



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA COGNITIVA

JOSENE FERREIRA BATISTA

**“A VIDA NÃO É UM SOPRO”: profissionais de enfermagem imaginando cuidados
paliativos**

RECIFE

2024

JOSENE FERREIRA BATISTA

**“A VIDA NÃO É UM SOPRO”: profissionais de enfermagem imaginando cuidados
paliativos**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção do título de Doutora em Psicologia Cognitiva.

Área de Concentração: Psicologia Cognitiva.
Linha de pesquisa: Cultura e Cognição.

Orientador (a): Prof.^a Dra. Ana Karina Moutinho Lima.

Coorientador (a): Prof.^a Dra. Andréa Pantoja Garvey

RECIFE

2024

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Batista, Josene Ferreira.

"A vida não é um sopro": profissionais de enfermagem imaginando cuidados paliativos / Josene Ferreira Batista. - Recife, 2024.

183f.: il.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva, 2024.

Orientação: Ana Karina Moutinho Lima.

Coorientação: Andrea Paula Pantoja Garvey.

Inclui referências e apêndices.

1. imaginação; 2. psicologia sociocultural; 3. análise microgenética; 4. cuidados paliativos; 5. círculos de cultura. I. Garvey, Ana Karina Moutinho Lima. II. Pantoja, Andrea Paula Pantoja. III. Título.

UFPE-Biblioteca Central

JOSENE FERREIRA BATISTA

**“A VIDA NÃO É UM SOPRO”: PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM IMAGINANDO
CUIDADOS PALIATIVOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de
Pernambuco como requisito parcial para obtenção do
título de Doutora em Psicologia Cognitiva.

Aprovada em: 02/04/2024

BANCA EXAMINADORA

POR VIDEOCONFERÊNCIA

Prof.^a Dra. Sandra Patrícia Ataíde Ferreira (examinadora interna)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

POR VIDEOCONFERÊNCIA

Prof.^a Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro (examinadora externa)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

POR VIDEOCONFERÊNCIA

Prof.^a Dra. Wedna Cristina Marinho Galindo (examinadora interna)
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

POR VIDEOCONFERÊNCIA

Prof.^a Dra. Luciane De Conti (examinadora externa)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS

POR VIDEOCONFERÊNCIA

Prof.^a Dra. Nathaly Maria Ferreira Novaes (examinadora externa)
Faculdade Pernambucana de Saúde- FPS

Dedico este trabalho à minha mãe Juracy Ferreira e às minhas irmãs Juliana e Jéssica, cujo apoio e incentivo têm sido fundamentais em cada passo da vida. Seu encorajamento constante e sua presença significam mais do que palavras podem expressar. Agradeço por estarem ao meu lado, compartilhando as alegrias e os desafios, e por serem fonte constante de inspiração.

Este trabalho é dedicado a vocês com todo o meu amor e gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço sinceramente a todas as pessoas que me apoiaram ao longo deste caminho desafiador da elaboração desta tese. Suas contribuições e encorajamentos foram fundamentais para o sucesso deste trabalho.

Agradeço imensamente à minha mãe, Juracy Ferreira, e ao meu pai, José Batista (in memoriam), pelo amor, apoio e dedicação incansáveis que sempre me proporcionaram. Seu cuidado e incentivo foram essenciais para que eu pudesse acreditar e realizar meus sonhos. É emocionante recordar que minha alfabetização se tornou realidade graças a vocês. Em um ambiente onde a presença de escolas na zona rural de Garanhuns era escassa, vocês tomaram a iniciativa de criar uma pequena escola no sítio onde nasci, abrindo caminho não apenas para a minha educação, mas também para a de todas as crianças da região. Vocês são verdadeiramente minha fonte de inspiração! São o alicerce sólido no qual sei que posso confiar plenamente. Cada conquista que alcancei traz consigo a marca do amor, dedicação e apoio incansáveis que sempre me proporcionaram. Não existem palavras suficientes para expressar a profundidade da minha gratidão por tudo que fizeram por mim. Muito obrigada.

Juliana e Jéssica, minhas queridas irmãs, cujo incentivo é fonte de admiração, respeito e carinho. A cada avanço em minha jornada, sinto o apoio e encorajamento emanados de vocês. Agradeço profundamente pelo brilho que vejo em seus olhos a cada uma das minhas conquistas e pela constância do amor que permeia minha vida. Vocês são verdadeiros pilares, fundamentais em minha trajetória.

À minha orientadora, Karina Moutinho, foi um privilégio tê-la ao meu lado nesta jornada acadêmica, desde os tempos das aulas na graduação. Durante o mestrado, você se destacou como uma grande incentivadora, sempre atenciosa e paciente, dedicada a me ensinar a linguagem de uma pesquisadora, os detalhes essenciais da escrita e a adicionar aquele toque especial ao final da jornada. No doutorado, sua humanidade e paciência foram inabaláveis. Você sempre priorizou a saúde mental, sendo uma orientadora exemplar nesse aspecto. Sinto uma imensa gratidão por cada minuto que dedicou ao longo dessas longas jornadas, tentando me transmitir a habilidade de "pegar na mão do leitor", ensinando-me a observar minuciosamente os detalhes e os significados de cada palavra escrita. Suas orientações foram e continuam sendo inestimáveis para o meu crescimento acadêmico e pessoal.

Agradeço imensamente à minha co-orientadora, Andréa Pantoja Garvey, com toda sua energia contagiante e com uma disponibilidade inacreditável. Você foi fundamental neste percurso, em especial na reta final da escrita de tese.

A todos que fazem o Programa de Pós-graduação em Psicologia Cognitiva da UFPE, em especial aos que fazem com que o funcionamento desta PPG se torne possível, em suas incumbências burocráticas, mas necessárias. Agradecimento especial ao secretário Timóteo, que nunca me deixou perder datas importantes relacionadas a este percurso.

À Gessivânia Moura, minha companheira de mestrado e doutorado. Sempre disponível para ajudar, desde um ombro amigo até orientações gerais sobre os processos acadêmicos. Você é uma grande inspiração para mim.

Agradeço, ainda, a todas que fazem parte do Laboratório de Estudos da Imaginação-EIKASIA, um grupo de mulheres potentes que se renova a cada ano e se expande em inteligência, conhecimento e beleza de mulheres incríveis.

À Anna Flávia, que esteve comigo no último ano desta jornada. Foi suporte e não largou a minha mão em nenhum momento. Obrigada pela sua disponibilidade sempre carinhosa e pela participação neste processo.

Agradeço imensamente às profissionais de enfermagem que gentilmente participaram da pesquisa. Sem a colaboração delas, não teria alcançado o término deste processo da forma como o fiz. Sinto uma profunda gratidão pela disponibilidade e pela gentileza manifestadas em cada encontro.

Ao IMIP, por me proporcionar um espaço de trabalho, ensino e pesquisa.

À minha rede de apoio social, em especial, às minhas amigas incansáveis, Mariana Carvalho e Jullyane Pacheco, companheiras indiretas da jornada de um doutorado. Desistir não é uma opção para nós.

À minha companheira de rotina, Emanuele Gomes, que também participou deste percurso de um jeito especial.

Lucas Glasner, que contribuiu realizando os registros dos Círculos de Cultura. Foi fundamental contar com seu compromisso e sutileza.

A Jony Alves, Isaul Pereira e Cecília Espíndola, três pessoas super queridas que tiveram uma contribuição importante numa das etapas deste estudo.

À minha equipe de psicologia do Alfa, que foi tão generosa diante das minhas necessidades acadêmicas e ausências na rotina. Obrigada por confiarem em mim e por não terem largado a minha mão.

A todas as pessoas que me ajudaram, direta ou indiretamente, ao longo desta jornada.

RESUMO

Os Cuidados Paliativos são uma abordagem centrada na melhoria da qualidade de vida para pacientes com doenças graves e suas famílias, focando no alívio da dor, gerenciamento de sintomas, apoio emocional e espiritual, tomada de decisões e foco na qualidade de vida. O presente estudo teve como objetivo acompanhar microgeneticamente os processos de mudanças no ato de imaginar de profissionais de enfermagem sobre sua atuação em Cuidados Paliativos, mediante aplicação de Círculos de Cultura como abordagem metodológica, com trabalhadores de um hospital da cidade do Recife-Pernambuco, Brasil. Tomamos nesta investigação a tese de que o modelo da imaginação como expansão da experiência de Zittoun e colaboradores (e.g., Zittoun e Cerchia (2013) pode ser ampliado ao integrarmos com a abordagem histórico-relacional proposta por Fogel, Garvey, Hsu, e West-Stroming (2006), utilizando-se de uma análise microgenética. Trata-se de um estudo de caso de grupo, com método que envolveu duas etapas: a primeira foi dedicada à aplicação de formulário eletrônico com doze perguntas fechadas e duas perguntas abertas, referentes à cuidados paliativos. Participaram desta etapa 57 profissionais de enfermagem de 5 setores do hospital. A segunda etapa se caracterizou pela realização de três encontros dedicados a um processo educacional intitulado Círculos de Cultura, desenvolvidos por Paulo Freire (1991). Os Círculos de Cultura foram conduzidos pela pesquisadora-animadora com um grupo de sete enfermeiras do mesmo hospital que haviam participado da etapa precedente. Na etapa 1, além da identificação da frequência de ocorrência das respostas objetivas, utilizou-se a técnica da nuvem de palavras para a análise das respostas referentes às duas questões abertas. Quanto à etapa 2, foi realizada análise microgenética dos registros auditivos, audiovisuais e imagéticos produzidos em cada um dos três encontros. Como resultados da Etapa 1: com 57 participantes, o panorama cultural apresentou imaginação sobre Cuidados Paliativos relacionados a cuidados de fim de vida. Na Etapa 2, percebemos que o imaginar das enfermeiras sobre Cuidados Paliativos envolveu a apresentação de padrões desenvolvimentais da imaginação: o Marco Zero onde os Cuidados Paliativos eram primordialmente relacionados a cuidados para a morte; Nível 1, caracterizado por dúvidas e contradições em relação ao imaginado; Nível 2, compreensão mais ampla e complexa, considerando os Cuidados Paliativos como uma abordagem que não é primordialmente relacionada à morte e Nível 3, imaginando Cuidados Paliativos como uma abordagem que pode reconciliar os cuidados de fim com a promoção da qualidade de vida. Adicionalmente, propomos a ampliação do modelo teórico da imaginação com a compreensão de rupturas secundárias, resultando na proposta de "Espirais Múltiplas da Imaginação", um modelo que

descreve como múltiplas rupturas simultâneas nos processos imaginativos ocorre ao longo do tempo. Propomos que a análise microgenética guiada pela abordagem histórica-relacional, atrelada ao modelo da expansão da experiência, permite uma compreensão mais complexa e minuciosa da dinâmica do imaginar ao longo do tempo, especialmente em contextos dialógicos educacionais promovidos nos e pelos Círculos da Cultura. Sugerimos que, em pesquisas futuras, busquem integrar os estudos de imaginação e microgênese em outros contextos de vida. O presente trabalho insiste no fortalecimento do paliar como um cuidado à vida face ao simbolismo ainda presente que vincula este cuidado à morte, à finitude. Esperamos que este estudo impacte gestores e profissionais de saúde para a implementação de políticas para educação ao paliar, fortalecendo a importância da técnica como um instrumento legítimo para o cuidado e promoção à saúde.

Palavras-chave: imaginação; psicologia sociocultural; análise microgenética; cuidados paliativos; círculos de cultura.

ABSTRACT

Palliative Care is an approach focused on improving the quality of life for patients with serious illnesses and their families, focusing on pain relief, symptom management, emotional and spiritual support, decision-making, and quality of life. This study aimed to microgenetically track the processes of changes in the imagination of nursing professionals about their role in Palliative Care from a hospital in the city of Recife, Pernambuco, Brazil, through the application of Culture Circles as a methodological approach. In this investigation, we adopted the thesis that the model of imagination as an expansion of experience by Zittoun and collaborators (e.g., Zittoun & Cerchia, 2013) can be extended by integrating it with the historical-relational approach proposed by Fogel, Garvey, Hsu, and West-Stroming (2006), using microgenetic analysis. This group case study was completed in two stages: the first stage focused on the application of an electronic form with twelve multiple-choice questions and two open-ended questions related to palliative care. Fifty-seven nursing professionals from five hospital sectors participated in this stage. The second stage was characterized by three meetings dedicated to an educational process entitled Culture Circles, developed by Paulo Freire (1991). The Culture Circles were conducted by the researcher-animator with a group of seven nurses from the same hospital who had participated in the previous stage. In stage 1, in addition to identifying the frequency of responses to the multiple-choice questions, the word cloud technique was used to analyze the responses to the two open-ended questions. In stage 2, microgenetic analysis of the auditory, audiovisual, and imagetic records produced in each of the three meetings was conducted. The results from Stage 1, with 57 participants, provided a cultural panorama of the participants' imagination of Palliative Care focusing on end-of-life care. In Stage 2, we observed that the nurses' imagination about Palliative Care involved the presentation of developmental patterns of imagination: Zero Level where Palliative Care was predominately related to end-of-life care; Level 1, characterized by doubts and contradictions regarding the imagined; Level 2, broader and more complex understanding, considering Palliative Care as an approach not exclusively related to death; and Level 3, imagining Palliative Care as an approach that can reconcile end-of-life care with the promotion of quality of life. Additionally, we propose the expansion of the theoretical model of imagination with the understanding of secondary ruptures, resulting in the proposal of "Multiple Spirals of Imagination," a model that describes how multiple simultaneous ruptures in imaginative processes occur over time. We propose that microgenetic analysis guided by the historical-relational approach, coupled with the model of imagination of expansion of experience, allows for a more complex and detailed

understanding of the dynamics of imagining over time, especially in educational dialogical contexts promoted in and through the Culture Circles. We suggest that future research seeks to integrate studies of imagination and microgenesis in other life contexts. This work emphasizes the importance of emphasizing palliative care as care focusing on quality of life in the face of the still-present symbolism that links this care to death and finitude in Brazil. We hope that this study will impact hospital managers and health care professionals for the implementation of policies for palliative education, strengthening the importance of the technique as a legitimate instrument for care and health promotion.

Keywords: imagination; sociocultural psychology; microgenetic analysis; palliative care; culture circles.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Roteiro Círculos de Cultura.....	75
Quadro 2 –	Exemplos de respostas dadas à pergunta 1 do questionário eletrônico: “Se alguém te pedisse para explicar o que são Cuidados Paliativos, o que você diria?”	88
Quadro 3 –	Exemplos de respostas dadas à pergunta “Me diga ao menos cinco palavras que vem à sua mente, quando alguém fala em Cuidados Paliativos”	89
Quadro 4 –	Segmento 1: “Quando vocês pensam em Cuidados Paliativos, qual a primeira coisa que vem à cabeça de vocês?	99
Quadro 5 –	Segmento 2: Imaginando Cuidados Paliativos para pessoas com morte próxima.....	101
Quadro 6 –	Segmento 3: Elementos que nutrem a imaginação de Cuidados Paliativos direcionados exclusivamente para pessoas que estão morrendo.....	103
Quadro 7 –	Segmento 4: Imaginação sobre Cuidados Paliativos, expressão de sentimentos de tristeza, apreensão, incapacidade e frustração.....	104
Quadro 8 –	Cores de identificação do Marco Zero e dos Níveis de mudança no processo imaginativo do grupo.....	108
Quadro 9 –	Segmento 5: Marco Zero da imaginação sobre Cuidados Paliativos..	109
Quadro 10 –	Segmento 6: Elementos que nutrem o processo imaginativo o Marco Zero da imaginação do grupo sobre Cuidados Paliativos.....	110
Quadro 11–	Segmento 7: Mudanças no processo de imaginar Cuidados Paliativos em relação ao Marco Zero.....	116
Quadro 12 –	Segmento 8: Produção material do grupo A.....	119
Quadro 13 –	Segmento 9: Produção material do grupo B.....	123
Quadro 14 –	Segmento 10: Padrões desenvolvimentais no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos no início do Círculo de Cultura 2.....	125

Quando 15 –	Segmento 11: Padrões desenvolvimentais no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos sobre o caso clínico fictício “Ana Maria”.....	126
Quadro 16 –	Frases das Cartas das Escolhas Sagradas da Vida.....	132
Quadro 17 –	Segmento 12: Respostas elaboradas pelo grupo sobre as “Cartas das Escolhas Sagradas da Vida” durante o Círculo de Cultura 2.....	134
Quadro 18 –	Segmento 13: Respostas adicionais do grupo sobre as Cartas das Escolhas Sagradas da Vida no Círculo de Cultura 2.....	136
Quadro 19 –	Segmento 14: Perguntas do grupo sobre comunicação com paciente e família, após apresentação do vídeo com conceito de Cuidados Paliativos no final do Círculo de Cultura 2.....	140
Quadro 20 –	Segmento 15: Debate durante a produção material sobre os Círculos de Cultura do subgrupo A: P4, P5 e P6.....	147
Quadro 21–	Segmento 16: Debate durante a produção material do subgrupo B: P2, P3 e P7.....	148
Quadro 22 –	Segmento 17: Apresentação da produção material de P2, P3 e P7.....	150
Quadro 23 –	Segmento 18: Apresentação da produção material de P4, P5 e P6.....	152

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Espiral da imaginação.....	46
Figura 2 –	Espiral da imaginação e três dimensões.....	47
Figura 3 –	Círculo de Cultura de Paulo Freire.....	55
Figura 4 –	Representação visual das palavras mencionadas pelos respondentes nas duas questões abertas em termos de sua frequência de ocorrência, considerados os critérios de inclusão e exclusão (n = 193)	92
Figura 5 –	Espiral da Imaginação.....	113
Figura 6 –	Representação visual das palavras mencionadas pelos respondentes nas duas questões abertas em termos de sua frequência de ocorrência, considerados os critérios de inclusão e exclusão (n = 193)	115
Figura 7 –	Produção material do grupo A.....	118
Figura 8 –	Produção material do grupo B.....	118
Figura 9 –	Espiral Múltipla da Imaginação do Nível 1: As sementes de Mudança na imaginação.....	130
Figura 10 –	Cartas das Escolhas Sagradas da Vida.....	133
Figura 11 –	Espiral Múltipla da Imaginação do Nível 2.....	143
Figura 12 –	Produção material Nível 3 do processo de imaginar do subgrupo B...	150
Figura 13 –	Produção material Nível 3 do processo de imaginar do subgrupo A...	152
Figura 14 –	Espiral Múltipla da Imaginação Nível 3.....	155
Figura 15 –	Espiral Múltipla da Imaginação: padrões desenvolvimentais no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos.....	157

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Frequência e percentual de ocorrência relativa aos dados sociodemográficos da amostra (n=57)	78
Tabela 2 –	Frequência e percentual de ocorrência às questões sobre informações profissionais: (n=57)	80
Tabela 3 –	Frequência e percentual de ocorrência relativa às perguntas sobre Cuidados Paliativos (n=57)	84
Tabela 4 –	Frequência e Percentual de Ocorrência de Palavras (Adjetivos, Substantivos e Verbos) às Perguntas Abertas do Questionário Eletrônico (n=193)	89
Tabela 5 –	Perfil pessoal e profissional das participantes dos Círculos de Cultura, nas respostas ao questionário eletrônico da Etapa 1.....	95

