

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ERIKA MARIA HERING RIBEIRO

**A REPRESENTAÇÃO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
FACE AOS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS: PROPOSTA
DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO**

CAMPOS GERAIS/ MG
2014

ERIKA MARIA HERING RIBEIRO

**A REPRESENTAÇÃO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
FACE AOS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS: PROPOSTA
DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof^a Doutora Zélia Marilda Rodrigues Resck

CAMPOS GERAIS/ MG
2014

ERIKA MARIA HERING RIBEIRO

**A REPRESENTAÇÃO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
FACE AOS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS: PROPOSTA
DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof^a Doutora Zélia Marilda Rodrigues Resck

Banca Examinadora

Prof. Doutora Zélia Marilda Rodrigues Resck - Orientador

Prof. Doutora Eliza Maria Rezende Dázio - Examinador

Aprovado em Belo Horizonte: 19/ 07/ 2014

AGRADECIMENTOS

À Deus, o que seria de mim sem a fé.

Dedico esta, bem como todas as minhas demais conquistas, as minhas preciosas filhas Amanda e Malu, iluminando de maneira especial os meus pensamentos.

Ao meu marido Dalmo, por me mostrar que o aprendizado é um bem precioso.

À minha mãe, que apesar da distância e percalços da vida, me fortaleceu, o que para mim, foi muito importante. Tenho certeza de que ela torce pelas minhas conquistas.

À minha sogra, pelo empenho em me ajudar na elaboração deste e de tantos outros trabalhos, *meu eterno agradecimento*.

À minha orientadora, o meu muito obrigada pela paciência, pelo incentivo, pela força e principalmente pelo carinho.

À toda minha família, que de alguma forma colaborou para a elaboração deste projeto

À instituição que me proporcionou conhecimentos capazes de vislumbrar maiores horizontes.

Aos meus amigos de PSF's, pois sem eles essa pesquisa não teria sido realizada.

Um agradecimento especial ao nosso cachorro "Céu" que agora está junto ao seu nome. Vivenciamos sua luta, sua dor e sua entrega. Entretanto, diante de tanto sofrimento, ele nos ensinou a importância de se dizer adeus.

*"Diga o que você pensa com esperança.
Pense no que você faz com fé.
Faça o que você deve fazer com amor!"*

Ana Carolina

RESUMO

O Cuidado Paliativo objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares diante de uma doença que ameace a vida, por meio da assistência integralizada, direcionada a todos no processo de cuidar. O PSF, criado pelo Ministério da Saúde em 1994, tem como função, desenvolver ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo. Baseia-se nos preceitos constitucionais a construção do SUS, norteando-se pelos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade. Integralidade significa cuidado essencial, sendo o paciente assistido até a sua morte. Portanto, com a afirmação deste princípio, faz-se necessária a inclusão dos cuidados paliativos na atenção primária. Esse desafio assistencial nos ESF, em ajudar as famílias que possuem entes com doenças sem possibilidade de cura, é uma questão não, somente de ordem prática e técnica, mas também social. Os aportes epistemológicos que fundamentam o conceito de Representação Social visam a entender a maneira como o indivíduo capta o mundo a sua volta e explica-lo, buscando resolver, compreender seus problemas e encontrar respostas. Especificamente, no caso do cuidado paliativo, para os Enfermeiros, a morte o sofrimento e a dor, ganham outros sentidos quando explicadas pelas Representações Sociais. Uma vez que o indivíduo se integra como sujeito ativo das suas imagens, pensamentos ideias, ele se transforma e propicia mudanças em seu entorno social, pois rompe com o senso comum. Esta pesquisa aponta algumas limitações dos Enfermeiros acerca do cuidado com pacientes fora de possibilidade de cura. Por essa razão, faz-se necessário neste estudo proposta para um Plano de Intervenção com os Enfermeiros dos PSFs da cidade de Poços de Caldas, Sul de Minas Gerais, com o objetivo de saber quais são suas Representações Sociais em relação a cuidados paliativos; e se o paciente em Cuidados Paliativos é afetado pelas suas representações. Para que se possa auxiliá-los no cuidar, melhorando sobremaneira a qualidade de vida de todos os atores envolvidos, paciente, família e Enfermeiros.

Palavras-chave: Cuidado Paliativo; Atenção Primária à Saúde; assistência; Enfermagem Oncológica

ABSTRACT

The Palliative Care goal is to provide a good life quality to the patients and their relatives, face a lethal disease, by giving them the proper assistance directed to increase the life quality to all involved in the process of taking care. The Family Health Program, created by the Health Ministry at 1994, has as its function, promotion actions, prevention, recovery and the rehab of the individual's health based on the SUS's constitutional provisions, guided by the doctrinal principles of universality, equity and integrality. The integrality is the essential care, the patient is assisted until his death, therefore, the affirmation of this principle makes it necessary the inclusion of the palliative care in the Primary Attention. This care challenge in the Family Health Strategy on taking care of families in which there is a member suffering from a no cure disease, is a question of practical, technical and social. The Social Representation has as its intention understanding the way the individuals see the world around him, trying to solve and comprehend his problems. Specifically in the case of Palliative Care, the death, the pain, and the suffer acquire a different meaning to the nurses and these meanings can be explained by the Social Representations once the individual, when he integrates the active subject of his image, thoughts and ideas, he transforms himself and the world around him, because he is breaking the status-quo. The researchs points some limitations of the nurses when they have to deal with patients that have no perspective of cure. That is the reason why it's necessary to propose an Intervention Plan with the nurses of FHP from the city of Poços de Caldas, south of Minas Gerais, with the end to know what are these nurses Social Representations about the Palliative care; and if the patients are affected by these representations. This way it will be easier to help the nurses to take care of patients in this situation, increasing the life quality of all involved, patient, family and nurses.

Keywords: Palliative Care; Primary Attention to health, assistance, oncology nursing

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PSF	Programa Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
ACS	Agente Comunitário de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro.1- Classificação de prioridades de problemas identificados, nos PSF's da cidade de Poços de Caldas, no período/ano.....	40
Quadro.2- Descritores do processo de informações, dos PSF's da cidade de Poços de Caldas, no período/ano.....	43
Figura.1- Arvore explicativa das representações sociais dos enfermeiros em Cuidado Paliativo e suas implicações.....	45
Quadro.3.1- Operações para os “nós” críticos dos problemas encontrados, nos PSF's da cidade de Poços de Caldas, no período/ano....	48
Quadro.3.2- Operações para os “nós” críticos dos problemas encontrados, nos PSF's da cidade de Poços de Caldas, no período/ano..	49
Quadro.3.3- Operações para os “nós” críticos dos problemas encontrados, nos PSF's da cidade de Poços de Caldas, no período/ano..	50
Quadro.3.4- Operações para os “nós” críticos dos problemas encontrados, nos PSF's da cidade de Poços de Caldas, no período/ano...	51
Quadro.3.5- Operações para os “nós” críticos dos problemas encontrados, nos PSF's da cidade de Poços de Caldas, no período/ano...	52
Quadro.3.6- Operações para os “nós” críticos dos problemas encontrados, nos PSF's da cidade de Poços de Caldas, no período/ano...	53
Quadro.3.7- Operações para os “nós” críticos dos problemas encontrados, nos PSF's da cidade de Poços de Caldas, no período/ano..	54
Quadro 4.1- Recursos críticos para o desenvolvimento do projeto, nos PSF's da cidade de Poços de Caldas, no período/ano.....	56
Quadro 4.2- Recursos críticos para o desenvolvimento do projeto, nos PSF's da cidade de Poços de Caldas, no período/ano.....	57
Quadro 5.1 Proposta das ações para a motivação dos atores, nos PSF's da cidade de Poços de Caldas, no período/ano.....	58

Quadro 5.2 - Proposta das ações para a motivação dos atores, nos PSF's da cidade de Poços de Caldas, no período/ano.....	59
Quadro 5.3 - Proposta das ações para a motivação dos atores, nos PSF's da cidade de Poços de Caldas, no período/ano.....	60
Quadro 6.1- Elaboração do plano operativo para os PSF's da cidade de Poços de Caldas, no período/ano.....	61
Quadro 6.2- Elaboração do plano operativo para os PSF's da cidade de Poços de Caldas, no período/ano.....	62
Quadro 7 – Planilha para acompanhamento do projeto. Coordenador- Acompanhamento do Plano de Ação + Saúde	63
Quadro 8 – Planilha para acompanhamento do projeto. Coordenador- Acompanhamento do Plano de Ação Viver Melhor	64
Quadro 9 – Planilha para acompanhamento do projeto. Coordenador Acompanhamento do Plano de Ação Cuidar Melhor	64
Quadro 10 – Planilha para acompanhamento do projeto. Coordenador Acompanhamento do Plano de Ação Cuidar Melhor	65
Quadro 11 – Planilha para acompanhamento do projeto. Coordenador- Acompanhamento do Plano de Ação Linha do Cuidado .	66

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	JUSTIFICATIVA.....	16
3	OBJETIVOS GERAIS.....	18
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
4.1	CUIDADOS PALIATIVOS.....	19
4.1	CUIDADOS PALIATIVOS NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	26
4.2	.ENFRENTAMENTO DO ENFERMEIRO FACE AO ATENDIMENTO PACIENTE EM CUIDADO PALIATIVO.....	29
4.3	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS MANIFESTADAS PELO ENFERMEIRO DIANTE DO ENFRENTAMENTO DA MORTE NO DIA A DIA DE CUIDADO AOS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	32
5	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	35
6	PLANO DE INTERVENÇÃO.....	36
7.1	PRIMEIRO PASSO.....	38
7.2	SEGUNDO PASSO.....	38
7.3	TERCEIRO PASSO.....	41
7.4	QUARTO PASSO.....	44
7.5	QUINTO PASSO.....	46
7.6	SEXTO PASSO.....	47
7.7	SÉTIMO PASSO.....	55
7.8	OITÁVO PASSO.....	57

7.10 NONO PASSO.....	60
7.11 DÉCIMO PASSO.....	63
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
REFERÊNCIAS	
ANEXO- A	
ANEXO- B	

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho, que tematiza a Representação Social dos Enfermeiros sobre os Cuidados Paliativos na atenção primária ao paciente, objetiva analisar, por meio das representações que permeiam seu campo de conhecimento, quais são as formas de assistência que vêm sendo prestada por eles, aos pacientes fora de possibilidade de cura, dentro do Programa Estratégia Saúde da Família.

Alguns autores como Jodelet (1984), Ribeiro (2000), Boulay e Sá (2004), Costa *et al.* (2006), Silva e Fernandes (2006), INCA (2013), têm-se debruçado sobre esses temas voltando-se para a questão da importância de uma visão mais humanista em relação aos modos de se abordar o doente terminal, sendo inclusive, por essa razão, que, atualmente esses autores estão reiterando a importância de que esse cuidado seja oferecido de acordo com os modos protocolares dos Cuidados Paliativos.

Esses cuidados, segundo Ribeiro (2000); Costa, *et al.*, (2006), são direcionados à qualidade de vida do enfermo, além de que se deve lançar mão também dos métodos farmacológicos, por serem de fundamental importância nesse estágio da doença.

Os Cuidados Paliativos promovem uma melhoria na qualidade de vida do doente e na de seus familiares, por meio da prevenção do alívio do sofrimento da identificação dos sintomas, com a finalidade de minimizar maiores sofrimentos e proporcionar conforto (INCA, 2013).

Essa proposta de cuidados não é recente, datam desde o século IV.(SILVA ; FERNANDES, 2006).

Os Cuidados Paliativos, como são conhecidos hoje, derivam de um movimento chamado *hospices*, palavra francesa derivada do latim *hospitium*, que significa hospedagem (SILVA ; FERNANDES, 2006).

O marco mais importante no surgimento de uma abordagem sobremaneira holística ocorreu por iniciativa de Cicely Mary Strode Saunders, nascida na Inglaterra em 1918, na cidade de Barnat, enfermeira, assistente social e médica, a qual fundou em 1967, em Londres, o St. Christopher's Hospice (BOULAY, 1996 *apud* COSTA, 2011).

Essa notável mulher, que dedicou sua vida a cuidar de pacientes fora de possibilidade de cura, também morreu de câncer, vindo a falecer em seu próprio hospital. Seu trabalho foi sempre dedicado ao alívio da dor, resultando em atendimentos inovadores e diferenciados frente aos Cuidados Paliativos, e que são válidos até hoje (BOULAY, 1996 *apud* RODRIGUES, 2004).

Não podemos deixar de elencar nos estudos relacionado aos Cuidados Paliativos a médica psiquiatra suíça Elizabeth Kübler Ross que, simultaneamente, realizava estudos com pacientes terminais nos Estados Unidos. Segundo Abu-saad; Courtens, (2001), Kübler publicou em 1969 a obra intitulada "Sobre a morte e o morrer".

