



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E**  
**SAÚDE**  
**NÍVEL MESTRADO**



**RANNA GABRIELE SAMPAIO DA CONCEIÇÃO**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA**  
**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE CUIDADOS**  
**PALIATIVOS**

**JEQUIÉ**

**2026**

**RANNA GABRIELE SAMPAIO DA CONCEIÇÃO**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE CUIDADOS  
PALIATIVOS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, como requisito para obtenção do Título de Mestre, área de concentração em Saúde Pública.

**Linha de Pesquisa:** Políticas, Gestão e Situação de Saúde da População

**Orientador:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Juliana Costa Machado

**JEQUIÉ**

**2026**


**RANNA GABRIELE SAMPAIO DA CONCEIÇÃO**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE CUIDADOS  
PALIATIVOS**


Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, como requisito para obtenção do Título de Mestre, área de concentração em Saúde Pública.

Jequié-BA, 24 de Fevereiro de 2026


**BANCA EXAMINADORA**

Documento assinado digitalmente  
 **JULIANA COSTA MACHADO**  
Data: 24/02/2026 17:43:48-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**Profa. Dra. Juliana Costa Machado**  
Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES)  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

Documento assinado digitalmente  
 **ALBA BENEMERITA ALVES VILELA**  
Data: 24/02/2026 20:22:15-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**Profa. Dra. Alba Benemérita Alves Vilela**  
Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES)  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

Documento assinado digitalmente  
 **ANA CLAUDIA MESQUITA GARCIA**  
Data: 24/02/2026 18:39:44-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**Profa. Dra. Ana Cláudia Mesquita Garcia**  
Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF)  
Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL - MG)

**JEQUIÉ**

**2026**

C744r Conceição, Ranna Gabriele Sampaio da.

Representações sociais de profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família sobre cuidados paliativos / Ranna Gabriele Sampaio da Conceição. - 2026.

71f. : il., color.

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Costa Machado.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Jequié, 2026.

Catálogo na fonte: Bibliotecária Eridiana Souza Silva - CRB-5/2129  
UESB - Campus Jequié/BA

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, por me proporcionar força, sabedoria e me sustentou até aqui. A ti toda honra, toda glória, todo louvor e adoração. Sem ti nada sou, sua presença me sustentou ao longo de toda trajetória.

Aos meus **pais e familiares**, que não mediram esforços para sonhar comigo e me incentivarem a desenvolver as minhas potencialidades. Por serem abrigo e sinônimo de força em todos os momentos, inclusive nos momentos em que me ausentei. Cada conquista tem um pouco de vocês e para vocês, e esta vitória é nossa, certa de que ainda está por vir muito mais. A vocês todo meu amor e gratidão.

À minha orientadora, **Prof<sup>ª</sup>.Dr<sup>ª</sup>. Juliana Costa Machado**, a minha profunda gratidão por ter me conduzido na trajetória do mestrado, de forma leve e serena, por ser fonte de inspiração e sinônimo de cuidado, ética e dedicação, uma referência da Teoria das Representações Sociais. A pesquisadora que me tornei e sigo me tornando, têm muito dos seus ensinamentos e do seu exemplo, que me acompanharão nos meus desafios que estão por vir.

Às professoras **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Alba Benemerita Alves Vilela e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Cláudia Mesquita**, que participaram da banca de qualificação, e suas contribuições serviram para o resultado deste estudo. Bem como, por aceitarem compor a banca de defesa de dissertação, por sua disponibilidade e ensinamentos.

Aos grupos de estudos: **Grupo de Violência Saúde e Cultura de Paz (GPVIO) e ao Grupo de Estudos Filosóficos em Representações Sociais**, por terem me apresentado a pesquisa e por todo apoio e aprofundamento durante a pesquisa.

Aos colegas de turma, uma turma de excelência e tranquila, em especial as minhas amigas do Grupo “Sobrevivendo Além do Lattes”, **Daiane, Roberta, Sara e Mary**, poder vivenciar o mestrado com vocês, tornou tudo mais leve. Com vocês tive a certeza que ninguém caminha sozinho, foram rede de apoio e incentivo mútuo. E no fim sobrevivemos, desejo a todas um caminho repleto de prosperidade e felicidades.

Aos **docentes e funcionários do Programa de Pós – Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES)**, minha gratidão pela oportunidade de formação e pelo compromisso e responsabilidade de todo corpo docente e demais funcionários.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, por contribuir e incentivar as pesquisas no país, reconhecendo a importância dos pesquisadores e da ciência e pela concessão da bolsa durante o mestrado.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Jequié**, pela autorização de coleta de dados nas unidades de saúde da família.

Aos **profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família**, que aceitaram participar da pesquisa e que possibilitaram a conclusão da dissertação.

A todos, que de alguma forma contribuíram para a concretização dessa pesquisa, seja com apoio, incentivo, escuta ou simplesmente presença, meus sinceros agradecimentos. E que eu como pesquisadora, possa ser instrumento para devolver para sociedade todo conhecimento compartilhado e construído até então, seguimos na luta pela transformação.

*“O sofrimento só é intolerável quando ninguém cuida.”*

*Cicely Saunders*

## RESUMO

CONCEIÇÃO, Ranna Gabriele Sampaio. **Representações sociais de profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família**. 2026. Xf. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, 2026.

As discussões sobre os CP têm se ampliado, devido ao contexto de transição demográfica e epidemiológica, avanços tecnológicos, fazendo com que haja um maior número de pessoas que necessitam desse cuidado. O estudo tem como objetivo geral: analisar as representações sociais dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família sobre CP. Objetivos específicos: descrever a estrutura representacional de profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família sobre CP; compreender os conteúdos representacionais dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família sobre CP. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, tendo como local de estudo as Estratégias de Saúde da Família. A coleta de dados foi realizada por meio da Técnica de Evocação Livre de Palavras e questionário sociodemográfico, com os profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família. Possui como aporte teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais nas abordagens estrutural e processual. Assim dessa forma, os resultados deste estudo possibilitou a identificação do possível núcleo central, com os cognemas “conforto” e “alívio do sofrimento”, desvelando como é a construção do pensamento dos profissionais de saúde sobre CP e evidencia que é baseado com os princípios dos CP. Este estudo possibilitou a inferência que a representação social está vinculada a articulação entre a ciência e o senso comum, que por sua vez exerce influência na sua assistência. Portanto tais achados, contribuem para o fortalecimento dos CP na rede de atenção à saúde, principalmente no âmbito da atenção primária à saúde.

**Descritores:** CP; Estratégia de Saúde da Família; Profissionais de Saúde; Representações Sociais

## ABSTRACT

CONCEIÇÃO, Ranna Gabriele Sampaio. **Representações sociais de profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família.** 2026. Xf. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, 2026.

Discussions about palliative care (PC) have expanded due to the context of demographic and epidemiological transition and technological advancements, resulting in a greater number of people needing this care. The general objective of this study is to analyze the social representations of healthcare professionals in the Family Health Strategy regarding PC. Specific objectives include: describing the representational structure of healthcare professionals in the Family Health Strategy regarding PC; and understanding the representational content of healthcare professionals in the Family Health Strategy regarding PC. This is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach, focusing on Family Health Strategies. Data collection was carried out using the Free Word Association Technique and a sociodemographic questionnaire with healthcare professionals working in the Family Health Strategy. The theoretical and methodological framework is based on the Theory of Social Representations in its structural and processual approaches. Thus, the results of this study allowed for the identification of a possible central core, with the cognemes "comfort" and "relief of suffering," revealing how healthcare professionals construct their thinking about palliative care and showing that it is based on the principles of palliative care. This study allowed for the inference that social representation is linked to the articulation between science and common sense, which in turn influences its assistance. Therefore, these findings contribute to the strengthening of palliative care in the healthcare network, especially in the context of primary healthcare.

**Descriptors: Palliative Care; Family Health Strategy; Healthcare Professionals; Social Representations**

## LISTA DE QUADROS

### MANUSCRITO 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)  
..... 34

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### MANUSCRITO 1

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) ..... 35

## LISTA DE SIGLAS

<b>ACS</b>	Agentes Comunitários de Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>ANCP</b>	Academia Nacional de CP
<b>CEP</b>	Comitê de Ética e Pesquisa
<b>CP</b>	CP
<b>COREQ</b>	Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>EVOC</b>	Ensemble de Programmes Permettant l'analyse des Evocations
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NC</b>	Núcleo Central
<b>OME</b>	Ordem Média de Evocações
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PNCP</b>	Política Nacional de CP
<b>RANG</b>	Ordem Média de Evocações
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>RS</b>	Representações Sociais
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TRS</b>	Teoria das Representações Sociais
<b>UESB</b>	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	17
<b>3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS</b> .....	21
<b>4 ASPECTOS METODOLÓGICOS</b> .....	24
4.1 TIPO DE PESQUISA .....	24
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA .....	24
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	24
4.4 INSTRUMENTOS DA PESQUISA PARA COLETA DE DADOS .....	25
4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	26
4.6 TÉCNICA PARA ANÁLISE DE DADOS. ....	26
<b>5 RESULTADOS</b> .....	28
5.1 MANUSCRITO 1: ESTRUTURA REPRESENTACIONAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE CP .....	30
5.2 MANUSCRITO 2: CONTEÚDOS REPRESENTACIONAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE CP .....	44
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	56
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	58
<b>APÊNDICE A</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....	62
<b>APÊNDICE B</b> – Instrumento de coleta de dados.....	67
<b>ANEXO</b> .....	70

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define os Cuidados Paliativos (CP) como uma prática integral de assistência à saúde promovida pela equipe multiprofissional, para os pacientes com doenças ameaçadoras à vida, que tem como objetivo proporcionar o alívio do sofrimento psíquico, físico, espiritual e/ou familiar, através de intervenções e ações que proporcionem aos pacientes medidas de conforto e alívio da dor (OMS, 2021).

Estima-se que a cada ano, cerca de 40 milhões de pessoas precisam de CP; 78% dessas pessoas vivem em países de baixa e média renda, e apenas 14% da população recebe os devidos cuidados (OMS, 2020). Esses dados demonstram que a incidência numa perspectiva global irá se elevar, devido ao acometimento das doenças crônicas não transmissíveis e de outras doenças transmissíveis, o que evidencia a importância do desenvolvimento de políticas e programas adequados e mais efetivos relacionados ao tema, para manutenção da sua aplicabilidade.

Os CP se baseiam em princípios que devem nortear a assistência prestada pela equipe multiprofissional, entre eles estão o alívio da dor, não acelerar e nem adiar o processo de morte do paciente, atendimento biopsicoespiritual, identificação das necessidades dos pacientes e familiares, bem como o acompanhamento da família no processo do adoecimento e do luto, pois o sofrimento não abrange somente o paciente, mas também envolve a família e todo que de alguma forma sejam atores do ciclo de convivência dos pacientes (Carvalho; Parsons, 2012).

A equipe multiprofissional desenvolve a assistência à saúde, visando a integralidade do cuidado, para aqueles pacientes que são elegíveis para os CP e para seus familiares, para proporcionar alívio da dor e/ou sofrimento. Entretanto, alguns estudos demonstram que há um desgaste físico e mental dos profissionais, bem como uma grande parte, destaca que há um despreparo para desempenhar suas atividades, devido ao desconhecimento e a falta de suporte emocional para a equipe (Silveira, Ciampone, Gutierrez, 2014).