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO DA TESE.....	20
2	CUIDADOS PALIATIVOS: A ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ONCOLÓGICO.....	24
2.1	Cuidados Paliativos: breve contexto histórico, conceitos e princípios.....	24
2.2	Pacientes com câncer: conceitos, dados epidemiológicos e tratamentos	
2.3	Atuação de profissionais de enfermagem na assistência a pacientes com câncer em Cuidados Paliativos.....	31
3	IMAGINAÇÃO: expansão de experiência e análise microgenética.....	36
3.1	Considerações histórico-filosóficas.....	36
3.2	Imaginação em diferentes contextos conceituais e metodológicos.....	37
3.3	Breves considerações sobre a Psicologia Sociocultural.....	39
3.4	Imaginação: estudos recentes em Psicologia Sociocultural.....	41
3.5	Imaginação e expansão da experiência.....	42
3.6	A Espiral da imaginação.....	44
3.7	As três dimensões da imaginação.....	47
3.8	Análise microgenética do processo imaginativo.....	49
3.9	Círculos de Cultura e imaginação: ampliando experiências sobre Cuidados Paliativos.....	52
3.10	A Tese do presente estudo.....	57
4	OBJETIVOS.....	58
4.1	Objetivo geral.....	58
4.2	Objetivos específicos.....	58
5	O PERCURSO METODOLÓGICO: DELINEAMENTO.....	59
5.1	Cenário da pesquisa.....	60
5.2	Participantes.....	61
5.2.1	<i>Participantes da Etapa 1.....</i>	<i>62</i>
5.2.2	<i>Participantes da Etapa 2</i>	<i>63</i>

5.2.3	<i>Equipe participante.....</i>	63
5.3	Materiais.....	64
5.4	Procedimentos.....	65
5.4.1	<i>Procedimentos da Etapa 1.....</i>	65
5.4.2	<i>Procedimentos da Etapa 2.....</i>	67
5.5	Construção da análise microgenética.....	76
6	PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: UM PANORAMA CULTURAL DO ESTUDO.....	78
6.1	Resultados e análise da Etapa 1.....	78
6.2	Questionário eletrônico.....	78
6.3	As questões de múltipla escolha: a experiência profissional.....	81
6.4	As questões de múltipla escolha: Cuidados Paliativos.....	85
6.5	As questões abertas: Imaginando Cuidados Paliativos.....	88
7	IMAGINAÇÃO, ANÁLISE MICROGENÉTICA E CÍRCULOS DE CULTURA, OLHANDO A ETAPA 2.....	95
7.1	Os Círculos de Cultura.....	96
7.2	Círculo de Cultura 1: “O que é Cuidado Paliativo pra mim?”	97
7.3	Análise microgenética: identificando transformações nos padrões desenvolvimentais da imaginação.....	107
7.4	O Marco Zero do processo desenvolvimental da imaginação no grupo sobre Cuidados Paliativos.....	109
7.5	Nível 1: As sementes de mudanças na imaginação.....	114
7.6	Nível 2: Inovação dentro da mudança de Nível 1.....	131
7.7	Ampliando os padrões desenvolvimentais no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos.....	143
7.8	Discussões gerais acerca dos padrões desenvolvimentais no imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos.....	156
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	160
9	REFERÊNCIAS.....	163
	APÊNDICE 1: Questionário Eletrônico.....	176

APÊNDICE 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	180
APÊNDICE 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-coleta de dados virtuais.....	183

1 APRESENTAÇÃO DA TESE

Esta tese é uma continuidade da minha dedicação como psicóloga e pesquisadora na área de Cuidados Paliativos, em interseção com a Psicologia Cognitiva. Desde o mestrado, quando me interessei por investigar processos imaginativos de uma paciente com câncer sobre Cuidados Paliativos (Carvalho, 2019), tenho debatido, em diferentes esferas científicas, sobre as experiências de Cuidados Paliativos como prática de promoção à saúde para pessoas com diagnóstico de doenças ameaçadoras à vida (Moutinho; Ferreira, 2020; Moutinho et al., 2020; Carvalho et al., 2022; Ferreira et al., em desenvolvimento). Nestes estudos, temos admitido a imaginação à luz do pensamento sócio-histórico, originalmente desenvolvido na Psicologia por Lev Vygotsky (2009), e mais recentemente concebida como expansão da experiência (Zittoun; Cerchia, 2013; Zittoun; De Saint-Laurent; Gillespie, 2016, 2018; Zittoun, 2020; Gfeller; Zittoun, 2021).

No Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva, estudei os processos imaginativos de uma paciente com câncer, com o objetivo de investigar como ocorre a imaginação sobre Cuidados Paliativos (Carvalho, 2019). Esse estudo foi realizado porque eu percebia uma rejeição por parte dos usuários de Cuidados Paliativos, o que a literatura reconhece como socialmente partilhada a ideia de mortalidade e finitude. Além disso, existe um desconhecimento, e conseqüente preconceito, tanto por parte dos profissionais de saúde (assistenciais ou gestores) quanto por pacientes e familiares no que se refere aos Cuidados Paliativos (Santos, 2017).

Cuidados Paliativos, entretanto, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017), têm reconhecimento internacional como efetiva estratégia de cuidado, desde suas origens, em 1967, com Cicely Saunders, na Inglaterra. Segundo Castilho e Pinto (2021), Cuidado Paliativo é uma abordagem da área da saúde que se concentra na melhoria da qualidade de vida de pacientes com doenças graves e suas famílias, com ênfase no alívio da dor, gerenciamento de sintomas, apoio emocional e espiritual, e tomada de decisões compartilhadas (Castilho; Pinto, 2021).

Na mesma época dos meus estudos do mestrado, percebi que a resistência em relação aos Cuidados Paliativos era partilhada por profissionais do próprio hospital. Surgiu então o interesse por realizar o estudo com enfermeiros(as), que se deu mais especificamente por três motivos: primeiro, constituem a maior categoria profissional no campo da saúde brasileira, sendo quase dois milhões de profissionais presentes em todos os municípios e fortemente inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS) (Machado, 2017).

Segundo, enfermeiros(as) geralmente apresentam uma relação de maior proximidade no cuidado ao paciente, pois, durante a hospitalização de uma pessoa em tratamento de uma doença fora de possibilidade de cura em Cuidados Paliativos, as equipes de enfermagem oferecem assistência vinte e quatro horas por dia, o que aumenta o tempo de interação com pacientes assistidos (Kovács, 2005; Silva; Barrioso, 2017; Anacleto; Cecchetto, 2020).

Terceiro, por entendermos que essa interação dos enfermeiros(as) com os pacientes em tratamento fortalece a imaginação compartilhada sobre Cuidados Paliativos, uma vez que, sob a ótica sociocultural, é vista como um processo inter-psicológico com suas raízes, direção e impacto no contexto social e cultural e se constitui na relação eu-outro (Zittoun, 2020; Gfeller; Zittoun, 2021).

Assim nasceu a presente tese cujo objetivo é acompanhar microgeneticamente os processos de mudanças no ato de imaginar de profissionais de enfermagem sobre sua atuação em Cuidados Paliativos, mediante aplicação de Círculos de Cultura como abordagem metodológica. Os Círculos de Cultura, segundo Paulo Freire (1991), representam uma abordagem educativa em grupo que busca promover a aprendizagem através de um diálogo democrático para ampliar e transformar a compreensão das pessoas sobre um determinado tema.

No nosso caso, utilizamos essa abordagem para criar oportunidades dialógicas para que os profissionais de enfermagem, em colaboração com a pesquisadora, pudessem explorar seus processos imaginativos acerca das diversas formas de cuidado a pacientes em Cuidados Paliativos. Mas o que são exatamente os Círculos de Cultura? Os Círculos de Cultura são caracterizados por grupos de trabalho e reflexão em equipe, facilitados por um animador de debates. Essa metodologia é respaldada por diversos autores, como Damasceno (2003), Brandão (2020), Monteiro (2007), Monteiro e Vieira (2008, 2010) e Menezes (2019). Deste modo, na presente tese, a pesquisadora será referenciada como pesquisadora-animadora.

Outro aspecto analítico importante nesta tese refere-se à análise microgenética. Baseando-nos nos estudos de Fogel, Garvey, Hsu e West-Stroming (2006), Fogel e Garvey (2007), Garvey (2014), Garvey e Fogel (2008), Góes (2000), Lavelli, Pantoja, Hsu, Messinger e Fogel (2005), Siegler e Crowler (1991), e Silva (2014), dentre outros, adotaremos a análise microgenética como ferramenta teórico-metodológica e analítica, fundamental para a descrição minuciosa das transformações no processo de imaginação. Mais especificamente, a abordagem histórica-relacional proposta por Fogel, Garvey, Hsu e West-Stroming (2006), Fogel e Garvey (2007), Garvey (2014), Garvey e Fogel (2008) possibilita uma ampliação do entendimento do processo imaginativo como uma expansão da experiência, conforme discutido por Zittoun e

Cerchia (2013), Zittoun e De Saint-Laurent (2016, 2018), Zittoun (2020), Gfeller e Zittoun (2021), dentre outros.

No que diz respeito especificamente aos Cuidados Paliativos, esta tese pode contribuir para a identificação de áreas para enriquecer o conhecimento e a qualidade destes cuidados, potencialmente conduzindo a intervenções educacionais ou políticas direcionadas para sua melhoria. O presente estudo também permite uma compreensão mais aprofundada e regionalmente situada das barreiras e facilitadores para a prestação de Cuidados Paliativos por parte do grupo estudado.

Destacamos ainda a contribuição no campo da Educação para a Saúde, pela aplicação dos Círculos de Cultura, mais especificamente, por inspirar o desenvolvimento de intervenções em educação, na formação em saúde e na educação permanente, de modo a fomentar a prática clínica no desenvolvimento de estratégias de cuidados específicos, para além de meros protocolos. Entendemos que assim, damos um passo para uma transformação cultural que possa deslocar Cuidados Paliativos de um universo simbólico marcado principalmente pela finitude, ampliando sua significação como uma abordagem legítima e qualificada para a promoção de saúde de pessoas com diagnóstico de doenças ameaçadoras da vida.

Por fim, consideramos que o presente estudo tem também o potencial de contribuir para a área de enfermagem ao possibilitar uma melhor compreensão acerca do conhecimento desses profissionais sobre seu papel na prestação de Cuidados Paliativos. Por se tratar de uma pesquisa-ação, a presente tese desencadeou um processo na formação dos profissionais de enfermagem que trabalham em hospital geral do Recife. Mais especificamente, através das oportunidades educacionais criadas com os Círculos de Cultura, acreditamos que foi viabilizado o ampliar, transformar e discutir sobre Cuidados Paliativos, como uma forma de cuidar que faz parte de seu cotidiano de trabalho. Além disso, buscamos investigar possíveis lacunas no conhecimento e práticas atuais nesse domínio, pois, ao refletir sobre sua própria imaginação, as profissionais de enfermagem puderam promover o autoconhecimento profissional, bem como seu desenvolvimento pessoal.

A partir das considerações acima mencionadas acerca da contextualização do tema, o texto que será apresentado a partir de agora foi assim dividido:

Capítulo 2: Uma fundamentação teórica apresentando breves considerações históricas sobre Cuidados Paliativos, seu conceito e princípios norteadores, seguido de pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos e uma contextualização acerca da atuação de profissionais de enfermagem na assistência a estes pacientes.

No Capítulo 3 é feita uma contextualização histórica sobre os estudos e compreensões ao longo do tempo sobre imaginação, breves considerações sobre a Psicologia Sociocultural, finalizando com a apresentação do conceito de imaginação enquanto processo cognitivo que possibilita a expansão da experiência. Ao final deste capítulo, tecemos considerações sobre a análise microgenética e sobre o itinerário dos Círculos de Cultura. Após a fundamentação teórica, apresentamos nossa tese.

No Capítulo 4, apresentamos detalhadamente o objetivo geral e específico desta tese. Seguido do Capítulo 5, onde fazemos uma discussão detalhada sobre a metodologia utilizada para construção e co-construção, explicamos o conceito de pesquisa-ação, apresentamos a metodologia realizada nos Círculos de Cultura e finalizamos esse capítulo com uma explanação detalhada a respeito das etapas realizadas para construir a análise microgenética.

No Capítulo 6, apresentamos os resultados obtidos na Etapa 1, com registro de informações obtidas por um questionário eletrônico, respondido por 57 profissionais de enfermagem, para apresentar o panorama cultural dos participantes desta pesquisa.

No Capítulo 7, trazemos os resultados e análise microgenética co-construídos por meio de três Círculos de Cultura, onde interpretamos a imaginação das profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos e o processo de mudanças do imaginar ao longo do tempo. Aqui, apresentamos de forma minuciosa, trechos de falas, imagens dos recursos utilizados nos encontros, produções sígnicas construídas pelas participantes, fotos e representações simbólicas para o processo de imaginar, tecendo nossas interpretações sobre esses registros e ampliando a teoria da imaginação. Finalizamos o Capítulo 7 tecendo nossa discussão sobre as interpretações realizadas ao longo da análise microgenética.

No Capítulo 8, apresentamos as considerações finais que abordam as contribuições específicas que este estudo pode apresentar no desenvolvimento teórico e empírico do processo de imaginação e da metodologia utilizada neste estudo, além das limitações, considerações acerca de metodologias ativas para Educação Permanente em Saúde, sobre Cuidados Paliativos, além de sugestões para estudos futuros. Finalizamos com as referências utilizadas ao longo de toda a tese.

2 CUIDADOS PALIATIVOS: A ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ONCOLÓGICO

Os Cuidados Paliativos são uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a continuidade da vida, como o câncer. A atuação dos profissionais de enfermagem é crucial na assistência a pacientes oncológicos, pois esses profissionais desempenham diversas funções essenciais. Nas sessões seguintes, são apresentadas a contextualização de Cuidados Paliativos, pessoas em tratamento oncológico e atuação de profissionais de enfermagem.

2.1 Cuidados Paliativos: breve contexto histórico, conceitos e princípios

A história dos cuidados paliativos no mundo é marcada por evoluções ao longo do tempo, tendo suas raízes no final do século XIX e início do século XX. Durante este período, algumas casas de repouso especiais e *hospices* com inspiração religiosa foram estabelecidas em Londres, Nova York e várias cidades europeias. Estes locais, originalmente destinados aos peregrinos, começaram a acolher também doentes e pessoas em fim de vida (Clark, Zaman, Inbadas, Whitelaw, 2017).

De acordo com Saunders (1964) e Clark et al. (2017), a partir da década de 1960, países ocidentais como a Grã-Bretanha e os Estados Unidos começaram a documentar os cuidados oferecidos a pessoas em fim de vida e a estabelecer serviços comunitários especializados. Estes esforços foram impulsionados por médicos como Dame Cicely Saunders, fundadora do movimento moderno de Cuidados Paliativos, que criou o primeiro hospice em Londres em 1967, o St. Christopher's Hospice. Este modelo promovia uma abordagem holística, abordando problemas de dor e outros sintomas, e reconhecendo o sofrimento em suas dimensões física, social, psicológica e espiritual (Saunders, 1964; Clark et al., 2017).

Clark et al. (2017) afirmam que o conceito de cuidado a pessoas no fim de vida passou a ser conhecido como 'Cuidados Paliativos' em meados da década de 1970 e começou a se espalhar para outros países europeus e para os Estados Unidos. Nesse período, organizações como a Hospice Foundation of America foram criadas para promover o desenvolvimento desses serviços, que começaram a ganhar interesse em muitos países ao redor do mundo (Clark et al. (2017).

Segundo Do Nascimento (2023), a palavra paliativo tem sua origem no latim "*pallium*", derivado do verbo "*palliare*", que significa aliviar ou cobrir. Isso remete aos mantos usados pelos cavaleiros para se protegerem das tempestades.

Historicamente, os Cuidados Paliativos baseiam-se no alívio do sofrimento no final da vida. Em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu, pela primeira vez, para 90 países e em 15 idiomas, o conceito e os princípios dos Cuidados Paliativos, como a assistência prestada a pacientes com câncer avançado, referindo-se a um cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva ao tratamento curativo (Carvalho & Parsons, 2012, p. 26). Em 2002, foi realizada uma revisão e atualização das indicações dessa abordagem, abrangendo todos os pacientes com doenças irreversíveis que ameaçam suas vidas. Cuidados Paliativos passaram a ser definidos como uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, através da prevenção e alívio do sofrimento (Carvalho & Parsons, 2012, p. 26).

A atualização mais recente foi feita em 2017, quando a OMS definiu Cuidados Paliativos como: “uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameacem a vida. Previne e alivia o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor, e de outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais e espirituais. O cuidado paliativo é a parte crucial dos serviços de saúde integrados e centrados na pessoa, em todos os níveis de cuidado: tem objetivo de aliviar o sofrimento, seja ele causado por câncer, falência orgânica, tuberculose resistente, estágio final de doenças crônicas, prematuridade extrema ou fragilidade extrema no idoso” (OMS, 2017).

Carvalho e Parsons (2012) e Crispim (2022) reiteram que as intervenções terapêuticas no contexto de Cuidados Paliativos devem ser aplicadas de forma contínua e proporcional às necessidades do paciente, a partir do diagnóstico de uma doença progressiva e sem possibilidade de cura, com ações integradas, multidimensionais, multiprofissionais e interdisciplinares, destinadas a atender aos pacientes e oferecer suporte a seus familiares (Carvalho & Parsons, 2012; Crispim, 2022).

McGuire (2015) afirma que os principais objetivos dos Cuidados Paliativos visam à prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação correta e controle da dor, alívio de outros sintomas, suporte psíquico, espiritual e social, que devem estar presentes desde o diagnóstico até o final da vida (McGuire, 2015).

Rodrigues (2012) aponta que o Cuidado Paliativo é um modelo de assistência que não segue protocolos de intervenções rígidos, mas princípios norteadores como: promover alívio da

dor e outros sintomas desagradáveis; afirmar a vida, considerando a morte como um processo natural; não adiar nem acelerar o processo de morte dos pacientes; integrar a dimensão psicológica e espiritual no cuidado; possibilitar que o paciente viva tão ativamente quanto possível até sua morte; oferecer suporte aos familiares durante a doença do paciente e no luto; abordagem multiprofissional; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença, iniciando o cuidado o mais precocemente possível (Rodrigues, 2012).

Os Cuidados Paliativos mantêm uma relação com a vida que considera a complexidade humana, focando no paciente como ser biográfico, numa abordagem que integra as dimensões biológica, psicológica, social e espiritual. As intervenções devem ser proporcionais às necessidades do paciente e não visam o prolongamento da vida por meio de medidas invasivas nem a antecipação da morte (Rodrigues, 2012).

Segundo Maciel (2012), nos Cuidados Paliativos, dá-se importância às narrativas pessoais sobre a experiência da doença e às reações físicas, emocionais e culturais diante do processo de adoecimento. A atenção é voltada para o controle dos sintomas e o bem-estar tanto do paciente quanto de seu círculo social, sendo crucial que os familiares compreendam a progressão da doença e os eventos que culminaram no desfecho final (Maciel, 2012).

Nicodemo (2018) alerta que um dos desafios na assistência em Cuidados Paliativos é identificar a abordagem mais adequada para cada paciente, considerando suas necessidades individuais e o estágio da doença. Aspectos facilitadores na sistematização do atendimento incluem: conhecer a biografia do paciente, obter informações sobre seus aspectos biopsicossociais e espirituais, avaliar sua funcionalidade, considerar o diagnóstico e comorbidades, e planejar adequadamente para cada fase da doença (Nicodemo 2018).