O modelo de Cuidado Paliativos chegou no Brasil em 1980 em um momento delicado em que no país vivencia-se o final do regime da ditadura, em que o sistema de saúde era sobremaneira hospitalocêntrico, com finalidade terapêutica, centrado na doença.

No século XXI, foi criada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, em 2005, formada por profissionais que atuam de forma relevante na área da oncologia, dedicando-se em programas de atenção à saúde e para o reconhecimento da Medicina Paliativa no Brasil (MACIEL, 2006).

Observamos, diante desse cenário, que os Cuidados Paliativos devem ser ancorados em uma perspectiva mais profissional por parte das equipes que realizam esse tipo de cuidado, seja ela hospitalar ou e atenção primária.

É de conhecimento geral que a construção do SUS, baseada em preceitos constitucionais se norteia pelos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade. Entende-se por integralidade o cuidado total, o homem como ser integral psicossocial. A integralidade está ligada à ideia de uma alta eficácia nos serviços de saúde e um processo de trabalho centrado no usuário, desde a sua concepção até o final da vida (COMBINATO; MARTIN, 2012).

Isso significa que os Enfermeiros do PSF devem trabalhar os Cuidados Paliativos dentro do território adscrito, realizando desta forma uma estrutura de cuidados total, ou seja, não somente trazer suporte ao doente mas proporcionar a família medidas necessárias e importantes no processo de cuidar para que todos envolvidos neste cenário estejam amparados e seguros.

Segundo os autores, Floriani; Schiramm (2007), Combinato; Martin (2012), Brasil (1996), a Estratégia da Saúde da Família (ESF), necessita ter uma concepção holística sobre o paciente, sendo necessário e relevante. Criar elos de confiança e corresponsabilidade com sua família, para que a equipe possa compreender melhor os determinantes de saúde e de doença, trabalhando de maneira mais efetiva, alcançando um bem estar maior e com qualidade de vida para todos.

Mas para que isso aconteça, faz-se necessária uma compreensão maior acerca da representação dos Cuidados Paliativos por parte dos Enfermeiros, na assistência ao paciente.

O conceito de Representação Social surgiu em 1961 com Serge Moscovici, na obra intitulada *La Psychanalyse, son image et son public*, publicada em 1961, e tem como objetivo é compreender a maneira como o indivíduo capta o mundo a sua volta, buscando resolver, compreender seus problemas e encontrar respostas (NEVES, 2010).

Especificamente, no caso do Cuidado Paliativo, morte, sofrimento e dor, a teoria ganha sentido quando explicada pelas Representações Sociais, pois o indivíduo quando se integra como sujeito ativo das suas imagens, pensamentos e ideias, ele se transforma e propicia mudanças em seu entorno social, pois rompe com o senso comum.

Sobre o pensamento humano nas sociedades contemporâneas, Sá (1998) observa que Moscovici em 1984, propõe a existência de dois universos de pensamento: os *reificados* e os consensuais. Nos primeiros, que são os representantes do saber científico e acadêmico, o conhecimento é validado segundo rigores lógicos, objetivos e metodológicos e, no segundo, há uma “lógica natural”, como assevera ainda (SÁ, 1998). As produções que se voltam para o prático acabam por formar as Representações Sociais.

Para exemplificar e apresentar melhor o que pretendemos tematizar em nosso trabalho, apresentaremos excertos de uma pesquisa realizada por LAVOR,(2006) na cidade do Rio de Janeiro, sobre a visão do enfermeiro do Programa Saúde da Família sobre o Cuidado Paliativo, reiterando a relevância deste estudo e a proposta de intervenção a partir das Representações dos Enfermeiros participantes.

Por meio da fala de um dos entrevistados procuraremos analisar quais Representações Sociais podem estar permeando seus discursos (LAVOR, 2006),

Como tratado anteriormente, as Representações Sociais são transmitidas através do nosso conhecimento e pensamento práticos, pelo domínio do meio social onde estamos inseridos, e pelo saber científico, em que o conhecimento é validado seguindo rigores lógicos – que constituem os chamados por Moscovici (1984) de universos de pensamento *consensuais e reificados*.

Dentro da pesquisa foram apontadas também as limitações dos enfermeiros acerca do cuidado com pacientes fora de possibilidade de cura, como observamos no relato descrito.

Diante disso, o objetivo geral proposto para este trabalho, é saber quais são as Representações Sociais dos enfermeiros em relação à Cuidados Paliativos. E se o paciente em cuidados paliativos é afetado pelas suas Representações. Partindo desse pressuposto iremos elaborar um Plano de Intervenção, que possa contemplar de maneira significativa uma forma de assistencial mais clara, objetiva e com qualidade, aos pacientes que estão em Cuidados Paliativos na área de abrangência dos PSF's da cidade de Poços de Caldas, MG (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010)

A pesquisa será realizada com os Enfermeiros, de todos os PSFs da cidade de Poços de Caldas, Sul de Minas Gerais, sendo necessário realizar um Planejamento Estratégico Situacional, que segundo Campos, Faria e Santos (2010) é o método mais apropriado para obter informações para realizar intervenções é o de Estimativa Rápida, pois agiliza e facilita o processo de mapeamento para conhecer os problemas a serem solucionados. O Plano de Ação será elaborado em dez passos, sendo cada um de fundamental importância para o êxito do trabalho.

2 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema para o estudo proposto tem uma estreita relação em minha trajetória de estudos e profissão. Trabalhei como enfermeira assistencial no Programa de Saúde da Família e na Coordenação da estratégia da Saúde da Família, todos com ênfase em estratégias de Cuidados Paliativos.

Ingressei, logo após minha graduação, no curso de Especialização de Assistência em Enfermagem Oncológica, na cidade de Ribeirão Preto, onde participei de muitos congressos e estudos sobre o tema Cuidados Paliativos, o que me fez acreditar e entender um pouco mais acerca desse tipo de cuidado. Exerci atividades profissionais, por certo tempo a área assistencial, como enfermeira oncológica, época em que tive contato com pacientes terminais, e todos de grande importância para mim.

Quando trabalhei no Programa de Saúde da Família me deparei com situações de Cuidados Paliativos inúmeras vezes, mas o que me chamou atenção foi o desconhecimento da equipe em lidar com o paciente sem possibilidade de cura. Foi então que percebi que existia um despreparo frente a questão, e que esse fato estava interferindo na assistência prestada ao paciente.

Tive a oportunidade de reorganizar um modelo de cuidados para a equipe a qual eu gerenciava, orientando-o a buscar conceitos de integralidade ao paciente fora de possibilidade de cura, demonstrando um olhar mais holístico e generalizado aos familiares, reforçando a ideia de uma assistência familiar. É de senso comum que, quando um ente adoece, todos também acabam que se tornado enfermos, e é nesta hora que o programa faz toda a diferença, pois contribui para a melhora na qualidade de vida de todos.

Mas, para que isso aconteça, é necessário que os Enfermeiros tenham uma representação de Cuidados Paliativos significativos, preparando os familiares frente à proximidade da morte, de uma maneira mais humanizada.

Por essa razão, iremos elaborar um Plano de Ação como uma proposta de intervenção para pacientes fora de possibilidade de cura, auxiliando o Enfermeiro a proporcionar uma assistência mais qualificada, organizada e principalmente humanizada, melhorando sobremaneira a qualidade de vida de todos os atores envolvidos no processo de cuidar, assim com pacientes que se encontram em Cuidados Paliativos, propiciando-lhes uma morte digna.

3 OBJETIVOS

Identificar as representações sociais dos Enfermeiros em relação aos Cuidados Paliativos. E se o paciente em Cuidados Paliativos é afetado pelas suas representações.

Elaborar uma proposta de intervenção que contribua, dentro das Representações do Enfermeiro frente ao Cuidado Paliativo, para a melhoria da assistência prestada, com vistas a influenciar positivamente na qualidade de vida do paciente diante da proximidade da morte.

4 REFERÊNCIAL TEÓRICO

4 1 CUIDADOS PALIATIVOS

Para se iniciar uma discussão sobre Cuidado Paliativo, é necessário se trazer em cena a doença, preferencialmente as que mais demandam esse tipo de cuidado, como o câncer. Sabe-se que diferentes tipos de câncer exigem tratamentos diferentes e, portanto, procedimentos de cura diferentes.

Não há negar que nas últimas três décadas, o tratamento para doentes oncológicos tem melhorado muito, pois em certos tipos de câncer a droga aumenta as chances de cura, além de que os tratamentos cirúrgicos, quimioterápicos, drogas com capacidade de aumentar a imunidade, transplantes e radioterapias elevaram significativamente a sobrevida do paciente (BORGES *et al.*, 2006) .

Porém, quando o paciente não consegue responder mais ao tratamento, e não há mais chances de cura, alguns mecanismos devem ser utilizados para minimizar o sofrimento desse paciente. Os cuidados são direcionados à qualidade de vida do enfermo, além de que se deve lançar mão também dos métodos farmacológicos, por serem de grande importância nesse estágio da doença (RIBEIRO, 2000; COSTA *et al.*, 2006).

O Cuidados Paliativos foram conceituados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1990 e revisados em 2002, tendo sido definidos como:

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (INCA, 2013).

Como podemos observar, esses cuidados, para os quais se utilizam técnicas que visam às necessidades do doente, são direcionados à melhora de qualidade de vida, quando a doença não mais responde ao tratamento.

Conta-nos a história que as primeiras práticas de Cuidados Paliativos datam do século IV, e tinham por objetivo alimentar pessoas enfermas, famintas e prisioneiros (SILVA ; FERNANDES, 2006).

Mas os Cuidados Paliativos como são conhecidos hoje, derivam de um movimento chamado *hospices*, palavra francesa derivada do latim *hospitium*, que significa hospedagem. Esses locais se destinavam a abrigar monges e viajantes exaustos, após suas peregrinações e, aos poucos, foram sendo utilizados para acolher os doentes que ali recebiam cuidados básicos como alimentação, conforto e espiritualidade, surgindo assim os primeiros *hospices* religiosos. (SILVA ; FERNANDES, 2006).

Em consequência do surgimento desses locais de ajuda, outros foram surgindo ao longo do tempo. O primeiro que se tem notícia foi na França, na cidade de Lyon, em 1842, fundado por Madame Jeanne Garnier, com o escopo de cuidar de moribundos. Depois de trinta e sete anos aproximadamente, surgiram outros, como o *hospice* Saint Luke's, fundado pelo médico Howard Barret, na Inglaterra, em 1893, considerado o mais similar aos *hospices* contemporâneos (RODRIGUES, 2004; SAUNDERS, 2004).

Todavia, o marco mais importante no surgimento de uma abordagem mais holística ocorreu por iniciativa de Cicely Mary Strode Saunders, enfermeira, assistente social e médica, a qual fundou em 1967, em Londres, o St. Christopher's Hospice, cujo nome é uma homenagem feita por ela e seus colaboradores ao Christopher (São Cristóvão), protetor dos viajantes, deixando o legado de que a morte é uma passagem, uma parte da jornada (BOULAY, 1996 *apud* COSTA, 2011).

Cicely Mary Strode Saunder, nasceu na Inglaterra em 1918, na cidade de Barnat, e sua intenção sempre foi ser enfermeira, mas a família era contrária a isso, pois seus pais desejavam que ela estudasse ciências políticas em Oxford. Porém, sua decisão era realizar um treinamento em Londres, na Escola de Treinamento Nightingale, do Hospital St. Thomas, na área da enfermagem.

Saunders era uma estudante muito dedicada, porém seu sonho em se formar Enfermeira teve que ser abandonado, porque foi acometida de um sério problema de coluna, que a impediu de trabalhar na profissão tão desejada.

Mas seu desejo em ajudar ao próximo era muito intenso e, magoada por não conseguir exercer a função que tanto almejava, ela resolveu ser Assistente Social, pois tinha uma preocupação com os pacientes que ia além dos muros do hospital. Ela começou a se preocupar com os pacientes que retornavam para casa, como seria sua convalescença e se as condições dos familiares que recebiam os doentes eram favoráveis ou não a ele, sentindo então uma enorme inspiração em trabalhar com pessoas em estágio terminal, como assevera Boulay (1996).