Neste contexto, há um aumento da prevalência de pacientes em CP, que também são acompanhados pela Atenção Primária à Saúde (APS) e peculiaridades importantes para a assistência, em especial na Estratégia Saúde da Família (ESF), já que esse serviço de saúde deve dar continuidade a atenção prestada aos pacientes em CP.

A ESF é prioritária na atenção à saúde como reorganizadora do modelo assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com o propósito de expandir, qualificar e consolidar a atenção básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho, ampliar a resolutividade e causar impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades (Brasil, 2017).

Corroborando com essa assertiva 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 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 ESF (Brasil, 2024).

Composta por uma equipe multiprofissional, a ESF atua no território e possibilita compromisso e a corresponsabilidade dos profissionais com a comunidade. Dos profissionais de saúde que compõem a equipe mínima, médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde; eles têm a responsabilidade de planejar o trabalho a partir das necessidades do território, acompanhar por meio de visita domiciliar todos os indivíduos sob sua responsabilidade, priorizando a população com maior grau de vulnerabilidade e risco epidemiológico, entre os quais, com a instituição da Portaria, situações de usuários em CP (Brasil, 2017; 2024).

A APS é a principal porta de entrada para os serviços de saúde, por ser um ambiente em que os profissionais têm a possibilidade de acompanhar os pacientes em todas as fases da vida. Dessa forma, os CP são incorporados durante a assistência, que é prestada aos usuários do SUS, porém sem os mecanismos e insumos adequados, principalmente a disponibilidade de medicamentos para analgesia, como os opioides. Além disso, alguns profissionais relatam que o desconhecimento sobre os CP ainda é relativamente alto, inferindo a necessidade da educação permanente sobre a temática para as equipes e usuários do SUS (Santos,2023).

Sendo assim, 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. A Representação Social (RS) consiste em um conjunto de pensamentos, ideias e crenças resultantes das interações sociais, comuns a um dado grupo de indivíduos. Elas são dinâmicas, mutáveis, determinam comportamentos, cristalizam-se e se modificam com o passar do tempo (Moscovici, 2012; Sá, 2002). Além disso, sofrem influências da posição ou inserção social dos indivíduos (Sá, 1998).

As RS não se formam como conceitos isolados, mas articulados em rede e interdependentes, as quais contribuem para a orientação das práticas sociais (Moscovici, 2012; Jodelet; 2001). Consiste em um conhecimento particular que tem como função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos. Dessa forma, um dos pontos centrais da Teoria das Representações Sociais (TRS) é a relação entre representações e práticas sociais (Moscovici, 2012).

Neste ínterim, este estudo se justifica pela aproximação com a temática desde o final do último estágio da graduação em enfermagem, que ocorreu em um hospital público que realiza assistência a pacientes em CP, que foi o primeiro contato. Assim, se intensificou durante a especialização na modalidade residência multiprofissional em urgência e emergência, sendo o tema central do meu trabalho de conclusão da residência. Neste momento, pude prestar assistência aos pacientes em CP, o que desvelou reflexões sobre o longo caminho para desmistificar o mesmo e fazer com que as pessoas e profissionais de saúde compreendam de fato, qual a sua finalidade. Desta forma, com a Portaria 3.681/2024 outras inquietações surgiram já que os profissionais de saúde da ESF atualmente são essenciais no cuidado aos pacientes em CP, sendo necessário entender como estão sendo construídas a realidade simbólica das práticas desses profissionais frente aos pacientes em CP, por meio de estratégias que auxiliem a orientar as condutas mais adequadas e satisfatórias.

Nessa direção, apresenta-se como problema de pesquisa deste estudo: Quais as Representações Sociais Profissionais de Saúde da Estratégia de Saúde da Família sobre CP? Sendo assim, é relevante evidenciar o conhecimento dos profissionais de saúde da ESF a respeito da temática, visando a ampliação das discussões acerca da compreensão sobre os CP, assim como também a sua implementação na APS. Estudos ligados às RS são de grande relevância para a melhor compreensão dos fenômenos sociais.

Para responder ao problema de pesquisa, foi traçado como objetivo geral deste estudo: Analisar as representações sociais dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família sobre CP.

Como objetivos específicos:

- Descrever a estrutura representacional de profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família sobre CP.
- Compreender os conteúdos representacionais dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família sobre CP.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DOS CP

As origens dos CP são descritas desde a Idade Média, onde existiam os *hospices*, que eram locais de estadia e acolhimento para os peregrinos, que na maioria das vezes vinham com algumas morbidades, moribundos, mulheres em trabalho de parto, pobre, órfão e leprosos. Portanto, esses locais não eram apenas para abrigo e comida, mas também havia cuidados para os doentes e visava o acolhimento e alívio do sofrimento. Posteriormente, o termo *hospice* foi utilizado na França, em 1842, também remetendo ao cuidado de doentes (Ignacia del río *et al.*, 2007; ANCP, 2022).

Os CP Modernos têm o surgimento evidenciado na década de 60 no Reino Unido, através da assistente social, enfermeira e médica Cicely Saunders, a precursora dos CP como uma prática assistencial de saúde, assim como influenciadora do ensino, pesquisa e extensão sobre a temática. Fundadora do St. Christopher's Hospice, o primeiro serviço a promover uma assistência integral que o foco não era restrito às doenças, mas, em uma perspectiva do controle de sintomas, alívio da dor e do sofrimento (Gomes; Othero, 2012).

Em 1970, Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra suíça radicada nos Estados Unidos teve contato com o movimento e ações pioneiras de Cicely Saunders e disseminou na América o seu trabalho. Após alguns anos, foi fundado o primeiro *hospice* na cidade de Connecticut nos Estados Unidos, o que fez com que diversos países iniciasse uma assistência na perspectiva de cuidado integral aos pacientes sem possibilidade de cura (Matsumoto, 2012).

No Brasil, os CP iniciaram a partir da década de 80, após a publicação dos princípios essenciais para o desenvolvimento dessa modalidade prática de assistência, que vêm ganhando espaço e notoriedade. As dimensões física, familiar/social, psíquica e espiritual fazem com que existam algumas dificuldades em quebra de paradigmas dos modelos curativistas e hospitalocêntricos, pois são práticas enraizadas (Matsumoto, 2012).

As discussões se ampliaram, e em 2005 foi fundada a Academia Nacional de CP (ANCP), que por sua vez possibilitou alguns avanços, como regularização profissional dos paliativistas brasileiros, estabeleceu critérios para elegibilidade dos CP, fomentou o diálogo nas esferas públicas e nas gestões em saúde, na elaboração de resoluções entre outras atividades que têm contribuído para mudanças significativas (ANCP, 2022).

A Política Nacional da Atenção Básica, no artigo 2º já incluía os CP como componente

da Atenção Básica (AB), “ é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, CP e vigilância em saúde [...]. O que evidencia que a abordagem foi destacada pelo Ministério da Saúde, no uso de suas atribuições, no contexto da rede de atenção à saúde (Brasil, 2017).

Neste sentido, em 2018, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Resolução de nº 41, que “Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos CP, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS).” Dentre os pontos elencados, destaca-se a manutenção da autonomia da pessoa doente, quanto às intervenções a serem realizadas, tratamentos e entre outros, reitera que os CP devem estar acessíveis em toda Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2018).

Corroborando com a evolução da implementação dos CP no Brasil, foi instituída através da Portaria do Ministério da Saúde nº 3.681, de 7 de maio de 2024, a PNCP, que entre as suas diretrizes, prever no artigo 3º inciso I: “ampliação dos CP e acesso universal a eles em todos os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde - RAS, com equidade, integralidade, qualidade assistencial e humanização no atendimento”. Um grande marco para incentivar e reconhecer a importância dos CP (Brasil, 2024).

A ANCP prevê que com o passar dos anos, haverá um aumento considerável pela demanda dos serviços de CP, que conseqüentemente fará com que sejam construídos hospitais específicos para tratamento de indivíduos em CP e equipes multiprofissionais qualificadas para promover uma assistência equânime e integral, que se estenda não só aos pacientes mais aos familiares e cuidadores (ANCP, 2022).

Sendo assim, denota-se que as transformações que ocorreram ao longo do tempo, possibilitaram avanços para a prestação de uma assistência à saúde dos pacientes em CP, que gradativamente deixa de ser curativista e hospitalocêntrico e passa a ser multidimensional e promove o empoderamento dos pacientes, autonomia e dignidade humana.

## 2.2 A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ABORDAGEM DOS CP

A assistência aos pacientes que estão em CP deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar, para que dessa forma, todos os aspectos: físico, mental, espiritual e social sejam contemplados. Assim como também, realizar as discussões de forma multidisciplinar para definir quais as condutas a serem tomadas, visando o bem-estar dos pacientes e compartilhamento de saberes e responsabilidades dos profissionais (Hermes; Lamarça, 2013).

De acordo com a OMS, os CP se baseiam em alguns princípios que direcionam a atuação da equipe multiprofissional, a saber: 1. Promover alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; 2. Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida.; 3. Não acelerar nem adiar a morte.; 4. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; 5. Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento de sua morte; 6. Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto; 7. Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; 8. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença. e 9. Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes (Carvalho; Parsons, 2012).

Os cuidados devem ter como base o controle de sintomas e conseqüentemente manutenção da qualidade de vida e minimizar os tratamentos desnecessários e muito invasivos, realizando a avaliação e reavaliação para definir se irá ter alterações e/ou continuidade do plano terapêutico de forma multiprofissional. Ademais, é essencial estender a inclusão dos familiares no contexto do cuidado e manter uma comunicação efetiva e esclarecedora, assim como uma escuta qualificada (Loureiros *et al.*, 2020).

Destaca-se ainda, a necessidade de um amparo para a equipe multiprofissional. Esses, necessitam de suporte psicológico, devido a exaustão mental, frente às suas demandas diárias com os pacientes que estão em CP, os mesmos se sentem fragilizados, assim como recorrem a espiritualidade para manutenção da satisfação do desempenho de suas atividades, para promover a humanização e possibilitar a construção de uma relação de equilíbrio entre paciente, equipe e família e conseqüentemente fortalecimento do vínculo (Alcantara *et al.*, 2018).

Portanto, observa-se algumas barreiras para o desenvolvimento de uma assistência à saúde para os pacientes em CP, principalmente no que diz respeito ao processo de formação profissional, haja vista que possui algumas lacunas como a falta de discussões e reflexões sobre a finitude, adesão e critérios de elegibilidade para início da modalidade de CP, e de como conduzir a terapêutica do mesmo, bem como a prevenção e detecção precoce de todos os tipos de sofrimento em todos os campos que afetam a autonomia e dignidade humana.

### 2.3 OS CP NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS têm um papel de destaque nos cuidados aos pacientes, pois acompanha histórias desde o nascimento, até o fim de vida, oferecendo um cuidado integral e equânime. Nesse sentido, a ESF possui uma maior proximidade, pois as famílias que compõem a área adscrita pelas equipes, são o objeto do cuidado, que as equipes realizam a assistência com uma abordagem holística, que possui um olhar ampliado, além de conhecer as facilidades e fragilidades do seu território. Dessa maneira, possui potencialidade para ofertar os CP, visto que nenhum outro serviço consegue proporcionar o cuidado aos pacientes e familiares com propriedade e possibilitar que esse cuidado aconteça em seu domicílio (Silva,2014; Santos,2023).

