como possível núcleo central. Em relação a primeira periferia, *acolhimento, assistência, cuidado* e a segunda periferia constituída pelos cognemas *família*, e a zona de contraste constituída pelos elementos *amor, doença e prevenção*.

Conclusão: a estrutura representacional possibilitou a organização do pensamento dos profissionais de saúde sobre CP, ao evidenciar no possível núcleo central com os cognemas *conforto e alívio do sofrimento*, o que demonstra que os profissionais possuem um pensamento em consonância com as diretrizes dos CP.

Descritores: CP; Representações Sociais; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Profissional de Saúde

Introdução

Os Cuidados Paliativos (CP) constituem uma abordagem integral de assistência à saúde promovida pela equipe multiprofissional, para os pacientes com doenças crônicas e/ou ameaçadoras da vida, que não se restringe apenas ao fim da vida, mas deve ser integrada desde as fases precoces, até as fases progressivas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os CP que tem como objetivo proporcionar a prevenção e o alívio do sofrimento psíquico, físico, espiritual e/ou familiar, por meio da identificação precoce, e através de intervenções e ações que proporcionem aos pacientes medidas de conforto e alívio da dor. Sendo considerado um componente essencial da cobertura universal de saúde, um direito humano e que cada vez mais demonstra a sua necessidade nos serviços de saúde ¹.

Ao longo dos anos, foi evidenciada a necessidade global dos CP, segundo o *Global Atlas of Palliative Care* (2020), em 2017, estimou-se que 56,8 milhões de pessoas no mundo necessitavam de CP, porém apenas 14% da população recebe os devidos cuidados. Além disso, cerca de 7% dessa população é composta por crianças, e idosos acima de 70 anos ou mais, que correspondem a 40% da demanda global ².

No que tange ao Brasil, estima-se que em todo território nacional, cerca de 625 mil pessoas necessitam de CP, o que corrobora com os dados na perspectiva global, o que reverbera no cenário mundial de um baixo acesso aos serviços especializados. Contudo, apesar dos avanços nos últimos anos, ainda existe uma oferta limitada de cuidados, conforme relatório da Academia Nacional de CP (ANCP), dos 234 serviços identificados, 52,5% são públicos, 32% são da iniciativa privada e 13,5% mistos, sendo que 75,3% da população depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS). Ademais, 80,3% dos serviços possuem profissionais com dedicação exclusiva aos CP, 19,7% ainda dividem suas atividades com outros serviços e/ou áreas, o que denota que há uma distribuição desigual da assistência especializada no país ³⁻⁴.

Assim dessa forma, a atuação multiprofissional surge como elemento essencial para assegurar que as intervenções sejam realizadas de forma integrada e centralizada nos pacientes e familiares. Ademais, destaca-se a importância da articulação multiprofissional, através da comunicação efetiva e escuta qualificada e que seja desenvolvida uma óptica mais ampliada acerca das condições do paciente, com o intuito de promover a qualidade de vida deste e de seus familiares, para manutenção do cuidado contínuo e equânime ⁵.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), que é a principal porta de entrada para os serviços de saúde, por ser um ambiente em que os profissionais têm a possibilidade de vivenciar os pacientes em todas as fases da vida, a atuação multiprofissional se torna ainda mais estratégica, visto que permite o planejamento do cuidado, a partir da territorialização, que fortalece o vínculo entre equipe e usuários, que por sua vez favorece a identificação precoce dos pacientes elegíveis para os CP⁶. Contudo, os estudos apontam que há alguns desafios para implementação desse cuidado, como o próprio desconhecimento, ausência de protocolos específicos, capacitação insuficiente, que dificultam a consolidação de um cuidado paliativo integral e contínuo⁶.

Assim dessa forma, foi instituída através da Portaria do Ministério da Saúde no 3.681, de 7 de maio de 2024, a Política Nacional de CP (PNCP), que a Estratégia Saúde da Família (ESF) deverá implementar a assistência aos usuários que estão em CP na área de sua abrangência. O que corrobora para sua relevância no âmbito do (SUS) e reverbera em desdobramentos para a população e para os profissionais de saúde que estão atuando nas unidades, principalmente nas ESF⁷.