Além disso, outro grande fator de importância em exercer a função de cuidadora de doentes terminais, foi ter conhecido um paciente judeu refugiado de guerra, que estava com câncer incurável e em estágio avançado, chamado David Tasma, em 1947, em um hospital-escola de Londres. Esse encontro foi muito importante para ela compreender o processo da doença e sua terminalidade. Saunders ouvia-o clamar sobre sua dor e sofrimento, seus problemas emocionais e espirituais, e o quanto era significativa uma pessoa compreender o momento pelo qual ele estava passando. Com isso ele se tornou um agente transformador dos pensamentos de Saunders acerca dos Cuidados Paliativos, impulsionando-a a criar lugares parecidos com residências, e que possibilitassem um maior conforto e alívio no final da vida (COSTA, 2011).

Em 1948 Tasma faleceu, deixando para ela, de presente, quinhentas libras, o que lhe despertou ainda mais o desejo de ajudar aqueles doentes que apresentavam doença avançada. Tornou-se, então, enfermeira voluntária no Saint Luke' s Hospital, local que era destinado a atender doentes terminais, por sete anos (CLARK ; CENTENO, 2006).

Como sua intenção, entretanto, era aliviar a dor dos pacientes, Saunders foi aconselhada por uma amigo a estudar medicina, pois, segundo ele, por ser enfermeira, não seria ouvida, e com 33 anos entrou para a faculdade de medicina. Formou-se em 1959 e iniciou sua carreira como médica no Saint Mary' s Hospital, onde realizou uma pesquisa sobre a dor, em pacientes fora de possibilidade de cura.

Dedicou-se por tempo integral aos pacientes, e teve a oportunidade de escutá-los, de ouvir suas queixas, e analisar adequadamente diferentes formas terapêuticas e farmacológicas, medicando pacientes com potentes analgésicos, além de oferecer-lhes o apoio psicossocial e espiritual (COSTA, 2011).

Segundo Boulay (1996) esse foi, sobremaneira, o momento mais importante para o marco definitivo nos Cuidados Paliativos. Saunders, trouxe uma grande contribuição para os tratamentos das queixas mais comuns entre os pacientes em estágio avançado, como náusea, vômito, constipação intestinal, depressão, dispneia, entre outras. E descobriu o que é a dor "Total" ou seja, que é a dor vinculada aos fatores psicológicos, sociais e espirituais. Certamente que, a partir daí, começou a propor cuidados com os familiares, orientações aos pacientes e familiares, cuidado domiciliar do luto antecipado e a pós-morte. Segundo Rodrigues (2004), Saunders conseguiu mostrar que é possível a promoção de qualidade de vida, mesmo quando o paciente está na sua finitude.

Cada vez mais alicerçada em suas experiências, fortaleceu a ideia de construir um *Hospice* moderno, com a finalidade de ajudar os pacientes em fase terminal. Como já mencionado anteriormente, Saunders ganhara certa quantia de

um amigo falecido, a qual, entretanto, não seria suficiente para construir um hospital, que era um sonho a ser realizado. Mas esse fato, em vez de desestimulá-la, foi o incentivo a que ela buscasse, por meio de colaboradores, recursos financeiros suficientes para a construção de um hospital, o que realmente conseguiu.

No dia 24 de julho de 1967 foi inaugurado ao sul de Londres, o St. Christopher's Hospice. O objetivo do hospital era o de criar um local especial onde cada indivíduo pudesse, por meio do seu próprio entendimento, encontrar uma maneira de lidar com suas situações pessoais, promovendo alívio ao sofrimento, diante da proximidade da morte e dignidade ao morrer (SANTOS, 2011; RODRIGUES, 2004).

A partir daí, o Hospital St. Christopher's Hospice. tornou-se referência de estudos mundiais para muitos profissionais (SANTOS, 2011).

Essa notável mulher, que dedicou sua vida a cuidar de pacientes fora de possibilidade de cura, também morreu de câncer, e faleceu em seu próprio hospital. Seu trabalho foi sempre dedicado ao alívio da dor, resultando em atendimentos inovadores e diferenciados frente aos Cuidados Paliativos e que são válidos até hoje (BOULAY 1996 *apud* RODRIGUES 2004).

Não podemos deixar de elencar nos estudos relacionado aos Cuidados Paliativos, a médica psiquiatra suíça Elizabeth Kübler Ross, que simultaneamente, realizava estudos com pacientes terminais nos Estados Unidos. É de sua autoria o primeiro estudo na história da ciência que foi baseado em fatos reais, relatados pelos pacientes, e que descreviam suas percepções psicológicas diante de cada estágio que se aproxima da morte. Nessa pesquisa foi possível identificar as fases de negação, raiva, barganha, depressão e aceitação, comuns nos pacientes em fase terminal. Em 1969, publicou a obra, intitulada "Sobre a morte e o morrer"(ABU-SAAD; COURTENS, 2001).

Importante salientar que a obra publicada por Kübler Ross fez surgir discussões sobre o binômio morte-morrer, o que era considerado um tabu para sociedade e ajudou sobremaneira na aceitação do conceito de *hospice* proposto por Saunders.

Kübler Ross, também contribuiu muito para a ciência, no aspecto de compreender melhor a necessidade de se oferecer um apoio físico e espiritual mais criterioso frente ao sofrimento do paciente diante da morte, e na implementação, no ensino formal, do cuidado na fase final da vida, nos currículos de Medicina, fortalecendo, sobremaneira, a filosofia *hospice* (BILLINGS; BLOCK, 1997 *apud* COSTA, 2011).

Segundo os autores Twycross (2000), Abu-Saad e Courtens 2001), Rodrigues (2004), Pessini (2006), houve um avanço no chamado movimento *hospice* moderno para diferentes países da Europa e para os Estados Unidos (EUA) Canadá , Austrália, Ásia, Japão, Coréia do Sul, Taiwan, China, África do Sul, Austrália e Nova Zelândia. E, em 1980, América do Sul iniciou suas experiências sobre Cuidados Paliativos.

No Brasil, esse modelo de cuidado chegou em 1980, em um momento delicado do país, considerando-se que os brasileiros estavam vivenciando o final do regime da ditadura, e o sistema de saúde era sobremaneira hospitalcêntrico, com finalidade terapêutica. Havia um despreparo muito grande por parte dos profissionais aos pacientes fora de possibilidade de cura e, por essa razão, a morte dos pacientes acontecia sempre em hospitais, sem a presença de familiares e amigos, ou seja, estes ficavam completamente isolados, longe de seus entes queridos (RODRIGUES, 2011).

Para que os profissionais pudessem trabalhar dentro da filosofia dos *hospices*, foi necessário que muitos médicos, psicólogos e teólogos fossem ao Canadá e à Inglaterra para conhecer a realidade do funcionamento desse sistema, a

fim de se tornarem multiplicadores do conceito de Cuidados Paliativos. Porém, ao tentar implementar o modelo apresentado a eles no Brasil houve uma certa dificuldade, pela falta de condições socioeconômicas e devido à dimensão territorial do país (RODRIGUES, 2011).

Esse mesmo autor ressalta que em 1983 surgiu o primeiro serviço de Cuidados Paliativos no Brasil, no Rio Grande do sul, o segundo em São Paulo em 1986 e, em 1989, em Santa Catarina. Depois disso, outros foram surgindo, mas todos sem vínculo entre si ou sem uma elaboração comum de protocolos para as ações de Cuidados Paliativos.

Atualmente acredita-se que existam cerca de 40 unidades de Cuidados Paliativos no Brasil, distribuídas por todo o território nacional, a maioria atuando apenas em ambulatórios e assistência domiciliar. No âmbito hospitalar, a disponibilidade de leitos especializados nos Cuidados Paliativos é mínima e restrita, encontrando-se apenas em grandes centros como Rio de Janeiro, São Paulo, Barretos, Campinas, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Manaus e Porto Alegre (MACIEL, et al. 2006).

Mesmo com muitas restrições acerca dessa modalidade de cuidados, destacamos a formação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos século XXI e a criação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, em 2005, formada por profissionais que atuam de forma relevante a respeito da oncologia e que lutam por uma inserção nos programas de atenção à saúde, e para o reconhecimento da Medicina Paliativa como especialidade médica (MACIEL, 2006).

Segundo Onofre, Ribeiro e Freitas (2013), o paciente fora de possibilidade de cura demonstra situações significativas e nem sempre fáceis de lidar, deixando impotente os familiares. O comportamento frágil e negativo da família desfavorece e impossibilita o cuidado holístico, ou seja, o cuidado que considera o indivíduo como

um ser biopsicossocial, e se cria uma barreira entre todos os atores envolvidos, paciente, familiares e os profissionais, inviabilizando o processo de cuidar.

Diante desse cenário, os Cuidados Paliativos devem ser ancorados em uma perspectiva mais profissional por parte das equipes que realizam esse tipo de cuidado, e como muitas vezes o paciente prefere ou necessita ficar no ambiente familiar, faz-se necessário que a equipe da atenção primária esteja preparada para auxiliá-lo. Encontrar soluções paliativas com a finalidade de melhora da qualidade de vida de todos envolvidos, na finitude do paciente é o objetivo maior de quem se preocupa de fato em minimizar a dor e o sofrimento do doente terminal.

4.2 CUIDADOS PALIATIVOS NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA.

O programa de saúde da família foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994, com a finalidade de superar o modelo assistencial à saúde, o qual era voltado para práticas curativas, mas que eram ineficientes e insatisfatórias para a população assistida. O Programa Saúde da Família.- PSF é considerado uma reorganização de ações assistenciais ancoradas em novas bases e critérios, que consideram o paciente na sua realidade local, diferentemente do modelo anterior, orientado para a cura da doença (BRASIL, 1996a).

A atuação interdisciplinar e multidisciplinar, com responsabilidade integral na população adscrita, são princípios que norteiam o PSF. A área de abrangência do PSF recebe por parte da equipe, ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo. A promoção e prevenção de saúde tem um forte aliado atores que residem na comunidade e conhecem de perto a realidade e os problemas, e que são os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Esses profissionais

são verdadeiros articuladores entre a equipe de saúde e o PSF, rompem barreiras para que a equipe possa atuar mais próxima à comunidade (BRASIL, 2005).

Gradativamente, o programa veio se caracterizando como Estratégia da Saúde da Família, por reorganizar ainda mais o sistema. A equipe necessita conhecer a família e ter um estreitamento maior com a comunidade, para que posteriormente, possa realizar ações de saúde mais eficientes, melhorando sobremaneira o trabalho, facilitando, desta forma, a identificação e o enfrentamento dos problemas. A vigilância em saúde torna-se, dessa forma, descentralizada, podendo-se observar de maneira mais próxima à comunidade, seus problemas mais relevantes (BRASIL 1996b).

A equipe de ESF deve ser capacitada a trabalhar com a população adscrita, observando as características demográficas, sociais e epidemiológicas, com a finalidade de intervir nos problemas aos quais a população encontra-se mais exposta, elaborando um plano local para os determinantes de saúde doença (BRASIL, 2005).

Dentre as ações de cuidados e promoção da saúde, a estratégia de Saúde da Família, também necessita estar preparada para uma assistência primária, organizando consultas voltados para a demanda espontânea e agendada, procedimentos e também inerente ao programa uma atenção especial as consultas e visitas domiciliar (BRASIL,2012).

Assistir à família no ambiente em que ela reside, no espaço onde ela encontra suas relações intrafamiliares e extra familiares permite-nos compreender o processo saúde doença na sua totalidade, oportunizando-nos propor uma intervenção de maior impacto social.

Baseada nos preceitos constitucionais, a construção do SUS se norteia pelos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade. Entende-se por integralidade o cuidado total, o homem como ser integral psicossocial. A

integralidade está ligada à ideia de uma alta eficácia nos serviços de saúde e um processo de trabalho centrado no usuário, desde a sua concepção até o final da vida. Portanto, com aplicação deste princípio, faz-se necessária a inclusão dos cuidados paliativos, pois se visa a oferecer ao paciente, cuidadores e familiares amparo frente a esse momento, estendendo-se também à fase de luto (COMBINATO; MARTIN, 2012).

Para Floriani e Schiramm (2007), o doente em estágio avançado e progressivo da doença necessita de cuidados que visem a uma melhora nos sintomas mais estressores, tentando-os controlar, na tentativa de melhorar a qualidade de vida dele e de todos que estão a sua volta. Busca-se dessa forma, oferecer meios possíveis e reais para trazer mais segurança ao paciente e familiares. Essas ações devem ser acordadas com ele, com o objetivo de lhe trazer dignidade e autonomia para sua vida, se assim o quiser e tiver condições para decidir.

Muitos pacientes preferem o cuidado no domicílio ao invés do hospital, mesmo que essa decisão de voltar para casa não seja definitiva, pois muitas vezes para ele o convívio com os familiares e continuidade da sua rotina pode lhe trazer mais conforto, mesmo com a proximidade da morte. Entretanto, para os familiares, a presença de um doente oncológico fora de possibilidade de cura dentro de casa pode lhes trazer estresse intenso.