A identificação dos pacientes que são elegíveis para os CP deve ser realizada de forma precoce, para que seja executado com o objetivo de proporcionar alívio da dor e do sofrimento; maior qualidade de vida e dignidade até o fim de vida. Portanto, as equipes que compõem a APS, devem traçar o perfil da população adscrita, onde se há uma prevalência de pacientes mais idosos, que apresentam multimorbidades, fragilidades e considerável acometimento das Doenças Crônicas Não - Transmissíveis (DCNT). O que denota que há uma demanda exponencial para desenvolvimento dos CP, se a detecção for precoce, poderá contribuir de forma positiva para pacientes, familiares, profissionais e conseqüentemente para o SUS, ao tornar dinâmico o processo na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e reduzir a carga de trabalho e estresse dos profissionais de saúde (Paraizo-Horvath, 2022).

Os CP na APS faz parte do escopo das ações desenvolvidas no âmbito do SUS, bem como na transição do cuidado secundário e terciário, ao realizar o acompanhamento dos pacientes, por meio de uma atuação multiprofissional, mantendo a longitudinalidade e a continuidade do cuidado, ao perceber o indivíduo em sua singularidade, complexidade, além das dimensões físicas, evidenciar as dimensões psicossociais e espirituais. Para que compreenda que cada paciente irá vivenciar e expressar o seu sofrimento de múltiplas formas. O suporte psicológico é essencial tanto para os principais atores (pacientes e familiares), quanto para os profissionais de saúde envolvidos na assistência, sendo uma dificuldade, visto que o mesmo não compõe a equipe multiprofissional da APS. E reverbera no despreparo que muitos profissionais referem, por não terem tido contato com os CP durante o seu processo de formação (Silva, 2022; Santos,2013).

Por conseguinte, denota-se que são muitos, os desafios para implementação dos CP na APS, principalmente no que tange ao desconhecimento da temática e os resquícios do modelo biomédico, essencialmente curativista, que foi propagado por muito tempo, durante o processo

de formação dos profissionais de saúde. Assim como, falar sobre a morte, fim de vida e luto ainda é um tabu e fortalece que o seu acontecimento, ainda seja visto como um fracasso. Portanto, é notório que há necessidade do desenvolvimento de atividades de educação permanente, com o objetivo de sensibilização e conhecimento, para tornar os profissionais mais qualificados e preparados (Silva, 2022; Santos, 2013; Silva, 2014; Paraizo-Horvath, 2022).

### 3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Esse estudo baseia-se no referencial teórico da Teoria das Representações Sociais (TRS), que tem como precursor Serge Moscovici, em sua abordagem estrutural proposta por Jean-Claude Abric e abordagem processual proposta por Denise Jodelet.

A Teoria das Representações Sociais (TRS), exercem a função de permitir a compreensão de um contexto social, oriundo do senso comum, crenças, religião, e opiniões, criadas por atores sociais, pertencentes a um determinado grupo, que avaliando a situação da cultura, da sociedade e da história, por meio de sua interação com o meio, possibilitam a compreensão e análise do comportamento humano através de suas representações (Moscovici, 2009).

A TRS é fundamentada no pensamento sociológico do precursor Émile Durkheim, que se preocupava em realizar estudos dos grupos sociais e de que modo as suas interações com o meio exerciam influência no ser social, na psique. Com isso, desenvolveu a tese de que as representações sociais não são individuais, são coletivas e que exprimem o verdadeiro eu de cada indivíduo e faz com que as pessoas possam pensar de forma fluída e possui caráter mais objetivo e é influenciado pelo meio ao qual está inserido (Nóbrega, 2001).

Em 1961, a obra “La Psychanalyse, son image et son public” de Serge Moscovici, que demonstra o processo de aprofundamento para o desenvolvimento da teoria das representações, com a apropriação dos novos saberes, por meio dos conflitos de ideias e de atores sociais, grupos, que contribuíram para o nascimento de uma nova representação. Também destaca como o senso comum está presente no conhecimento científico e no cotidiano de todos os indivíduos (Moscovici, 2010).

O conceito das representações sociais, segundo Moscovici (1981, p.181), é identificado por analogias:

“Por representações sociais, entendemos um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, dos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum”.

Em 1976, na segunda publicação de “La Psychanalyse, son image et son public” de Serge Moscovici, refere que as representações sociais são compostas de três dimensões:

informação, atitude e campo de representação ou imagem. A informação refere-se pelo conhecimento que um grupo sabe sobre um objeto; o campo de representação, possui a ideia de tornar o pensamento concreto, por meio de uma imagem; a atitude se concentra em definir a orientação global do pensamento final, o direcionamento para um posicionamento.

Ao associar os CP com o estudo das RS pode-se apresentar os fundamentos teóricos para poder compreender de que forma os domínios dos saberes e subjetividades são construídos sobre a temática em questão. Para assim, por meio de suas vivências e conhecimento partilhado pelos sujeitos que compõem o grupo de estudo, evidenciar como o senso comum articulado com o pensamento científico formam as representações sobre os CP.

Os fenômenos que são considerados como representação social, partem da premissa que as mesmas estão em todos os lugares. Assim como, que um “objeto de estudo só é capaz de gerar representação caso tenha suficiente relevância cultural ou espessura social” (Sá, 1998, p.45).

Deste modo, corrobora para apresentar a pertinência em ter no presente estudo o aporte teórico-metodológicos na TRS, pois os CP fazem parte da atuação dos profissionais de saúde no âmbito da APS, principalmente nas ESF. Além de ser um tema amplamente discutido e após a promulgação da PNCP obteve visibilidade por meio das mídias.

O próprio conceito da TRS é mutável, tendo amplas visões e origens, mas que coadunam no processo de elaboração, visto que são decorrentes dos conteúdos que são disseminados na sociedade, tendo influências históricas e culturais. Portanto as RS são sempre um produto da interação e comunicação social, formada por um sujeito, que está ligado a um objeto. E a autora enfatiza que as RS consistem em “uma modalidade de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, com objetivo prático e contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”(Jodelet,2001).

Ao longo do tempo, as discussões acerca da TRS foram ampliadas para a área da saúde, pois foi observado a necessidade da compreensão dos fenômenos sociais inerentes ao processo de cuidar em saúde, tendo como sujeitos: indivíduos e profissionais das instituições de saúde. Que possibilitou uma nova forma de construção do conhecimento no campo da saúde, baseada nas relações inter-dependentes que relacionam entre si do senso comum, do saber técnico-profissional e as representações e práticas de saúde nos grupos sociais (Oliveira, 2014).

Desta forma, é possível compreender que os profissionais de saúde realizam a articulação entre os saberes, que perpassam do senso comum, ao conhecimento científico e o conhecimento técnico-profissional que é disseminado pelos estabelecimentos de saúde para

fundamentação e apropriação das suas RS sobre os CP (Oliveira, 2014).

No que tange, a aplicação da TRS abrange diversos cenários de pesquisa e objetos sociais de estudo, que possuem abordagens diferenciadas para efetivação da representação, sendo complementares entre si: a societal, processual e a estrutural.

A abordagem processual foi desenvolvida por Denise Jodelet, na sua obra a *École des Hautes Études em Sciences Sociales*, em Paris, que consiste na descrição dos fenômenos das RS, tendo em consideração os suportes pelos quais as representações se desenvolvem no cotidiano. Sendo esses suportes, os discursos entre os sujeitos, comportamentos e práticas sociais que compõem a representação (Sá, 1998).

A abordagem estrutural foi estabelecida por Jean-Claude Abric, foi a única que foi desenvolvida como uma teoria, a Teoria do Núcleo Central (TNC). Que se fundamenta no conteúdo cognitivo das representações, através de um conjunto estruturado, que origina um sistema central e periférico, com características distintas entre si (Sá, 1998; Sá, 2002).

O autor Abric revelou em seus estudos, que é necessário a realização de uma abordagem multimetodológica das representações, para a possível definição do seu núcleo central, que pode ser realizada em três tempos: conteúdo das representações; estudo das relações entre os elementos; determinação e o controle do possível núcleo central. Os métodos utilizados para apresentação do conteúdo da representação é dividido entre os métodos interrogativos (entrevista, questionário, os desenhos e entre outros) e os métodos associativos (as evocações e associações livres, mapas associativos e entre outros (Abric, 1994).

Destarte, as RS de profissionais da saúde sobre CP podem ser estruturadas e organizadas, quando os elementos forem revelados, possam direcionar o pensamento social desses participantes e a compreensão da tomada de posição, quanto às suas práticas sociais.

## 4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo é caracterizado como descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, que corresponde a um nível de realidade que não pode ser quantificada, porque há um aprofundamento dos significados, aspirações, crenças e demais subjetividades, que não são compreendidas de maneira quantitativa, havendo a necessidade de interpretação dessa subjetividade, com maior riqueza de detalhes (Minayo; Deslandes; Gomes, 2009).

O estudo descritivo aborda as particularidades de uma localidade, patologia e entre outros, por meio das técnicas padrões e o exploratório busca o máximo de entendimento, evidenciando os questionamentos sobre as possíveis causas do objeto de estudo (Prodanov; Freitas, 2013).

O estudo possui como aporte teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais (TRS), na abordagem estrutural de Jean-Claude Abric e abordagem processual de Denise Jodelet. A teoria é oriunda do senso comum, crenças, de acordo ao pensamento do mundo social, que desempenha um papel simbólico, representando algo para alguém ou para um grupo, a relação entre sujeito e objeto (Moscovici, 2012).

### 4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Jequié, cidade situada no interior da capital da Bahia. A cidade dista 360 km de Salvador, e possui uma população de 158.813 habitantes com base no censo de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, uma área territorial de 2.969,034 km<sup>2</sup>, densidade demográfica de 53,49 e apresenta 85 estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) (IBGE, 2024).

Sendo composto de 21 Unidades de Saúde da Família (USF) cadastradas no Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), das quais 18 pertencem à zona urbana e 3 pertencem à zona rural (CNES, 2024).

Desta forma, foram selecionadas 16 USF que atenderam aos seguintes critérios de inclusão no período da coleta de dados: equipe mínima completa; equipes com o tempo mínimo de seis meses de implantação; equipes da zona urbana.

#### 4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram do estudo 100 profissionais de saúde que compõem as equipes de ESF, entre estes médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. 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 na USF. Como critério de exclusão: profissionais que estavam de férias, licença-prêmio ou em tratamento de saúde.

Os participantes tiveram conhecimento, por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), sobre o objetivo do estudo, o sigilo e anonimato das informações transmitidas pelos mesmos, bem como os riscos mínimos a que estarão expostos, como constrangimento em responder alguma pergunta. Assim, só assinarão o TCLE após se sentirem elucidados quanto ao estudo. O TCLE foi impresso em duas vias, uma foi entregue ao participante e a outra ficará retida com o pesquisador.

#### 4.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada mediante a Técnica de Evocação Livre de Palavras, concomitante com as justificativas dos termos evocados.

Neste sentido, buscou-se compreender as representações sociais de um grupo de profissionais de saúde da ESF sobre CP e para isso a coleta de dados aconteceu em duas etapas. Assim, na primeira etapa foram descritos os instrumentos de coleta de dados para técnica de evocações livres de palavras e questionário de caracterização dos participantes; na segunda etapa, as justificativas dos termos evocados.