Nesse ínterim, a fim de compreender como a assistência aos usuários em CP pode ser influenciada pela representação que os profissionais de saúde da ESF envolvidos no cuidado têm sobre os CP, este estudo ancora-se na Teoria das Representações Sociais (TRS). A Representação Social (RS) é um conjunto de conceitos compartilhados que viabiliza a construção de uma realidade comum em um conjunto social, bem como a relação entre representações e práticas sociais⁸.

Por conseguinte, entende-se que as RS podem contribuir para a compreensão da realidade simbólica das práticas desses profissionais frente aos pacientes em CP. Assim dessa forma, esse estudo tem como objetivo descrever a estrutura representacional de profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família sobre CP.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, tendo como aporte teórico e metodológico da TRS, em sua abordagem estrutural, proposta por Jean Claude Abric, desenvolvido conforme as diretrizes do *Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research* (COREQ)⁸.

O cenário do estudo foi composto por 16 Unidades de Saúde da Família (USF) situadas na zona urbana do município de Jequié – Bahia. Foram selecionadas as unidades que atenderam aos critérios de inclusão: equipe mínima completa; equipes com o tempo mínimo de seis meses

de implantação; equipes da zona urbana.

Participaram do estudo 100 profissionais de saúde que atuam nas USF do município, a seleção dos participantes foi realizada por conveniência, sendo abordados nas unidades, com apoio dos coordenadores, que intermediaram o contato inicial com a equipe, no período de coleta de dados, que após concordarem com a pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para seleção dos participantes da pesquisa, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: estar exercendo atividade laboral e ter mais de 6 meses de atuação. Como critérios de exclusão: os profissionais de saúde que estavam de férias, licença-prêmio ou em tratamento de saúde. Os dados foram coletados pela primeira pesquisadora de forma individual, em ambiente reservado nas próprias unidades, conforme estabelecido com a gestão e os participantes, para garantir privacidade e sem interferências externas.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio a agosto de 2025, os participantes da pesquisa responderam o instrumento da Técnica de Evocação Livre de Palavras, que corresponde a um método projetivo/associativo, que torna o núcleo central mais facilmente detectável, tem como objetivo identificar as dimensões através do arranjo dos elementos que constituem a trama, dos conteúdos que são evocados e ao questionário sociodemográfico (idade, sexo, profissão, estado civil e entre outros) ⁸⁻⁹. Assim, foi solicitado que os participantes evocassem cinco palavras que viessem prontamente ao ouvir o termo indutor “CP”, para a sua aplicação, a duração média foi 5 minutos. Antes ocorreu um treinamento com os participantes, utilizando outros termos indutores para verificar se houve a compreensão do método. Somente após a confirmação que a técnica foi aplicada.

Os dados das evocações livres foram transcritos no *Microsoft Word* e processados através *software Ensemble de Programmes Permettant l'analyse des Evocations* (EVOC) versão 2005, que possibilita efetuar a organização dos termos produzidos em função da hierarquia subjacente à frequência e à ordem de média de evocação (rang) e favorece a construção do quadro de quatro casas através da análise prototípica ⁹.

A análise prototípica (também conhecida como análise de evocações ou quadro de quatro casas), é considerada como umas das principais técnicas utilizadas para caracterização de uma representação social. Após a análise, o *software* EVOC, gera um quadro de quatro casas, conforme a seguinte divisão: primeiro quadrante à direita do possível Núcleo Central (NC), que representa os elementos de maior frequência, e menor ordem média de evocações (OME), nos quadrantes superior e inferior esquerdo respectivamente, a primeira e segunda periferia, a menor frequência e menor OME corresponde a zona de contraste ¹⁰.