Essa condição demanda, por parte da equipe do ESF, uma estrutura de cuidados total, ou seja, não somente trazer suporte ao doente, mas proporcionar a família medidas necessárias e importantes no processo de cuidar, para que todos os envolvidos nesse cenário estejam amparados e seguros evitando assim o adoecimento de algum ente após a morte do paciente (Brasil, 2009).

Para dar conta de suas responsabilidades, a atenção básica se vale de tecnologias relacionais de elevada complexidade, ou seja, lida com problemas altamente complexos do cotidiano das pessoas – que dizem respeito aos modos de viver, sofrer,

adoecer e morrer no mundo contemporâneo – utilizando poucos equipamentos (Brasil, 2009 p 9).

Dessa forma, o suporte domiciliar em Cuidados Paliativos exige uma rede de atendimento flexível e disponível para oferecer ao paciente e familiares conforto e segurança, em que, dentro do possível, suas necessidades sejam respeitadas (Brasil, 2009).

Em um estudo realizado na Universidade de Santa Catarina, pelos autores Pereira *et al* (2009), objetivando observar o enfrentamento de seis famílias com doenças crônicas em domicílio e utilizando como instrumento a entrevista, concluiu-se que, de uma forma geral, existe um enfrentamento satisfatório em situações estressoras por parte dos cuidadores. Com isso, verificamos que há uma necessidade de mudanças no olhar dos enfermeiros, frente ao processo de cuidar, pois se observa que eles precisam ter uma visão mais holística do enfermo e da doença para que sua assistência seja, de fato, transformadora.

Essa pesquisa fortalece as concepções de autores do porte de Floriani, Schiramm (2007), Combinato, Martin (2012), Brasil (1996) dentre outros, de que a Estratégia da saúde da família (ESF), necessita de uma visão holística, sendo necessário e relevante criar elos de confiança e corresponsabilidade com a família do paciente, para que a equipe possa compreender melhor os determinantes de Saúde Doença, trabalhando de maneira mais efetiva, alcançando um bem estar maior e com qualidade a todos.

4.3 ENFRENTAMENTO DO ENFERMEIRO FACE AO ATENDIMENTO AO PACIENTE EM CUIDADO PALIATIVO.

A responsabilidade da Equipe da Saúde da Família na atenção domiciliar é um enfrentamento com alto nível de tensão. Mesmo com toda a dedicação de cuidados que muitos Enfermeiros apresentam, os mesmos se deparam com

dificuldades técnicas e psicológicas para lidar com pacientes em estágio terminal, o que nos leva a acreditar que muitos não foram preparados para esse tipo de cuidar (FEUERWERKER ; MERHY, 2008).

Além da questão prática do cuidado, o enfermeiro se depara com um outro fator importante: a falta materiais básicos medicação como para curativos que os auxiliam no conforto do paciente e o pouco tempo disponibilizado para realizar as visitas domiciliares.

Os materiais, insumos entre outros, não são disponíveis, pois existe uma burocracia que atrapalha o fluxo do atendimento, necessitando-se de improvisações. Tem-se observado, muitas vezes, que os curativos solicitados chegam após o óbito do paciente.

A falta de tempo nas visitas domiciliares também colabora para que os cuidados paliativos não aconteçam de maneira efetiva e relevante. Esse tipo de assistência, por assim dizer, necessita do profissional uma atenção redobrada e humanizada, ou seja, é muito difícil dentro do Programa de Saúde da Família, disponibilizar tempo para que isso aconteça, pois cada unidade possui somente um enfermeiro para gerenciar e cuidar dos pacientes que fazem parte da área adscrita, aumentando sobremaneira a carga de atribuições desse profissional, diminuído a qualidade de assistência principalmente nas visitas domiciliares (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Para Firmino (2004), os sintomas mais frequentes apresentados na maioria dos doentes em estágio terminal, como dor, diarreia, dispneia, distúrbios urinários, anorexia, ascite, perda de peso, prurido, desidratação, úlcera de decúbito, edema, hemorragias, problemas bucais, fraqueza, disfagia, fadiga, náusea, ansiedade, vômito, depressão, constipação intestinal, medo, obstrução intestinal e estado confusional podem ser atribuídos aos cuidados do Enfermeiro na assistência ao paciente, pois estão intimamente ligados ao aspecto de conforto físico e ao manejo das relações interpessoais.

Essa mesma autora ressalta que esses sintomas apresentados pelos pacientes nem sempre necessitam de medicamentos, mas sim de um cuidado holístico. Vale salientar que toda a estratégia de cuidado deve ser em conformidade com a família e o paciente para que o profissional estabeleça uma parceria de confiança.

Colaborando também para essa visão, Rodrigues (2004), acredita que o profissional deve ser apto a atender ao paciente e familiares com uma sensibilidade mais apurada, com uma visão no doente e não somente na doença.

O desafio da ESF em ajudar as famílias que enfrentam o processo de cuidados em paciente em estágio avançado da doença, é uma questão não somente de ordem prática e técnica, mas também social. É revoltante e frustrante para a equipe se deparar com situações econômicas extremas, como a carência de insumos básicos, de alimentação, de roupas e material de limpeza, aliadas às inadequadas condições de moradia. Tudo isso, muitas vezes, acaba por deixar os profissionais impossibilitados de agir, o que lhes propicia se envolverem emocional e moralmente diante de um cenário desolador.

Como ressaltam Fleurerwerker e Merhy (2008), muitos profissionais não somente se responsabilizam pelo ato de cuidar, mas alargam suas emoções na tentativa de minimizar a dor que a família vem sentindo.

As relações familiares serão complexas neste momento, marcadas por um sentimento de amor, ódio e incertezas e, por essa razão, é de suma importância dar apoio aos familiares para que eles possam atravessar essa fase com menos sofrimento.

Pelas limitações impostas pela doença em curso, o doente necessita de cuidados integrais e vai necessitar deles até a sua finitude. Para isso, faz-se necessário um cuidado intenso, contudo, o Enfermeiro passa a ter a responsabilidade de informar e auxiliar o cuidador e seus familiares. Nesse momento, as emoções serão mais exacerbadas, e cabe pois, ao profissional, ajudá-los no enfrentamento ao lidar com a raiva, angústia, medo, frustração e depressão.

Essas questões, muitas vezes, podem e devem ser resolvidas em uma escuta qualificada numa troca simbólica de saberes ou encaminhadas aos cuidados do profissional qualificado (LAVOR, 2006; PY, 2004).

O tratamento oferecido nos Cuidados Paliativos são ações que visam principalmente à qualidade de vida, dentro do ESF, as estratégias nesse tipo de cuidado deve ser além das elencadas anteriormente, mas também com abordagem familiar mais abrangente, indagando-se, como será que a família está lidando com toda essa mudança na rotina familiar, e quais as mudanças provocadas na vida de todos os membros envolvidos, como foi recebido por eles a notícia de que seu ente está com uma doença em curso.

Portanto, diante dessas e outras indagações, há uma necessidade de que o enfermeiro lance mão de mecanismos técnicos científicos, para que ele possa ter habilidade para realizar intervenções que realmente sejam relevantes para o bem estar familiar.

Partindo desse pressuposto, os profissionais da Atenção Primária necessitam, de fato, um cuidado resolutivo técnico. Entretanto é necessário buscar, através da literatura, manejos e cuidados com pacientes oncológicos disponíveis nas bibliotecas virtuais do Ministério da Saúde, e propor aos gestores, educação continuada para uma abordagem mais consistente e resolutiva (PESSINI, 2001).

O planejamento terapêutico para pacientes em estágio terminal deve contemplar a restauração da qualidade de vida, conforto, alívio dos sintomas e sofrimentos, pois esse é o legado deixado pelos estudos acerca do Cuidado Paliativo, caso contrário, todo o trabalho não terá êxito positivo, e estará fadado ao insucesso (LAVOR; 2006; PY, 2004).

4.5 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS MANIFESTADAS PELO ENFERMEIRO DIANTE DO ENFRENTAMENTO DA MORTE NO DIA A DIA DE CUIDADO AOS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS.

A conceito de Representação Social surgiu em 1961 com Serge Moscovici, na obra intitulada *La Pschanalyse, son image et son public*, publicada em 1961. O conceito trabalha principalmente com a natureza do pensamento social e das trocas simbólicas, além de focalizar o modo como os símbolos influenciam na construção do conhecimento. Isso significa dizer que para que os valores e as teorias já existentes na sociedade sejam internalizados por nós, é necessário tornar familiar o que não é familiar, ou seja, há todo um movimento de renomeação e recategorização dos símbolos já internalizados, em outros símbolos, elaborados após serem reorganizados (NEVES, 2010).

Nesse cenário, a linguagem representa um papel importante na formação do conhecimento, favorecendo reconstruções de regras, valores e associação de ideias, fazendo com que o desconhecido passe a ser simbolicamente conhecido. Dessa forma, a comunicação e a linguagem dentro da sua diversidade têm um papel preponderante nas trocas de informações, valores, conhecimentos, opiniões, crenças e condutas.

A comunicação em massa veiculada por jornais e revistas, programas de divulgação de carácter científico e cultural, é um forte elemento influenciador no modo como as pessoas enxergam a realidade e de como a representam em seu universo simbólico.

Para Neves (2010), a Representação Social tem como objetivo entender a maneira como o individuo capta o mundo à sua volta, buscando resolver, compreender seus problemas e encontrar respostas.

Especificamente, no caso do Cuidado Paliativo, morte, sofrimento e dor, a teoria ganha sentido, quando explicada pelas Representações Sociais, pois compreende que o indivíduo quando se integra como sujeito ativo das suas imagens, pensamentos ideias, ele se transforma e propicia mudanças em seu entorno social, porque rompe com os senso comum. Por outro lado entretanto, quando o individuo se baseia apenas no senso comum, ele engessa seu comportamento, pois terá sempre uma visão pré-determinada de sociedade.

Sobre o pensamento humano nas sociedades contemporâneas, observa-se que Moscovici em 1983 , propõe a existência de dois universos de pensamento: os *reificados* e os consensuais. Nos primeiros, que são os representantes do saber científico e acadêmico, o conhecimento e validado segundo rigores lógicos, objetivos e metodológicos e, no segundo, há uma “logica natural”, como assevera ainda Spink (2004) sendo o conhecimento legitimado pela atividade intelectual compartilhada socialmente no cotidiano, sendo menos compromissada com as exigências da objetividade e da verossimilhança. As produções que se voltam para o pratico acabam por formar as Representações Sociais.

Aprofundando-se mais no conceito de Representação Social, Spink (2004); Jodelet (2001), entende que esta pode ser compreendida como um fenômeno de produção cotidiana, dinâmica e informal de conhecimento, ou seja, e o conhecimento comum, de caráter pratico que se orienta para a comunicação em ambiente social, para o domínio de compreensão do ambiente social, ideal e material de um determinado grupo social.

Para exemplificar e apresentar melhor o que pretendemos tematizar em nosso trabalho, apresentaremos excertos de uma pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro, sobre a visão do Enfermeiro do Programa Saúde da Família sobre o Cuidado Paliativo (LAVOR, 2006).

A pesquisa seguiu critérios pré-definidos, como o convite aos participantes, encontros, e transcrição e compilação dos dados. Dos 79 enfermeiros que trabalham nas unidades de saúde, 40 (quarenta) participaram do estudo, sendo que 82% eram do sexo feminino e 75% tinham entre um e cinco anos de experiência no PSF. A pesquisa foi gravada com a autorização dos grupos e teve uma duração de cerca duas horas (LAVOR, 2006).

Ao serem entrevistados acerca do conhecimento sobre Cuidados Paliativos, o pesquisador concluiu que a representação que os Enfermeiros têm sobre o conceito sugere uma representatividade coletiva na sua prática laboral. Por meio da fala de um dos entrevistados LAVOR (2006), procuraremos analisar que Representações

Sociais podem estar permeando seus discursos. *“A meu ver o cuidado paliativo tem dois objetivos fundamentais, que são a qualidade de vida da pessoa que está doente, como permanecer no contato com a família, num ambiente que ela está acostumada e se sente mais confortável, vivendo esse restinho de vida que ainda tem, então qualidade de vida e valorização da pessoa humana é importante”*.

Como tratado anteriormente, as Representações Sociais são transmitidas através do nosso conhecimento e pensamento práticos, pelo domínio do meio social onde estamos inseridos, e pelo saber científico, em que o conhecimento é validado seguindo rigores lógicos – que constituem os achados por Moscovici de universos de pensamento *consensuais e reificados* (FLATH ; MOSCOVICI, 1983).