A técnica de evocação livre de palavras, 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 pelo termo indutor (Abric, 2000; Sá, 2002);

Nesta etapa da coleta de dados foram descritos os possíveis elementos centrais das representações sociais de profissionais de saúde da ESF sobre CP, ou seja, como os elementos se organizam no pensamento do grupo social, segundo a abordagem estrutural. Assim, foi solicitados aos 100 participantes da pesquisa que evocassem prontamente as cinco palavras que viessem à sua mente quando ouvirem o termo indutor “CP” (APÊNDICE 1).

Após, realizamos a coleta dos dados sociodemográficos dos participantes a fim de

caracterizá-los, 66 participantes procederam para as justificativas das duas palavras que foram classificadas respectivamente em primeiro e segundo lugar, que possibilitou a compreensão dos sentidos e significados atribuídos aos CP.

A técnica de evocação livre de palavras contempla a abordagem estrutural das RS que objetiva determinar a estrutura de pensamento de um grupo sobre determinado objeto, identificando seu possível núcleo central, primeira e segunda periferias e a zona de contraste. Entretanto, a partir da aplicação da técnica pode-se solicitar aos participantes que justifiquem aqueles termos evocados contemplando a abordagem processual das representações.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB, sob parecer de nº 7.481.207 e CAAE: 86659325.1.0000.0055 e conforme a Resolução nº. 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e Resolução 510/2016.

No decorrer de todo o desenvolvimento desta pesquisa foi garantido aos participantes o sigilo e o anonimato, ficou claro que teriam o direito de recusarem participar da pesquisa a qualquer momento sem que ocorresse nenhum prejuízo.

#### 4.6 TÉCNICA PARA ANÁLISE DE DADOS

A partir da coleta de dados emergiram as informações provenientes das evocações livres de palavras, do questionário de caracterização dos participantes e das justificativas aos termos evocados. Desta forma, para um melhor entendimento serão descritas as análises separadamente.

Para a Técnica de Evocação Livre de Palavras os dados foram processados no *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 (Sá, 2002).

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. Nesse contexto, Vergés desenvolveu uma técnica que atingiu esse propósito, o qual elenca os termos por meio da sua frequência de evocações como também por

sua ordem de prontidão, através do *software* EVOC (Souza, 2019).

Diante disso, o software gerou 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 (Sá, 2002).

A próxima etapa, correspondeu à análise de similitude por coocorrência entre os termos evocados e a partir disso foi criada a árvore máxima de similitude, que possibilitou estabelecer o grau de conexão dos diversos elementos de uma representação, através do cálculo do número de coocorrência entre os elementos evocados e dividido pelo número de participantes que evocaram dois ou mais elementos do quadro de quatro casas. Esse teste de validação, possibilita a validação ou não do possível núcleo central (Sá, 2002).

Após a realização do índice de similitude de todos os pares de palavras e da matriz de similitude, foi construída a árvore máxima tendo como ponto de partida os maiores índices de similitude, ou seja, as mais fortes conexões. 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 outro (Sá, 2002).

Assim, a aplicação da Técnica de Evocação Livre de Palavras com as justificativas dos termos teve uma duração média de 10 minutos, no momento das justificativas não foi estabelecido tempo máximo, para respeitar o ritmo de cada participante. 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.

Em seguida, os participantes justificaram a escolha das duas palavras que foram classificadas respectivamente em primeiro e segundo lugar, para a compreensão dos sentidos e significados que foram atribuídos ao objeto de estudo. As justificativas foram agrupadas, sendo parte integrante do *corpus* textual, com ênfase nas falas que reverberam nos CP e nos estudos na abordagem processual das Representações Sociais.

As justificativas dos participantes foram escritas em formulário pela pesquisadora (APÊNDICE 1) e após transcritas no *Microsoft Word*. O *corpus* textual foi submetido a análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2016), que consiste em um conjunto de técnicas, que se organiza em 3 etapas, a primeira se refere a pré-análise, sendo realizada a leitura flutuante, a segunda etapa corresponde a exploração do material para agregação e codificação dos dados e por fim a terceira etapa por meio do tratamento dos resultados, inferência e

interpretação.

Assim, a partir dos conteúdos dos profissionais de saúde da ESF sobre CP foram realizadas interpretações qualitativas com base na TRS na perspectiva da abordagem estrutural e processual, bem como em referenciais sobre CP, a fim de melhor compreender as representações emersas.

## 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/enfermagemuernj/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 <sup>1</sup> .

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 <sup>2</sup>.

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 <sup>3-4</sup>.

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 <sup>5</sup>.

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 CP<sup>6</sup>. 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 contínuo<sup>6</sup>.

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 ESF<sup>7</sup>.

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 sociais<sup>8</sup>.

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)<sup>8</sup>.

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) <sup>8-9</sup>. 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 <sup>9</sup>.

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 <sup>10</sup>.

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 representação<sup>10</sup>. 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 outro<sup>9</sup>.

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 &lt;2,50</i>				<i>Rang ≥ 2,50</i>			
Freq. Méd. ≥ 24	Alívio	do	24	2,42	Acolhimento	24	2,96
	sofrimento		27	2,3	Assistência	53	2,89
	Conforto				Cuidado	46	2,59
≤ 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		

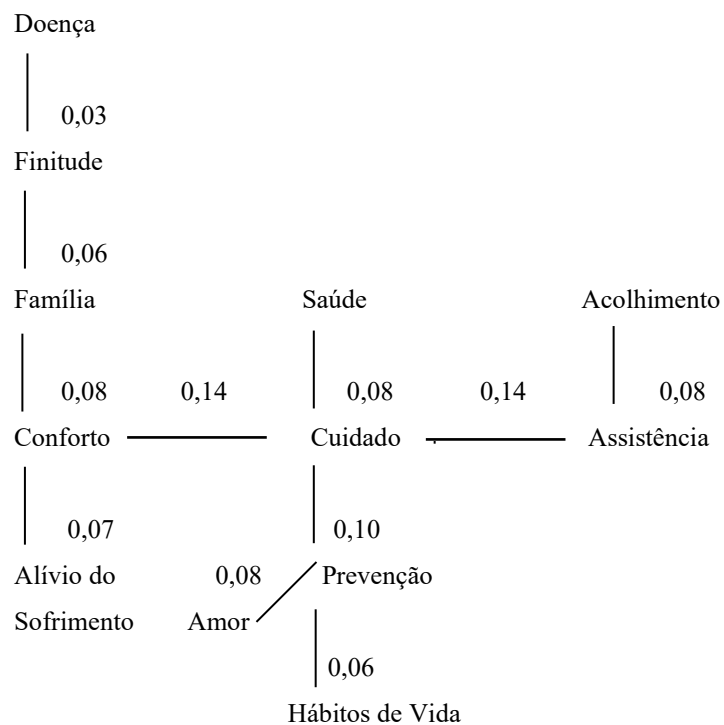
Fonte: Autora, 2025.

No quadrante superior esquerdo encontram-se os termos mais relevantes e significativos, constituindo o provável núcleo central de representação <sup>11</sup>. 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 <sup>9</sup>. 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 <sup>4</sup>.

Outrossim, os cognemas *finitude* e *doença*, desvelam os aspectos que remetem ao conhecimento socialmente construído e elaborado como propôs Jodelet <sup>12</sup>, 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, para 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<sup>1;4</sup>.

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 realidade<sup>10-11</sup>.

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 representações<sup>10-11</sup>.

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.<sup>12</sup>

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 <sup>13-14</sup>.

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 <sup>10</sup>.

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 <sup>8-12</sup>.

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 <sup>15-16</sup>.

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 <sup>15-16</sup>.

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 <sup>17, 18, 19</sup>.

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 <sup>17</sup>.

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 <sup>20</sup>.

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 <sup>16, 20</sup>.

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](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://bibliosus.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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041\\_23\\_11\\_2018.html](https://bvsmms.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](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](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>

## MANUSCRITO 2

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

## Resumo

**Objetivo:** compreender os conteúdos representacionais dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família sobre CP.

**Método:** trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, tendo como aporte teórico e metodológico da TRS, na abordagem estrutural e processual. Realizado com 66 profissionais das unidades de saúde da família. Os dados foram coletados por meio das justificativas dos termos evocados através da Técnica de Evocação Livre de Palavras ao termo indutor “CP”, seguida para a construção do *corpus* textual. Para análise de dados, foi o utilizado a análise de conteúdo temática.

**Resultados:** os conteúdos representacionais dos participantes sobre CP foram organizados em duas categorias, conforme as dimensões práticas e conceituais. Foi evidenciado que emergiram sentidos relacionados ao cuidado, conforto, humanização, e finitude, terminalidade e doença, o que evidencia que há uma articulação entre os saberes, e os profissionais demonstraram conhecimento no cerne dos CP, embora muitas vezes não percebem que já o fazem no seu cotidiano.

**Conclusão:** Portanto, infere-se que a construção da representação social dos profissionais de saúde, articulam ciência e senso comum, exerce influência na condução assistencial. Tais achados reforçam, a necessidade das atividades de educação permanente e fortalecimento das políticas públicas.

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

## Introdução

Os CP (CP) é uma abordagem integral e holística, para pacientes de todas as idades, que apresentem doenças crônicas e/ou ameaçadoras à vida, que pode ocasionar impactos de forma negativa principalmente na qualidade de vida, é promovida pela equipe multiprofissional. Destarte, é primordial que seja realizada detecção precoce, identificação, avaliação, para que seja aplicado em qualquer fase da doença, de acordo com as necessidades. Têm como objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes, familiares e cuidadores <sup>1</sup>.

Nesse sentido, os CP's está presente em de todos os níveis de atenção à saúde, assim como na Atenção Primária à Saúde, que corresponde a principal porta de entrada na rede de atenção à saúde. Visto que os profissionais conseguem ter uma visão ampliada sobre a sua população adscrita e têm a possibilidade de acompanhar os pacientes em todas as fases da vida, contribuindo para identificação precoce dos pacientes que são elegíveis. O que a torna como ponto estratégico e central, além de ser local de transição entre a atenção secundária e terciária <sup>2</sup>.

Corroborando com essa assertiva, o Ministério da Saúde instituiu através da Portaria do Ministério da Saúde de nº3.681, a Política Nacional de CP (PNCP), sendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) elo imprescindível para implementação dos CP a população da sua área de abrangência, para que essa abordagem seja incorporada a assistência. Sendo assim, denota-se a sua relevância para o Sistema Único de Saúde (SUS), e demonstra um marco para os CP no Brasil, contribuindo para o desenvolvimento da abordagem <sup>3</sup>.

Outrossim, é evidenciado em alguns estudos no âmbito da APS, que a atuação da equipe multiprofissional, por manter um cuidado contínuo, longitudinal, bem como o acompanhamento, favorece o reconhecimento precoce dos usuários que apresentem doenças ameaçadoras à vida, ou que estejam em sofrimento biopsicossocial, muitas das vezes antes do agravamento. A detecção de forma antecipada favorece que as medidas de conforto, alívio do sofrimento sejam iniciadas mais rapidamente, contribuindo a sua qualidade de vida. Ademais, há a observância, que a maior parte dos profissionais de saúde possuem uma compreensão que os CP deve ser ofertado numa perspectiva integral e que o cuidado se estende aos familiares e cuidadores <sup>4</sup>.