De acordo com a OMS (2017) e Dos Santos, Ferreira e Guirro (2020), Cuidados Paliativos são uma abordagem de assistência oferecida a pessoas com diagnóstico de doenças ameaçadoras da vida, cuja importância aumenta à medida que a expectativa de vida cresce (Dos Santos, Ferreira, & Guirro, 2020).

Segundo dados da OMS (2022), a expectativa de vida global ao nascer passou de 66,8 anos em 2000 para 73,3 anos em 2019, enquanto a expectativa de vida saudável aumentou de 58,3 anos para 63,7 anos. Em grande parte, isso se deve aos avanços científicos relacionados à saúde materno-infantil e aos investimentos em programas de combate a doenças transmissíveis como HIV, tuberculose e malária. No entanto, as interrupções nos serviços de saúde durante a pandemia de COVID-19 contribuíram para um aumento nas mortes por tuberculose e malária entre 2019 e 2020 (OMS, 2022).

A OMS (2022) estima que, em breve, o número de pessoas com mais de 65 anos será maior do que o de crianças menores de 5 anos. Projeções para 2030 indicam que haverá mais de 1 bilhão de idosos, com aumento considerável em países em desenvolvimento. Além disso, as doenças não transmissíveis representarão mais de três quartos de todas as mortes no mundo, aumentando a necessidade de manejo mais complexo e de maior custo para os sistemas de saúde (OMS, 2022; De Oliveira Santos, 2022).

Como defende Schaefer (2020), o envelhecimento da população mundial está aumentando, e conseqüentemente os números de mortes anuais também devem crescer. À medida que doenças que ameaçam a vida se transformam em condições crônicas, a perspectiva de doença crônica pode representar a morte em anos, em vez de meses, aumentando a complexidade e o desafio de oferecer cuidados adequados no final da vida (Schaefer, 2020).

No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020), a expectativa de vida ao nascer passou de 67 anos em 1991 para 76,6 anos em 2019. Para a população masculina, a expectativa aumentou para 73,1 anos, enquanto para as mulheres foi de 80,1 anos em 2019 (Demográfico, 2020; De Oliveira Santos, 2022).

Segundo Oliveira (2019), Malta (2022) e De Oliveira Santos (2022), o aumento na expectativa de vida da população brasileira é resultado de um fenômeno que vem ocorrendo em países em desenvolvimento, chamado de transição demográfica. Além disso, houve também um aumento na prevalência de doenças crônico-degenerativas, no lugar das doenças infectocontagiosas, como causas de morbimortalidade, a chamada transição epidemiológica, em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas (Oliveira, 2019; Malta et al., 2022; De Oliveira Santos, 2022).

Entre as doenças crônicas não transmissíveis de maior prevalência, o câncer tem apresentado alto número de casos (De Oliveira Santos, 2022). Aproximadamente 14,1 milhões de pessoas foram diagnosticadas com câncer e cerca de 8,2 milhões de mortes por ano ocorreram no início do século XXI (Carvalho e Parsons, 2012). A OMS aponta projeções em que o câncer será a principal causa de mortalidade mundial em 2030 (McGuire, 2016; Bray et al., 2018; De Oliveira Santos, 2022).

2.2 Pacientes com câncer: conceito, dados epidemiológicos e tratamentos

No Brasil, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2020), o número de pessoas diagnosticadas com câncer cresce anualmente. Estima-se a ocorrência de cerca de 625

mil novos casos de câncer no Brasil para cada ano de 2020, 2021 e, ainda mais, em 2022 (INCA, 2020). Os tipos mais incidentes no Brasil (exceto pele não melanoma) esperados para 2020, 2021 e 2022 são: câncer de próstata (29,2%), câncer de cólon e reto (intestino) (9,1%), câncer de pulmão (7,9%), câncer de estômago (5,9%) e câncer da cavidade oral (boca) (5,0%) nos homens; e câncer de mama (29,7%), câncer de cólon e reto (intestino) (9,2%), câncer do colo do útero (7,4%), câncer de pulmão (5,6%) e câncer de tireóide (5,4%) nas mulheres (INCA, 2020).

Segundo o INCA (2020), câncer é um termo utilizado para um grande grupo de doenças (mais de cem tipos), que podem afetar qualquer parte do corpo, tendo em comum o crescimento desordenado de células que podem invadir outros tecidos e órgãos (metástase). As metástases ocorrem quando as células do câncer inicial se espalham para outras partes do corpo e são a principal causa de morte por câncer (INCA, 2020). Existem diversos tratamentos possíveis para os diferentes tipos de câncer, e os principais objetivos das intervenções são: cura, prolongamento da vida e melhora da qualidade de vida. Os tratamentos curativos são possíveis para um terço dos casos de câncer, especificamente para câncer de mama, do colo do útero, da cavidade oral (boca) e de cólon e reto (intestino), desde que sejam detectados precocemente e tratados seguindo os melhores protocolos clínicos (INCA, 2020).

O INCA (2020) indica que algumas das principais formas de tratamento do câncer são: realização de cirurgias (com retiradas totais ou parciais dos tumores), radioterapia (na qual se utilizam radiações para destruir um tumor ou impedir que suas células aumentem), quimioterapia (tratamento que utiliza medicamentos, venosos e/ou orais, para combater o câncer) ou transplante de medula óssea (para algumas doenças malignas que afetam as células do sangue). Esses tratamentos dependem do tipo de câncer, local do corpo que a doença afeta, fase em que a doença foi diagnosticada, outras doenças associadas, entre outros fatores. Em muitos casos, é necessário combinar mais de uma modalidade de tratamento (INCA, 2020).

Segundo Morrison e Meier (2011) e reforçado por Teoli, Schoo e Kalish (2023), as ações de controle e tratamento do câncer não devem se restringir à prevenção, à detecção precoce, ao diagnóstico ou ao tratamento, mas também precisam envolver os cuidados paliativos. Pois, em muitos casos, o tratamento curativo é efetuado conjuntamente com o tratamento paliativo, com o objetivo de propiciar apoio e maior conforto ao paciente e sua família (Morrison e Meier, 2011; Teoli, Schoo & Kalish, 2023).

Além disso, de acordo com informações oferecidas pelo INCA (2020), todos os pacientes portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis devem ter a opção de receber cuidados paliativos desde o diagnóstico da doença, considerando os critérios estabelecidos de

recomendação para a abordagem paliativa: no momento do diagnóstico; quando a doença é detectada em estágio em que a possibilidade de cura é questionável; ou quando já se esgotaram todas as possibilidades de tratamento curativo ou de manutenção da vida e a doença progride (INCA, 2020).

Ferreira, Moutinho e Garvey (em desenvolvimento) destacam que, de acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), embora o movimento paliativista tenha crescido e, no Brasil, existam intervenções desta natureza desde os anos 1970, o país encontra-se em uma situação bastante problemática: “Ainda imperam no Brasil um enorme desconhecimento e muito preconceito relacionado aos cuidados paliativos, principalmente entre os médicos, profissionais de saúde, gestores hospitalares e poder judiciário” (s.p.). A ANCP esclarece que existe uma falta de clareza quanto ao tratamento, dentre os quais, cuidados paliativos e eutanásia são percebidos como sinônimos (Ferreira, Moutinho & Garvey, em desenvolvimento).

Assim, a concepção de cuidados paliativos que parece predominar no país como uma forma de tratamento do tipo: nada mais pode ser feito vai de encontro com a proposta dos cuidados paliativos, cuja perspectiva é de que “ainda há muito a fazer”. Esta expressão, atribuída a Cicely Saunders, é simbólica desta abordagem (Vidal, 2022). É exatamente por esta tensão simbólica que parece envolver o paliar que é tão importante compreender como as pessoas imaginam cuidados paliativos e, em especial, conforme nos dedicamos nesta tese, como imaginam este cuidado os profissionais de enfermagem que lidam quotidianamente com o usuário do sistema de saúde.

Na área hospitalar, ainda prevalece um modelo de atenção à saúde em que as intervenções são focadas principalmente na doença do paciente, com objetivos estritamente curativos, mesmo em casos de doenças progressivas e sem cura, sendo o poder de decisão majoritariamente concentrado nos profissionais de medicina (Nascimento, 2013). Não é incomum ver pacientes com doenças crônicas, fora de possibilidade de cura, acumularem-se em hospitais, recebendo assistência inadequada, desproporcional às suas necessidades, focadas na busca pela recuperação e cura, utilizando-se de métodos muitas vezes invasivos, desnecessários e tendo seu sofrimento ignorado (Matsumoto et al., 2012; Schaefer, 2020).

Sobre isso, Kübler-Ross (1992) destaca que, na cultura ocidental, lidar com a morte constituiu-se de diversos sentidos, no qual o ser humano sempre a abominou, repelindo as ideias relacionadas ao fenômeno de seu próprio consciente. Além disso, o reconhecimento da finitude do corpo humano é um tema complexo e desafiador e, frequentemente, resulta em uma atitude de negação e centralidade excessiva no aspecto biológico. Nesse contexto, Kübler-Ross

ressalta: “Quando um paciente está gravemente doente, muitas vezes ele é tratado como uma pessoa sem direito a uma opinião. Muitas vezes é outra pessoa que toma a decisão se, quando e onde um paciente deve ser hospitalizado. Seria preciso tão pouco para lembrar que a pessoa doente tem sentimentos, tem desejos e opiniões, e tem – o mais importante de tudo – o direito de ser ouvida” (Kübler-Ross, 1992, p. 7-8).

Segundo Paul (2023), a medicina convencional, baseada em princípios de reducionismo, mecanicismo e objetividade, muitas vezes divide o paciente em suas especialidades e não considera sua totalidade. O foco está na obtenção de informações para diagnosticar a doença, negligenciando as queixas e as palavras do paciente. Isso resulta em um aumento nos custos de saúde, especialmente em doenças crônicas que geralmente têm causas multifatoriais (Paul, 2023).

Paul (2023) argumenta que a eficácia da medicina é notável em doenças agudas e unifatoriais, onde abordagens especializadas são eficazes. No entanto, à medida que as condições se tornam mais complexas e crônicas, é necessária uma abordagem mais holística, envolvendo o paciente, a família e vários profissionais de saúde, com foco na educação para a autonomia (Paul, 2023).

No entanto, Gloria et al. (2022) salientam que é importante destacar que existem os cuidados paliativos, uma abordagem que busca lidar de maneira natural e compassiva com a terminalidade. Reconhecendo a importância de considerar não apenas os aspectos biológicos no cuidado às pessoas com doenças ameaçadoras da vida, mas também ofertar cuidado emocional e psicológico, além de considerar o aspecto espiritual da experiência humana.

O modo como a sociedade lida com diagnósticos de câncer, o que as pessoas que fazem parte do contexto sociocultural dizem a respeito de cuidados paliativos, a história de vida, a falta de informações adequadas sobre cuidados paliativos (em especial por parte dos profissionais de saúde) fazem um todo indissociável para a construção de significados sobre paliar (Carvalho, 2019).

Desta forma, torna-se imprescindível que os profissionais da saúde estejam apropriados de conhecimentos que possibilitem a integração da assistência e que estejam preparados para atender pacientes oncológicos, não apenas com objetivo de cura ou controle da doença, mas também através da perspectiva de cuidados paliativos, visando um cuidado proporcional àqueles que se beneficiam dessa abordagem e evitando medidas terapêuticas fúteis. Destaca-se, nesse contexto, a relevância dos profissionais de enfermagem, por sua proximidade no cuidado a esses pacientes e pela contínua presença na assistência, especialmente nas internações hospitalares (Beernaert et al., 2014; Kovács, 2005).

Assim, a maneira como os profissionais de enfermagem imagina os Cuidados Paliativos torna-se fundamental na rotina hospitalar, pois, na medida em que estiverem alinhados à aplicação dos princípios de Cuidados Paliativos, isso possibilita uma abordagem centrada na pessoa assistida, garantindo que as necessidades e preferências individuais do paciente sejam priorizadas.

Além disso, essa abordagem potencializa a compreensão do sofrimento, oferecendo um suporte empático e compassivo, promovendo a dignidade e o bem-estar. Isso inclui a gestão adequada da dor, o suporte emocional, a comunicação eficaz e o respeito pelas escolhas do paciente em relação ao enfrentamento de uma doença ameaçadora da vida.

2.3 Atuação de profissionais de enfermagem na assistência a pacientes com câncer em Cuidados Paliativos

A Lei Federal nº 7.498/1986 regulamenta o exercício da enfermagem no Brasil. Estabelece que a equipe de enfermagem seja composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares, cada um com funções e responsabilidades específicas. Em acordo com a Resolução 564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), os profissionais de enfermagem devem estar comprometidos com a saúde e a qualidade de vida dos pacientes, atuando com autonomia e em concordância com os preceitos éticos contidos no código de ética profissional.

Segundo Barrios (2017), os profissionais de enfermagem são parte essencial do sistema de saúde brasileiro e representam cerca de 1,8 milhão de trabalhadores, o que corresponde à segunda maior classe profissional do Brasil. Reconhecidos por apresentarem o maior grupo de profissionais de saúde, participam direta ou indiretamente em todos os níveis de atenção e estão presentes em diversos cenários do cuidado (Barrios, 2017).

Ao longo do tempo, diversos conceitos sobre a enfermagem foram elaborados. Um deles, definido por Horta (1968), diz: “Enfermagem é a ciência e a arte de assistir ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência através da educação; de recuperar, manter e promover sua saúde, contando para isso com a colaboração de outros grupos profissionais” (Horta, 1968, p. 3).

Segundo Ferreira (1996), enquanto profissão, a enfermagem surge no século XIX, seguindo as ideias organicistas/mecanicistas da medicina, com cuidado direcionado à dimensão biológica, e, só mais tarde, com a introdução da Antropologia, Sociologia e Psicologia na formação destes profissionais, um novo paradigma se apresenta com uma visão integrada de

homem: este passou a ser considerado enquanto ser bio-psico-sócio-espiritual e as ações passaram a ter enfoque na relação pessoa-pessoa (Ferreira, 1996).

Da Silva e Bezerra (2020) argumentam que os profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), de um modo geral, lidam com contextos e rotinas complexas, diversificadas e multifacetadas. Pressupõe-se que sua atuação considere as diversas dimensões humanas (física, psicossocial, emocional e espiritual), na interface do cuidado e assistência (Da Silva & Bezerra, 2020). Assim, para ofertar atendimento que compreenda todo esse contexto, o trabalho das equipes de enfermagem requer conhecimentos específicos em relação à área de atuação, no que diz respeito à prevenção, diagnósticos, possibilidades terapêuticas e prognósticos (Santos, 2016).

A respeito de cuidados a pacientes oncológicos, Da Silva e Bezerra (2020) ressaltam que essas pessoas necessitam de assistência especializada que considere as dimensões física, psicológica, social e espiritual. Portanto, deve-se fortalecer a importância da atuação da equipe de saúde multiprofissional, com habilidades para avaliar as condições do paciente, desenvolver um plano individualizado de cuidados e acompanhar os resultados do tratamento. Assim, como integrante da equipe multiprofissional, os profissionais de enfermagem estão presentes nas diferentes etapas de cuidado, desde a prevenção, o diagnóstico e os tratamentos prolongados, incluindo o cuidado paliativo (Da Silva e Bezerra, 2020).

Da Luz, Vargas, Da Rosa e Schmitt (2016) salientam que os profissionais de enfermagem, que atuam no contexto de pacientes com câncer, têm suas ações com foco na prevenção e controle da doença e têm como competência prestar assistência que vai da avaliação diagnóstica, tratamento, reabilitação à assistência paliativa. Além disso, desenvolvem ações educativas e intervenções integradas com equipes multiprofissionais na prática da assistência ao paciente oncológico e sua família (Da Luz et al., 2016).

De acordo com Silva (2020), os cuidados de enfermagem são essenciais para a promoção e recuperação da saúde, especialmente em pacientes oncológicos. O enfermeiro deve estar familiarizado com as condutas de assistência adequadas para esse contexto, oferecendo apoio e assistência para o enfrentamento da doença, independentemente de o estágio ser de cura, controle ou de doença avançada sem possibilidade de cura (Silva, 2020).

Hermes (2013) reforça que os profissionais de enfermagem, presentes no cotidiano de milhares de pessoas que necessitam de serviços de saúde, são estratégicos para o desenvolvimento e a inserção de novas tecnologias em saúde e outras abordagens assistenciais, como a dos cuidados paliativos. Em sua atuação profissional, podem oferecer condições

favoráveis ao bem-estar do paciente fora de possibilidade de cura, assim como prover conforto, cuidados básicos e dar atenção aos anseios, desejos e vontades dos pacientes (Hermes, 2013).

No entanto, Alcântara (2018) e Silva (2020) discutem que, apesar da importância dos profissionais de enfermagem para a assistência aos pacientes oncológicos em cuidados paliativos, pesquisas mostram as dificuldades que esses profissionais enfrentam ao lidar com pacientes com câncer avançado no Brasil (Alcântara et al., 2018; Silva et al., 2020).

Um estudo realizado por Morais (2018) traz uma revisão de literatura com o objetivo de compreender o entendimento dos enfermeiros sobre cuidados paliativos e identificar os principais desafios encontrados ao cuidar desses pacientes. Nesse estudo, os resultados apontam dificuldades dos profissionais de enfermagem em lidar e falar sobre finitude. Além disso, a falta de conhecimento técnico sobre a atuação nesse contexto e uma forte sensibilidade em relação à assistência de pessoas em cuidados paliativos, com a percepção de que enfrentam sentimentos negativos ao prestarem assistência a essas pessoas (Morais, 2018).

Outro estudo realizado por Coelho de Britto et al. (2015) foi feito num hospital universitário do Rio de Janeiro, com o objetivo de identificar a estrutura das representações sociais dos enfermeiros sobre cuidados paliativos. Contou com a participação de 70 enfermeiros que atuavam há mais de um ano nas enfermarias do serviço de Clínica Médica e que tinham prestado assistência a pacientes em cuidados paliativos. Como resultados, Coelho de Britto et al. (2015) observaram que o sistema de crenças centrais dos enfermeiros com relação a cuidados paliativos apresenta forte teor negativo (morte, sofrimento e dor). Isto significa afirmar que tais elementos estão relacionados à significação básica de cuidados paliativos para os participantes da pesquisa. Tal representação social é identificada mesmo com a presença de elementos positivos no sistema de crenças periféricas destes profissionais tal como carinho, conforto, dedicação e humanização. Esse estudo verificou também que os profissionais possuem pouca experiência na realização dos cuidados paliativos e têm dificuldade em lidar com os sentimentos, sentindo-se, às vezes, impossibilitados de agir mediante as angústias dos envolvidos e com a morte (Coelho de Britto et al., 2015).

A fim de realizar uma análise sobre a atuação de enfermagem no contexto de cuidados paliativos, Costa e Da Silva (2021) realizaram uma investigação observacional, transversal, de abordagem qualitativa, no contexto da atenção secundária à saúde, em uma Unidade de Pronto Atendimento de cidade do centro-oeste paulista. A pesquisa contou com a participação de 12 profissionais de enfermagem, com dados coletados por meio de entrevistas semiestruturadas. Foram analisados utilizando análise de conteúdo sob a modalidade temática categorial. Esse estudo teve como resultados a compreensão da dificuldade que os profissionais de enfermagem

encontram diante da atuação em cuidados paliativos. Alguns profissionais mostraram falta de conhecimento tanto teórico quanto prático sobre a assistência necessária para esse tipo de cuidado, além de uma forte sensibilidade emocional em relação ao tema cuidados paliativos (Costa e Da Silva, 2021).