Após a apresentação dos elementos presentes no quadro de quatro casas, esses foram

submetidos a análise de similitude por coocorrência. A análise de similitude tornou-se a principal técnica de detecção do grau de conexão dos diversos elementos de uma representação¹⁰. Assim, foram selecionados todos os participantes da pesquisa que evocaram pelo menos dois elementos que estavam presentes no quadro de quatro casas, dando origem a um novo *corpus*, que neste estudo foram 87 sujeitos. Em seguida, foi realizado o cálculo de coocorrência, onde os pares de palavras foram divididos pelo número de sujeitos, que originou o índice de similitude de cada par de palavras evocadas.

Por fim, após a realização do índice de similitude de todos os pares de palavras e matriz de palavras, foi construída a árvore máxima, onde as maiores conexões foram os maiores índices de similitude. O suporte da análise de similitude decorre da teoria dos “grafos”, através do qual uma árvore máxima é um grafo conexo e sem ciclo, ou seja, aquele no qual todos os elementos, são ligados entre si, existindo um só caminho para ir de um elemento a outro⁹.

O estudo atende às resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e foi submetido e aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob parecer de nº 7.481.207 e CAAE: 86659325.1.0000.0055.

Resultados

O grupo constituído pelos participantes deste estudo foram: 100 profissionais de saúde das USF, sendo que destes predominando o sexo feminino 86 e 14 do sexo masculino. Em relação à escolaridade, observou-se maior frequência de profissionais com formação no nível técnico 37, seguidos de graduação 33, especialização 20 e ensino médio completo 10. No que se refere à profissão, destacaram-se os agentes comunitários de saúde (ACS) 36, seguidos por técnicos de enfermagem 26, enfermeiros 14, médicos 13 e odontólogos 11. A faixa etária teve destaque entre 30 a 39 anos (25) e 40 a 49 anos (36). Apenas 15 relataram ter recebido capacitação prévia sobre CP.

O *corpus* gerado decorrente das evocações frente ao termo indutor “CP” totalizou 452 palavras, a ordem média de evocações (rang) foi de 2,5, a frequência mínima 12 e a frequência máxima 24. A análise prototípica dos dados originou o quadro de quatro casas (Quadro 1).

Quadro 1 – Quadro de quatro casas formado pelas evocações dos profissionais de saúde das unidades de saúde da família frente ao termo indutor “CP”. Jequié, BA, Brasil, 2025. (n= 100)

<i>Rang <2,50</i>				<i>Rang ≥ 2,50</i>			
Freq. Méd. ≥ 24	Alívio	do	Freq	O.M.E	Acolhimento	Freq.	O.M.E
	sofrimento		24	2,42	Assistência	24	2,96
	Conforto		27	2,3	Cuidado	53	2,89
≤ 12							
	Amor		22	2,27	Família	17	3,59
	Doença		12	2,17	Finitude	16	2,56
	Prevenção		15	1,80	Hábitos de	21	2,86
					vida	14	3,36
				Saúde			

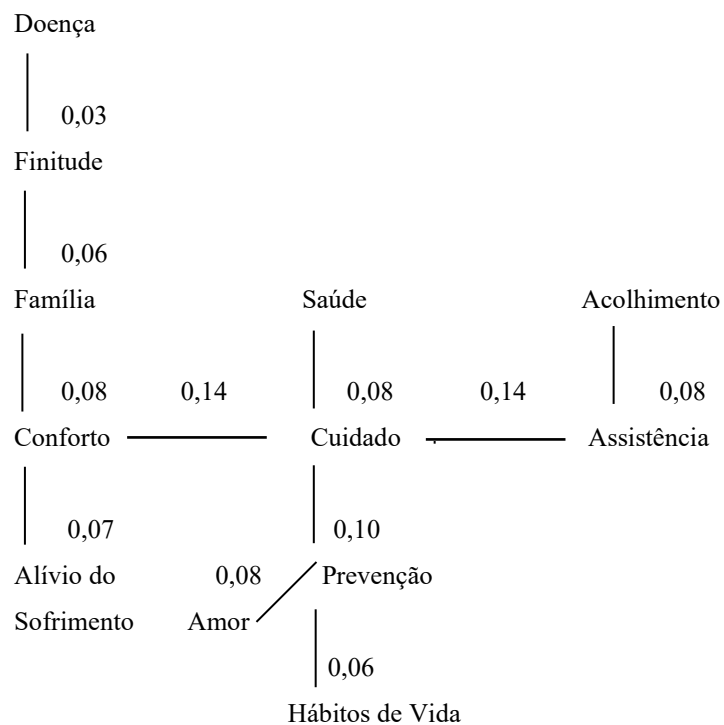
Fonte: Autora, 2025.