Ademais, ao integrar os valores, sentidos e significados atribuídos e a associação do senso comum com a realidade do campo de atuação dos profissionais de saúde, que este estudo é ancorado na Teoria das Representações Sociais (TRS). A Representação Social (RS) refere-

se as ideias, pensamentos e crenças, que são resultantes das interações sociais de um grupo, são mutáveis, portanto, se modificam ao longo do tempo <sup>5-7</sup>.

Destarte, realizar este estudo ancorando-se nas representações sociais, se faz necessário para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes para promoção de um cuidado integral e fortalecimento e implementação das políticas de saúde, tendo um diferencial ao realizar a interlocução entre os saberes.

Sendo assim, essa pesquisa irá contribuir para a compreensão de que forma as representações sociais dos profissionais de saúde da ESF influenciam as suas práticas assistenciais. Este estudo teve por objetivo compreender os conteúdos representacionais dos profissionais de saúde da ESF sobre CP.

### Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, tendo como aporte teórico e metodológico da TRS, em suas abordagens estrutural e processual, propostas por Jean Claude Abric e Denise Jodelet, desenvolvido conforme as diretrizes do *Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research (COREQ)* <sup>8</sup>.

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 deste estudo 66 profissionais de saúde que atuavam nas USF do município e que justificaram os termos evocados através da Técnica de Evocação Livre de Palavras. 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 na USF. 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, inicialmente os participantes da pesquisa responderam o instrumento da Técnica de Evocação Livre de

Palavras, que corresponde a um método projetivo/associativo e ao questionário sociodemográfico (idade, sexo, profissão, estado civil e entre outros) <sup>8-9</sup>. Assim, foi solicitado aos participantes evocassem cinco palavras que viessem prontamente a mente ao ouvir o estímulo indutor “CP”.

Essa técnica contempla a abordagem estrutural das RS que objetiva determinar a estrutura de pensamento de um grupo sobre determinado objeto, identificando seu possível núcleo central, primeira e segunda periferias e a zona de contraste. Entretanto, a partir da aplicação da técnica pode ser solicitado aos participantes que justifiquem aqueles termos evocados contemplando a abordagem processual das representações.

Assim, a aplicação da Técnica de Evocação Livre de Palavras com as justificativas dos termos teve uma duração média de 10 minutos, no momento das justificativas não foi estabelecido tempo máximo, para respeitar o ritmo de cada participante. 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.

Em seguida, os participantes justificaram a escolha das duas palavras que foram classificadas respectivamente em primeiro e segundo lugar, para a compreensão dos sentidos e significados que foram atribuídos ao objeto de estudo. As justificativas foram agrupadas, sendo parte integrante do *corpus* textual, com ênfase nas falas que reverberam nos CP e nos estudos na abordagem processual das Representações Sociais.

As justificativas dos participantes foram escritas em formulário pela pesquisadora e após transcritas no *Microsoft Word*. O corpus textual foi submetido a análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2016), que consiste em um conjunto de técnicas, que se organiza em 3 etapas, a primeira se refere a pré-análise, sendo realizada a leitura flutuante, a segunda etapa corresponde a exploração do material para agregação e codificação dos dados e por fim a terceira etapa por meio do tratamento dos resultados, inferência e interpretação que nesse estudo foram ancorados na TRS e nos estudos sobre CP.

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. Visando o anonimato, as falas dos participantes foram identificadas pela palavra *Participante* acrescidas do número arábico correspondente à ordem das justificativas (*Participante 01; Participante 02 ...*).

## Resultados

O grupo constituído pelos participantes deste estudo foram: 66 profissionais de saúde das USF, sendo que destes predominando o sexo feminino 56 e 10 do sexo masculino. Em relação à escolaridade, observou-se maior frequência de profissionais com formação no nível superior 27, seguidos do nível técnico 22, especialização 15 e ensino médio completo 2. No que se refere à profissão, destacaram-se os agentes comunitários de saúde (ACS) 17, seguidos por técnicos de enfermagem 18, médicos 13, enfermeiros 12, e odontólogos 6. A faixa etária teve destaque entre 40 a 49 anos 25 e 30 a 39 anos 21 e apenas 13 relataram ter recebido capacitação prévia sobre CP.

Após a análise crítica das justificativas, leitura e discussão, os resultados foram agrupados em duas categorias temáticas: 1) Concepções e significados atribuídos aos CP e 2) Estratégias de cuidado e enfrentamento no contexto dos CP, que proporcionaram compreender as representações sociais dos profissionais de saúde sobre CP.

### 1) Concepções e significados atribuídos aos CP

Essa categoria discorre sobre a perspectiva dos profissionais de saúde que atuam na ESF quanto ao cerne dos CP, e de como tais significados irão influenciar em sua assistência aos pacientes elegíveis. A compreensão dos sentidos atribuídos no que tange à dimensão conceitual ancoram suas representações sociais sobre os CP, como um cuidado integral com o objetivo de oferecer qualidade de vida e conforto, infere-se que a forma que atribuem os sentidos esteja relacionada com a finalidade da abordagem, conforme as justificativas que seguem:

*Acredito que porque o paciente em CP, é, o que a gente tem que promover a ele é um conforto é, naquele momento de partida, né? Diminuir as dores, é, dar carinho, amor, atenção. Então o conforto para mim, o cuidado é o essencial. É deixar, né? Um ambiente propício, um ambiente agradável para ele que se sinta em casa confortável, e quando diz cuidado é de acordo à necessidade dele, a gente dá uma boa qualidade de vida enquanto há vida, né, para a hora da morte (Participante 04).*

*Então para mim pensar em cuidado paliativo, primeiro eu tenho que pensar nessa fase, independente de que da condição que seja. E além do*

*sofrimento, porque eu trabalho com isso diariamente, eu trabalho com paciente em fase paliativa, internamento domiciliar, trabalho no hospital. Então assim, já fiz capacitação em cuidado paliativo, então um dos principais nortes, seria promover o alívio do sofrimento do paciente. Que qualidade de vida também entra (Participante 38).*

No que tange ao conhecimento sobre CP, os profissionais reconhecem que para os pacientes é imprescindível proporcionar conforto e dignidade, nesse sentido denota-se que os profissionais certamente possuem uma dimensão prática de como deve ser feita a execução da abordagem. Assim como também, alguns profissionais ancoram suas representações na associação do objeto de estudo com pacientes que estejam com doença ameaçadora à vida, terminalidade, o que demonstra que objetivam a representação ao sentido da morte, e traz uma referência as dimensões conceitual e imagética.

*O conforto, assim, pois quando se fala em CP, é uma pessoa que está muito desconfortável, com problemas de saúde. Ele se sente inseguro, e perde o conforto durante o processo (Participante 43).*

*Porque os CP, é cuidar com dignidade, de alguém, que está em impotência, seja pelos médicos, ou pela equipe multidisciplinar, que vai contra os meios fisiológicos. Eu acredito que é isso, a equipe deve fazer com que a passagem seja do físico, para o espiritual, de passagem de acordo com o usuário, principalmente católicos e evangélicos (Participante 73).*

*Olha, se a pessoa está num estado, digamos assim, vegetativo, você tem que procurar todos os meios para amenizar a dor e o sofrimento. E fazer com que ele se sinta amado e que tenha dignidade para o fim. Agora para parte psicológica, para que não deixe de se cuidar (Participante 87).*

*Porque, eu acho que a proposta dos CP, é exatamente essa, ofertar um cuidado especial num paciente, que muitas vezes não tem um prognóstico, tão favorável. Trazer esperança para os pacientes e para os familiares (Participante 94).*

## 2) Estratégias de cuidado e enfrentamento no contexto dos CP

Na análise, dessa categoria desvela as formas que os profissionais utilizam para ofertar um cuidado equânime, integral e individualizado, o delineamento entre o saber e o fazer, demonstrando quais as estratégias e ações para aplicar de forma efetiva os CP. Os termos elencados nessa categoria, expressam que os profissionais de saúde ancoram suas práticas aos usuários em CP no acolhimento, na escuta qualificada, na rede de apoio, empatia e entre outros, indicando que há uma inter-relação entre a ação e do fortalecimento do vínculo entre os profissionais e aos usuários, familiares e cuidadores.

*Porque quando falamos em CP, eu enxergo como você estar do lado. Não é porque esse paciente está no fim de vida, que não será assistido, é dar conforto no fim de vida, como puder (Participante 01).*

*E quando o paciente chega na unidade, você tem que primeiro escutar, né? Saber abordar ele, escutar o que ele tem, acolher ele, né? Para depois você saber para onde você vai, para onde você vai se direcionar, o que que você pode ajudar ele (Participante 07).*

*Porque quando a gente trata o paciente com amor, tudo flui, até a partida do paciente, sem aceitação de pessoas. Como a gente queria que tratasse um familiar? Com amor, né? Então é isso, o amor acima de tudo. E ver o paciente como um todo, cuidar com amor e humanização (Participante 25).*

Outros participantes atribuem os sentidos e significados com conteúdos que possuem influência na humanização do cuidado, se ancoram na espiritualidade, que desvelam que os profissionais possuem o conhecimento técnico-científico, mas que também possuem valores, crenças que vão além do manejo clínico, uma óptica ampliada, em enxergar propriamente os usuários em sua totalidade, é uma virtude, que traz sensibilidade e maior proximidade.

*Porque nos CP, a gente já sabe, que vai vim trazer um bem-estar pro paciente, e dignidade no que se refere, por mais que aquela pessoa, por mais que ele esteja, como por exemplo numa situação sem cura, ter um cuidado e dignidade. Esperança, porque eu creio em um Deus, que para ELE nada é impossível, pode não ter cura, mas a última palavra vem de Deus (Participante 58).*

*Porque, tem tudo haver com o atendimento humanizado, que quando você cuida com amor e carinho, faz diferença. E quando eu vejo que tem resultado, fico tão feliz, é tão gratificante, me sinto realizada (Participante 84).*

Ao reverberarem em suas falas, a consciência da finitude e do processo de morte e morrer, indicam que há uma compreensão em fazer com que em qualquer momento, seja no nascimento até o processo ativo de morte, que a dignidade e qualidade de vida, permanecem como direitos essenciais aos usuários e que é uma temática que deve ser discutida e ampliada, e incorporada em sua prática assistencial. Outrossim, muitos colocaram a família como prioridade e participante do cuidado, o que indica que há a compreensão da importância do suporte e acompanhamento dos familiares no processo de cuidar.

*Porque, o paciente paliativo está aguardando esse momento de partida, o principal pra ele é o conforto e a família. Visto que ele não tem mais outras medidas terapêuticas, então precisa ofertar conforto e estar próximo da família (Participante 86).*

*Família, porque além de ser a que mais sofre, quando a família passa por uma situação dessa, é quando o familiar precisa de um suporte para lidar, além de ser tudo, uma família estruturada, é tudo para qualquer pessoa. Ele, o paciente, é a parte principal, se está passando pela aquela situação. Muitas vezes precisa de uma família presente, um conforto, assistência. Que às vezes não tem muito o que se fazer, mas quando a gente dar um conforto, o paciente se sente acolhido (Participante 96).*

## Discussão

O estudo evidenciou que os conteúdos representacionais dos profissionais de saúde da ESF sobre CP trazem significados e sentidos atribuídos que perpassam por dimensões conceituais e práticas. Dessa forma, foi possível compreender como as suas representações sociais orientam e reorientam a sua prática assistencial.