Outro aspecto que precisa ser considerado, no que diz respeito às dificuldades encontradas por profissionais de enfermagem ao lidar com pacientes em contexto de cuidados paliativos, diz respeito às lacunas sobre o tema no seu processo de formação profissional. É o que nos mostra um estudo feito por Ortiz-Mendonza e colaboradores (2022), onde foi feita uma análise dos currículos de graduação em enfermagem de 49 instituições federais de ensino superior no Brasil, com o objetivo de avaliar a inclusão dos cuidados paliativos na formação dos enfermeiros. Um estudo com método de pesquisa documental qualitativa de natureza exploratória descritiva. Foram analisados os Projetos Políticos Pedagógicos e as matrizes curriculares dos cursos de graduação em Enfermagem de todas as universidades públicas federais e institutos federais de educação do Brasil. Os resultados revelaram que apenas uma instituição possui a disciplina de cuidados paliativos como obrigatória, enquanto três instituições a oferecem como optativa. Além disso, 14 instituições possuem disciplinas optativas relacionadas aos cuidados paliativos. No entanto, em 29 instituições não há nenhuma inclusão dos cuidados paliativos nos currículos analisados (Ortiz-Mendonza et al., 2022).

A partir do que foi antes apresentado, entendemos que profissionais de enfermagem, em diferentes estados/cidades do Brasil, apresentam dificuldades teóricas e práticas ao lidarem com pacientes em cuidados paliativos. Além disso, enfrentam também dificuldades emocionais diante da assistência a esses pacientes e lacunas sobre o tema no seu processo de formação.

Isto posto, e considerando o campo de atuação do profissional de enfermagem junto a pacientes em Cuidados Paliativos, além do que sabemos sobre as crenças culturais acerca desses cuidados - por vezes depreciados socialmente - nos perguntamos: como os profissionais de enfermagem imaginam os Cuidados Paliativos? Teriam eles o entendimento de que esses cuidados são legítimos e podem gerar bem-estar ao paciente? Ou fariam ecoar significados relativos à finitude, vendo-os como um cuidado associado unicamente a perdas e à morte e/ou à aceleração dela? É sobre estas problemáticas que contextualizamos nossa investigação.

Entendemos que estas perguntas são relevantes porque a enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) pode desempenhar um papel ativo na perspectiva dos Cuidados Paliativos, de forma independente, avaliando os sintomas, gerenciando cuidados, mantendo a continuidade dentro das redes de atenção à saúde, auxiliando famílias no luto e em tantas outras atividades. Há a possibilidade de ampliar e melhorar a qualidade do cuidado ofertado por esses

profissionais, impactando diretamente na experiência dos pacientes em Cuidados Paliativos, desde que sua imaginação esteja condizente com o que preconiza a Organização Mundial da Saúde sobre Cuidados Paliativos - uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida (OMS, 2017).

A seguir, falaremos exatamente sobre o fenômeno cognitivo do qual tratamos no estudo: a imaginação.

3 IMAGINAÇÃO: EXPANSÃO DE EXPERIÊNCIA E ANÁLISE MICROGENÉTICA

A imaginação é a base de toda a atividade humana, é um componente importante de todos os aspectos da vida cultural. Absolutamente tudo ao nosso redor que foi criado pela mão do homem, todo o mundo da cultura humana, em distinção do mundo da natureza, tudo isso é produto da imaginação humana e da criação baseada nesta imaginação.

Vygotsky 1930/2004, pp. 9–10.

3.1 Considerações histórico-filosóficas

Começaremos a nossa exposição traçando breves considerações histórico-filosóficas sobre os estudos da imaginação, uma vez que foi um tema considerado no pensamento de alguns filósofos. De acordo com Massimi (2011), Platão e Aristóteles discutiram a imaginação em suas obras, *Diálogos* e *De Anima*, respectivamente. Platão considerava a imaginação como o mais baixo grau de conhecimento, relacionando-a a devaneios da mente e a uma potência passiva que recebe conteúdo dos sentidos externos (Massimi, 2011).

Massimi (2011) argumenta que Aristóteles concebia a imaginação como uma faculdade da alma relacionada à sensação, ao pensamento e à compreensão. No pensamento de Aristóteles, a imaginação é fundamental para o pensamento, pois o homem pensa por meio de imagens, e a imaginação é influenciada tanto pela percepção quanto pela vontade. Além disso, Aristóteles discutiu a relação entre memória e imaginação, destacando a capacidade de recordar o que não está presente (Massimi, 2011).

Segundo Hebeche (2005) e Cornejo (2017), o filósofo Immanuel Kant elaborou, no século XVIII, conceitos sobre o tema da imaginação, entendendo-a como um processo intermediário entre sensibilidade e compreensão, uma força que produz sínteses sob a forma de experiências sensíveis. Segundo estes autores, Kant defendia a imaginação como uma função intelectual que tem o papel de tornar possível a razão (Hebeche, 2005; Cornejo, 2017).

Tucci (2015) e Perm (2015) destacam que, para o filósofo italiano Giambattista Vico, a imaginação desempenhou um papel crucial na construção do conhecimento humano e na compreensão da história e da cultura. Em sua obra mais famosa, *Princípios de uma Ciência Nova* (1725), Vico introduziu a ideia de que a imaginação é uma força criativa que molda a linguagem, a cultura e a sociedade. Ele enfatizava que a imaginação não devia ser vista como uma mera forma de reproduzir imagens, mas como uma faculdade que permite a criação de significado e a interpretação do mundo (Tucci, 2015; Perm, 2015).

Cornejo (2017) descreve ainda que Giambattista Vico apresentou uma concepção em que a imaginação se apresenta como um método central para melhor entendermos a vida

humana, requerendo um esforço imaginativo realizado pelo cientista sobre o objeto do conhecimento. Para Vico, a imaginação seria, então, a chave da capacidade de aderir à vida de outras pessoas em tempos e espaços distintos (Cornejo, 2017).

De acordo com Cornejo (2017), do século XVIII até metade do século XIX, a imaginação foi entendida de forma filosófica, como um tema relevante para o entendimento da vida humana. No entanto, ainda segundo Cornejo (2017), com a institucionalização da psicologia científica moderna, onde a visão objetiva das ciências naturais passou a desvalorizar temas subjetivos, não diretamente observáveis, as questões humanas também passaram a ser tratadas como parte de um mundo mecanicista e a serem entendidas como objetos e coisas causalmente relacionadas.

Assim, ao longo do tempo, a imaginação foi perdendo espaço e passou a aparecer como assunto secundário para as ciências humanas (Cornejo, 2017). Isso parece ter resultado na exclusão da imaginação das discussões da época, uma vez que não podia ser diretamente observada ou medida. Somente com os estudos posteriores de Vygotsky é que a imaginação passou a ter foco na psicologia (Cornejo, 2017), como veremos na seção adiante.

3.2 Imaginação em diferentes contextos conceituais e metodológicos

Lev S. Vygotsky fez contribuições muito significativas sobre a imaginação, como vemos em *Imagination and Creativity in Childhood* (2004), onde defende que toda atividade em que o homem cria algo novo denomina-se atividade criadora. Essa capacidade é denominada, por Vygotsky, de imaginação ou fantasia, e, para ele, a imaginação se manifesta em todos os campos da vida cultural (Vygotsky, 2004).

Para Vygotsky (2004), a imaginação é uma importante capacidade humana e possibilita ao ser humano distanciar-se de uma situação atual e transitar no tempo entre realidade e fantasia. Trata-se de um processo psicológico, uma função mental superior e complexa, que se desenvolve em inter-relação com outras funções cognitivas (Vygotsky, 2004). Na obra *Imaginação e Criação na Infância* (Vygotsky, 2009), o autor compreende a imaginação como uma função psicológica diretamente relacionada à representação da realidade que, em sua complexidade, está intrínseca ao raciocínio e às produções e criações humanas. A esse respeito, Vygotsky defende a imaginação como: “base de toda atividade criadora, manifesta-se, sem dúvida, em todos os campos da vida cultural, tornando também possível a criação artística, a científica e a técnica. Neste sentido, necessariamente, tudo o que nos cerca e foi feito pelas

mãos do homem, todo o mundo da cultura, diferentemente do mundo da natureza, tudo isso é produto da imaginação e da criação humana que nela se baseia” (Vygotsky, 2009, p. 14).

Vygotsky (2004) entende a imaginação como um processo de reelaboração criativa de impressões vivenciadas, resultando na construção de uma vivência nova que responda às aspirações e aos anseios de cada um. Ainda segundo Vygotsky (2004), a criação na vida cotidiana é condição necessária da existência. Além disso, a atividade criadora depende diretamente de outras formas de atividade para acontecer, principalmente do acúmulo de experiências.

Portanto, para Vygotsky (2004), a imaginação é uma função vital necessária, construída de materiais trazidos da experiência do presente, podendo criar novos níveis de combinações. No entanto, os elementos primários dos quais se cria a fantasia são sempre impressões da experiência (Vygotsky, 2004).

Vygotsky (2009) discute a relação entre imaginação e realidade em quatro aspectos principais. Primeiramente, ele destaca que a imaginação se baseia na experiência real do homem com o mundo social, utilizando elementos percebidos nas vivências para cultivá-la. Em segundo lugar, Vygotsky (2009) defende que a imaginação amplia a experiência ao incorporar relatos de outras pessoas, histórias literárias e textos. Em terceiro lugar, ele explora o aspecto emocional da imaginação, destacando como emoções vividas podem influenciar a imaginação e vice-versa. Finalmente, no quarto aspecto, Vygotsky (2009) menciona a imaginação cristalizada, onde as imagens mentais se tornam realidade material, compreendendo o mundo cultural, afirmando que a imaginação se torna realidade neste processo (Vygotsky, 2009).

Estudos recentes envolvendo a imaginação têm sido realizados por diferentes pesquisadores e áreas do conhecimento científico, tais como: Agnati et al. (2013); Parra (2021). Na área da educação, tais como Domingues (2010); Girardello (2011); Dos Anjos (2017); Leite (2018); Pott, Neves e Souza (2022). Outros estudos envolvem imaginação e programas de treinamento para melhorar performances físicas, como, por exemplo: Cruz e Viana (1996); Rubio (2008); Silva et al. (2013).

Entre eles, destacamos o estudo no campo da educação, que apresenta um entendimento de que a imaginação é, para a criança, um espaço de liberdade e de decolagem em direção ao futuro, uma dimensão em que a criança vislumbra coisas novas no presente ou esboça futuros possíveis (Girardello, 2011).

Na área da literatura, temos os estudos de Diniz (2017) numa compreensão de que um modo de ler literatura se concentra na possibilidade de mobilização dos afetos e no envolvimento somático do leitor no mundo, por meio da imaginação (Diniz, 2017).

No campo da neurobiologia, pesquisa realizada por Agnati e colaboradores (2013) entende a imaginação como uma faculdade humana responsável por formar imagens mentais de algo nunca experimentado antes pelo sujeito, mas em grande medida essas imagens surgem do seu mundo interior (Agnati et al., 2013).

Os psicólogos Paul Harris (2000), Michael Cole (2004) e Etienne Palaprat (2013) fizeram contribuições significativas para o estudo da imaginação na infância e na aprendizagem. Embora não tenham formulado uma única teoria conjunta sobre a imaginação, cada um deles propôs perspectivas sobre como ela funciona em contextos de desenvolvimento e aprendizado (Harris, 2000; Cole, 2004).

Harris (2000), por exemplo, conhecido por suas pesquisas sobre o desenvolvimento da imaginação na infância, argumenta que a imaginação desempenha um papel crucial no desenvolvimento cognitivo das crianças, permitindo-lhes representar eventos passados, antecipar eventos futuros e considerar cenários hipotéticos. Além disso, ele destaca que a imaginação é fundamental para a aprendizagem e a resolução de problemas, pois permite que as crianças experimentem mentalmente diferentes situações e soluções (Harris, 2000).

Michael Cole (2004), psicólogo cognitivo de abordagem sociocultural, estuda como a imaginação é influenciada pela cultura e como a cultura influencia a maneira como as pessoas pensam e imaginam o mundo. Para ele, a imaginação é uma função cognitiva culturalmente mediada e as representações mentais e a criatividade são moldadas pelas práticas culturais e históricas em que as pessoas estão imersas (Cole e Cole, 2004).

Etienne, Palaprat e Cole (2011) também contribuíram para o estudo da imaginação na psicologia, especialmente em contextos de aprendizado, argumentando que a imaginação é fundamental para a resolução de problemas e a criatividade, e que os educadores podem incentivar o desenvolvimento da imaginação em sala de aula, criando ambientes que promovam a exploração de ideias e a experimentação mental. Além disso, caracterizam a imaginação como um processo pelo qual resolvemos e conectamos segmentos da experiência biológica e histórico-cultural, de modo a coordenar o mundo que nos cerca no tempo e espaço. Assim, para esses autores, a imaginação é o que dá às pessoas uma sensação de si mesmas em relação ao mundo (Etienne, Palaprat e Cole, 2011; Palaprat e Cole, 2011).

3.3 Breves considerações sobre a Psicologia Sociocultural

Nesta Tese, adotaremos a concepção de imaginação fundamentada no referencial teórico contemporâneo de Tânia Zittoun e seus colaboradores (2013, 2016, 2017, 2018, 2020),

os quais derivam do pensamento de Vygotsky (2004, 2009) anteriormente mencionado, que tem na Psicologia Sociocultural sua base teórica.

De acordo com Zittoun e Baucal (2021), a Psicologia Sociocultural é uma perspectiva teórica que considera a interação mútua entre indivíduos e seu contexto social e cultural, enfatizando a importância da experiência humana e da criação de sentidos. Segundo Rogoff e Chavajay (1995), a abordagem sociocultural destaca a mediação da atividade humana e examina o desenvolvimento humano considerando as práticas culturais dos grupos. Essas práticas envolvem o uso de diversos mediadores, como instrumentos, signos e costumes, que carregam significados culturais.

Esses mediadores são tanto utilizados quanto construídos e transformados pelo grupo cultural. Além disso, Rogoff e Chavajay (1995) sinalizam que a abordagem sociocultural ressalta a inter-relação entre as dimensões individual, social e cultural na investigação do desenvolvimento humano. O desenvolvimento é considerado em diferentes níveis de análise, incluindo o microgenético, ontogenético, sociocultural e filogenético.

A Psicologia Sociocultural atual abrange diversas suborientações, como a Psicologia Cultural Narrativa, a Psicologia Histórico-Cultural e a Psicologia Cultural Semiótica, todas compartilhando uma epistemologia dialógica e interesse pelo desenvolvimento humano e aprendizagem no seu contexto sociocultural (Zittoun, 2020; Zittoun & Baucal, 2021).

Zittoun e Baucal (2021) dizem que, enquanto abordagem teórica da experiência e do desenvolvimento humano, a Psicologia Sociocultural considera a constituição mútua da pessoa e do seu mundo social e cultural, visto que essas dinâmicas estão localizadas no tempo e no espaço. É uma abordagem teórica que atribui um papel central à vivência humana e à criação de sentidos.

A Psicologia Sociocultural enfoca a interação recíproca entre o indivíduo e seu ambiente social e cultural, colocando ênfase na pessoa que está imersa nesse contexto (Zittoun, 2020; Zittoun & Baucal, 2021). Assim, segundo Zittoun (2020), a Psicologia Sociocultural tem um interesse de longa data pela imaginação e apresenta teorizações recentes, definindo a imaginação como uma dinâmica complexa, altamente criativa, multimodal, socioculturalmente enraizada, incorporada e culturalmente compartilhada.

3.4 Imaginação: estudos recentes em Psicologia Sociocultural

Tendo feito uma breve consideração sobre a Psicologia Sociocultural, faremos agora uma apresentação sobre algumas pesquisas na psicologia que adotam essa perspectiva, influenciadas pelo pensamento de Vygotsky.

Estudos atuais no campo da Psicologia Cultural Semiótica têm partido de pressupostos teóricos onde a imaginação é um processo intra e interpsicológico, construído nas relações de uma pessoa com sua cultura, considerando-a num tempo que não retorna (irreversível) e dirigido ao futuro (Valsiner, 1998; Lyra, 2006; Lyra; Moura, 2000; Valsiner, 2002). Luca Tateo, psicólogo italiano especializado em Psicologia Cultural Semiótica, destaca a importância da imaginação, associando-a à cultura e cognição. Ele a concebe como um processo de criação de significados mediado por signos culturais compartilhados. Para ele, a imaginação é influenciada por representações culturais, mitos e símbolos sociais, sendo essencial na construção do conhecimento, resolução de problemas e compreensão do mundo. Tateo enfatiza que a imaginação permite a simulação de cenários e a exploração de diferentes perspectivas (Tateo, 2015; 2017).

Mais recentemente ainda, a partir de 2017, estudos sobre processos imaginativos enquanto função mental superior, embasados na Psicologia Cultural Semiótica, foram realizados na UFPE por pesquisadoras do Laboratório de Estudos da Imaginação – EIKASIA, do PPG em Psicologia Cognitiva desta universidade, coordenado pela professora Karina Moutinho (Melo, 2018; Ferreira, 2019; Batista, 2019; Ramos, 2019; Batista; Moutinho, 2019; Moutinho; Ferreira, 2020; Moutinho, 2020; Ferreira et al., 2022).

Por exemplo, com o objetivo de investigar como processos imaginativos são desenvolvidos por uma estudante da graduação de psicologia, Melo (2018) observou como a imaginação apresenta-se como um processo que oportuniza preparação para o futuro, possibilitando uma pré-adaptação diante de tensões e incertezas ligadas ao conteúdo imaginado.

Afinada ao mesmo pressuposto teórico, Batista (2019) examinou a imaginação de uma professora da Educação Infantil acerca da docência a crianças com a Síndrome Congênita do Vírus Zika (SCVZ). Nessa pesquisa, observou-se que os processos imaginativos possibilitam que a educadora se projete para o futuro, considerando seu contexto de poucos recursos didáticos, estruturais e conhecimento sobre o tema, de modo a realizar adaptação e gerenciamento de situações incertas e desafiadoras (Batista, 2019).

A imaginação como expansão de experiência tem sido a noção teórica que orienta os atuais estudos do grupo EIKASIA, alinhados aos pressupostos de Vygotsky e à Psicologia

Sócio-Histórica: Zittoun e colaboradores (2013; 2016; 2017; 2018; 2020); Zittoun, Mirza e Perret-Clermont (2007); Zittoun e Cerchia (2013); Zittoun e Brinkmann (2012); Zittoun e De Saint-Laurent (2014); Zittoun e Gillespie (2016; 2018); Hilppö et al. (2016); Gfeller e Zittoun (2021).

A esse respeito, temos a pesquisa de doutorado feita por Breckenfeld (2023), que teve como objetivo analisar como ocorre a dinâmica entre atividade prescrita, processos imaginativos e atividade real por dois educadores sociais ao trabalharem com crianças e adolescentes em casa de acolhimento na cidade do Recife, Pernambuco (Breckenfeld, 2023).