No quadrante superior esquerdo encontram-se os termos mais relevantes e significativos, constituindo o provável núcleo central de representação ¹¹. Ressaltamos que as palavras *alívio do sofrimento* e *conforto* apresentaram frequência maior que 24 e foram evocadas mais prontamente, o que expressa a presença no quadrante. No quadrante superior direito estão os elementos *acolhimento*, *assistência* e *cuidado*, que fazem parte da primeira periferia, aproxima o possível núcleo central da prática cotidiana, de forma a representar como os sujeitos operacionalizam aquilo que consideram essencial ⁹. Nesse quadrante, apesar de alguns elementos apresentarem alta frequência, não foram evocados tão prontamente como os elementos do provável núcleo central, esse fato coloca esses elementos com forte tendência a se tornarem o núcleo central da representação.

No quadrante inferior direito estão os elementos da segunda periferia *família*, *finitude*, *hábitos de vida*, que refletem o pensamento individual, baseado em suas experiências concretas. E no quadrante inferior esquerdo, aparecem os elementos *amor*, *doença* e *prevenção*, que corresponde a zona de contraste, que podem indicar subgrupos e que pode complementar o núcleo central, apresentam baixas frequências e refletem aos aspectos biomédicos, o que sugere que alguns participantes possuem uma óptica mais tecnicista.

Em seguida, apresenta-se a Figura 1 com a árvore máxima de similitude construída a partir da análise de similitude por concorrência, que possibilita estabelecer o grau de conexão dos diversos elementos e como as dimensões das representações estão estruturadas no pensamento social do grupo.

Figura 1: Árvore máxima da análise de similitude por coocorrência das evocações dos profissionais de saúde de saúde ao termo indutor “CP”. Jequié/BA, 2025 (n= 87)



Fonte: Autora, 2025.

A árvore máxima destaca os elementos do quadro de quatro casas que apresentaram as mais fortes conexões, assim o elemento *cuidado* apresentou o maior número de conexões, com cinco ligações aos termos: *assistência*, *conforto*, *prevenção*, *saúde* e *amor*. Nesse resultado, o termo *conforto* aparece como elemento que apresenta uma conexão mais forte com o termo *cuidado*, o que demonstra que os participantes possuem a compreensão que os CP se fundamentam na promoção do bem-estar e qualidade de vida.

Nesse sentido, observou-se que *cuidado*, *assistência* e *conforto* possuem as conexões mais fortes, sendo os prováveis elementos centrais. Embora ocupem posições centrais no grafo, esses termos são componentes do sistema periférico, na análise prototípica. O que evidencia que a estrutura gerada pela análise de similitude demonstra como o pensamento social do grupo está organizado, apresentando um entendimento condizente com a proposta dos CP.

Destarte, a árvore máxima de similitude evidencia uma estrutura representacional onde

o termo *cuidado* é um elemento de maiores conexões, o que infere que seja o eixo articulador, que conecta as dimensões. Assim dessa forma, o modo os quais os profissionais realizam suas atividades cotidianas é decorrente dos cognemas *acolhimento*, *assistência*, *cuidado* e *prevenção*, que por sua vez constitui a dimensão prática. O que evidencia uma representação ancorada na assistência e que os profissionais compreendem os CP como uma abordagem que requer manutenção do vínculo, escuta e apoio, tendo o cuidado como elemento que articula entre as estruturas da atuação desses profissionais.