Os estudos sobre os CP no âmbito da Atenção Primária à Saúde desvelam que a maioria dos profissionais demonstram desconhecimento sobre a temática, principalmente no que tange ao sentido e objetivo dessa abordagem. Esse desconhecimento é retratado desde a graduação,

até o campo de atuação, o que contribui como um desafio para sua implementação <sup>4,10</sup>.

Dentre os desafios, destaca-se a falta de formação específica, e de cursos e qualificações para as equipes desenvolverem um cuidado que seja realizado para proporcionar o alívio da dor e do sofrimento. Logo, o desconhecimento gera insegurança e impotência para esses profissionais, que por sua vez há um possível afastamento em assistir de forma integral aos pacientes que são elegíveis para os CP <sup>11</sup>.

Em contrapartida, os achados do estudo, em que as representações sociais dos participantes estão relacionadas aos elementos como conforto, cuidado e humanização, revelam uma compreensão quanto as dimensões práticas e conceituais. O que se infere dizer, que há um reconhecimento dos CP como uma abordagem que promova a qualidade de vida e dignidade, desde a detecção precoce até a morte, em consonância ao que é proposto pela Organização Mundial de Saúde <sup>1, 4, 11, 12, 13</sup>.

Nesse sentido, a integração do cuidado e humanizado, com vistas a oferecer um suporte adequado no manejo com os pacientes e familiares, desde uma escuta qualificada, com orientações, ao apoio. Visto que muitos se sentem fragilizados e inseguros, com o que há de vir, e também ainda persiste o tabu com a morte, muitas das vezes vista como um fracasso. Sendo que é algo inerente a todos nós, algo que deve ser desconstruído ao longo do tempo, para que o cuidado seja realizado até o fim de vida e no luto <sup>1,4</sup>.

Um estudo realizado com médicos de família e comunidade, evidenciou que a implementação dos CP no âmbito da APS é um desafio, porém há potencialidades, pois trata-se de um cuidado integral e longitudinal, portanto há a coordenação do cuidado, e o fortalecimento na atenção primária irá diminuir de forma gradativa as barreiras para sua efetivação, bem como em ampliar o acesso da população adscrita de forma precoce e garantir a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, além de promover a desospitalização e a possibilidade da assistência domiciliar, para proporcionar uma assistência integral <sup>13,14</sup>.

A compreensão dos mecanismos e significados e que são resultantes do conhecimento técnico-científico e do senso comum, nos revela que a premissa de que o conhecimento é fonte exclusivamente científica, vai muito além disso. A construção emerge das vivências, interlocução entre os sujeitos, experiências profissionais e do senso comum, estão em constantes evoluções e ressignificações conforme a sociedade avança, saindo das trevas à luz. <sup>5, 8, 15</sup>.

Um estudo realizado com enfermeiros<sup>14</sup>, evidenciou que se as representações sociais forem consideradas positivas, irão exercer influência sobre a assistência dos profissionais e no

feedback dos pacientes, familiares e/ou acompanhantes, desempenhando um papel crucial na dimensão prática. Assim como também as representações negativas podem desvalorizar a atuação profissional, tendo como possíveis desdobramentos uma diminuição da confiança e satisfação dos pacientes <sup>14,15</sup>.

Nesse interim, os profissionais que atuam na APS, realizam um acompanhamento centrado na pessoa e nos seus familiares, principalmente nas visitas domiciliares (VD) e em suas consultas. Visto que estas ações possibilitam a abordagem multiprofissional e interdisciplinar, para que os usuários sejam compreendidos como protagonistas do cuidado, respeitando a sua autonomia e dignidade, que por sua vez, favorecem a construção e manutenção de vínculos. E ter o conhecimento da sua população adscrita, contribui para a detecção precoce das necessidades dos usuários <sup>15, 16</sup>.

Nesse sentido, há a compreensão de que as representações orientam e reorientam as condutas e práticas, portanto as estratégias de cuidados que os profissionais elencaram, demonstram que o processo de construção dos sentidos atribuídos exerce influência, no que é idealizado e no que é executado pelos mesmos, trazendo sentido e significância na sua assistência cotidiana <sup>8,14, 15, 16</sup>.

Em consonância, observou-se também que há uma associação entre os CP e a morte, o que evidencia que para alguns, o objeto ainda é ancorado ao fim de vida. O que pode trazer impactos negativos e desdobramentos, pois pode limitar sua implementação precoce e o cuidado ser tardio. A morte ainda é considerada como um tabu, que deve ser desconstruído diariamente, muitos possuem o ideal que ela é um feedback negativo, como um fracasso. Mas deve ser compreendida como o ciclo natural da vida, que quando essa compreensão é inerente, passam a reconhecer a finitude como parte do cuidado, favorece um cuidado holístico, integral e longitudinal <sup>17</sup>.

Além disso, essa articulação e interlocução de saberes e experiências apreendidas ao longo do tempo, fundamenta a operacionalização de sua representação, em sua prática assistencial. Com esses achados, é possível inferir que a interpretação das RS exerce uma função simbólica e funciona como se fosse uma bússola, realiza o direcionamento de suas ações com base no que já foi vivido e no que ainda há de vir <sup>5,6,8</sup>.

Portanto, os achados corroboram com a autora Denise Jodelet <sup>8</sup>, que enfatiza que as representações sociais correspondem a “uma modalidade de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, com objetivo prático e contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Assim denota-se, que as representações não são estáticas, imutáveis, são de fato dinâmicas, que são elaboradas e reelaboradas por meio da interação social

e salienta-se de como os estudos das RS contribuem para promover alterações significativas nas formas de atuação e de intervenções mais eficazes e efetivas.

## Conclusão

Esse estudo, possibilitou compreender a partir dos conteúdos as representações sociais dos profissionais de saúde da ESF sobre CP, evidenciando como os profissionais constroem os sentidos e significados. As justificativas que foram elencadas às evocações, demonstram que há uma compreensão, ancorada principalmente no conforto e humanização, mas que também objetificam através de sentidos que trazem a morte e finitude.

Nesse interim, evidenciar o conhecimento das representações, permite a inferência de que o mesmo é socialmente construído e elaborado sobre CP, e que influencia as formas de conduzir a assistência. Ademais, o estudo contribui para desvelar estratégias que fomentem as atividades de educação permanente, formação continuada, construção de protocolos, para uma melhor gestão, implementação, execução e acompanhamento dos CP, principalmente no âmbito da atenção primária à saúde.

Os achados deste estudo evidenciam que há a necessidade de investimentos em educação permanente, que a gestão ofereça suporte qualificado, desde a oferta de recursos materiais, aos recursos humanos, para qualificação das equipes, como o desenvolvimento de uma linha de cuidado, para contribuir em sua implementação, e esses profissionais realizarem uma assistência de qualidade, visando o alívio da dor e do sofrimento, favorecendo a identificação precoce e um cuidado integral.

## Limitações do Estudo

Ressalta-se que os resultados deste estudo são específicos de profissionais de saúde da ESF, dessa forma, denota-se a importância de realizar estudos que associem os CP com a TRS em outros grupos sociais. Assim como, é necessário aprofundar outras técnicas de coleta de dados como a entrevista em profundidade, para permitir uma maior inferência ao pensamento socialmente construído e elaborado.

## Referências

1. Radbruch L, De Lima L, Knaut F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining Palliative care—A New consensus-based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020;60(4):754–64. [cited 2026 Jan 30]
2. Silva TC da, Nietzsche EA, Cogo SB. Palliative care in Primary Health Care: an integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2022;75(1). [cited 2026 Jan 30]
3. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde lança Política Nacional de CP [Internet]. Brasília: MS; 2024. [cited 2026 Jan 30] Available from: <https://bibliobus.saude.gov.br/ministerio-da-saude-lanca-politica-nacional-de-cuidados-paliativos/>
4. Silva MO, Oliveira LGP, Silva PLSQ e, Escobar FL, Guimarães JRS, Souza FD, Rodrigues TBM, Alencar AM, Conde RC, Godinho CBO de A, Froes KA, Dias C de BO, Bandeira L de JS, Rocha SF, Monteiro M de O. Palliative care in primary health care. *Cuad. Ed. Desar.* [Internet]. 30 de dezembro de 2025 [cited 2026 Jan 29];17(12):e10458. Available from: <https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/10458>
5. Serge Moscovici. *Representações sociais : investigações em psicologia social*. 9 ed. Petrópolis: Vozes; 2012
6. 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
7. Abric JC. *Prácticas sociales y representaciones*. México, D.F.: Ediciones Coyoacán; 2011
8. Jodelet D. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001.
9. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Edições 70; 2016.
10. Agrizzi LM, Alice, Vinhote A, Lima A, Martins FM. As presenças dos CP na atenção primária à saúde no Brasil: uma revisão da literatura. *OBSERVATÓRIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA*. 2025 Jan 14;23(1):e8619–9. [cited 2026 Jan 30]
11. Santos MCL dos, Souza ARND de, Anderson MIP. CP na Atenção Primária à Saúde: perspectiva de médicos e enfermeiros preceptores em Saúde da Família. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 1º de setembro de 2023 [cited 2026 Fev 01];18(45):3345. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3345>
12. World Health Organization. *Palliative care: fact sheet* [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado em 22 nov 2025]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
13. Dias MF, Costa MMS, Clausen NC. A importância dos CP exercidos por médicos de família e comunidade na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 4º de agosto de 2024 [cited 2026 Fev 06];19(46):3416. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3416>
14. Vasconcelos DA, Moraes PN de, Carvalho R de S. Atribuições e desafios na Atenção Primária de Saúde em lidar com CP. *REAS* [Internet]. 15jun.2024 [cited 2026 Fev.06];24(6):e16057. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/16057>
15. Paula VR, Vithória A, Silva, Aguiar L, Rocha MA. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ENFERMEIRO NOS CP. *Revista Conhecimento em Foco* [Internet]. 2025 [cited 2026 Feb 1];3(1). Available from: <https://publicacoes.uniesp.edu.br/index.php/12/article/view/351>
16. Queiroz LMP de, Lazarini CA, Higa E de FR, Pinto AAM. Representações sociais de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca de CP para a pessoa idosa. *Rev bras geriatr gerontol* [Internet]. 2024;27:e230170. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230170.pt>
17. Fitaroni JB, Bousfield AB da S, Silva JP da. Morte nos CP: Representações Sociais de uma Equipe Multidisciplinar. *Psicol cienc prof* [Internet]. 2021;41:e209676. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003209676>

## CONCLUSÃO

O presente estudo contribuiu para analisar as Representações Sociais dos profissionais de saúde que atuam nas Estratégia de Saúde da Família sobre CP nas abordagens estrutural e processual. Ter esse suporte teórico-metodológico possibilitou a clareza de como o pensamento acerca do objeto de estudo é socialmente construído e elaborado, desvelando como a sua representação social exerce influência no que tange a sua prática assistencial.

Assim dessa forma, foi possível identificar o possível núcleo central da estrutura de representação dos profissionais de saúde, sendo constituído pelos cognemas *conforto* e *alívio do sofrimento*, caracterizando como se apresenta o pensamento dos sujeitos perante ao objeto. O que denota com o propósito da abordagem dos CP, que perpassa pelas dimensões conceitual, prática e imagética, de modo a inferir que os profissionais possuem uma visão ampliada dos usuários da sua população adscrita, ao executarem suas ações assistenciais.