E mais recentemente, temos o estudo de Batista (2023), que teve como objetivo geral investigar, à luz da integração entre os modelos da expansão da experiência e o Trajectory Equifinality Model – TEM, como uma jovem com cegueira congênita imagina seu futuro profissional. Utilizando como método um estudo de caso, seguindo uma abordagem idiográfica e qualitativa (Batista, 2023).

Esta concepção de imaginação enquanto expansão da experiência terá destaque maior para esta pesquisa e será detalhada no tópico seguinte.

3.5 Imaginação e expansão da experiência

Em linha com os princípios de Lev Vygotsky, Tania Zittoun e seus colaboradores têm desempenhado um papel significativo no avanço dos estudos sobre imaginação dentro de uma abordagem sociocultural, como evidenciado em várias de suas publicações (Zittoun; Mirza; Perret-Clermont, 2007; Zittoun; Cerchia, 2013; Zittoun; Brinkmann, 2012; Zittoun; De Saint-Laurent, 2014; Zittoun; Gillespie, 2016, 2018; Hilppö et al., 2016; Gfeller; Zittoun, 2021).

Para Zittoun (2011), a imaginação é uma atividade que ocorre em diversos domínios da vida, desde a fantasia criativa até a resolução de problemas práticos. Não se limita à criação de imagens visuais, mas também envolve a capacidade de explorar e simular mentalmente diferentes possibilidades, antecipar resultados e experimentar novas perspectivas (Zittoun, 2011).

Zittoun e Gillespie (2016) conceituam a imaginação como um processo psicológico de "desacoplamento" temporário do mundo socialmente compartilhado em andamento, aqui e agora, e embora a imaginação seja muitas vezes privada, ela é profundamente social e cultural em sua natureza, conteúdo e resultados. Assim, a imaginação começa com uma ruptura ou disjunção da experiência e geralmente termina com um reengajamento (Zittoun; Gillespie, 2016). A esse respeito, dizem Zittoun e Cerchia (2013):

Imagination is a process unfolding in time: in a person's current apprehension of reality, something triggers imagination, imagination develops on its own, and eventually the person comes back to reality, usually having gained something from that excursion. Of course, in such a model, "leaving" reality and coming back to it does not imply literally a change of space; we do not consider imagination as "place". Rather, we consider imagination as one modality of apprehending the real, or a specific mode of experiencing (p. 10).

Ou seja, a imaginação é um processo que se desdobra no tempo: na apreensão atual do momento presente de uma pessoa, algo desencadeia o imaginar, e este ato se desenvolve por conta própria e, eventualmente, a pessoa volta ao momento presente, geralmente ganhando algo na excursão. Naturalmente, em tal modelo, 'deixar' o momento presente e voltar a ele não implica literalmente uma mudança de espaço; não consideramos a imaginação como 'lugar'. Em vez disso, consideramos a imaginação como uma modalidade de apreensão do real, ou modo específico de experimentar. Para explicar esses conceitos, destacamos alguns termos: desengajar-se do aqui e agora (ruptura ou disjunção) significa afastar-se do momento presente, da situação imediata em que estamos envolvidos. A experiência proximal refere-se às experiências próximas, ou seja, aquelas que estão acontecendo no momento presente.

Explorar experiências alternativas distais significa explorar possibilidades distantes no tempo ou no espaço, ou seja, o ato de imaginar nos permite explorar outras possibilidades ou situações que não estão limitadas pela sequência temporal linear ou pela causalidade dos eventos. Disjunção da experiência é o processo de desconexão do momento imediato e entrada em um estado de imaginação, onde somos livres para explorar outras possibilidades. O reengajamento acontece quando nos reconectamos com a experiência imediata após ter explorado as possibilidades imaginárias (Zittoun; Gillespie, 2016).

Portanto, a ideia central do pensamento de Zittoun e Cerchia (2013) é que o ato de imaginar nos permite escapar do presente e explorar outros cenários ou possibilidades antes de retornar ao momento presente. Neste processo, o conceito de ampliação da experiência emerge como um aspecto crucial para compreender a imaginação.

Ainda segundo Zittoun e Cerchia (2013), a ampliação da experiência refere-se à capacidade do ato de imaginar enriquecer a percepção da experiência, uma vez que, ao explorar e considerar opções alternativas, o indivíduo pode reorientar seu momento presente de maneira inovadora (Zittoun; Cerchia, 2013; Zittoun; Gillespie, 2016).

Os conceitos de experiência distal e experiência proximal, utilizados por Zittoun e Gillespie (2016) em sua teoria, desempenham papéis importantes na imaginação. As experiências proximais referem-se ao presente imediatamente compartilhado socialmente, englobando as experiências situadas no momento presente da consciência de uma pessoa, enquanto ela está envolvida em uma atividade específica dentro de um contexto imediato, como ler um livro, cozinhar ou realizar uma tarefa acadêmica (Zittoun; Gillespie, 2016).

Já a noção de experiência distal (distante) refere-se ao que ocorre quando a experiência humana não é definida pelo contexto histórico-cultural. Diz respeito à possibilidade de uma pessoa sair psicologicamente de uma atividade imediata e transitar simbolicamente por outras possibilidades além das que as circunstâncias permitem em termos de tempo e espaço (Zittoun; Gillespie, 2016). Por exemplo, uma pessoa pode explorar experiências distais quando retoma lembranças de brincadeiras de sua infância enquanto realiza um exame de tomografia computadorizada, ou pode se lançar para o futuro como se estivesse livre de uma doença da qual foi diagnosticada recentemente.

Em outras palavras, Zittoun e Cerchia (2013) defendem que a capacidade de imaginar permite que uma pessoa vá além do que é diretamente observável, possibilitando que perceba eventos e fenômenos que estão fora de seu alcance imediato. Portanto, o ato de imaginar impulsiona o indivíduo, permitindo que ele projete possibilidades para o futuro e crie horizontes aos quais possa aspirar por meio da imaginação. Nesse sentido, a imaginação é fundamental para a vida e tem o potencial de ampliar as oportunidades de diversas maneiras, tornando-se uma forma de expandir a experiência humana (Zittoun; Cerchia, 2013; Zittoun; Gillespie, 2016).

3.6 A espiral da imaginação

Agora, vamos apresentar outro conceito bastante utilizado para explicar a imaginação de acordo com a teoria de Zittoun e colaboradores (Zittoun & Cerchia, 2013; Zittoun & Gillespie, 2016b; Zittoun & Glaveanu, 2018), trata-se do conceito de Loop da Imaginação.

A palavra *loop* pode ser traduzida, segundo o Cambridge Dictionary (2024) como, enquanto substantivo, laço (laço de corda, por exemplo); enquanto verbo, a palavra pode ser traduzida como enrolar. Entendemos, no Laboratório Eikasia, que essa tradução não contempla alguns elementos que constituem a proposição do "Loop Model" (Modelo do Laço), como, por exemplo, a temporalidade. No que tange a compreensão do tempo como irreversível, adotamos a expressão espiral imaginativa. A palavra espiral, em acordo com o Dicionário Priberam, como

substantivo significa "linha curva que, sem se fechar, vai dando voltas em torno de um ponto, afastando-se dele de forma progressiva e regular. No Loop Model admite-se um deslocamento espaço-temporal, em que saímos do aqui-e-agora para um universo simbólico distinto e retornamos ao momento que antecedia ao ato imaginativo. Este momento, na perspectiva do tempo irreversível, não representa mais o mesmo lugar espaço-temporal o que, ao nosso ver, se coaduna a ideia de uma linha curva que segue em voltas.

Com base em uma revisão da literatura e em vários exemplos empíricos, Zittoun e Cerchia (2013), Zittoun e Gillespie (2016b), Zittoun e Glaveanu (2018) demonstraram que a imaginação geralmente é desencadeada por diversos eventos - como o tédio, uma pausa na ação ou uma experiência disruptiva, uma pergunta, por exemplo - e se desenvolve ao ser alimentada por uma ampla gama de recursos, incluindo experiências pessoais, artefatos culturais, interações sociais e representações sociais.

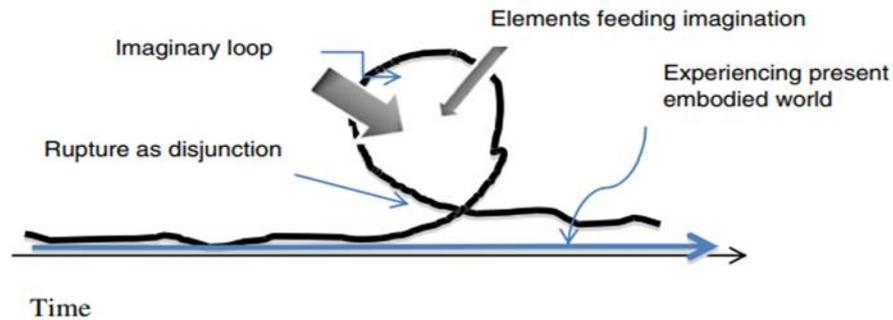
Assim, Zittoun e Gillespie (2016) explicam a imaginação conceitualmente e em seus aspectos constitutivos, e definem que a dinâmica imaginativa pode ser descrita simbolicamente em formato de uma espiral (Figura 1), que corresponde a um ciclo que segue uma sequência de três momentos:

No primeiro momento, há um gatilho, algo que provoca o desengajamento do aqui e agora, como uma pergunta, uma situação inesperada, uma conversa com alguém ou até mesmo um artefato cultural, como por exemplo uma música, uma fotografia ou um poema.

No segundo momento, ocorre a transição para uma experiência distante (do passado ou do futuro). Isso é alcançado através da utilização de experiências internalizadas ao longo da vida, que estão impregnadas de significados, afetos e emoções.

No terceiro momento, a espiral imaginativa se completa com um retorno, onde ocorre o reengajamento na esfera de experiência proximal, e a pessoa volta ao momento presente, completando um ciclo que pode ser representado em forma de Espiral da Imaginação, como podemos visualizar na Figura 1.

Figura 1– Espiral da Imaginação



Fonte: Zittoun e Cerchia (2013, p.10).

A dinâmica imaginativa apresentada na Figura 1 é utilizada por Zittoun e Cerchia (2013) para representar simbolicamente a experiência de uma pessoa envolvida em uma situação imaginativa, desdobrando-se no tempo em um determinado ambiente social e material; em seguida, desconectando-se daquele local específico e distanciando-se dele durante um momento; antes de finalmente voltar para se engajar novamente na situação do aqui e agora, em um movimento circular que permite uma expansão na experiência do presente, fazendo um movimento cognitivo semelhante a uma espiral (Zittoun; Cerchia, 2013). Esse processo de distanciamento e retorno é fundamental para a função da imaginação (Zittoun; Cerchia, 2013; Zittoun; Gillespie, 2016).

Para ilustrar, considere o seguinte cenário: uma enfermeira está prestes a administrar quimioterapia a uma paciente com câncer. Ela decide fazer uma pausa para descansar no posto de enfermagem, localizado em frente ao quarto da paciente. Durante essa pausa, a enfermeira observa a equipe médica comunicando à paciente sobre a gravidade da doença e a impossibilidade de cura (essa observação da comunicação médica é o gatilho para que a enfermeira desengaje do aqui e agora e se engaje em uma atividade imaginativa). Essa situação pode desencadear na enfermeira uma reflexão pessoal (simbolicamente transitar para uma esfera distal do passado), especialmente se ela relembra a história de um familiar que faleceu pouco tempo após receber uma comunicação semelhante. Esse contexto pode levá-la a hesitar em continuar preparando a quimioterapia, pois pode imaginar que o tratamento não será mais eficaz ou que não terá resultado administrar a quimioterapia se não houver perspectiva de cura (o reengajamento ao aqui e agora, encerrando a espiral da imaginação).

Assim, o que nutre a espiral da imaginação está justamente ligado aos diversos elementos da experiência, que podem ser experiências anteriores, interações sociais e diversas experiências culturais – verbais, artísticas, ficcionais, imagens, memórias corporificadas,

percepções presentes, emoções, anseios e assim por diante. Ou seja, são todas as experiências que possibilitaram criar algo novo a partir do ato de imaginar (Zittoun; Gillespie, 2016, 2018; Zittoun, 2018, 2020). Os recursos mais típicos para imaginar são vestígios ou experiências passadas, ou memórias pessoais (Zittoun; Cerchia, 2013; Zittoun; Gillespie, 2016).

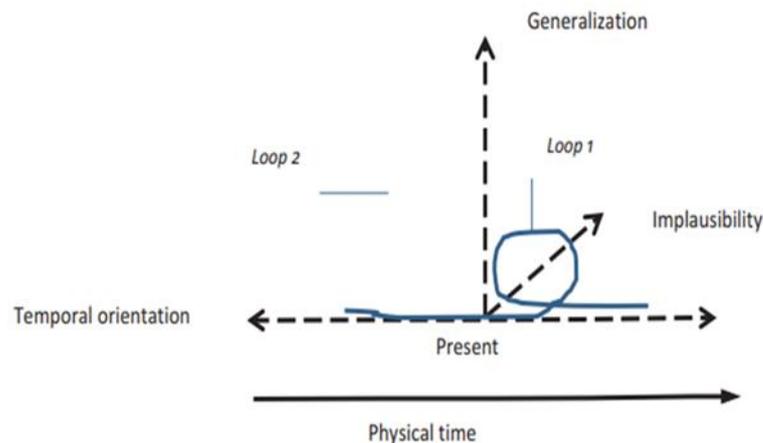
De modo geral, o modelo da espiral desenvolvido por Zittoun e Gillespie (2016, 2018) e Zittoun (2018, 2020) descreve os elementos que iniciam e nutrem a imaginação, os processos que ocorrem durante o ato imaginativo e as, potenciais, consequências desse processo.

Por fim, é possível perceber a maneira pela qual o processo de imaginação pode mudar a experiência do aqui e agora, pois permite que uma pessoa considere alternativas possíveis para o futuro, relendo o passado e considerando aspectos do seu contexto cultural (Zittoun; Cerchia, 2013; Zittoun; Gillespie, 2016).

3.7 As três dimensões da imaginação

Com a continuidade dos estudos sobre a imaginação, Zittoun e Gillespie (2016a, 2018), além de defenderem a imaginação como uma espiral, desenvolveram três dimensões que descrevem as experiências imaginativas nas quais as pessoas podem se engajar. Essas dimensões incluem a temporalidade, o nível de abrangência/generalidade e o grau de plausibilidade, como ilustrado na Figura 2 a seguir:

Figura 2– Espiral da imaginação e três dimensões



Fonte: Zittoun e Gillespie (2016, p. 233)

A dimensão da temporalidade diz respeito à representação temporal do passado ao futuro, ou seja, a viabilidade de que uma pessoa possa distanciar-se do aqui e agora para o

passado ou futuro, quando ela recorre a acontecimentos anteriores e/ou se projeta para o futuro (Zittoun, 2013; Zittoun; Gillespie, 2018).

A segunda dimensão diz respeito ao grau de generalidade, que é a capacidade de se afastar do contexto imediato e concreto para abranger experiências mais amplas. Por exemplo: imaginar o cardápio do jantar é algo concreto, ou imaginar soluções para a saúde pública do Brasil, que seria algo abstrato e impreciso (Zittoun; Gillespie, 2018).

A plausibilidade é a terceira dimensão e diz respeito à distância entre uma situação atual e o que se imagina, em termos de ser plausível ou não em um determinado momento e ambiente sociocultural. Tem a ver com a questão do quanto a imaginação sobre algo pode ser considerada plausível ou implausível em um dado contexto sociocultural (Zittoun, 2013; 2016). Por exemplo, imaginar uma noite de descanso após um dia cansativo de trabalho é plausível; no entanto, imaginar que os seres humanos não precisam dormir é implausível.

Em síntese, as três dimensões se interrelacionam na situação aqui e agora (presente, particular e real). Assim, a imaginação pode ser caracterizada ao longo das dimensões de temporalidade, (im)plausibilidade e generalização (Zittoun; Cerchia, 2013; Gfeller; Zittoun, 2020).

Assim, a partir do que foi apresentado até aqui sobre a imaginação, concluímos que o ato de imaginar possibilita a expansão da experiência e seus resultados podem se manifestar de diversas formas. A esse respeito, Zittoun e Gillespie (2016b) apontam que a imaginação frequentemente produz mudanças na experiência das pessoas no mundo real, podendo influenciar o estado de humor de uma pessoa, sua compreensão de problemas, seus relacionamentos interpessoais e até mesmo suas ações no mundo (Zittoun; Gillespie, 2016b).

Além disso, esses autores apontam que a imaginação pode ter impactos microgenéticos, influenciando o desdobramento de situações cotidianas, bem como resultados sociogenéticos, contribuindo para inovações sociais e mudanças culturais significativas ao longo do tempo. Em suma, a imaginação não apenas desempenha um papel importante na vida individual, mas também pode contribuir para o curso da sociedade e da cultura (Zittoun; Gillespie, 2016b).

A fim de sintetizar os conceitos abordados sobre o ato de imaginar defendidos por Zittoun e colaboradores (Zittoun; Gillespie, 2016, 2018; Zittoun, 2018, 2020), destacamos a espiral da imaginação, composta pelas dimensões da temporalidade, da generalidade e da plausibilidade.

A espiral da imaginação descreve a dinâmica em três momentos principais: primeiramente, ocorre um gatilho que desencadeia o desacoplamento da experiência imediata; em seguida, há a transição para uma experiência distante do passado ou do futuro, onde a pessoa

se engaja em uma atividade imaginativa, alimentada por experiências internalizadas ao longo da vida. Por fim, a espiral se completa com o retorno ao momento presente, ocorrendo o reengajamento na esfera de experiência proximal, oportunizando uma expansão da experiência. Além disso, identificamos fatores que provocam disjunção (rupturas) e fatores que nutrem a imaginação, finalizando com seus possíveis resultados (Zittoun; Cerchia, 2013; Zittoun; Gillespie, 2016b).

Como apresentado até aqui, os estudos comumente feitos nessa perspectiva teórica têm tratado da imaginação em sua dinâmica (Zittoun; Cerchia, 2013; Zittoun; Gillespie, 2016b). A teoria vem avançando e se tornando mais complexa, entretanto, interpretamos ainda uma carência no melhor entendimento sobre os elementos constitutivos do ato de imaginar e sua dinâmica ao longo do tempo.

No estudo “Processos imaginativos em situação de crise: O uso de imagens por uma criança com câncer ao falar de seu adoecimento”, Silva, Garvey, Silva e Moutinho (em desenvolvimento) têm desenvolvido as primeiras observações, a partir de análise microgenética, de que a espiral se constitui com micro espirais.

Com base nisso, para esta tese vimos a oportunidade de, utilizando a análise microgenética, fazer uma análise detalhada sobre a imaginação e acompanhar a sua dinâmica processual, histórica e relacional. Assim, consideramos como fundamental trazer para esta tese o arcabouço teórico analítico constituído pela análise microgenética, mais especificamente, da abordagem histórica-relacional proposta por Fogel, Garvey, Hsu e West-Stroming (2006), Fogel e Garvey (2007), Garvey e Fogel (2008). A esse respeito, esclarecemos na seção seguinte.