No que tange aos sentidos atribuídos pelos profissionais ao cerne dos CP, os cognemas *conforto* e *alívio do sofrimento*, descrevem a dimensão conceitual, traduzindo a forma que os profissionais compreendem os CP, de tal forma que seja um cuidado que proporcione conforto, alívio da dor e do sofrimento, ultrapassando as barreiras hospitalocêntricas e curativistas, com o intuito de promover qualidade de vida e dignidade até o fim. O que denota que esses elementos como possível núcleo central infere que há uma aproximação com o que é idealizado, com que é ofertado, de acordo com os princípios dos CP ⁴.

Outrossim, os cognemas *finitude* e *doença*, desvelam os aspectos que remetem ao conhecimento socialmente construído e elaborado como propôs Jodelet ¹², que demonstra às imagens que os sujeitos pertencentes ao grupo dos profissionais de saúde da ESF, configura a dimensão imagética. De modo que as suas representações estejam relacionadas ao pensamento de morte e adoecimento, não de forma central, mas como um pensamento mais velado. Que por sua vez, revela que tais elementos contribuem para compreensão do contexto que os CP são inseridos.

Por conseguinte, observa-se que a representação social dos profissionais de saúde é composta e construída com base nas dimensões, que se inter-relacionam entre si revelando como os valores, práticas e imagens, irão se dispor para orientar, aplicar e simbolizar o cuidado. O que também denota complementaridade entre os elementos e dimensões, para fundamentar a assistência aos usuários no âmbito da APS.

Discussão

A princípio, o quadro de quatro casas derivado da análise prototípica, permitiu identificar como está organizado e estruturado o pensamento dos profissionais de saúde, que compõem a ESF sobre CP. Sendo que o provável núcleo central é composto pelos cognemas *alívio do sofrimento e cuidado*, os quais expressam o sentido mais aprofundado dos CP, par trazer sentido. A interlocução desses elementos possibilita a inferência de que a representação possui um conceito embasado em proporcionar qualidade de vida e medidas de conforto aos usuários que estejam vivenciando doenças ameaçadoras à vida, em consonância com a literatura^{1;4}.

No que se refere ao sistema periférico, que é constituído pela primeira e segunda periferia, emergiram respectivamente, *acolhimento, assistência, cuidado; família, finitude, hábitos de vida e saúde*. O sistema de periferias, consiste em operacionalizar o possível núcleo central, de tal forma que seja efetivo em retratar a representação social através da integração entre o pensamento social, senso comum e o conhecimento técnico-científico são interdependentes entre si e desvelam o comportamento frente à realidade¹⁰⁻¹¹.

Nesse sentido, a zona de contraste, que é constituída pelos cognemas *amor, doença e prevenção*, são elementos que sugerem a existência de algumas perspectivas específicas ou subgrupos entre os participantes, que trazem uma profundidade emocional e afetuosa, remetendo a um cuidado humanizado e empático. Os cognemas *doença e prevenção*, fazem uma referência aos aspectos biomédicos, que por sua vez não é predominante, indicam que alguns profissionais possuem uma visão mais tecnicista, trazendo outros sentidos e significados que são atribuídos em suas representações¹⁰⁻¹¹.

O presente estudo evidenciou que a estrutura de pensamento dos profissionais de saúde sobre CP, está organizada pelo cognema *cuidado*, que emergiu como elemento de maior centralidade. O que corrobora com os estudos, que reverberam que os profissionais associam os CP, a uma abordagem que é além dos procedimentos técnicos, sendo uma prática integral, para proporcionar dignidade e alívio do sofrimento. Outros resultados semelhantes foram encontrados, onde os cognemas *cuidado, conforto e amor*, se destacaram como elementos simbólicos dos CP.¹²

Diante desse cenário, a literatura enfatiza que os CP é compreendido como o cuidado que engloba as dimensões biopsicossocial, o equilíbrio entre o saber fazer e o como fazer, de tal forma que esse entendimento esteja relacionado com o que a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza, uma abordagem que têm como objetivo uma melhor qualidade de vida

enquanto há vida, por meio da identificação precoce, avaliação e reavaliação adequada, alívio da dor e do sofrimento dos pacientes e de seus familiares. Corroborando com a literatura, os achados deste estudo evidenciam que os profissionais possuem uma visão multidimensional sobre o processo de cuidar em todas as fases da vida e principalmente na terminalidade ¹³⁻¹⁴.