Nesse sentido, também foi possível compreender como os conteúdos das representações sociais dos profissionais de saúde sobre CP, constroem os sentidos e significados, evidenciando que está aconrada no conforto e humanização, porém também objetificam em sentidos que emergem a morte e finitude.

Por fim, os achados desde estudo possibilitaram desvelar e inferir que o conhecimento dos profiissionais de saúde é socialmente construído e elaborado e que exerce influência na execução, avaliação e monitoramento da assistência aos usuários elegíveis para os CP.

Destarte, através deste estudo, foi possível a compreensão de como os profissionais de saúde atribuem sentidos e significados nos CP, orientam e reorientam a sua prática. Portando ao desvelar esses sentidos, oferece subsídios para o fortalecimento da implementação dos CP na atenção primária à saúde, bem como no fortalecimento das políticas públicas. Assim como também, para o desenvolvimento de protocolos institucionais, qualificação das equipes multiprofissionais e investimentos em educação permanente, para que esses profissionais ofereçam uma assistência de qualidade e integral.

Portanto, os resultados deste de saúde, serão apresentados à Secretaria Municipal de Saúde para gestão, terem conhecimento sobre a importância dos CP e como a sua implementação precoce, é determinante para que os usuários tenham acesso ao cuidado integral e equânime, promovendo dignidade e autonomia. Nesse sentido, será realizado capacitações com a equipe multiprofissional para ampliar o conhecimento, que por sua vez contribuirá no aperfeiçoamento e numa assistência de qualidade, ofertando um cuidado integral.

## REFERÊNCIAS

- ACADEMIA NACIONAL DE CP (ANCP). Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil>. Acesso em: 20 de novembro de 2022.
- ABRIC, J. C. **Pratiques sociales et représentations**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994. 253p.
- AGRIZZI, L. M. et al. As presenças dos CP na atenção primária à saúde no Brasil: uma revisão da literatura. *Observatório de la Economía Latinoamericana*, v. 23, n. 1, e8619, 2025.
- ALCANTARA, E.H et al. Percepção dos profissionais da equipe de enfermagem sobre o cuidar de pacientes em CP. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, n. 0, set. 2018.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BRASIL. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <[http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Basico.asp?VCo\\_Unidade=2918002400790](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Basico.asp?VCo_Unidade=2918002400790)>. Acesso em: 19 de outubro de 2024.
- BRASIL, M. DA S. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 22 de novembro de 2024.
- BRASIL. **RESOLUÇÃO Nº 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018**. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041\\_23\\_11\\_2018.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html)>. Acesso em: 30 de outubro de 2024.
- BRASIL. **PORTARIA GM/MS Nº 3.681, DE 7 DE MAIO DE 2024**. Disponível em : <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681\\_22\\_05\\_2024.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html)>. Acesso em: 08 de novembro de 2024.
- BONI, V; QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. Vol. 2 nº 1 (3), janeiro-julho/2005, p. 68-80.
- CAMARGO, B. V; JUSTO, A.M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013
- CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de CP**. São Paulo: Academia Nacional de CP (ANCP), 2012. p.23-30.
- CONCEIÇÃO, R. G. S. da et al. Concepções de residentes em saúde sobre CP. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 32, n. 1, e86709, 2024. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/86709>. Acesso em: 11 dez. 2025.
- DIAS, M. F.; COSTA, M. M. S.; CLAUSEN, N. C. A importância dos CP exercidos por médicos de família e comunidade na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 19, n. 46, p. 3416, 2024. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3416>. Acesso em: 6 fev. 2026.

DYNIWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2. ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009.

FITARONI, J. B.; BOUSFIELD, A. B. da S.; SILVA, J. P. da. Morte nos CP: representações sociais de uma equipe multidisciplinar. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 41, e209676, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003209676>. Acesso em: 9 fev. 2026.

GOMES, L. O. S. et al. Atuação da equipe multiprofissional em CP no âmbito da atenção primária à saúde. *Saúde.com*, v. 18, n. 2, 2022.

HERMES, H.R; LAMARCA, I. C. A. CP: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2013, v. 18, n. 9, pp. 2577-2588.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise (org.). **As representações sociais**. Tradução: Lilian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

LOUREIRO; J. H; GOMES; N.G; RIOS, F.S; PINTO, A.C.. Percepção dos residentes de enfermagem sobre CP durante o treinamento em serviço. **Braz. J. Hea.Rev**, Curitiba, v. 3, n. 6, p.18002 - 18013, nov/dez 2020.

MATSUMOTO, D. Y. CP: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de CP**. São Paulo: Academia Nacional de CP (ANCP), 2012. p.23-30.

MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F; GOMES, R. **Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade**. 28.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 9. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

NÓBREGA, V. K. DE M. et al. Renúncia, violência e denúncia: representações sociais do homem agressor sob a ótica da mulher agredida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 7, p. 2659–2666, jul. 2019.

OLIVEIRA, D. C. A Teoria de Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: ALMEIDA, A. M. de; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. (org.). **Teoria das representações sociais: 50 anos**. 2.ed. Brasília, DF: Tecnopolitik, 2014.

OLIVEIRA, D. C. et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. et al. (org.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2005. p. 573–603.

OLIVEIRA, L.C.M; TEIXEIRA, L.V; TAVARES, G.R. CP no CTI de um Hospital Universitário: A percepção dos profissionais de saúde. **Revista Interdisciplinar Ciências Médicas** v.3, n.2, 36-41, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **WHO Definition of Palliative Care**. Geneva:

WHO; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acesso em: 20 de novembro de 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Palliative Care**. WHO; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 20 de novembro de 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Global atlas of palliative care**. 2. ed. London: WHPCA, 2020. Disponível em: [https://thewhpc.org/wp-content/uploads/images/GlobalAtlas/WHPCA\\_Global\\_Atlas\\_DIGITAL\\_Compress.pdf](https://thewhpc.org/wp-content/uploads/images/GlobalAtlas/WHPCA_Global_Atlas_DIGITAL_Compress.pdf). Acesso em: 9 fev 2026.

PARAIZO-HORVATH, C. M. S. et al.. Identificação de pessoas para CP na atenção primária: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 9, p. 3547–3557, set. 2022.

PAULA, V. R. et al. Representações sociais do enfermeiro nos CP. **Revista Conhecimento em Foco**, v. 3, n. 1, 2025. Disponível em: <https://publicacoes.uniesp.edu.br/index.php/12/article/view/351>. Acesso em: 6 dez. 2025.

PRODANOV, C.C; FREITAS, E. C DE. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

QUEIROZ, M. I. P. Relatos orais: do "indizível" ao "dizível". In: VON SIMSON, O. M. (org. e intr.). **Experimentos com histórias de vida (Itália-Brasil)**. São Paulo: Vértice, Editora Revista dos Tribunais, Enciclopédia Aberta de Ciências Sociais, v.5, 1988. p. 68-80.

QUEIROZ, L. M. P. de et al. Representações sociais de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca de CP para a pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 27, e230170, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230170.pt>. Acesso em: 9 fev. 2026.

RADBRUCH, L. et al. Redefining palliative care — A new consensus-based definition. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 60, n. 4, p. 754–764, 2020.

REALE, M. J. O. Representações sociais e práticas de profissionais de saúde acerca dos CP. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/24232>. Acesso em: 6 dez. 2025.

RIBEIRO, B. S. et al. Ensino dos CP na graduação em Enfermagem do Brasil. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 6, p. 131–136, 2019. Disponível em: [https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/2357-707X-enfoco-10-06-0131/2357-707X-enfoco-10-06-0131.pdf](https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-10-06-0131/2357-707X-enfoco-10-06-0131.pdf). Acesso em: 11 dez. 2025.

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.

SANTOS, R. DA S. et al. Percepção de CP dos profissionais de saúde no ambiente hospitalar do município de Pinheiro-MA. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 19, n. 69, 2 out. 2021.

SANTOS, B. P.; NERY, R. S.; MACEDO, L. T. Desafios à implementação de CP na atenção à saúde. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 3, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/28904>. Acesso em: 6 dez. 2025.

SANTOS, M. C. L. dos; SOUZA, A. R. N. D. de; ANDERSON, M. I. P. CP na Atenção Primária à Saúde: perspectiva de médicos e enfermeiros preceptores em Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 45, p. 3345, 2023. DOI: 10.5712/rbmfc18(45)3345. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3345>. Acesso em: 23 nov. 2024.

SILVA, M. L. dos S. R. O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em CP. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 30, p. 45–53, 2014. DOI: 10.5712/rbmfc9(30)718. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/718>. Acesso em: 23 nov. 2024.

SILVA, J. V. et al. As representações sociais sobre CP sob a ótica de enfermeiros. **HSJ**, v. 3, n. 3, p. 15–24, 2013. Disponível em: [https://portalres.hcitajuba.org.br/index.php/rcsfmit\\_zero/article/view/240](https://portalres.hcitajuba.org.br/index.php/rcsfmit_zero/article/view/240). Acesso em: 6 dez. 2025.

SILVA, M. O. et al. Palliative care in primary health care. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, v. 17, n. 12, e10458, 2025. Disponível em: <https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/10458>. Acesso em: 29 jan. 2026.

SILVA, T. C. da; NIETSCHKE, E. A.; COGO, S. B. Palliative care in Primary Health Care: an integrative literature review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 1, 2022.

SILVA, T. S. S. et al. Desafios da equipe multidisciplinar em CP no Brasil: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, 2025. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/28904/25114>. Acesso em: 23 nov. 2025.

SILVEIRA, M. H.; CIAMPONE, M. H. T.; GUTIERREZ, B. A. O.. Percepção da equipe multiprofissional sobre CP. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 7–16, jan. 2014.

SOUZA, C. S. **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

SOUZA, H. R.; BARRETO, L. N. M.; OLIVEIRA, T. P. T. CP na Atenção Primária à Saúde: desafios e potencialidades. *Revista Saúde Colaborativa*, v. 5, n. 2, 2023. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/rsc/article/view/10123>. Acesso em: 6 dez. 2025.

VERGÈS, P. Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In: GUIMELLI, C. (org.) **Structures et transformation des représentations sociales**. Paris:

Delachaux et Niestlé, 1994, p. 233-253.

VOLPIN, M. C. et al. Ensino sobre CP nos cursos da área de saúde. *Revista Diálogos Interdisciplinares*, v. 11, n. 1, p. 140–153, 2022. Disponível em: <https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/article/view/1173>. Acesso em: 11 dez. 2025.

APÊNDICES

**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –**

**TCLE** Conforme Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – CNS

CARO(A) SENHOR(A),

CONVIDAMOS o(a) senhor(a) (ou à pessoa pela qual o(a) Sr.(a) é responsável) para participar de uma pesquisa científica.

Por favor, leia este documento com bastante atenção e, se você estiver de acordo, rubrique as primeiras páginas e assine na linha “Assinatura do participante”, no ponto 8.