Observa-se no excerto acima, que o discurso desse informante reflete uma representação coletiva que existe na sua prática laboral, pois em sua fala nota-se a presença do conhecimento prático, cotidiano e bastante generalista. Não se observa em nenhum momento um aprofundamento acadêmico de rigor científico e metodológico que sugira ele ter tido acesso a esse conhecimento anteriormente, ou seja, não se observa que ele não teve uma formação específica sobre esse objeto focalizado – o Cuidado Paliativo.

Dentro da pesquisa foram apontadas também as limitações dos enfermeiros acerca do cuidado com pacientes fora de possibilidade de cura, como observamos no relato descrito acima.

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A pesquisa será realizada com os Enfermeiros, em todos os PSFs da cidade de Poços de Caldas, Sul de Minas Gerais, sendo necessário realizar um Planejamento Estratégico Situacional.

Segundo Campos, Faria e Santos (2010) o método mais apropriado para obter informações para realizar intervenções é o de Estimativa Rápida, pois agiliza e

facilita o processo de mapeamento para conhecer os problemas a serem solucionados.

O Plano de Ação será elaborado em dez passos, sendo cada um de fundamental importância para o êxito do trabalho.

A estimativa rápida não é algo novo, nem tão pouco a única maneira de obter informações necessárias para se traçar o Planejamento das Ações. Porém, ele possui algumas vantagens que contribui para um resultado mais rápido e eficiente. Esse método além de ser realizado de maneira rápida e ser economicamente viável, conta com a participação da comunidade, facilitando sobremaneira o trabalho. Segundo Campos, Faria e Santos (2010), o objetivo é envolver a população, para que ela reporte suas necessidades e problemas a serem enfrentados, autoridades governamentais e não governamentais, também contribuem para auxiliar no enfrentamento dos problemas, pois são eles que controlam os recursos que possivelmente serão utilizados para o projeto.

Por essa razão, a estimativa rápida, torna-se o primeiro passo para se realizar um Planejamento efetivo, buscando agir no foco do problema, com a tentativa de minimizar e mudar o cenário a ser investigado.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Para se visualizar uma situação problema, é necessário aplicar estratégias significativas, a fim de se alcançarem os objetivos propostos a serem solucionados.

Agir estrategicamente, segundo Dagnino (2012), seria uma forma de planejar enfrentamento face aos obstáculos, para elaborar soluções viáveis.

Para se formular um problema é necessário um planejamento estratégico sério e compromissado, caso contrario, as decisões futuras serão equivocadas e

fadadas ao insucesso, como afirma Dagnino (2012), "um problema não é uma ausência de solução".

O objetivo proposto para realizar a intervenção é buscar, dentro das Representações do Enfermeiro frente ao Cuidado Paliativo, uma forma de melhoria na assistência prestada, com vistas a influenciar positivamente na qualidade de vida do paciente diante da proximidade da morte.

Antes de iniciar o Plano de Ação, será necessário o cumprimento de dois aspectos éticos, a autorização do Gestor da Secretário Municipal de Saúde da cidade em questão, para realização da pesquisa e do Planejamento das Ações e o cumprimento da resolução nº 466/2012 qual foi atualizada e publicada em junho de 2013.

A resolução do CNS nº 466/2012 refere-se a pesquisas em seres humanos. Dentre as exigências dessa resolução, está a obrigatoriedade de que os participantes, ou representantes deles, sejam esclarecidos sobre os procedimentos adotados durante toda a pesquisa e sobre os possíveis riscos e benefícios do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) à ser assinado (BRASIL, 1996). Os profissionais que aceitarem a participar da pesquisa deverão preenchê-lo e assiná-lo. O pesquisador deverá esclarecer os objetivos do estudo, assim como o anonimato e a desistência em qualquer fase da mesma. O termo será entregue a todos os Enfermeiros após a Secretária de Saúde do município ter consentido com a pesquisa. ANEXO- A

Para o pedido de autorização da gestora do município de Poços de Caldas, será entregue um pedido formal de liberação para realizar a pesquisa com os Enfermeiros do ESF's, pois as unidades de Atenção Primária são de responsabilidade direta da Prefeitura Municipal do município de Poços de Caldas. ANEXO - B

Para se alcançarem as esse objetivo, é necessários elencar os passos que serão dados a seguir.

7.1 PRIMEIRO PASSO

A Informação é um recurso importante na tomada de decisão dentro de um planejamento estratégico, pois possibilita executar e avaliar as ações que serão realizadas futuramente, o que irá, sobremaneira, contribuir para uma maior reflexão e ações mais resolutivas para a situação apresentada.

O objetivo geral proposto para este trabalho, é saber quais são as Representações Sociais dos enfermeiros em relação à Cuidados Paliativos. E se o paciente em cuidados paliativos é afetado pelas suas Representações.

Será realizada uma pesquisa qualitativa com as enfermeiras, em todos os PSFs da cidade de Poços de Caldas, Sul de Minas Gerais, e também um questionário sobre as Representações Sociais em Cuidados Paliativos. Serão quantificadas as análises para conhecermos as representações referenciadas por elas sobre o Cuidado Paliativo.

A partir dos resultados, serão realizadas intervenções, educação continuada, permanente e matriciamento dos processos. Identificar quantos pacientes estão em Cuidados Paliativos na cidade e se eles fazem parte da área de abrangência do ESF.

Identificar como os cuidados estão sendo realizados pelos Enfermeiros, nas unidades dos ESF que possuem pacientes em estágio avançado da doença.

Para se alcançar as metas elaboradas, será necessário realizar um Planejamento Estratégico Situacional, segundo Campos, Faria e Santos (2010) o método mais apropriado para obter informações para realizar intervenções é o de Estimativa Rápida, pois agiliza e facilita o processo de mapeamento para conhecer os problemas a serem solucionados.

7.2 SEGUNDO PASSO

Como já elencado acima, a responsabilidade da equipe da Saúde da Família, na atenção domiciliar, é um enfrentamento com alto nível de tensão. Depara-se com dificuldades técnicas e psicológicas para lidar com pacientes em estágio terminal, acreditando que muitos não foram preparados para esse tipo de cuidar (FEUERWERKER ; MERHY ,2008)

Os profissionais precisam buscar na literatura manejos e cuidados com pacientes oncológicos. Os profissionais da Atenção Primária necessitam, de fato, de um cuidado resolutivo técnico (PESSINI, 2001).

Como critério para a solução dos problemas, necessitamos priorizar as atividades, sua urgência bem como a capacidade de enfrentamento, criando desta forma uma planilha (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 1- Classificação de prioridades de problemas identificado, nos PSF's da cidade de Poços de Caldas, no período/ano

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
A representação de Cuidados Paliativos pelos Enfermeiros.	Alta	1	Parcial	1
Contextualizar o tema Cuidados Paliativos para os enfermeiros	Alta	1	Parcial	1
Educação continuada	Alta	2	Parcial	3
Educação permanente	Alta	2	Parcial	3
Matriciamento	Alta	3	Parcial	4
Quantificar os Pacientes em Cuidados Paliativos nos PSF's	Alta	1	Parcial	2

*** Valores de referencia para Urgência 1 a 5 sendo um muito urgente e 5 pouco urgente**

7.3 TERCEIRO PASSO

Para se ter uma dimensão sobre a representatividade dos Cuidados Paliativos e se ela incide nos cuidados com os pacientes, é necessário buscar informações reais e importantes, bem como os dados da população da cidade em questão, e como são as Políticas Públicas em saúde, principalmente na oncologia.

Poços de Caldas é um [município brasileiro](#) localizado em Minas Gerais, sendo o principal da região Sul/Sudoeste de MG, com uma população de 152.435 habitantes (IBGE, 2014).

É também o município com maior [Índice de Desenvolvimento Humano](#) (IDH) do estado, 0,841 ([MG: 1º](#)) – [elevado PNUD/2000](#) .[1]

A Secretaria de Saúde de Poços de Caldas tem por finalidade formular e coordenar a política de saúde da administração pública municipal, em íntima e estreita cooperação com os demais órgãos envolvidos no processo de melhoria da qualidade de vida da população, desenvolvendo ações coordenadas no sentido da prevenção de doenças, promoção e desenvolvimento da saúde e dos mecanismos de acesso da população de baixa renda e carente aos serviços e oportunidades oferecidas pelo Sistema. E também, elaboração, coordenação o acompanhamento da execução de programas, DST/ AIDS, Hanseníase, Tuberculose, Saúde da Mulher, hipertensos, diabéticos, prevenção do Colo de Útero e de Mama entre outros.

Os pacientes oncológicos são atendidos pelo Unacon - Unidade de Atendimento de Alta Complexidade em Oncologia criada em 2003, que oferece atendimento a pacientes de Poços de Caldas e de outras 80 cidades da região.

A unidade possui tratamento para os mais diversos tipos de câncer e para isso, conta com o trabalho de mais de vinte médicos de várias especialidades. Por mês no hospital são realizadas pouco mais de 40 cirurgias de alta complexidade em oncologia e mais de 500 sessões de quimioterapia. Durante o último censo do IBGE realizado em 2012, na cidade de Poços de Caldas, 168 pessoas morreram por

doenças oncológicas na cidade entre homens, mulheres e crianças. Essa pesquisa, mostra um cenário importante, revelando que a terceira maior causa de morte por doenças na cidade é o câncer (IBGE, 2012).

Observamos por meio dos dados IBGE, que existe na cidade um alto índice e óbitos acometidos por câncer, e gostaríamos de saber quantos pacientes recebem os cuidados necessários propostos pelas ideologias dos Cuidado Paliativos nos PSF's?

São muitos os problemas encontrados, entre eles a falta de materiais adequados para curativos que os auxiliam no conforto do paciente e o tempo disponibilizado para realizar as visitas domiciliares.

Os materiais e insumos entre outros, não são disponíveis, existe uma burocracia que atrapalha o fluxo do atendimento, necessitando de um improviso, muitas vezes o pedido de curativos chegam após óbito do paciente.

A falta de tempo nas visitas domiciliares, também colabora para que os cuidados paliativos não aconteça de maneira efetiva e relevante, esse tipo de assistência por assim dizer, necessita do profissional uma atenção redobrada e humanizada, ou seja, é muito difícil dentro do Programa de Saúde da Família, disponibilizar tempo para que isso aconteça, pois cada unidade possui somente um enfermeiro para gerenciar e cuidar dos pacientes que fazem parte da área adscrita, aumentando sobremaneira a carga de atribuições desse profissional, diminuindo a qualidade de assistência principalmente nas visitas domiciliares (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Diante desse cenário, faz-se necessário uma busca dos pacientes oncológicos fora de possibilidade de cura. Para facilitar o processo de informações adicionais, auxiliando desta forma no processo do planejamento. Para isso, utilizaremos descritores, mas sem valores quantitativos, pois o projeto é uma proposta de intervenção.

Quadro 2- Descritores do processo de informações, dos PSF's da cidade de Poços de Caldas, no período/ano.

Descritores	Valores	Fontes
Pacientes em cuidados Paliativos Feminino	Serão quantificados	UNACON
Pacientes em cuidados Paliativos Masculino	Serão quantificados	UNACON
Pacientes em cuidados Paliativos Crianças	Serão quantificados	UNACON
Pacientes em cuidados Paliativos adolescente	Serão quantificados	UNACON
Quantificar PSF	Serão quantificados	SIAB
Pacientes em cuidados Paliativos Feminino na área de abrangência do PSF	Serão quantificados	Registro da Equipe
Pacientes em cuidados Paliativos Masculino na área de abrangência do PSF	Serão quantificados	Registro da Equipe
Pacientes em cuidados Paliativos Criança na área de abrangência do PSF	Serão quantificados	Registro da Equipe
Pacientes em cuidados Paliativos Adolescente na área de abrangência do PSF	Serão quantificados	Registro da Equipe

7.4 QUARTO PASSO

O objetivo agora é explicar os problemas, na tentativa de compreendê-lo, identificando-os e relacionando-os entre si.