No que se refere a árvore máxima de similitude, os termos *assistência* e *conforto*, possuem uma forte conexão com o termo *cuidado*, trazendo uma significância do possível núcleo central, que revela que orienta a prática clínica, quanto a afetividade. Apesar que esses elementos se relacionem entre si, exceto *conforto*, os demais não foram identificados como componentes do provável núcleo central, mas reforça a importância da utilização de múltiplos métodos para confirmação da estrutura representacional. Ao utilizar múltiplas abordagens, é possível identificar de que forma os pensamentos, sentimentos da organização cognitiva dos participantes se organizam, para fortalecer a compreensão dos sentidos que atribuem aos CP ¹⁰.

Assim, denota-se que há uma associação entre o senso comum, que é produto das vivências e experiências e do conhecimento técnico-científico decorrente do conhecimento empírico da formação profissional, os quais se articulam e se complementam, na construção das RS desses profissionais, que por sua vez influenciará desde a sua compreensão até a execução do cuidado. O que corrobora com a assertiva de que há uma integração entre si e de que é possível manter um equilíbrio e favorecer um cuidado científico, mas também com significados e sentidos atribuídos por meio do senso comum. Dessa forma, as RS embasam o saber e o fazer, possibilitando a orientação para definição de condutas e decisões conforme as diretrizes dos CP ⁸⁻¹².

Nesse sentido, a atuação multiprofissional também possui destaque na forma de organização da estrutura dessas representações, visto que exerce a assistência integral, com uma óptica ampliada. Os estudos elencados, relatam que o trabalho em equipe, que têm como primícias, a comunicação efetiva, fortalecimento do vínculo e são corresponsáveis pelo bem-estar dos pacientes, contribui no desenvolvimento do cuidado equânime e individualizado, através do reconhecimento precoce das necessidades dos pacientes ¹⁵⁻¹⁶.

Corroborando com essa premissa, as representações que foram evidenciadas neste estudo, salientam que o cuidado não é construído de forma individual e sim de forma coletiva, onde cada profissional compartilha o seu olhar, para que juntos possam estabelecer metas e traçam um plano de cuidados, o que resulta numa assistência humanizada. O que denota a importância de associar intervenções que estejam de acordo com os princípios e diretrizes dos CP ¹⁵⁻¹⁶.

Apesar disso, observa-se que na atualidade ainda existem desafios na implementação

dos CP nos diferentes níveis de atenção no país. Algumas barreiras se iniciam desde o processo de formação, que por muitas vezes a temática não faz parte da grade curricular, como apontado em um estudo documental que realizou uma análise da matriz curricular dos cursos da área da saúde e evidenciou que há a ausência de uma disciplina específica que contemple a temática de forma específica. Assim como também, a ausência de protocolos específicos, entre outros desafios, que fragilizam a adoção dos CP de forma precoce ^{17, 18, 19}.

Essas problemáticas, contribuem para a manutenção de uma formação mais tecnicista, baseada no modelo biomédico, o que se configura como um retrocesso para a atualidade. Bem como para a dissociação entre teoria e prática dos profissionais, no que se refere aos CP, esse distanciamento pode limitar a consolidação e implementação dos CP nas instituições de saúde tanto do âmbito público, quanto no âmbito privado. Não obstante, as RS centradas nos cuidados, mas que demonstram um distanciamento do planejamento e operacionalização, urge a necessidade de investimentos em capacitação e educação continuada para os profissionais ¹⁷.