**1. QUEM SÃO AS PESSOAS RESPONSÁVEIS POR ESTA PESQUISA?**

1.1. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: *Ranna Gabriele Sampaio da Conceição*

1.2. ORIENTADOR/ORIENTANDO: *Juliana Costa Machado*

**2. QUAL O NOME DESTA PESQUISA, POR QUE E PARA QUE ELA ESTÁ SENDO FEITA?****2.1. TÍTULO DA PESQUISA**

“REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESTRATE’GIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE CP”

**2.2. POR QUE ESTAMOS FAZENDO ESTA PESQUISA (Justificativa):**

*A aproximação com a temática desde o final do último estágio da graduação em enfermagem, que ocorreu em um hospital público que realiza assistência a pacientes em CP, que foi o primeiro contato. Assim, se intensificou durante a especialização na modalidade residência multiprofissional em urgência e emergênc, sendo o tema central do meu trabalho de conclusão da residência.*

**2.3. PARA QUE ESTAMOS FAZENDO ESTA PESQUISA (Objetivos):****Objetivo Geral:**

*Analisar as representações sociais dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família sobre CP.*

**Objetivos Específicos:**

*Identificar o possível núcleo central das representações sociais dos profissionais de saúde da Etratégia de Saúde da Família sobre CP.*

*Apreender o conteúdo das representações sociais do profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família sobre CP.*

*Compreender como as atribuições de sentidos dos profissionais de saúde da Estrate’gia de Saúde da Família sobre CP.*

**3. O QUE VOCÊ (OU O INDIVÍDUO SOB SUA RESPONSABILIDADE) TERÁ QUE FAZER? ONDE E QUANDO ISSO ACONTECERÁ? QUANTO TEMPO LEVARÁ? (Procedimentos Metodológicos)**

**3.1 O QUE SERÁ FEITO:**

*Você responderá um questionário e uma entrevista que será guiada por um roteiro contendo questões sobre o tema. A entrevista será gravada em um dispositivo eletrônico (gravador). O conteúdo da gravação será usado exclusivamente para fins de transcrição dos dados e análise.*

**3.2 ONDE E QUANDO FAREMOS ISSO:**

*Realizaremos em sala reservada nas Estratégia de Saúde da Família no dia e horário agendado conforme a disponibilidade do participante.*

**3.3 QUANTO TEMPO DURARÁ CADA SESSÃO:**

*30 minutos*

**4. HÁ ALGUM RISCO EM PARTICIPAR DESSA PESQUISA?**

Segundo as normas que tratam da ética em pesquisa com seres humanos no Brasil, sempre há riscos em participar de pesquisas científicas. No caso desta pesquisa, classificamos o risco como sendo mínimo.

**4.1 NA VERDADE, O QUE PODE ACONTECER É: (detalhamento dos riscos)**

*Durante a aplicação dos instrumentos existe o risco de alguma pergunta lhe causar desconforto ou incômodo, ficando o (a) senhor(a) à vontade para deixar de responder a pergunta que lhe causar incômodo.*

**4.2 MAS PARA EVITAR QUE ISSO ACONTEÇA, FAREMOS O SEGUINTE: (meios de evitar/minimizar os riscos):**

*Sua participação é voluntária e livre de qualquer forma de remuneração, podendo desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo/penalidade. Os registros de sua participação nesse estudo serão mantidos em sigilo. Nós guardaremos os registros de cada pessoa, e somente a pesquisadora terá acesso a essas informações. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a identificação do participante não será revelada.*

## 5. O QUE É QUE ESTA PESQUISA TRARÁ DE BOM? (Benefícios da pesquisa)

### 5.1 BENEFÍCIOS DIRETOS (aos participantes da pesquisa):

*Os benefícios deste estudo compreenderão a ampliação da discussão da temática na área da saúde, principalmente para os profissionais de saúde e gestores que atuem na ESF, promovendo uma reflexão sobre a qualidade dos cuidados prestados a esse público.*

### 5.2 BENEFÍCIOS INDIRETOS (à comunidade, sociedade, academia, ciência...):

*Este estudo conterà a relevância para a produção de novos conhecimentos sobre os CP, podendo colaborar para a elaboração de protocolos assistenciais e de atividades de sensibilização.*

## 6. MAIS ALGUMAS COISAS QUE O(A) SENHOR(A) PODE QUERER SABER

### (Direitos dos participantes):

#### 6.1. Recebe-se dinheiro ou é necessário pagar para participar da pesquisa?

*R: Nenhum dos dois. A participação na pesquisa é voluntária.*

#### 6.2. Mas e se você acabar gastando dinheiro só para participar da pesquisa?

*R: O pesquisador responsável precisará ressarcir estes custos.*

#### 6.3. E se ocorrer algum problema durante ou depois da participação?

*R: Você pode solicitar assistência imediata e integral e ainda indenização ao pesquisador e à universidade.*

#### 6.4. É obrigatório fazer tudo o que o pesquisador mandar? (Responder questionário, participar de entrevista, dinâmica, exame...)

*R: Não. Você só precisa participar daquilo em que se sentir confortável a fazer.*

#### 6.5. Dá pra desistir de participar no meio da pesquisa?

*R: Sim. Em qualquer momento. É só avisar ao pesquisador.*

#### 6.6. Há algum problema ou prejuízo em desistir?

*R: Nenhum.*

#### 6.7. O que acontecerá com os dados que você fornecer nesta pesquisa?

*R: Eles serão reunidos com os dados fornecidos por outras pessoas e analisados para gerar o resultado do estudo. Depois disso, poderão ser apresentados em eventos científicos ou constar em publicações, como artigos em revistas, livros, reportagens, etc.*

#### 6.8. Os participantes não ficam expostos publicamente?

*R: Em geral, não. O(A) pesquisador(a) tem a obrigação de garantir a sua privacidade e o sigilo dos seus dados. Porém, a depender do tipo de pesquisa, ele(a) pode pedir para te identificar e ligar os dados fornecidos por você ao seu nome, foto, ou até produzir um áudio ou vídeo com você. Nesse caso, a decisão é sua em aceitar ou não. Ele precisará oferecer um documento chamado "Termo de Autorização para Uso de Imagens e Depoimentos". Se você não aceitar a exposição ou a divulgação das suas informações, não o assine.*

**6.9. Depois de apresentados ou publicados, o que acontecerá com os dados e com os materiais coletados?**

*R: Serão arquivadas por 5 anos com o pesquisador e depois destruídos.*

**6.10. Qual a “lei” que fala sobre os direitos do participante de uma pesquisa?**

*R.: São, principalmente, duas normas do Conselho Nacional de Saúde: a Resolução CNS 466/2012 e a 510/2016. Há, também, uma cartilha específica para tratar sobre os direitos dos participantes. Todos esses documento podem ser encontrados no nosso site ([www2.uesb.br/comitedeetica](http://www2.uesb.br/comitedeetica)).*

**6.11. E se eu precisar tirar dúvidas ou falar com alguém sobre algo acerca da pesquisa?**

*R: Entre em contato com o(a) pesquisador(a) responsável ou com o Comitê de ética. Os meios de contato estão listados no ponto 7 deste documento.*

**CONTATOS IMPORTANTES:**

**Pesquisador(a) Responsável:** **Ranna Gabriele Sampaio da Conceição.**

Endereço: **Avenida José Moreira Sobrinho, sn - Jequiezinho CEP 45208-091**

Fone: **(73) 3528 9623** / E-mail: **juliana.costa@uesb.edu.br**

**Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB)**

Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, 1º andar do Centro de Aperfeiçoamento Profissional Dalva de Oliveira Santos (CAP). Jequiezinho. Jequié-BA. CEP 45208-091.

Fone: (73) 3528-9727 / E-mail: [cepjq@uesb.edu.br](mailto:cepjq@uesb.edu.br)

Horário de funcionamento: Segunda à sexta-feira, das 08:00 às 18:00

**8. CLÁUSULA DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Concordância do participante ou do seu responsável)**

Declaro, para os devidos fins, que estou ciente e concordo

em participar do presente estudo;

com a participação da pessoa pela qual sou responsável.

Ademais, confirmo ter recebido uma via deste termo de consentimento e asseguro que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Jequié-BA, / / .

---

*Assinatura do participante (ou da pessoa que for responsável por ele)*

## **9. CLÁUSULA DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR**

Declaro estar ciente de todos os deveres que me competem e de todos os direitos assegurados aos participantes e seus responsáveis, previstos nas Resoluções 466/2012 e 510/2016, bem como na Norma Operacional 001/2013 do Conselho Nacional de Saúde. Asseguro ter feito todos os esclarecimentos pertinentes aos voluntários de forma prévia à sua participação e ratifico que o início da coleta de dados dar-se-á apenas após prestadas as assinaturas no presente documento e aprovado o projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, competente.

Jequié-BA, / / .

---

*Assinatura do(a) pesquisador*

**APÊNDICE B** – Instrumento de coleta de dados**Técnica de Evocação Livre de Palavras****Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**Participante número:** \_\_\_\_\_

Horário de início: \_\_\_\_\_

Horário de término: \_\_\_\_\_

1º) Que palavras vêm a sua mente quando eu lhe digo: CP?

[colocar na ordem que a(o) entrevistada(o) disser]

1		( )
2		( )
3		( )
4		( )
5		( )

Dessas palavras que você me disse, coloque na ordem da mais importante para a menos importante para você [colocar na ordem que o entrevistado disser]

1		( )
2		( )
3		( )
4		( )
5		( )

Agora me diga por que você escolheu as 2 primeiras palavras como as mais importantes? Justifique.

---



---



---



---



---

## QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Raça/cor:** Branco ( ) Amarelo ( ) Preto ( ) Pardo ( ) Indígena ( ) Outros (especificar): \_\_\_\_\_.

**Estado civil:** Solteiro ( ) Casado ( ) União estável ( ) Divorciado ( ) Viúvo ( ) Outros (especificar): \_\_\_\_\_.

**Possui alguma crença/fé? (especificar):** \_\_\_\_\_

**Profissão:** Enfermeiro (a) ( ) Médico(a) ( ) Odontólogo(a) Técnico de Enfermagem ( )  
( ) Agente Comunitário de Saúde

**Ano de conclusão do curso:** \_\_\_\_\_.

**Possui qual nível de qualificação? (especificar)**

**Graduação** ( ) \_\_\_\_\_ **Especialização** ( ) \_\_\_\_\_

**Mestrado** ( ) \_\_\_\_\_ **Doutorado** ( ) \_\_\_\_\_

**Possui alguma atualização e/ou curso sobre CP?** Sim ( ) Não ( )

**Se sim, especifique:** \_\_\_\_\_

**Atua há quanto tempo na ESF?** \_\_\_\_\_

**ANEXOS**

## ANEXO A - Autorização para coleta de dados

### AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

*(Modelo aprovado em reunião plenária do Comitê de Ética em Pesquisa da UESB em 14/02/2020)*

Eu, Marlon Pereira dos Santos, ocupante do cargo de Secretário Municipal de Saúde coleta do(a) nas Unidades de Saúde da Família da Zona Urbana, **AUTORIZO** a coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado Representações Sociais de Profissionais da Saúde sobre Cuidados Paliativos, dos pesquisadores Ranna Gabriele Sampaio da Conceição após a aprovação do referido projeto pelo CEP/UESB.

Em tempo, asseguro dispormos da infraestrutura e dos recursos necessários para viabilizar a execução do procedimento, conforme explicitado no projeto, em atendimento à alínea “h” do ponto 3.3, e do item 17 do ponto 3.4.1, ambos do título 3 da Norma Operacional CNS n° 001/2013.

Jequié-BA, 17/01/2025

Documento assinado digitalmente  
 MARLON PEREIRA DOS SANTOS  
 Data: 17/01/2025 17:07:07-0300  
 Verifique em: <https://validar.it.gov.br>

Ass. do(a) responsável pela autorização da coleta

Carimbo:



Impressão Digital  
 (Se for o caso)