3.8 Análise microgenética do processo imaginativo

De acordo com Fogel, Garvey, Hsu e West-Stroming (2006), Lavelli, Pantoja, Hsu, Messenger e Fogel (2005), e Pantoja (1996), a análise microgenética na psicologia do desenvolvimento remonta aos anos 1920, quando Werner introduziu o termo "microgênese". Inicialmente, este termo era uma extensão de "Aktualgenese", usado por Sander, um grupo de psicólogos da Gestalt de Leipzig. A técnica experimental visava desencadear e estudar o desenvolvimento das percepções em um ambiente de laboratório, permitindo uma observação detalhada do processo “ao vivo” enquanto se desenrolava (Lavelli et al., 2005).

Werner tinha interesse em provocar fenômenos de desenvolvimento experimentalmente para examiná-los detalhadamente. Ele propôs que existem semelhanças nos processos de mudança em vários níveis de desenvolvimento, micro e macro, criando assim técnicas para

comprimir o tempo e simplificar o desenvolvimento de diferentes fenômenos. Isso levou à reconstrução experimental da "microgênese", ativando e estudando o processo de desenvolvimento de uma competência específica em uma escala reduzida e acelerada (Lavelli et al., 2005).

Este trabalho foi mencionado e apoiado por Vygotsky em 1978, que argumentava que as mudanças de longo prazo no desenvolvimento têm suas raízes em mudanças de curto prazo observadas em interações sociais em tempo real. A análise microgenética, portanto, permite investigar como fatores socioculturais co-constroem a organização e o desenvolvimento das estratégias comunicativas e cognitivas individuais (Lavelli et al., 2005).

A abordagem microgenética, de acordo Lavelli et al. (2005) e Silva (2014), se concentra na análise minuciosa dos aspectos envolvidos nas mudanças de um fenômeno em tempo real (microgênese), relacionando-as com mudanças observadas em uma escala maior de tempo (ontogênese). Suas principais características incluem foco na mudança ao longo do desenvolvimento, observações antes, durante e após períodos de mudança, alta densidade de observações e análise detalhada dos comportamentos (Fogel et al., 2006; Lavelli et al., 2005; Silva, 2014). Desse modo, essa abordagem é usada para estudar e capturar os detalhes nos processos de mudança no desenvolvimento, permitindo uma investigação aprofundada dos processos em vez de focar apenas nos resultados finais (Fernandes de Melo, 2006; Garvey, 2014). Outra contribuição da abordagem microgenética é permitir uma melhor compreensão dos processos de transição entre diferentes padrões de organização ao longo do desenvolvimento cognitivo (Siegler; Crowler, 1991; Siegler, 1995).

Góes (2000) destaca que a análise microgenética não é considerada micro pelo breve período dos eventos, mas sim pela abordagem minuciosa dos detalhes. A análise microgenética é chamada de genética devido à sua natureza histórica, concentrando-se no desenvolvimento ao longo do tempo e buscando entender as conexões entre condições passadas e presentes; além disso, genética também por remeter à ideia de gênese, de origem. Silva (2010) também destaca este aspecto da análise microgenética ao enfatizar sua contribuição em investigar as pequenas mudanças em padrões de processos dinâmicos, em configurações recorrentes ao longo do tempo que coemergem durante períodos de mudança, onde instabilidades possibilitam a emergência de novos padrões e a adaptação dos sistemas ao ambiente (Silva, 2010).

Além disso, Kelman e Branco (2004) afirmam que a análise microgenética está relacionada à ideia de co-construção do desenvolvimento humano, observando a dinâmica das interações entre a pessoa e seu ambiente em tempo real. A co-construção, conforme definido por Maciel (2000), destaca a natureza colaborativa do desenvolvimento cognitivo, permitindo

uma análise detalhada dos processos em tempo real. Essa abordagem se alinha à metodologia dos Círculos de Cultura de Paulo Freire utilizada nesta tese, onde a co-construção do conhecimento ocorre entre pesquisadores e participantes da pesquisa (Branco; Valsiner, 1997).

No que diz respeito à observação das mudanças em um processo, utilizamos como base teórica os tipos de mudanças no desenvolvimento que foram propostos por Fogel, Garvey, Hsu e West-Stroming (2006), Fogel e Garvey (2007), e Garvey e Fogel (2008), que em suas pesquisas fornecem descrições detalhadas dos movimentos histórico-relacionais de estabilidade e mudança na comunicação mãe-bebê.

Nesses estudos, Fogel et al. (2006), Fogel e Garvey (2007), Garvey e Fogel (2008) sugerem diferentes tipos de mudanças no desenvolvimento da relação das díades mãe-bebê, desde flutuações em tempo real das ações comunicativas (microdesenvolvimento) até mudanças que reorganizam os padrões predominantes de comunicação em um dado momento (macrodesenvolvimento). Os autores propõem que as mudanças na comunicação histórico-relacional das díades mãe-bebê ocorrem em três níveis distintos:

1. O nível inicial, onde os padrões de co-relação que predominam as trocas comunicativas mãe-bebê são chamados de padrões históricos.
2. O segundo nível, que ocorre simultaneamente ao nível 1, inicial, é caracterizado por um quadro diferente, o qual pode se tornar predominante. Essas mudanças no segundo nível servem como possíveis inovações na variabilidade dos padrões iniciais e podem atuar como uma ponte para uma nova organização do sistema de comunicação mãe-bebê. Dependendo do nível de estabilidade dos padrões históricos iniciais, essas inovações podem levar algum tempo para serem ampliadas, abrindo o sistema de comunicação mãe-bebê para uma total reorganização e coemergência de padrões completamente novos.
3. O terceiro nível emerge quando um novo padrão de variabilidade passa a ser reconhecido. As mudanças neste nível são chamadas de mudanças emergentes. Estas são marcadas por uma reorganização completa dos padrões comunicativos relativos aos observados nos níveis 1 e 2. Assim, mudanças a nível 3 se apresentam com uma nova organização e não se assemelham a nada do que havia sido observado anteriormente. Por ser caracterizada por uma reorganização completa dos padrões comunicativos, este nível de mudança tende a levar mais tempo e requer mais recursos. Fogel et al. (2006) propõem então que as mudanças no nível 3 não surgem no vácuo. Outrossim, são coemergentes em um processo histórico-relacional de inovações em meio à vasta variabilidade das mudanças do nível 2, que emergem sob o pano de fundo das variabilidades que compõem o nível 1. O fluxo contínuo e dinâmico desses três níveis

de mudança é sintetizado na esquemática a seguir, sugerida por Fogel et al. (2006):
 Histórico ↔ Ponte ⇒ Ponte ↔ Emergente

Muito embora esses três níveis de mudanças tenham sido desenvolvidos com base em análises microgenéticas de momentos de comunicação mãe-bebê, Fogel, Garvey, Hsu e West-Stroming (2006) propõem que tal modelo pode ser aplicado para melhor compreendermos processos de mudança em vários sistemas sociais, tais como relações íntimas entre dois parceiros, relação educador e alunos, relações de trabalho, bem como sistemas mais complexos como mudanças ou resistências a mudanças em sistemas sócio político-culturais. Nesta tese, exploramos a viabilidade desses três níveis de mudanças nos processos imaginativos de profissionais de enfermagem sobre sua atuação em cuidados paliativos.

3.9 Círculos de Cultura e imaginação: ampliando experiências sobre Cuidados Paliativos

Até agora, foi feita uma explanação sobre Cuidados Paliativos, profissionais de enfermagem e sobre como concebemos a imaginação neste estudo. Também foi apontada a problemática norteadora: como a imaginação se desenvolve sobre Cuidados Paliativos e como os Círculos de Cultura contribuem para que o processo de imaginar se transforme ao longo do tempo. Apresentamos também as contribuições da análise microgenética na psicologia, bem como a abordagem histórico-relacional que servirá como guia analítico na presente tese.

A partir de agora, vamos falar sobre uma contribuição que viabiliza acompanhar continuidades e transformações no processo de imaginar de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos. Diante disso, pensamos em um instrumento que pudesse atuar como mediação entre os pressupostos da Educação em Saúde e da imaginação, aliados à possibilidade de utilização de uma ferramenta que permitisse não apenas a coleta de dados, mas também uma transformação do cenário, com vistas a co-construir informações possíveis de serem compreendidas pelo olhar da análise microgenética.

Antes de chegar na ferramenta, é importante destacar alguns pontos norteadores sobre a Educação em Saúde. A esse respeito, Catrib e colaboradores (2003) e Guterres e colaboradores (2017) definem que a prática de Educação em Saúde é uma estratégia para a conscientização das pessoas sobre suas responsabilidades e direitos e deve contemplar metodologias que possibilitem uma transformação individual e coletiva, ampliando a compreensão da complexidade da saúde. Tratam-se de processos que pressupõem a participação de pessoas no contexto da vida cotidiana, não apenas as pessoas doentes ou sob o

risco de adoecerem, considerando, portanto, a reorientação de serviços de saúde e propostas pedagógicas democráticas (Catrib et al., 2003; Guterres et al., 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), os profissionais de saúde pública são responsáveis por atender não apenas as necessidades clínicas dos indivíduos, mas também as necessidades educativas no decorrer de suas práticas profissionais com a comunidade. Além disso, considera a Educação em Saúde um dos papéis dos enfermeiros no âmbito de seus trabalhos (Brasil, 2001).

Alinhada à Educação em Saúde, no Brasil temos a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que foi instituída em 2004 por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004, e teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/2007. É um conceito essencial na área da educação, enfatizando a aprendizagem contínua e o desenvolvimento ao longo da vida. Essa abordagem reconhece que a aprendizagem não se limita aos anos de educação formal, mas é um processo contínuo que ocorre em várias fases da vida e em diferentes contextos (Brasil, 2004; 2018).

Isso significa que profissionais, como educadores, profissionais de saúde, funcionários públicos e outros, são encorajados a continuar aprimorando suas habilidades e conhecimentos ao longo de suas carreiras. Essa política reconhece a necessidade de se manter atualizado em um mundo em constante evolução, onde novas informações, tecnologias e práticas estão sempre emergindo (Brasil, 2004; 2007).

De acordo com Figueiredo (2023), a Educação Permanente implica que os profissionais aprendam enquanto realizam suas atividades profissionais. Isso pode envolver a participação em workshops, cursos de curta duração, conferências, treinamentos práticos e outras atividades de desenvolvimento profissional. A ideia é que a aprendizagem seja relevante para as necessidades reais do trabalho, tornando-se uma ferramenta eficaz para aprimorar a prática profissional. Também está intimamente ligada à melhoria da qualidade dos serviços prestados à sociedade. Profissionais bem treinados e atualizados têm maior probabilidade de oferecer serviços de alta qualidade e de se adaptar às mudanças nas demandas da sociedade (Figueiredo, 2023).

Portanto, a Educação Permanente é um conceito crucial que reconhece a necessidade de aprendizagem contínua ao longo da vida, visando garantir que os profissionais estejam equipados para enfrentar os desafios em constante evolução de suas áreas de atuação (Brasil, 2004; 2018).

Isto posto, elaboramos uma pesquisa com metodologia que pudesse contemplar não apenas a co-construção, mas também que se apresentasse como facilitadora da aprendizagem

contínua dos profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos. Assim, buscamos em Freire (1991), um renomado educador brasileiro, conhecido por sua contribuição significativa para a pedagogia crítica e a educação popular, uma abordagem educacional que enfatiza a participação ativa, o diálogo e a conscientização crítica dos envolvidos no processo educativo (Gadotti, 1996).

Assim, utilizamos os Círculos de Cultura propostos por Paulo Freire (Freire, 1991; Gadotti, 1996; Heidemann; Almeida, 2011) como uma abordagem educacional para co-construção de dados que possibilita a transformação do processo de imaginar Cuidados Paliativos ao longo do tempo, bem como uma estratégia dialógica de empoderamento. Frisamos que o empoderamento é um processo que concentra a participação social e a produção de saúde, e, de acordo com Dalmolin e colaboradores (2016), foi considerado como estratégia chave para a educação proposta por Paulo Freire.

Gadotti (1996) e Heidemann e Almeida (2011) referem que Paulo Freire realizou um trabalho importante de alfabetização de adultos na década de 1950 e início dos anos 1960, iniciando sua trajetória no Nordeste Brasileiro, numa época em que a maioria da população era analfabeta e regulada pela cultura do silêncio. Paulo Freire, baseado numa visão humanista, trabalhou com vários conceitos, entre eles: diálogo, cultura, conscientização, transformação, opressor/oprimido, empoderamento, educação libertadora e Círculos de Cultura (Gadotti, 1996; Heidemann; Almeida, 2011).

Paulo Freire consolidou um dos paradigmas mais ricos da pedagogia contemporânea, que teve como proposta romper com a educação direcionada para as elites, dando assim uma contribuição eficaz para a formação de uma sociedade democrática por construir um projeto educacional dialógico e libertador (Freire; Brandão, 1981).

Gadotti (1996), De Rui Beisiegel (1974), Heidemann (2017) e Machado (2015) argumentam que, centrado na mediação educador-educando, o Método Paulo Freire tem como linha condutora a alfabetização visando a libertação cognitiva, social e política dos envolvidos. Pautado em dois princípios básicos, o primeiro trata-se da politicidade do ato educativo, onde a educação deve ser vista como construção e reconstrução contínua de significados de uma dada realidade, pressupondo a ação do homem sobre esse contexto. O segundo princípio diz respeito à dialogicidade do ato educativo, considerada a base da pedagogia (Gadotti, 1996; De Rui Beisiegel, 1974; Heidemann et al., 2017; Machado, 2015).

Assim, optamos por adotar os Círculos de Cultura propostos por Paulo Freire (1991), visando criar um ambiente participativo e dinâmico entre os profissionais de enfermagem e a pesquisadora-animadora. Nesse espaço, o diálogo e a construção coletiva do conhecimento

sobre Cuidados Paliativos podem ser promovidos com entusiasmo, oferecendo uma plataforma para reflexão e ação. Além disso, os Círculos de Cultura representam uma oportunidade para explorar o poder do processo imaginativo e para interpretar os elementos que impulsionam a transformação e a inovação nesse contexto.

No Círculo de Cultura, todos estão à volta de uma equipe de trabalho, com um animador de debates que participa de uma atividade comum em que todos se ensinam e aprendem, conforme ilustrado na Figura 3, uma foto de um Círculo de Cultura promovido por Paulo Freire (1991). É um meio pelo qual, ao mesmo tempo, um grupo de pessoas realiza reflexões e discussões sobre determinados contextos e procura identificar as possibilidades de intervenções de forma coletiva. Num processo de ação/reflexão/ação, são levadas a se perceberem como autores de suas histórias e, com isso, se conscientizam e se fortalecem para modificar suas práticas, num processo reflexivo que valoriza suas fontes culturais e históricas (Freire, 1981).

Figura 3- Círculo de Cultura de Paulo Freire



Fonte: Sobre os Círculos de Cultura em Paulo Freire - Por Vera Dantas e Ângela Linhares (subversivaarte.blogspot.com)

Segundo Brandão (2005), trata-se de um grupo de trabalho que visa pensar e construir conhecimento coletivamente, com a participação de um animador (neste caso, a pesquisadora, também referida como pesquisadora-animadora), participando de uma atividade comum na qual todos ensinam e aprendem simultaneamente.

A principal característica dos Círculos de Cultura é a participação de todas as pessoas do grupo, através do diálogo e do empoderamento, extrapolando o conhecimento individual para produzir modos coletivos de pensar (Damasceno, 2003). Outra característica importante é que durante o Círculo de Cultura, o pesquisador deve estar atento a todas as falas, conversas e discussões, dentro ou fora do círculo, uma vez que tudo está carregado dos temas da comunidade (Freire, 1983).

O itinerário para a realização dos Círculos de Cultura é representado por três momentos que se complementam de forma interdisciplinar. Começando pelo primeiro momento, a Investigação Temática, caracteriza-se como uma pesquisa sociológica para apreender o universo vocabular do grupo a ser trabalhado (De Rui Beisiegel, 1974; Heidemann et al., 2017; Machado, 2015).

O segundo momento é a Tematização, no qual ocorre a seleção dos temas e palavras centrais que surgiram ao longo da Investigação Temática. A partir daí, é realizada a codificação, na qual as temáticas identificadas são codificadas, revelando as contradições e apontando as representações das situações vividas, bem como a decodificação desses temas buscando seu significado nas situações vividas (Heidemann et al., 2017; Machado, 2015).

Na decodificação, o foco está na contraposição e contradição dos conteúdos trazidos para que os participantes possam refletir sobre suas ações, reconhecendo-se como capazes de transformar e superar seus limites. Este momento é composto por quatro fases nas quais as pessoas são convidadas a descrever o que veem ou sentem, como definem o nível principal do tema, como vivenciam as experiências, por que essas temáticas existem, e como desenvolver e planejar ações para elas (Feitosa e Gadotti, 1999; Heidemann et al., 2017; Machado, 2015).

O terceiro momento é a Problematização, que consiste na reflexão das propostas extraídas, buscando a superação de uma visão inicial não fundamentada para uma visão crítica capaz de transformar o contexto de vida (Feitosa e Gadotti, 1999; Heidemann et al., 2017; Machado, 2015).

Quanto à execução do método, Feitosa e Gadotti (1999) afirmam que devem ser consideradas fases sequenciais, que consistem em: fase 1 - levantamento do universo vocabular do grupo com o qual pretende-se realizar o Círculo de Cultura; fase 2 - caracterização e definição dos conjuntos de contradições, com seleção de um conjunto que servirá para a elaboração das codificações, possibilitando uma releitura do contexto social; fase 3 - criação de situações existenciais típicas do grupo, apresentando desafios que podem ser vivenciados no cotidiano; fase 4 - elaboração de fichas-roteiro que auxiliem os coordenadores de debate em seu trabalho, com a decomposição das palavras correspondentes aos vocábulos geradores (Feitosa e Gadotti, 1999).

Assim, utilizamos dessa abordagem educacional para a construção de dados, de modo a co-elaborar processos imaginativos com profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos, possibilitando também a emergência de mudanças nesses processos imaginativos.

3.10 A Tese do presente estudo

Isto posto, após apresentarmos os aspectos teóricos essenciais desta investigação - Imaginação, Cuidados Paliativos, Microgênese, Abordagem Histórica-Relacional e Círculos de Cultura - finalizamos a fundamentação teórica ao apresentar a tese desta investigação. Propomos que o modelo explicativo da imaginação como expansão da experiência pode ser ampliado e melhor especificado considerando o referencial teórico-metodológico e analítico da microgênese. Mais precisamente, sugerimos que a imaginação, concebida como processo histórico-cultural de um grupo dedicado a imaginar Cuidados Paliativos em Círculos de Cultura, evolui conforme padrões desenvolvimentais que denominamos de: Marco Zero, Nível 1, Nível 2 e Nível 3.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

A presente tese de doutorado tem como objetivo geral acompanhar microgeneticamente o desenvolvimento dos processos imaginativos de profissionais de enfermagem sobre sua atuação em cuidados paliativos. Utilizamos os Círculos de Cultura como abordagem dialógica educacional.

4.2 Objetivos específicos

- Descrever o conjunto de significados associados aos processos imaginativos de profissionais de enfermagem sobre sua atuação em cuidados paliativos;
- Observar os elementos e o fluxo de continuidade, bem como os níveis de mudança no processo de imaginação para o grupo de enfermeiras;
- Explorar as potencialidades na co-emergência do desenvolvimento do processo de imaginação.