No que concerne ao âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), que é a principal porta de entrada para os serviços de saúde e sua rede, onde a longitudinalidade, a territorialização e o vínculo, são uma tríade de sua estrutura, para os profissionais que têm a possibilidade de acompanhar os pacientes desde o nascimento até o fim de vida. As representações encontradas neste estudo indicam o potencial para a construção de uma linha de cuidados específica para os CP, e também para fortalecer essa atuação nesse nível. Para que dessa forma, os pacientes recebam um cuidado que gere uma melhor qualidade de vida e conforto até o momento de sua partida ²⁰.

Contudo, a maioria dos estudos, referem que há uma insegurança e despreparo dos profissionais frente à temática, mesmo que haja uma melhora no reconhecimento dos pacientes que são elegíveis para os CP. Não obstante, salienta-se que há fragilidades na integração entre as equipes, para avaliar os benefícios e condutas aos pacientes, com o objetivo de promover mais qualidade de vida e bem-estar, oferecer o cuidado real, de acordo com o que cada um precisa, sem adoção de medidas que visem o prolongamento do sofrimento, medidas que sejam eficiente e eficazes com o fator causal ^{16, 20}.

Por conseguinte, infere-se dizer que as representações sociais dos profissionais sobre CP neste estudo tenha uma aproximação com os princípios e diretrizes que o regem, mas para que de fato seja implementado, é necessário que se tenha o apoio institucional das esferas de saúde, para implementação, acompanhamento e avaliação contínua, desenvolvimento de protocolos para avaliação e manejo das reais necessidades dos usuários e familiares e atividades de educação permanente para os profissionais que atuam na ESF para que se tenha uma equipe

qualificada e preparada para atender as demandas da população da área de abrangência.

Conclusão

A estrutura representacional dos profissionais de saúde da ESF foi constituída por um possível núcleo central com os cognemas *conforto* e *alívio do sofrimento*, o que reverbera no objetivo central dos CP. No que se refere aos elementos da periferia, emergiram os cognemas que reforçam as dimensões práticas, como *acolhimento, cuidado, assistência, família e finitude*, o que infere que a maioria dos profissionais possuem uma compreensão que se distancia do modelo biomédico e que possuem uma óptica que assistem aos pacientes em sua totalidade, englobando todos os aspectos.

Portanto, o entendimento da organização do pensamento social dos profissionais sobre CP reverbera na execução, no monitoramento e na avaliação da assistência aos pacientes elegíveis. Ainda que existam lacunas no processo de formação e ausência de capacitação, os profissionais apresentam um tipo de conhecimento socialmente elaborado que é coerente com a abordagem dos CP.

Em suma, salienta-se que é imprescindível que as instituições de saúde ofereçam apoio e que desenvolvam protocolos assistenciais, ações de educação continuada para qualificação das equipes, acompanhamento, monitoramento, avaliação e reavaliação para garantia de um cuidado integrado e equânime para todos os atores sociais.

Limitações do Estudo

Portanto, esses achados reverberam da necessidade da utilização de multimétodos para certificar a centralidade dos elementos para definir a estrutura representacional dos estudos sobre Representações Sociais e aprimorar a sua compreensão.