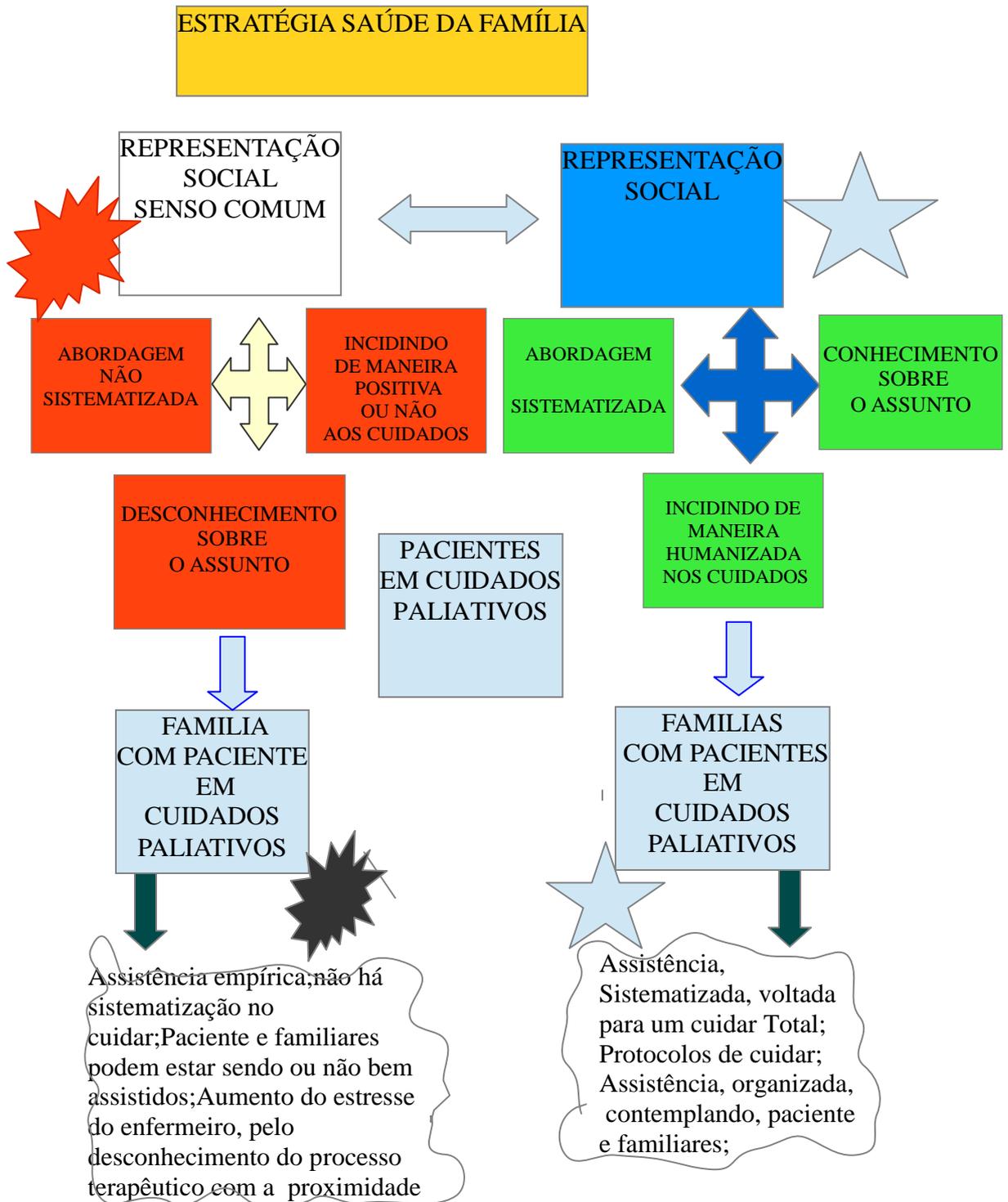
Como já referenciado acima, partimos do pressuposto de que os profissionais devem ser aptos a atender ao paciente e familiares com uma sensibilidade mais apurada, com uma visão no doente e não somente na doença.

O desafio da ESF em ajudar as famílias que enfrentam o processo de cuidados em paciente em estágio avançado da doença, é uma questão não somente de ordem prática e técnica, mas também social, as limitações impostas pela doença em curso, o doente necessita de cuidados integral e vai necessitá-lo até a sua finitude. As relações familiares serão complexas nesta fase, marcadas por turbilhões de sentimentos (RODRIGUES, 2004).

Verificamos através da literatura que de fato os profissionais da atenção primária, precisam ser resolutivos. Para Pessini, (2001), os Enfermeiros devem buscar maiores informações na assistência ao paciente terminal. Propor aos gestores, educação continuada para uma abordagem mais consistente e resolutiva que os auxiliem a ter uma assistência mais humanizada e com qualidade.

Reitera-se que o planejamento terapêutico para pacientes em estágio terminal deve contemplar a restauração da qualidade de vida, conforto, alívio dos sintomas e sofrimentos, pois esse é o legado deixado pelos estudos a cerca do Cuidado Paliativo, caso contrário, todo o trabalho não terá êxito positivo, e estará fadado ao insucesso (LAVOR, 2006; PY, 2004).

Figura 1- Árvore explicativa das representações sociais dos Enfermeiros em Cuidado Paliativo e suas implicações



7.5 QUINTO PASSO

Para selecionar os “nós críticos”, faz-se necessário identificar criteriosamente a causa mais importante aquela que deu origem ao problema.

Ancorado na literatura descrita acima, observamos alguns itens impactantes que incidem sobremaneira no objetivo do Planejamento. O problema considerado “nós críticos” foram:

- Os enfermeiros deverão ser capacitada para trabalhar com a população adscrita, observando as características demográficas, sócias e epidemiológicas com a finalidade de intervir nos problemas (BRASIL , 2005).
- A assistência primaria, deve organizar as consultas e priorizar as que de certa forma são relevante, em especial as visitas domiciliares (BRASIL, 2012).
- Os cuidados baseados nos princípios doutrinários do SUS principalmente na integralidade, onde o processo de trabalho está centrado no usuário, desde a sua concepção ao final da vida. Portanto faz-se necessário a inclusão dos Cuidados Paliativos na Atenção Primária(COMBINATO; MARTIN, 2012).
- Os cuidados devem visar uma melhora nos sintomas mais estressores controlando-o na tentativa de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de todos que estão a sua volta. Busca-se desta forma oferecer meios possíveis e reais para trazer mais segurança ao paciente e familiares (FLORIANI; SCHIRAMM, 2007).
- Os cuidados demandam por parte do Enfermeiro uma estrutura de cuidados total. Proporcionar a família medidas necessárias e importantes no processo de cuidar para que todos envolvidos neste cenário estejam amparados e seguros evitando assim o adoecimento de algum ente apos a morte do paciente.
- A rede de atendimento deve ser flexível e disponível para oferecer ao paciente e familiares conforto e segurança, onde dentro do possível suas necessidades sejam respeitadas (BRASIL, 2009).

- Desenvolver habilidades técnicas e psicológicas para os Enfermeiros conseguirem lidar com pacientes em estágio terminal, pois acreditamos que muitos não foram preparados para esse tipo de cuidar (FEUERWERKER; MERHY, 2008).
- Os Enfermeiros deverão ajudar as famílias não somente de maneira prática e técnica, mas também social (FEUERWERKER; MERHY, 2008).
- Propor aos gestores, educação continuada para uma abordagem mais consistente e resolutiva (PESSINI, 2001).
- Um planejamento terapêutico para pacientes em estágio terminal, que contemple a restauração da qualidade de vida (LAVOR, 2006; PY 2004).
- A representação social influenciado na construção do conhecimento, incidindo no cuidado ao paciente fora de possibilidade de cura, de maneira positiva ou não (NEVES, 2010).

7.6 SEXTO PASSO

Neste momento o planejamento deve seguir um Plano de Ação propriamente dito. Os objetivos desse passo é descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós” críticos. Identificar os produtos e resultados para cada operação definida e por ultimo identificar os recursos necessários para concretização das operações.

Para o desenvolvimento do plano é necessário alguns recursos como: financeiro, recursos humanos, conhecimentos disponíveis e acumulados recursos políticos. Ressaltando que o fracasso de um plano estão ligados a baixa valorização atribuída a esses recursos. Por essa razão, faz-se necessário neste momento ter muita clareza no produto e resultados esperados das operações, pois eles irão auxiliar no monitoramento do Plano de Ação a ser executado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010)

Para facilitar na apresentação dos problemas encontrados e no monitoramento do projeto, foi confeccionada uma planilha.

Quadro 3.1- Operações para os “nós” críticos dos problemas encontrados, nos PSF's da cidade de Poços de Caldas no período/ano

Nó crítico	Operação Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessário
Capacitar os enfermeiros	+ Saber Educação e conhecimento	Implementar ações com os enfermeiros de forma a propor mudanças nas representações acerca dos Cuidados Paliativos, com a finalidade de beneficiar o paciente.	Educação continuada. Educação Permanente. Matriciamento	Econômico- para organizar as Palestras e seminários Organizacionais estratégias e recursos humanos para elaboração dos temas e locais a serem executados os eventos Cognitivo - Estratégia de elaboração para o aprendizado.
Assistência primária organizada, para visitas no domicílio	+ Saber Educação e conhecimento de gerenciamento	Atender de maneira sistematizada os pacientes em cuidados paliativos.	Reuniões com a coordenação Educação Continuada	Econômico- para organizar as Palestras e seminários Organizacionais estratégias e recursos humanos para elaboração dos temas e locais a serem executados os eventos Cognitivo - Estratégia de elaboração para o aprendizado.

Quadro 3.2- Operações para os “nós” críticos dos problemas encontrados, nos PSF's da cidade de Poços de Caldas no período/ano

Nó crítico	Operação Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessário
Inclusão de cuidados Paliativos na ESF	+ Saber Gerenciamento dos cuidados e reestruturação do sistema dos PSF	Incluir cuidados paliativos na rotina dos cuidados dos ESF	Reunião com os gestores. Educação continuada. Educação Permanente	Econômico- para organizar a incorporação dos Cuidados Paliativos no Sistema , organizar Palestras e seminários para compreender melhor como será realizado os cuidados Organizacionais estratégias e recursos humanos para elaboração dos Cuidados Paliativos nos PSF's Cognitivo - Estratégia de elaboração para o aprendizado e informações sobre o sistema

Quadro 3.3- Operações para os “nós” críticos dos problemas encontrados, nos PSF's da cidade de Poços de Caldas no período/ano

Nó crítico	Operação Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessário
Cuidados visando a melhoria dos sintomas	Linha de Cuidado Implantar através de protocolos a linha de cuidado.	Melhorar a qualidade de vida do paciente e seus familiares	Reuniões com a coordenação Educação Continuada, com equipe multiprofissional e principalmente com a farmacêutica dos PSF"	Econômico- para organizar as Palestras e seminários, Organizacionais estratégias e recursos humanos para elaboração dos temas e locais a serem executados os eventos, confeccionar folhetos, protocolos para todas as unidades. aquisição de equipamentos e e aquisição de medicamentos para dor, a ser disponibilizado na farmácia popular Cognitivo - Estratégia de elaboração para o aprendizado e utilização dos novos recursos

Quadro 3.4- Operações para os “nós” críticos dos problemas encontrados, nos PSF's da cidade de Poços de Caldas no período/ano

Nó crítico	Operação Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessário
Elaboração do processo de cuidar no pós luto	Linha de Cuidado Implantar juntamente com a equipe NASF grupos de apoio	Auxiliar os familiares no enfrentamento do luto e prevenir possíveis adoecimentos dos cuidadores / familiares.	Reuniões com a coordenação Educação Continuada, com equipe multiprofissional e principalmente com a Psicóloga dos PSF's	Econômico- para organizar as Palestras e seminários, encontros, grupos de apoio ao profissionais para que eles possam realizar um trabalho de qualidade. Organizacionais estratégias e recursos humanos para elaboração dos temas e locais a serem executados os eventos Cognitivo - Estratégia de elaboração para o aprendizado.

Quadro 3.5- Operações para os “nós” críticos dos problemas encontrados, nos PSF's da cidade de Poços de Caldas no período/ano

Nó crítico	Operação Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessário
Trabalhar com os intersetores de maneira efetiva	+ Saber Articular juntamente com os gestores a melhor forma de realizar um protocolo eficiente.	Ter apoio técnico e efetivo minimizando problemas e auxiliando o paciente e familiares	Reunião com os gestores. Educação continuada. Educação Permanente	Econômico- para organizar a incorporação dos Cuidados Paliativos no Sistema, articulando com os intersetores, organizar Palestras e seminários para compreender melhor como será realizado os cuidados Organizacionais estratégias e recursos humanos para elaboração de protocolo de ajuda quando for solicitado os setores ligados aos PSF's para os pacientes em Cuidados Cognitivo - Estratégia de elaboração para o aprendizado e informações sobre o sistema

Quadro 3.6- Operações para os “nós” críticos dos problemas encontrados, nos PSF's da cidade de Poços de Caldas no período/ano

Nó crítico	Operação Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessário
Preparo psicológica s com os enfermeiros , para lidar com a Morte e a proximidad e dela.	Viver Melhor Articular com os gestores grupos de apoio aos enfermeiros com relação as suas necessidades psicológicas	Diminuir o Estresse dos profissionais que lidam com esses pacientes. Auxiliar os profissionais no enfrentamento da morte. Ter uma representação mais assertiva com relação aos pacientes fora de possibilidade de cura.	Reuniões com a coordenação Educação Continuada, com equipe multi-profissionais principalmente com a Psicologa dos PSF's	Econômico- para organizar as Palestras e seminários, encontros, grupos de apoio ao profissionais Organizacionais estratégias e recursos humanos para elaboração dos temas e locais a serem executados os eventos Cognitivo - Estratégia de elaboração para o aprendizado.
Estratégia de cuidados voltados também para o social.	Linha de Cuidado Articular com os profissionais estratégias para elaboração de protocolos	Melhorar o atendimento as famílias. Ser resolutivo, minimizando estresse entre os familiares e os enfermeiros	Reuniões com a coordenação Educação Continuada, com equipe multiprofissio nal , e principalmente com a Assistente Social dos PSF's	Econômico- para organizar as Palestras e seminários, encontros, grupos de apoio ao profissionais Organizacionais estratégias e recursos humanos para elaboração dos temas e locais a serem executados os eventos Cognitivo - Estratégia o aprendizado.