5 O PERCURSO METODOLÓGICO: DELINEAMENTO

Na presente tese, propomos analisar, microgeneticamente, como ocorrem mudanças no processo imaginativo de profissionais de enfermagem que participaram de discussões em Círculos de Cultura sobre Cuidados Paliativos. Optamos por realizar um estudo de caso com um grupo de técnicas de enfermagem que atuam em um hospital filantrópico na Região Metropolitana do Recife.

De acordo com Yin (2005), o estudo de caso é uma abordagem metodológica sistemática que pode ser empregada em várias circunstâncias para enriquecer a compreensão de fenômenos individuais ou grupais. O estudo de caso investiga "fenômenos contemporâneos dentro de um contexto de vida real, utilizado especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto são pouco evidentes" (ANDRADE et al., 2017, p. 2). Segundo Yin, citado por Andrade et al. (2017), seu objetivo é "explorar, descrever e explicar o evento ou fornecer uma compreensão profunda do fenômeno" (p. 2).

Assim, o estudo de caso permite abarcar características de eventos do presente, sobre os quais o pesquisador tem pouco controle, sendo uma opção pertinente quando as questões investigadas envolvem perguntas relacionadas ao como ou porquê (YIN, 2005), favorecendo a percepção de interações entre fatores significativos característicos do tema. Portanto, torna-se possível estudar o processo de imaginação em seu contexto, especialmente porque é impossível separar um processo construído e situado socioculturalmente, ocorrendo em um espaço físico em interação com objetos físicos e sociais e seus respectivos contextos simbólico-sensoriais.

O desenho metodológico utilizado nesta tese caracteriza-se como pesquisa-ação, um tipo de pesquisa social baseada em evidências, desenvolvida em estreita associação com uma ação específica ou na resolução de um problema coletivo. Nesse processo, os pesquisadores e os participantes representativos da situação colaboram de maneira cooperativa e participativa (Thiollent, 2020).

Segundo Thiollent (2020), na pesquisa-ação, o pesquisador se insere e interage no grupo pesquisado, participando de todas as suas atividades; no entanto, há situações em que seu papel de pesquisador se torna evidente ao coordenar e investigar, assumindo papéis no grupo e ajudando na mobilização em torno da questão de pesquisa (Thiollent, 2020).

Peruzzo (2017) orienta que a pesquisa-ação requer maturidade intelectual, conhecimento aprofundado da metodologia e capacidade de coordenar o grupo (Peruzzo, 2017). Além disso, a pesquisa-ação exige que o pesquisador faça parte do grupo, que o grupo conheça e concorde com os propósitos e intenções do pesquisador, para que haja engajamento no

processo da pesquisa (Peruzzo, 2017). O pesquisador deve considerar o potencial dos participantes da pesquisa para desenvolver habilidades específicas necessárias para a efetivação da pesquisa, sendo fundamental a disposição para aprender e o compromisso com as mudanças dos participantes.

A escolha pela pesquisa-ação nesta tese deve-se ao seu caráter formativo, que possibilita ao grupo refletir sobre as transformações que ocorrem em si próprio, em consonância com os Círculos de Cultura. Nesse sentido, as participantes tomam consciência das mudanças que estão ocorrendo nelas mesmas (Thiollent, 2011).

Assim, trata-se de um método que assume um caráter emancipatório, pois é através da participação consciente que os participantes da pesquisa começam a ter a possibilidade de transformar seus próprios conhecimentos e reorganizar sua autoconcepção como sujeitos políticos de desenvolvimentos históricos, em consonância com os pressupostos de Freire (1999): "Se minha opção é libertadora, se a realidade se apresenta a mim não como algo estático, imóvel, posto ali, mas na dinâmica relação entre objetividade e subjetividade, não posso reduzir os grupos populares a meros objetos de minha pesquisa. Simplesmente não posso conhecer o contexto no qual participam a não ser com eles, como sujeitos também deste conhecimento que, sendo para eles um conhecimento anterior (o que se dá ao nível de sua experiência), se transforma em novo conhecimento" (Freire, 1999, p. 35).

Portanto, reconhecendo a importância de uma abordagem libertadora e dinâmica na pesquisa envolvendo grupos, consideramos, nesta tese, a interação entre objetividade e subjetividade na compreensão do contexto social. Aqui, os participantes do grupo não são tratados como objetos de estudo, mas como sujeitos ativos e participantes do processo de conhecimento, numa co-construção colaborativa, reconhecendo sua experiência prévia e buscando um entendimento mútuo que enriquece tanto a pesquisadora quanto o estudo, assim como as participantes.

5.1 Cenário da pesquisa

Este estudo foi realizado em um complexo hospitalar na cidade de Recife, em uma entidade filantrópica que oferece assistência médica e multiprofissional para a população do estado de Pernambuco e região Nordeste, além de atuar no ensino, pesquisa e extensão comunitária. Dentre os diversos setores que compõem o complexo hospitalar, há serviços voltados diretamente para pacientes oncológicos adultos, incluindo aqueles com neoplasias hematológicas (cânceres do sangue).

Durante o período de coleta de dados para esta pesquisa, os cenários considerados foram os setores da instituição que recebem pacientes para intervenções relacionadas ao tratamento do câncer, especialmente nas áreas de internação hospitalar. A internação foi escolhida devido ao grande número de pacientes com câncer necessitando de cuidados Paliativos. Profissionais de enfermagem que atuam na enfermaria de Oncologia adulto, Clínica Médica, Hematologia, Clínicas Cirúrgicas e Cuidados Paliativos participaram da coleta de dados.

Destaca-se que a instituição possui uma enfermaria de Cuidados Paliativos, um dos primeiros serviços da rede pública do SUS na região Nordeste a oferecer essa abordagem, desenvolvendo atividades de assistência interdisciplinar, ensino e pesquisa (Guerra, 2013). Pacientes oncológicos sem proposta de tratamento curativo são encaminhados para este setor, onde recebem cuidados de uma equipe interdisciplinar composta por médicos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, nutricionistas, enfermeiros, profissionais de educação física, odontólogos e fonoaudiólogos. O foco das condutas da equipe está no controle de sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, além do suporte emocional e social oferecido aos familiares dos pacientes (Carvalho, 2019).

Neste serviço, os pacientes recebem cuidados direcionados à qualidade de vida, conforto físico, psicológico, social e espiritual, centrados na pessoa e em seus familiares, não apenas na doença. Diversas ações visando o conforto e humanização do cuidado são realizadas rotineiramente, como liberação para entrada de alimentos desejados pelos pacientes, visita a qualquer hora do dia (inclusive por idosos e crianças), passeios terapêuticos, visitas de líderes religiosos conforme solicitação dos pacientes, administração de opioides para alívio da dor física, vias de acesso não invasivas para medicação/alimentação, entre outras práticas, todas com o objetivo comum de promover bem-estar e conforto aos pacientes e seus familiares (Carvalho, 2019).

5.2 Participantes

Este estudo foi realizado com profissionais de enfermagem que trabalham em um hospital filantrópico na cidade do Recife, especificamente nas enfermarias onde pacientes diagnosticados com câncer são internados. A instituição possui enfermarias dedicadas a procedimentos relacionados ao tratamento de câncer, incluindo Oncologia, Hematologia, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Cuidados Paliativos. Durante o período de coleta de dados (de 2022 a 2023), as equipes eram compostas por 50 técnicos (as) de enfermagem e 20 enfermeiros(as) que trabalhavam nos turnos diurno e noturno.

O estudo foi conduzido em duas etapas distintas, detalhadas a seguir. A primeira etapa teve como objetivo planejar o primeiro encontro dos Círculos de Cultura e obter um panorama cultural dos participantes em relação ao processo de imaginação de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos. Esta etapa serviu como preparação para os Círculos de Cultura, visando compreender o universo simbólico dos respondentes sobre o tema dos Cuidados Paliativos.

A segunda etapa foi dedicada à interpretação dos significados associados aos Cuidados Paliativos, identificação dos elementos de continuidade e mudança no processo de imaginação do grupo, exploração das potencialidades e fatores limitantes no desenvolvimento desse processo, e acompanhamento microgenético do desenvolvimento dos processos imaginativos dos profissionais de enfermagem em sua atuação em Cuidados Paliativos, utilizando os Círculos de Cultura como abordagem educacional.

A Etapa 1 envolveu a resposta individual de um questionário eletrônico pelos participantes. Já a Etapa 2 foi um estudo qualitativo realizado com um grupo de profissionais de enfermagem que participaram dos Círculos de Cultura, em encontros semanais registrados em áudio, vídeo e fotografias. Cada etapa será detalhadamente explicada em relação aos participantes, métodos e procedimentos, conforme será descrito a seguir.

5.2.1 Participantes da Etapa 1

Os profissionais de enfermagem, incluindo técnicos e enfermeiros, das enfermarias mencionadas anteriormente, foram convidados a participar da primeira etapa deste estudo. Esta etapa consistiu na aplicação de um questionário eletrônico (Apêndice 1) com perguntas fechadas sobre dados sociodemográficos e duas perguntas abertas sobre suas percepções em relação aos Cuidados Paliativos.

A população total de profissionais de enfermagem que trabalhavam nesses setores em 2022 era de 70 pessoas; obtivemos respostas de 57 participantes, representando 72,86% deste total. O critério de inclusão foi ser profissional de enfermagem que atua nos serviços que atendem pacientes oncológicos em internamento e ter disponível um aparelho celular com aplicativo de Whatsapp. Os critérios de exclusão foram estar sob afastamento médico ou de férias.

5.2.2 Participantes da Etapa 2

O grupo dos Círculos de Cultura foi composto por 7 participantes, sendo todas técnicas de enfermagem do sexo feminino, com idades entre 26 e 50 anos. Cinco delas são casadas e duas são solteiras. Elas atuam nas enfermarias de pacientes adultos, distribuídas da seguinte forma: duas em Clínica Médica, uma em Oncologia, uma em Hematologia, uma em Cuidados Paliativos e duas em Clínica Cirúrgica.

Os critérios de inclusão para a Etapa 2 foram ter respondido ao questionário eletrônico da Etapa 1, ter disponibilidade de tempo e interesse em participar da segunda etapa. Houve dificuldades em convidar participantes para esta fase da pesquisa, devido à necessidade de realizar os Círculos de Cultura durante o horário de trabalho das profissionais. Para facilitar a participação, foi solicitada autorização à gestão hospitalar para o uso do espaço físico e a liberação de profissionais interessadas de forma voluntária. Após várias tentativas junto à liderança de enfermagem, foi autorizada a participação de uma técnica de enfermagem de cada setor que respondeu ao questionário, totalizando sete participantes. Os encontros ocorreram uma vez por semana, com duração máxima de uma hora e meia cada.

O contexto de trabalho das técnicas de enfermagem envolve cuidado e suporte a pacientes diagnosticados com câncer, abrangendo desde administração de medicamentos até avaliação e monitoramento de sintomas e sinais vitais, além da realização de procedimentos como passagem de sondas e banhos no leito. Elas também são responsáveis por registros precisos dos procedimentos realizados e pela educação dos pacientes sobre suas condições, tratamentos e cuidados de acompanhamento, incluindo orientações sobre efeitos colaterais e autocuidado.

É importante ressaltar que o trabalho dessas profissionais pode ser emocionalmente desafiador, pois frequentemente desenvolvem vínculos próximos com pacientes e familiares. Sob a supervisão da enfermeira, são essenciais na escuta das queixas e preocupações dos pacientes, identificando a necessidade de encaminhamento para serviços de apoio psicológico, quando necessário.

5.2.3 Equipe participante

A pesquisadora deste estudo, uma mulher de 36 anos e psicóloga especializada em assistência psicológica a pacientes com câncer e em contextos de Cuidados Paliativos,

participou dos encontros como animadora e participante ativa dos Círculos de Cultura, sendo referida daqui em diante como pesquisadora-animadora.

Foi necessário contar com a colaboração de um profissional para realizar os registros audiogravados, filmagem e fotografias de cada encontro. Para essa função, participou um homem de 29 anos, também psicólogo. Este profissional, externo à instituição hospitalar na qual a pesquisa foi realizada, foi convidado pela pesquisadora-animadora por duas razões: primeiro, por sua experiência em gravação de vídeo e posse de equipamentos adequados (câmeras filmadoras e gravadores de áudio); segundo, por sua formação em psicologia e experiência prévia em intervenções em grupo. Ele foi previamente orientado sobre os procedimentos necessários para o registro dos dados durante os Círculos de Cultura.

5.3 Materiais

Para a primeira etapa deste estudo, foi utilizado um aparelho celular com acesso ao WhatsApp e um questionário eletrônico elaborado no Google Forms (Apêndice 1). O Google Forms é uma ferramenta gratuita do Google que permite a criação de formulários, facilitando o armazenamento das informações em seus servidores, o que possibilita o acesso remoto e a análise ágil dos resultados pelo pesquisador. Essa escolha foi especialmente relevante durante o período de construção dos dados da pesquisa, considerando as restrições sanitárias impostas pela pandemia de COVID-19, minimizando assim os contatos presenciais.

O questionário (Apêndice 1) incluiu o Termo de Consentimento Esclarecido Virtual (Apêndice 2) e doze perguntas de múltipla escolha sobre dados sociodemográficos e experiência profissional, além de duas perguntas abertas sobre as percepções dos participantes acerca dos Cuidados Paliativos.

Para a segunda etapa, os materiais utilizados incluíram um aparelho celular com acesso ao WhatsApp, cartolinas brancas, lápis grafite, caixas de lápis de cor, caixas de lápis hidrocor, caixas de giz de cera, canetas esferográficas, borrachas, apontadores de lápis, dois gravadores de áudio, uma câmera fotográfica, uma câmera de vídeo, uma sala ampla com cadeiras dispostas em formato de círculo e um projetor multimídia para apresentação de slides.

Destaca-se o uso de vídeo para registrar as interações, expressões e produções dos participantes durante os encontros, ampliando assim a variedade de informações passíveis de análise microgenética na pesquisa.

Para a projeção em slides, utilizou-se uma nuvem de palavras gerada a partir das respostas ao questionário eletrônico, elaborada com o software Wordart, que visualiza a

frequência das palavras em um contexto específico. Além disso, foram projetadas três perguntas temáticas durante os encontros: "O que são Cuidados Paliativos para mim?", "O que são Cuidados Paliativos na minha prática?" e "O que são Cuidados Paliativos na teoria?".

Também foram projetadas informações sobre o conceito de Cuidados Paliativos, seus benefícios para diferentes tipos de pacientes, suas indicações e princípios. Adicionalmente, um estudo de caso fictício foi apresentado, retratando a história de uma paciente jovem com diagnóstico de doença sem possibilidade de cura.

Para enriquecer as discussões, foi exibido um vídeo de 2 minutos e 37 segundos da médica paliativista Ana Claudia Quintana Arantes, explicando de forma concisa o conceito de Cuidados Paliativos. Este vídeo está disponível na internet no seguinte link: <https://m.youtube.com/watch?v=Fa4ctd1uxNc>.

Outro recurso audiovisual utilizado foi um vídeo de 12 minutos, apresentado pela revista VEJA, que narra a história da professora Ana Beatriz Cerisara, que optou por não realizar tratamentos contra um câncer avançado. Este vídeo pode ser acessado através do link: <https://veja.abril.com.br/revista-veja/a-boa-morte> (Lopes, 2018).

Adicionalmente, foram utilizadas as "Cartas das Escolhas Sagradas da Vida", um baralho desenvolvido pela Casa do Cuidar, contendo 40 questões relacionadas a escolhas que podem ser feitas por indivíduos após o diagnóstico de uma doença grave. Essas cartas foram utilizadas para explorar as preferências individuais e as decisões relacionadas ao fim da vida, oferecendo um método estruturado para discutir questões sensíveis e importantes.

5.4 Procedimentos

O projeto de pesquisa foi registrado na Plataforma Brasil e avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), sob o número de CAAE: 49551821.0.0000.5208. Após a aprovação, o início do processo de construção de dados foi autorizado mediante o Parecer Consubstanciado do CEP nº 4.924.478.

5.4.1 Procedimentos da Etapa 1

A primeira etapa deste estudo foi dedicada ao registro de informações para o planejamento do primeiro Círculo de Cultura e para obter um panorama cultural das

participantes em relação ao processo imaginativo dos profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos. Foi utilizado um questionário eletrônico (Apêndice 1) contendo perguntas fechadas sobre dados sociodemográficos e duas perguntas abertas sobre as percepções de Cuidados Paliativos.

Em 3 de fevereiro de 2022, foi realizado contato telefônico com as supervisoras de enfermagem de cada setor (Oncologia, Hematologia, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Cuidados Paliativos). Durante esse contato, a pesquisadora apresentou-se e convidou-as a participar e divulgar a pesquisa, conforme o seguinte script:

"Olá, meu nome é Josene Ferreira, sou psicóloga e estudante de doutorado na Universidade Federal de Pernambuco. Estou desenvolvendo uma pesquisa de tese intitulada 'Profissionais de Enfermagem Imaginando Cuidados Paliativos', que tem como objetivo acompanhar microgeneticamente o desenvolvimento de processos imaginativos dos profissionais de enfermagem sobre sua atuação em cuidados paliativos, utilizando os Círculos de Cultura como abordagem educacional. Gostaria de convidá-la a participar desta pesquisa como voluntária para responder a um formulário eletrônico com questões simples e objetivas, estruturado em três partes: a primeira contendo dados de identificação e socioeconômicos, a segunda com questões fechadas sobre conhecimento em Cuidados Paliativos, e a terceira com perguntas abertas sobre o tema. Os dados serão coletados remotamente, via WhatsApp. Se você é enfermeiro(a) ou técnico(a) de enfermagem e atua em um dos setores mencionados, ficarei muito grata se puder participar e encaminhar o link do formulário para seus colegas de equipe."

As supervisoras de enfermagem foram solicitadas a responder ao questionário e a encaminhar o link para os demais profissionais de enfermagem de seus respectivos setores.

Em abril de 2022, dois meses após o primeiro contato, apenas seis pessoas haviam respondido ao questionário eletrônico, todas supervisoras com quem a pesquisadora havia entrado em contato inicialmente. Em 24 de abril de 2022, a pesquisadora realizou um contato direto com os profissionais que atendiam aos critérios de inclusão desta etapa, reforçando o convite para participação na pesquisa.

O registro das informações da Etapa 1 foi concluído em 8 de novembro de 2022, após a coleta de respostas de 57 trabalhadores da enfermagem do hospital, distribuídos nos setores de Oncologia, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Cuidados Paliativos. Esse número representou 72% do total de profissionais de enfermagem que compõem as equipes dos setores selecionados para a coleta de dados. Dos participantes, 14 eram enfermeiros(as) e 43 eram técnicos(as) de enfermagem.

De 9 de novembro de 2022 a 28 de fevereiro de 2023, foi realizada a análise das informações dos questionários e o planejamento dos temas e atividades para a Etapa 2 da pesquisa, os Círculos de Cultura, que serão detalhados na seção de procedimentos da Etapa 2.

5.4.2 Procedimentos da Etapa 2

O objetivo da Etapa 2 foi acompanhar microgeneticamente o desenvolvimento de processos imaginativos de profissionais de enfermagem sobre sua atuação em cuidados paliativos, atentando tanto para os elementos de continuidade quanto para os de mudança do processo de imaginação co-emergentes no grupo. Utilizamos os Círculos de Cultura desenvolvidos por Paulo Freire (1991) como abordagem educacional para facilitar a co-emergência de significados das profissionais de enfermagem associados aos cuidados paliativos, guiados pela abordagem histórica-relacional proposta por Fogel, Garvey, Hsu e West-Stroming (2006).