Referências

1. World Health Organization. Palliative care: fact sheet [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2025 Nov 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care. 2nd ed. London: WHPCA; 2020. 120 p. [cited 2026 Fev 04] Available from: https://thewhpc.org/wp-content/uploads/images/GlobalAtlas/WHPCA_Global_Atlas_DIGITAL_Compress.pdf
3. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde lança Política Nacional de CP [Internet]. Brasília: MS; 2024. [cited 2026 Jan 30]. Available from: <https://bibliofus.saude.gov.br/ministerio-da-saude-lanca-politica-nacional-de-cuidados-paliativos/>
4. Academia Nacional de CP (ANCP). Atlas dos CP no Brasil – 3ª edição [Internet]. São Paulo: ANCP; 2022. [cited 2025 Nov 23] Available from: <https://paliativo.org.br/academia-nacional-de-cuidados-paliativos-lanca-dados-ineditos-sobre-os-cuidados-paliativos-no-brasil/>. Acesso em: 22 nov 2025.
5. Silva TSS, Pedreira RBS, Lima ER, Santos L, Reis TT, Rocha, MP, Cruz, SPL, Vilela, ABA, Boery, RNSO, Silva RS. Desafios da equipe multidisciplinar em CP no Brasil: revisão integrativa. [Internet]. Rsdjournal.org. 2025 [cited 2025 Nov 23]. Available from: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/28904/25114>
6. Gomes LOS, Argôlo AMB, Souza IS, Teles MF, Silva TSS, Vilela ABA, et al. Atuação da equipe multiprofissional em CP no âmbito da atenção primária à saúde. Saúdecom. 2022 Aug 3;18(2). [cited 2026 Jan 30]
7. Ministério da Saúde (BR) Portaria nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Dispões sobre a Política Nacional de CP. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. [cited 2026 Jan 26]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html
8. Serge Moscovici. Representações sociais : investigações em psicologia social. 9 ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
9. Abric JC. Prácticas sociales y representaciones. México, D.F.: Ediciones Coyoacán; 2011
10. Abric JC. A structural approach to social representations. In: Deaux K, Philogène G, editors. Representations of the social. Oxford: Blackwell; 2001. p. 42–7.
11. Sá, C. P. de. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. Sá, C. P. Núcleo central das representações sociais. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.
12. Jodelet D. As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001.
13. SOUZA, CS. As doenças negligenciadas e suas representações sociais: um estudo com profissionais de saúde. 245f. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019
14. Oliveira DC, Marques SC, Gomes AMT, Trigueiro MCTV. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jesuíno J, Nóbrega S, organizadores. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB; 2005. p. 573-603.
15. Reale MJO. Representações sociais e práticas de profissionais de saúde acerca dos CP [Internet]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2016 [cited 2025 Dez 06]. Available from: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/24232>
16. Paula VR, Marinho AVA, Silva LIS, Bastos WLA, Rocha MA. Representações sociais do enfermeiro nos CP. Rev Conhecimento em Foco [Internet]. 2025 [cited 2025 Dez 06];3(1). Available from: <https://publicacoes.uniesp.edu.br/index.php/12/article/view/351>
17. World Health Organization. Palliative care: Fact sheet [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2025 Dez 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
18. Silva JV, Miranda MHC, Narcy JL, Vilela LHR. As representações sociais sobre CP sob a ótica de enfermeiros. HSJ [Internet]. 2013 [cited 2025 Dez 6];3(3):15-24. Available from: https://portalrcs.hcitajuba.org.br/index.php/rcsfmit_zero/article/view/240

19. Conceição RGS da, Ribeiro DB, Santos W da S, Lobo MP, Machado JC, Oliveira J da S. Concepções de residentes em saúde sobre CP . Rev. enferm. UERJ [Internet]. 2º de dezembro de 2024 [cited 2025 Dez 6];32(1):e86709. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/86709>
20. Santos BP, Nery RS, Macedo LT. Desafios à implementação de CP na atenção à saúde. Res Soc Dev [Internet]. 2022 [cited 2025 Dez 06];11(3).Available from: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/28904>
21. Volpin MC, Ferreira EL, Eduardo AA, Bombarda TB. Ensino sobre CP nos cursos da área de saúde:: apontamentos sobre lacunas e caminhos. RDI [Internet]. 31º de março de 2022 [cited 2025 Dez 11];11(1):140-53. Available from: <https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/article/view/1173>
22. Ribeiro BS, Coelho TO, Boery RNSO, Vilela ABA, Yarid SD, Silva RS. Ensino dos CP na graduação em Enfermagem do Brasil. Enferm Foco. 2019 [cited 2025 Dez 11]; 10(6):131-6. Available from: https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-10-06-0131/2357-707X-enfoco-10-06-0131.pdf
23. Souza HR, Barreto LNM, Oliveira TPT. CP na Atenção Primária à Saúde: desafios e potencialidades. Rev Saúde Colab [Internet]. 2023 [citado 6 dez 2025];5(2). Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/rsc/article/view/10123>