Quadro 3.7- Operações para os “nós” críticos dos problemas encontrados, nos PSF's da cidade de Poços de Caldas no período/ano

Nó crítico	Operação Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessário
Um planejamento terapêutico para pacientes em estágio terminal	Linha de Cuidado Articular com os profissionais estratégias para elaboração de protocolos	Melhorar a qualidade de vida do paciente e familiares. Diminuir dor. Cuidados mais eficientes. Saber o que fazer e como fazer.	Reuniões com a coordenação Educação Continuada, com equipe multiprofissional , e principalmente com a farmacêutica dos PSF"	Econômico- para organizar as Palestras e seminários, Organizacionais estratégias e recursos humanos para elaboração dos temas e locais a serem executados os eventos, confeccionar folhetos, protocolos para todas as unidades. aquisição de equipamentos e aquisição de medicamentos para dor, a ser disponibilizado na farmácia popular Cognitivo - Estratégia de elaboração para o aprendizado.

7.7 SÉTIMO PASSO

O objetivo desse passo é identificar os recursos críticos que deverão ser utilizados em cada operação, pois irá depender da disponibilidade deles a elaborações desejadas do projeto (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Esses mesmos autores informa que os recursos críticos são considerados indispensáveis para execução do projeto, com isso é de fundamental importância que a equipe tenha clareza dos recursos à serem utilizados, para que possa ter viabilidade as ações desejadas.

Tendo em vista que muitos enfermeiros desconhecem a representatividade do Cuidado Paliativo na atenção primária, essa seria uma das razões críticas do projeto, e também uma importante investigação, pois o resultado irá incidir diretamente nos passos do Planejamento das Ações.

Para melhor ilustrá-los realizamos um quadro.

Quadro 4.1 – Recursos críticos para o desenvolvimento do projeto, nos PSF's da cidade de Poços de Caldas, no período/ano

Operações / projetos	Recursos críticos
+ Saúde	<p>Político- tendo em vista que esse tipo de cuidado não existe burocraticamente na rede de atenção básica, será necessário uma articulação com gestores para a provação do projeto</p> <p>Cognitivo- adesão dos profissionais</p> <p>Financeiro- aquisição de materiais para estudo e confecção de folhetos, pagamento dos profissionais que realizarão os cursos.</p> <p>Organizacional- disponibilidade de recursos humanos para realizaçãodas educações continuadas, compra de equipamentos para realizar o projeto em <i>locus</i> pois cada unidade deverá dispor de materiais necessário para realizar cuidados nos PSF's- aquisição de medicação necessária ao controle da dor e outros sintomas.</p>
Viver Melhor	<p>Político- tendo em vista que esse tipo de cuidado não existe burocraticamente, na rede de atenção básica, será necessário uma articulação com gestores para a provação do projeto</p> <p>Cognitivo- adesão dos profissionais</p> <p>Financeiro- aquisição de materiais para estudo e confecção de folhetos, pagamento dos profissionais que realizarão os cursos.</p> <p>Organizacional- disponibilidade de recursos humanos para realização das educações continuadas</p>
Saber +	<p>Político- tendo em vista que esse tipo de cuidado não existe burocraticamente na rede de atenção básica, será necessário uma articulação com gestores para a provação do projeto</p> <p>Cognitivo- adesão dos profissionais</p> <p>Financeiro- aquisição de materiais para estudo e confecção de folhetos, pagamento dos profissionais que realizarão os cursos.</p> <p>Organizacional- disponibilidade de recursos humanos para realização das educações continuadas</p>

Quadro 4.2 – Recursos críticos para o desenvolvimento do projeto, nos PSF's da cidade de Poços de Caldas, no período/ano

Operações/ projetos	Recursos críticos
Cuidar Melhor	<p>Político- tendo em vista que esse tipo de cuidado não existe burocraticamente na rede de atenção básica, será necessário uma articulação com gestores para a provação do projeto</p> <p>Cognitivo- adesão dos profissionais</p> <p>Financeiro- aquisição de materiais para estudo e confecção de folhetos, pagamento dos profissionais que realizarão os cursos.</p> <p>Organizacional- disponibilidade de recursos humanos para realização das educações continuadas.</p>
Linha de Cuidado	<p>Político- tendo em vista que esse tipo de cuidado não existe burocraticamente na rede de atenção básica, será necessário uma articulação com gestores para a provação do projeto</p> <p>Cognitivo- adesão dos profissionais</p> <p>Financeiro- aquisição de materiais para estudo e confecção de folhetos, pagamento dos profissionais que realizarão os cursos.</p> <p>Organizacional- disponibilidade de recursos humanos para realização das educações continuadas.</p>

7.8 OITAVO PASSO

Não há governabilidade para realizar as ações proposta nos ESF's da cidade por parte do executor do projeto, pois depende da aprovação da Secretaria de Saúde e seus atores, a viabilidade da implantação do mesmo. Entretanto, mesmo com a incertezas da execução do trabalho o quadro abaixo demonstra a proposta das ações e como serão realizadas a motivação para que os enfermeiros se sensibilize, observando que será melhor entender e sistematizar o trabalho em cuidados Paliativos, para que todos possam ganhar, Enfermeiros- equipe – paciente– familiares .

Quadro 5.1- Proposta das ações para a motivação dos atores, nos PSF's da cidade de Poços de Caldas, no período/ano

Operações projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos Ator que controla/ Motivação	Ação estratégica
<p>Transformação dos saberes</p> <p>Implementar ações que com os enfermeiros de forma a propor mudanças nas representações acerca dos cuidados paliativos, visando com a finalidade de beneficiar o paciente.</p>	<p>Econômicos- materiais para a realização das aulas, de maneira criativa e dinâmica e Profissionais capacitados para ministrá-las</p> <p>Organizacional- local adequado para a realização das aulas.</p> <p>Cognitivo- buscar uma transformação dos saberes de senso comum para os saberes científicos.</p> <p>Político- apoio dos gestores</p>	<p>Coordenação dos ESF's Gestores / Favoráveis ou não depende da representação dos profissionais</p>	<p>Realizar a demonstração do projeto para a secretaria de saúde, para que eles possam fazer apreciação do trabalho.</p>

Quadro 5.2 - Proposta das ações para a motivação dos atores, nos PSF's da cidade de Poços de Caldas, no período/ano

Operações projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos Ator que controla/ Motivação	Ação estratégica
<p>Linha de Cuidado Implantar através de protocolos a linha de cuidado.</p>	<p>Econômicos- materiais para realizar as aulas, de maneira criativa e dinâmica Organizacional- local adequado para a realização das aulas. Cognitivo- buscar uma transformação dos saberes de senso comum para os saberes científicos. Político- apoio dos gestores</p>	<p>Coordenação dos ESF's Gestores / Favoráveis ou não depende da representação dos profissionais.</p>	<p>Após o parecer favorável da secretaria, incentivar os atores realizar as atividades.</p>

Quadro 5.3 - Proposta das ações para a motivação dos atores, nos PSF's da cidade de Poços de Caldas, no período/ano

Operações projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos Ator que controla/ Motivação	Ação estratégica
<p>Viver Melhor Diminuir o Estresse dos profissionais que lidam com esses pacientes.</p> <p>Auxiliar o profissionais no enfrentamento da morte. Ter uma representação mais assertiva com relação aos pacientes fora de possibilidade de cura.</p>	<p>Econômicos- materiais para realizar as aulas, de maneira criativa e dinâmica. Profissionais capacitados para realização das aulas</p> <p>Organizacional local adequado para a realização das aulas.</p> <p>Cognitivo- buscar uma transformação dos saberes de senso comum para os saberes científicos.</p> <p>Político- apoio dos gestores</p>	<p>Coordenação dos ESF's Gestores / Favoráveis ou não depende da representação dos profissionais Gestores</p>	<p>Oferecer aos profissionais, grupos de apoio para o enfrentamento das ações (morte e Morrer)</p>

7.9 NONO PASSO

A principal função desse passo é sistematizar os atores responsáveis pelo projeto e operacionalizar as ações necessárias, para garantir que elas sejam executadas de maneira séria, coerente, organizada e sempre informando aos gestores o andamento do projeto (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 6.1- Elaboração do plano operativo para os PSF's da cidade de Poços de Caldas, no período/ano

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
+ Saúde Transformação dos saberes, práticos e teóricos dos enfermeiros	Incorporar os Cuidados Paliativos na Atenção Básica	Curso Palestra Seminário Visitas técnicas em outras cidades que já executam o projeto	Elaborar aulas interativas, criativas e dinâmicas	Gestor, coordenador	Três meses para, apresentar do projeto/ e capacitar o enfermeiro
Viver Melhor Preparo psicológica com o enfermeiro, para lidar com a Morte e a quando for chegando a finitude	Dar suporte aos enfermeiros para que eles possam cuidar melhor dos pacientes, pois suas ações incidem diretamente no cuidado com o paciente	Realizar protocolo para atender melhor, e técnicas de para avaliar as ações.	Formação dos Grupos de apoio aos enfermeiros	Psicólogos do PSF	Encontros de 2 em 2 meses para realização das terapia em grupos

Quadro 6.2- Elaboração do plano operativo para os PSF's da cidade de Poços de Caldas, no período/ano

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Linha do Cuidado Estabelecer um cuidado sistematizado para os pacientes/familiares	Melhorar os cuidados, facilitar o manejo com paciente, através de protocolos que serão criados	Realizar protocolo de para atender melhor, e técnicas de avaliação; Treiná-los	Encontros de 2 em 2 meses para planejar, elaborar, discutir e executar as ações	Enfermeiros após a capacitação	observar pelo menos de 2 em 2 meses, como anda o projeto. Fazer encontros matriciar; verificara agenda das unidades para não atrapalhar o fluxo das atividades já existentes
Cuidar Melhor Melhorar a qualidade de vida dos pacientes, sistematização de assistência	Sistematização da assistência de enfermagem, incidindo sobremaneira na qualidade de vida do paciente e seus familiares	Realizar protocolo para melhor atender e técnicas de avaliação, através	Encontros de 2 em 2 meses para planejar, elaborar, discutir e executar as ações	Enfermeiros após a capacitação	Pode ser colocado junto com a linha de cuidado, tendo o cuidado para não misturar as ações/objetivos de cada uma

7.10 DÉCIMO PASSO

Um processo de planejamento com êxito, necessita uma estrutura e um sistema que consiga coordenar e acompanhar a execução das operações, para que possam indicar correções e nortear rumos, que as vezes são necessários, para garantir a eficiência do projeto. Ressaltando que a comunicação entre os planejadores e executadores são de fundamental importância. A maneira como será gerenciado o plano de ação é a possibilidade que o projeto terá sucesso com maior probabilidade (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 7 – Planilha para acompanhamento do projeto.

Coordenador- Acompanhamento do Plano de Ação + **Saúde**.

Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	justificativa	Novo prazo
+ Saúde Transformar dos saberes, práticos e teóricos dos enfermeiros	Enfermeiro; Coordenadores e gestor	Avaliar após seis meses do início do projeto	Hipótese de que os Enfermeiros desconhecem o que é Cuidado Paliativo e como são realizados as ações para os cuidados	Orientar, capacitar e sensibilizar os atores envolvidos, para melhorar a qualidade assistencial ao paciente em cuidado paliativos.	Caso não tenham iniciado o projeto, pela falta de autonomia prazo poderá ser postergado por mais dois meses.

Quadro 8 – Planilha para acompanhamento do projeto.Coordenador- Acompanhamento do Plano de Ação **Viver Melhor**

Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	justificativa	Novo prazo
Viver Melhor Preparo psicológicas com os enfermeiros, para lidar com a Morte e a proximidade dela.	Enfermeiro; Coordenador e gestor	Avaliar após 12 meses do inicio do projeto	Hipótese de que os Enfermeiros não sabem lidar com a morte e a a proximidade dela , diante da equipe e da família	Auxilar os enfermeiros no enfrentamento da morte e o morrer de maneira menos traumática e estressante	6 meses

Quadro 9 – Planilha para acompanhamento do projeto.Coordenador- Acompanhamento do Plano de Ação **Cuidar Melhor**

Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	justificativa	Novo prazo
Cuidar Melhor Melhorar a qualidade de vida dos pacientes, Sistematizar assistência	Enfermeiro; Coordenador e gestor	Avaliar após seis meses do inicio do projeto	Hipótese de que os Enfermeiros desconhecem o que é Cuidado Paliativo e como são realizado as ações para os cuidados.	Melhorar os cuidados, facilitar o manejo com paciente, através de protocolos que serão criados	Caso não tenham iniciado o projeto, pela falta de autonomia prazo poderá ser postergado por mais dois meses.

Quadro 10 – Planilha para acompanhamento do projeto.Coordenador- Acompanhamento do Plano de Ação **Cuidar Melhor**

Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	justificativa	Novo prazo
Cuidar Melhor Melhorar a qualidade de vida dos pacientes Sistematizar a assistência.	Enfermeiro; Coordenadores e gestor	Avaliar após seis meses do início do projeto	Hipótese de que os Enfermeiros desconhecem o que é Cuidado Paliativo e como são realizadas as ações para os cuidados.	Melhorar os cuidados, facilitar o manejo com paciente, através de protocolos que serão criados	Caso não tenham iniciado o projeto, pela falta de autonomia prazo poderá ser postergado por mais dois meses.

Quadro 11 – Planilha para acompanhamento do projeto.Coordenador- Acompanhamento do Pano de Ação **Linha do Cuidado**

Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	justificativa	Novo prazo
Linha do Cuidado Estabelecer um cuidado sistematizado para os pacientes/familiares	Enfermeiro; Coordenador e gestor	Avaliar após seis meses do início do projeto	Hipótese de que os Enfermeiros desconhecem o que é Cuidado Paliativo e como são realizado as ações para os cuidados.	Melhorar os cuidados, facilitar o manejo com paciente, através de protocolos que serão criados	Caso não tenham iniciado o projeto, pela falta de autonomia prazo poderá ser postergado por mais dois meses.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo que será realizado na cidade de Poços de Caldas, sul de Minas Gerais, permitirá que os PSF's e todos os atores envolvidos no desenvolvimento da estratégia de cuidar proposta pelo Ministério da Saúde, reconheçam como estão sendo realizados por parte dos Enfermeiros os cuidados com pacientes fora de possibilidade de cura. E se realmente esse profissionais tem uma representatividade acerca do tema, que contemple ações efetivas e importantes para a qualidade de vida do paciente, família e a ele próprio.

Para se alcançar esses objetivos iremos Identificar as representações sociais dos enfermeiros em relação aos Cuidados Paliativos, e se o paciente em Cuidados Paliativos de alguma maneira são afetados pelas suas representações.

Durante a pesquisa literária, observamos que muitos profissionais Enfermeiros desconhecem o que é Cuidado Paliativo na Atenção Primária, bem como sua proposta. Vale ressaltar que pela doutrina proposta pelo SUS a Integralidade, refere-se a um cuidado total do paciente, desde a sua concepção a morte, sendo necessário, portanto, incorporar nos ESF's assistência a pacientes que não mais respondem ao tratamento terapêutico.

Pelo cenário acima descrito e por se tratar de um tema de relevância para toda sociedade, faz-se necessário uma proposta de um Plano de Ação eficiente, porém desafiador, tendo em vista que muitos Enfermeiros desconhecem o que significa Cuidados Paliativos.

O Plano de Ação segue a elaboração de dez passos, sendo cada um de fundamental importância para o êxito do trabalho.

O método utilizado para o planejamento das intervenções será o de Estimativa Rápida, pois agiliza e facilita o processo de mapeamento para conhecer os problemas a serem solucionados.

Foram poucas pesquisas encontradas sobre o tema representatividade do Enfermeiro sobre os Cuidados Paliativos, desta forma surgiu a proposta de

intervenção sobre esse cuidado. Buscar melhoria na qualidade de assistência prestada ao paciente em estágio terminal dentro do território adscrito de cada ESF, é de fundamental importância, pois acreditamos que muitos profissionais envolvidos, desconhecem seu próprio cenário de atuação em relação a esse tipo de cuidar.

Por essa razão é de grande relevância que seja realizada essa pesquisa, pois incidirá sobremaneira na forma como os Enfermeiros irão agir diante de um paciente terminal. E para que isso aconteça será necessária uma abordagem cognitiva com os Enfermeiros auxiliando-os no processo desconhecimento do tema, confeccionando caderno guia, buscando proposta de ações efetivas e comprometidas. Toda essas ações visam uma melhoria terapêutica importante e acima de tudo um cuidado holístico, com pacientes, famílias e Enfermeiros.

REFERÊNCIAS

ABU-SAAD, H. H.; COURTENS, A. Developments in Palliative Care. In: ABUD-SAAD, H.H. Evidence-based palliative care: across the life span. Oxford: **Blackwell Science**, Cap.3, p.5-13, 2001.

ANDRADE, O. G. Representações sociais de saúde e de doença na velhice. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. v. 25, n. 2, p. 207-213, Maringá, 2003.

BRASIL. *Ministério da Saúde. Melhor em Casa: A segurança do hospital no conforto do seu lar. Caderno de Atenção Domiciliar*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, v.1, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; [elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna]. – 2. ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005

.BRASIL. Ministério da Saúde - **Secretaria de gestão participativa. Saúde da Família. Panorama, Avaliação e desafios**. Brasília, 2005

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília, 1996 a.

BRASIL. Ministério da Saúde - **Segundo Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**: Brasília, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família. Programas e projetos.** Brasília, 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na Atenção Básica: Ministério da Saúde**, p.9, Brasília, 2009.

BOULAY, S. **Changing the face of death: the story of Cicely Saunders.** 4 ed. Norfolk: RMEP, 1996.

SANTOS, F. S. **O desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos e a filosofia hospice.** In: SANTOS, F. S. (Org.). Cuidados paliativos – diretrizes, humanização e alívio dos sintomas. Atheneu, Cap. 1, p. 3-15, São Paulo, 2011.

COMBINATO, S.D.; MARTIN. S.T.F. *(Em defesa dos) Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde.* **O mundo da Saúde**, v.36, n.3, p.433-441, São Paulo, 2012.

COSTA; I.C.P. **Cuidados paliativos na atenção básica:** depoimentos de profissionais da saúde. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, João Pessoa, 2011.

CLARK, D.; CENTENO, C. Palliative care in Europe: an emerging approach to comparative analysis. **Clin Med**, v.6, n. 2, p. 197-201, 2006.

COSTA, F.J. *et al.* Uma Visão de Enfermagem sobre os Cuidadores Familiares e suas Dificuldades no Cuidado Domiciliar do Paciente Oncológico. **Prática Hospitalar**, ano 8, n.48, nov-dez , 2006.

DAGNINO, R.P. **Planejamento estratégico governamental**. UFSC, Departamento de Ciências da Administração – 2. ed. Reimp, Florianópolis, 2012.

FLATH, E.; MOSCOVICI, S. Social Representation, In: HARRÉ, R. e LAMB, R. (eds.). *The Dictionary of Personality and Social Psychology*. **Basil Blackwell Publisher**, Londres, 1983.

FLORIANI, C.A.; SCHRAMM, F.R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Caderno Saúde Pública**. v.23, n.9, p. 2072-80, 2007

FEUERWERKER, L.C.M.; MERHY, E.E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**. v.24, n.3, p.180–8, 2008.

FIRMINO, F. **Lutas Simbólicas das Enfermeiras no Processo de Implantação do Centro de Suporte Terapêutico Oncológico (CSTO) do Instituto Nacional de Câncer**. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2004.

JODELET, D. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro. Ed. UERJ, 2001.

SANTA CASA. <http://www.santacasapc.com.br/unhacon/> Acesso 09 de janeiro de 2014.

MACIEL, M.G.S. *et.al*. Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil / documento elaborado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006 60p. : Maciel, M.G.S. A terminalidade da vida e cuidados

paliativos no Brasil: considerações e perspectivas. **Prática Hospitalar**. v.8, n.47, p.46-9, set-out, 2006

ONOFRE, M.R.; RIBEIRO, T.M.; FREITAS, M.C. As representações sociais de cuidados paliativos e a interface com o conceito da Organização Mundial de Saúde. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 17 SENPE, Edição Atual, v.1, n.1, 2013, Natal. **Anais Eletrônicos**...Natal: ABEn 2013. Disponível: http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/atualeixo.htm
Acesso em: 10 de fev. 2014.

PEREIRA, S.P.A. *et al.* O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Enfermagem, Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família. **Revista Brasileira Enfermagem**, v.62, n.3, p.407-16, maio-jun, Florianópolis, 2009.

RODRIGUES, I. G. **Cuidados paliativos**: análise de conceito. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

RIBEIRO, S. A. R. Psicologia pediátrica em um hospital-escola. Em R. R. KERBAUY (Org.), Sobre comportamento e cognição: conceitos, pesquisa e aplicação. A ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico. **Arbytes**. p. 139-147. Santo André, 2000.

SÁ, C. P. **A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais**, Ed. UERJ, Rio de Janeiro, 1998.

SAUNDERS, C. Preface. In: DAVIES, E.; HIGGINSON, I. J. (Ed.) **The solid facts: palliative care**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004.

SILVA, F.M.; FERNANDES, P.F. M. A ética do processo ante o gerenciamento de enfermagem em cuidados paliativos. **O mundo da Saúde**, v.2, n.30 abr- jun, p.318-325, São Paulo, 2006.

SILVA, L.M.F. **Cuidados paliativos na Atenção Básica**: visão dos enfermeiros do Programa Saúde da Família - Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 2006.

SÊGA, R. A. O conceito da representação social nas obras de Denise Jodelet ano 90, n.13, julho, Porto Alegre, 2000.

SPINK, M. J. P. O Conhecimento no Cotidiano: As Representações Sociais na Perspectiva da Psicologia Social. **Brasiliense**, São Paulo, 2004.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO, Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

TEIXEIRA, M.; LAVOR, M. Assistência no modelo hospice: a experiência do INCA. In: Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALM, organizadores. Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia. **Manole**. p. 360-83, Barueri, 2006.

ANEXO – A À SECRETÁRIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE POÇOS DE CALDAS, ESTADO DE MINAS GERAIS.

Cara Senhora Secretaria de Saúde Dra Fátima Livorato do município de Poços de Caldas, venho por meio dessa solicitar a vossa senhoria autorização para fazer uma pesquisa acadêmica intitulada: *A Representação de Enfermeiros da Atenção Primária Face aos Pacientes em Cuidados Paliativos: proposta de um plano de intervenção*, junto aos Enfermeiros das Unidades de saúde do Município de Poços de Caldas. Essa pesquisa tem como objetivo melhorar o atendimento aos pacientes em Cuidados paliativos dentro da área de abrangência dos ESF's. Para isso faz-se necessário a coleta de dados quantitativos com os Enfermeiros para conseguir planejar melhor as ações a serem realizada.

Por isso peço a vossa senhoria que autorize que eu faça essa pesquisa junto aos Enfermeiros dos ESF's.

Agradeço para renovar meus votos de estima e elevada consideração.

Conto com a sua colaboração

Sem mais

Enfermeira Erika Maria Hering Ribeiro

Poços de Caldas, 23 de maio de 2014.

ANEXO- B TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **intitulada**: *A Representação de Enfermeiros da Atenção Primária Face aos Pacientes em Cuidados Paliativos: proposta de um plano de intervenção*, que tem como **objetivos**: Identificar as representações sociais dos enfermeiros em relação aos Cuidados Paliativos. E se o paciente em Cuidados Paliativos é afetado pelas suas representações. Elaborar uma proposta de intervenção que contribua, dentro das Representações do enfermeiro frente ao Cuidado Paliativo, para a melhoria da assistência prestada, com vistas a influenciar positivamente na qualidade de vida do paciente diante da proximidade da morte. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima** e **confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que trabalha. Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de questionário. Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionada a sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem. Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradeço!

Erika Maria Hering Ribeiro
Cel: (35) 92111883
Universidade Federal de Minas Gerais, MG *campus* UNIFAL Alfenas, MG

Poços de Caldas, ____ de _____ de 20__.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.