A instituição hospitalar onde os dados foram co-construídos oferece salas e auditórios para eventos, disponíveis para atividades com estudantes, residentes e treinamentos educativos para os colaboradores. A reserva desses espaços requer agendamento prévio. Nesse contexto, a pesquisadora-animadora solicitou a reserva de uma sala distante das áreas de atendimento, que oferecesse um ambiente silencioso, com disponibilidade de cadeiras, acesso à internet, equipamento de projeção de slides e um computador disponível.

Então, a pesquisadora-animadora fez uma lista com os nomes e setores das técnicas de enfermagem que haviam respondido ao questionário eletrônico e seguiu até os setores de Oncologia, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Hematologia e Cuidados Paliativos, considerando os critérios de inclusão para a Etapa 2, que foram: ter respondido ao questionário eletrônico da Etapa 1, ter disponibilidade de tempo e interesse em participar da segunda etapa de forma espontânea e voluntária.

A pesquisadora-animadora identificou as participantes da Etapa 1 em cada setor através da lista previamente elaborada e convidou as técnicas de enfermagem para a Etapa 2 da seguinte maneira: “Sou Josene Ferreira, psicóloga, doutoranda em Psicologia Cognitiva. Este é meu segundo contato com vocês. Estou realizando uma pesquisa para compreender como profissionais de enfermagem imaginam os Cuidados Paliativos. A primeira etapa já foi realizada e vocês já participaram ao responderem um questionário eletrônico. Este convite é para a segunda etapa do estudo, que consiste em três encontros em grupo, chamados de Círculos de Cultura, nos quais iremos dialogar e refletir juntas sobre o tema. Os Círculos acontecerão

dentro da instituição, numa sala reservada, com duração média de uma hora e meia, ocorrendo durante o horário de trabalho de vocês. A liderança de enfermagem disponibilizou a possibilidade de que uma pessoa de cada equipe possa participar.”

Os convites foram realizados no dia 27 de fevereiro de 2023, no turno da tarde (horário em que geralmente as enfermarias do hospital têm menos demanda de trabalho e menor movimento de pessoas da equipe). Foi possível convidar 5 técnicas de enfermagem do setor de Oncologia, 4 do serviço de Cuidados Paliativos, 4 da Hematologia, 5 da Clínica Médica e 8 da Clínica Cirúrgica, totalizando 26 técnicas de enfermagem convidadas para a Etapa 2. Em todos os casos, houve interesse de mais de uma participante por setor; no entanto, devido à impossibilidade de liberar mais de uma profissional por equipe, a pesquisadora-animadora orientou que as próprias técnicas de enfermagem dialogassem e chegassem a um consenso para definir quem participaria.

Finalmente, conseguimos um total de 7 técnicas de enfermagem que se disponibilizaram a participar dos Círculos de Cultura de forma espontânea e voluntária. Após formar um grupo de sete técnicas de enfermagem, que haviam respondido ao questionário eletrônico da Etapa 1 e que tinham compatibilidade de plantões (trabalhavam na mesma data e turno), a pesquisadora-animadora informou a data, horário e local onde os Círculos de Cultura ocorreriam, conforme disposto no Quadro 2 apresentado ao final deste tópico. Para seguir as orientações da liderança de enfermagem, os encontros foram planejados para ter uma duração máxima de uma hora e meia, respeitando os horários de trabalho das participantes.

Além disso, a pesquisadora-animadora agendou os três Círculos de Cultura em horários compatíveis com os turnos de trabalho das participantes, garantindo que o mesmo grupo estivesse presente em todas as datas, uma vez que os Círculos seriam conduzidos com o mesmo grupo de pessoas.

Na data marcada para o primeiro Círculo de Cultura, em 7 de março de 2023, a pesquisadora-animadora fez uma visita a cada setor cerca de uma hora antes do início do encontro. Durante essa visita, ela reforçou o convite para participação, lembrando às profissionais que haviam aceitado o convite o horário e o local onde os Círculos seriam realizados.

A Etapa 2 envolveu o planejamento e a realização de três Círculos de Cultura em datas distintas, denominados respectivamente como Círculo de Cultura 1: "O que é cuidado paliativo para mim?", Círculo de Cultura 2: "O que é Cuidado Paliativo na minha prática?" e Círculo de Cultura 3: "O que é Cuidado Paliativo na teoria?" Esta nomenclatura, juntamente com as perguntas norteadoras, foi adotada com o intuito de estruturar as atividades de forma que cada

encontro abordasse o tema dos Cuidados Paliativos de maneira abrangente, integrando conhecimentos prévios, práticos e teóricos.

O Círculo de Cultura 1, "O que é Cuidado Paliativo para mim?", foi realizado em 7 de março de 2023, no hospital, em horário laboral previamente acordado com os profissionais de enfermagem e as respectivas lideranças dos setores onde trabalham, no turno vespertino.

A sala destinada ao encontro foi organizada de modo a dispor as cadeiras formando um semicírculo, visando permitir que cada profissional de enfermagem e a pesquisadora-animadora ficassem sentadas uma de frente para a outra, facilitando as trocas conversacionais. Assim, cada técnica de enfermagem ocupou uma cadeira individual disposta no semicírculo. A pesquisadora-animadora, assumindo o papel de animadora, posicionou-se dentro do semicírculo, integrando-se ao grupo enquanto conduzia as atividades e intervenções planejadas.

O profissional de psicologia responsável pela videogravação recebeu instruções para posicionar-se de forma a não interromper a dinâmica dos Círculos, mantendo-se silencioso e discreto. Sua atuação foi orientada para evitar interferências verbais ou movimentos bruscos, concentrando-se exclusivamente nos registros de cada Círculo de Cultura. Assim, posicionou sua câmera à frente e lateralizada em relação ao semicírculo, capturando todas as cenas sem necessidade de realizar muitos movimentos dentro da sala.

Destacamos que, de acordo com Loizos (2005), "o vídeo tem uma função óbvia de registro de dados sempre que algum conjunto de ações humanas é complexo e difícil de ser descrito compreensivamente" (Loizos, 2005, p.149). Assim, os registros em vídeo e as fotografias do material produzido foram realizados nos três Círculos de Cultura. Esses recursos também auxiliam no processo de descrição, associando as imagens à análise das informações.

Antes de iniciar o Círculo de Cultura 1, a pesquisadora-animadora realizou a apresentação da pesquisa e fez a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a leitura do documento, ela perguntou se havia alguma dúvida, esclarecendo-as conforme necessário. Em seguida, cada participante foi convidada a assinar o TCLE, que foi entregue impresso. Após as assinaturas, cada participante ficou com uma via do TCLE, enquanto a pesquisadora-animadora ficou com outra, dando início às atividades propostas.

É importante destacar que, em consonância com a fundamentação teórica subjacente aos Círculos de Cultura, supracitados na fundamentação teórica, a pesquisadora-animadora assumiu o papel de animadora. Esse papel envolveu participar ativamente de todas as atividades, estabelecendo uma inter-relação com as participantes do grupo, ensinando e aprendendo, incentivando a participação e realizando intervenções educativas durante os encontros. De agora em diante, quando mencionarmos a animadora, estaremos nos referindo à

pesquisadora-animadora, Josene Ferreira, na função de condutora das atividades relacionadas ao Círculo de Cultura.

Para iniciar o Círculo de Cultura 1, a pesquisadora-animadora solicitou que cada técnica de enfermagem se apresentasse brevemente, compartilhando sua trajetória pessoal e profissional. Após as apresentações, utilizando recursos visuais como slides projetados por meio de data show, a pesquisadora-animadora apresentou a pergunta norteadora do primeiro Círculo: "O que é Cuidado Paliativo para mim?"

Após ler a pergunta, a pesquisadora-animadora dirigiu seu olhar para o grupo e reforçou a questão, motivando a participação para elaborar a tematização dentro do círculo, com frases como: "E então, o que é cuidado paliativo para vocês?" "Quando alguém menciona Cuidados Paliativos, qual é a primeira coisa que vocês imaginam?"

A tematização é um processo essencial nos Círculos de Cultura, visando identificar e selecionar temas relevantes e significativos para a discussão e reflexão coletiva. Consiste em escolher um assunto ou problema que seja significativo para os participantes e que possa servir como ponto de partida para a análise crítica do contexto social para a construção coletiva do conhecimento (Heidemann et al., 2017; Machado, 2015).

Durante a atividade, as participantes foram incentivadas a responder às perguntas de forma dialogada, promovendo uma troca de ideias sobre o tema em discussão. Cada uma teve a oportunidade de se expressar livremente, contribuindo com elementos do seu processo de imaginação.

Enquanto ocorria a discussão, a pesquisadora-animadora introduziu novas perguntas norteadoras para fortalecer o diálogo e as reflexões do grupo, utilizando questões como: "Por que vocês imaginam dessa forma? Quais experiências pessoais levam vocês a terem essa visão?".

É importante ressaltar que a problematização é um processo fundamental nos Círculos de Cultura, visando estimular a reflexão crítica das participantes, promovendo a conscientização e o engajamento ativo no processo de aprendizagem. Consiste em identificar situações-problema do contexto vivencial para desafiar suas concepções prévias e instigá-las a questionar o contexto social no qual estão inseridas (Feitosa e Gadotti, 1999; Heidemann et al., 2017; Machado, 2015).

Após permitir que todas as participantes compartilhassem suas reflexões sobre as perguntas norteadoras, a pesquisadora-animadora utilizou projeções de slides para apresentar uma representação simbólica visual, como uma nuvem de palavras. Para isso, todas as respostas dadas às questões abertas pelos 57 participantes da etapa 1, incluindo as participantes do Círculo

de Cultura, foram copiadas para uma página do WordArt. A plataforma automaticamente gerou a representação visual, que foi então copiada para uma página do PowerPoint e projetada em slides.

Esse momento teve como objetivo possibilitar uma visualização das palavras mais frequentemente mencionadas pelo grupo que respondeu ao questionário eletrônico, estabelecendo uma interlocução com as falas emergidas durante o Círculo de Cultura 1.

Em seguida à apresentação da nuvem de palavras, a pesquisadora-animadora dividiu o grupo em dois: grupo A (3 participantes) e grupo B (4 participantes). Essa divisão teve como objetivo facilitar a produção material sobre o que foi discutido no Círculo. A escolha de dividir o grupo em unidades menores foi baseada em três razões principais: garantir a participação de todas na execução da atividade, promover a responsabilidade individual e o engajamento na realização da tarefa proposta, e agilizar o tempo necessário para completar a atividade em comparação com o que seria possível com o grupo inteiro.

Para cada grupo, foram disponibilizados os seguintes materiais: cartolina branca, caixa de lápis de cor, caixa de lápis hidrocor, caixa de giz de cera, canetas, lápis, borrachas e apontadores. A pesquisadora-animadora solicitou: "Gostaria que cada grupo produzisse um material que representasse o que imaginam sobre Cuidados Paliativos. Fiquem à vontade para criar desenhos, frases, textos, pinturas, entre outras formas de expressão."

Durante a discussão, a pesquisadora-animadora introduziu novas perguntas norteadoras para fortalecer o diálogo e as reflexões do grupo, como: "Por que vocês imaginam dessa forma? Quais experiências pessoais contribuem para essa visão?".

É relevante destacar que a problematização é um processo fundamental nos Círculos de Cultura, visando estimular a reflexão crítica das participantes, promovendo a conscientização e o engajamento ativo no processo de aprendizagem. Consiste em identificar situações-problema do contexto vivencial para desafiar suas concepções prévias e instigá-las a questionar o contexto social no qual estão inseridas (Feitosa e Gadotti, 1999; Heidemann et al., 2017; Machado, 2015).

Após permitir que todas as participantes compartilhassem suas reflexões sobre as perguntas norteadoras, a pesquisadora-animadora utilizou projeções de slides para apresentar uma representação simbólica visual, como uma nuvem de palavras. Para isso, todas as respostas dadas às questões abertas pelos 57 participantes da etapa 1, incluindo as participantes do Círculo de Cultura, foram copiadas para uma página do WordArt. A plataforma automaticamente gerou a representação visual, que foi então copiada para uma página do PowerPoint e projetada em slides.

Esse momento teve como objetivo possibilitar uma visualização das palavras mais frequentemente mencionadas pelo grupo que respondeu ao questionário eletrônico, estabelecendo uma interlocução com as falas emergidas durante o Círculo de Cultura 1.

Após a apresentação da nuvem de palavras, a pesquisadora-animadora dividiu o grupo em três duplas: dupla A (2 participantes), dupla B (2 participantes) e dupla C (2 participantes). Essa divisão foi realizada para assegurar a participação de todas na atividade proposta e para agilizar o tempo necessário para completar a atividade, dentro do limite de uma hora e meia para o Círculo de Cultura.

Para cada dupla, foram disponibilizados materiais como cartolina branca, caixa de lápis de cor, caixa de lápis hidrocor, caixa de giz de cera, canetas, lápis, borrachas e apontadores. A pesquisadora-animadora solicitou: "Gostaria que cada dupla produzisse um material que representasse suas reflexões sobre como vocês lidariam com esse caso clínico fictício. Sintam-se à vontade para utilizar desenhos, frases, textos, pinturas, entre outras formas de expressão."

Os grupos tiveram um tempo de 15 minutos para realizar essa atividade. Após a finalização da produção material, a pesquisadora-animadora abriu espaço para a apresentação e discussão sobre o material produzido. Cada dupla elegeu uma participante para realizar a apresentação do material, com a possibilidade de todo o grupo comentar conforme necessário.

As falas e as produções materiais co-construídas no Círculo de Cultura 1 serão detalhadamente apresentadas ao longo da análise microgenética desta tese.

Para facilitar a expressão das respostas à intervenção mencionada anteriormente, a pesquisadora-animadora ofereceu às duplas um recurso chamado "Cartas das Escolhas Sagradas da Vida". O baralho contém quarenta questões, das quais trinta e cinco apresentam frases relacionadas a escolhas que poderiam ser feitas por pessoas diante do diagnóstico de uma doença grave, como: "Ter minha família preparada para minha morte", "Estar livre da dor", "Prevenir discussões entre meus familiares", entre outras. Além dessas cartas, há uma carta em branco para ser preenchida com ideias próprias ou escolhas não contempladas nas demais, e cartas relacionadas ao tempo de vida restante, variando de "mais um ano" até "apenas um dia de vida".

Cada dupla recebeu um conjunto completo de 40 cartas e a pesquisadora-animadora solicitou que escolhessem as 10 cartas que mais fariam sentido para elas, considerando o contexto hipotético de saúde apresentado. Foi reservado um tempo para que cada dupla deliberasse sobre suas escolhas. Em seguida, a pesquisadora-animadora convidou as três duplas a apresentarem as cartas escolhidas ao grupo, solicitando que explicitasse os motivos que as levaram a fazer tais escolhas.

Após a apresentação das cartas e a problematização das justificativas dadas pelas duplas para suas escolhas, a pesquisadora-animadora projetou um vídeo de 2 minutos e 37 segundos. Neste vídeo, a médica paliativista Ana Cláudia Quintana Arantes discute de maneira simples e objetiva sobre Cuidados Paliativos. A apresentação do vídeo teve como objetivo complementar o entendimento do grupo sobre o tema, proporcionando uma perspectiva de especialista na área.

Após a exibição do vídeo, a pesquisadora-animadora se colocou à disposição para ouvir comentários adicionais e responder a perguntas que surgiram durante a apresentação. Após esclarecer as dúvidas, a pesquisadora-animadora encerrou o Círculo de Cultura 2, recapitulando os principais pontos discutidos no encontro, agradecendo a participação das envolvidas e orientando sobre a data e horário do próximo Círculo de Cultura.

O Círculo de Cultura 3, intitulado "O que é Cuidado Paliativo na teoria?", foi realizado em 28 de março de 2023 com a participação de 6 profissionais. A pesquisadora-animadora iniciou as atividades incentivando o grupo a recordar os temas discutidos nos Círculos de Cultura 1 e 2, convidando as participantes a fazerem um resumo das conversas anteriores e a compartilharem suas reflexões sobre o impacto desses encontros em seu entendimento dos Cuidados Paliativos.

Após as participantes resumirem brevemente os Círculos de Cultura anteriores, a pesquisadora-animadora apresentou a pergunta norteadora do Círculo de Cultura 3 por meio de slides: "O que é Cuidado Paliativo na teoria?". O objetivo era aprofundar o conhecimento teórico sobre Cuidados Paliativos.

Em seguida, a pesquisadora-animadora conduziu uma apresentação teórica, utilizando slides para abordar conceitos fundamentais dos Cuidados Paliativos, incluindo onde podem ser aplicados, quais tipos de pacientes se beneficiam, as indicações dessa abordagem de cuidado e seus princípios fundamentais. A apresentação foi realizada de forma dialogada, permitindo que as participantes fizessem comentários e perguntas ao longo da exposição.

Os pontos norteadores da apresentação foram:

- "Cuidado Paliativo é a abordagem que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento (OMS, 2017).
- Os cuidados são centrados no paciente, levando em consideração suas preferências, valores e necessidades individuais. Incluem tratamentos para alívio da dor e outros sintomas, suporte emocional e espiritual, cuidados de enfermagem, assistência social e aconselhamento.

- Os Cuidados Paliativos podem ser oferecidos em diversos locais, como hospitais, clínicas, lares de idosos, unidades especializadas ou mesmo na residência do paciente, dependendo da situação e das necessidades da família.

- Princípios dos Cuidados Paliativos incluem: alívio da dor e de outros sintomas; reconhecimento da vida como um processo natural; não aceleração nem adiamento da morte; integração de aspectos psicológicos e espirituais; suporte ao paciente para viver ativamente até o fim da vida; suporte à família durante a doença e no luto; abordagem multiprofissional focada nas necessidades dos pacientes e suas famílias; melhoria da qualidade de vida e influência positiva no curso da doença; início precoce junto a outras formas de tratamento, como quimioterapia e radioterapia, incluindo investigações necessárias para compreensão e controle das condições clínicas estressantes.

Após encerrar a apresentação teórica e a discussão em grupo, a pesquisadora-animadora apresentou um vídeo de 12 minutos obtido da revista VEJA, disponível na internet, que conta a história da professora Ana Beatriz Cerisara. No vídeo, Ana Beatriz fala sobre seu diagnóstico de câncer avançado, sua história de vida, contexto familiar e suas escolhas diante da falta de tratamentos curativos (Lopes, 2018).

O objetivo de mostrar esse vídeo para o grupo foi proporcionar uma experiência de aprendizado emocionalmente envolvente e enriquecedora. Ao compartilhar a história de Ana Beatriz Cerisara, que optou por não realizar tratamentos invasivos e escolheu receber apenas Cuidados Paliativos, as enfermeiras tiveram a oportunidade de vivenciar uma narrativa real e pessoal sobre as decisões de uma paciente diante de uma doença incurável.

A conexão deste vídeo com o estudo em questão está na forma como ele explora a vivência dentro do contexto dos Cuidados Paliativos, destacando a perspectiva da paciente. A discussão derivada desta experiência pode sensibilizar o grupo para a importância dos Cuidados Paliativos ao compreender e respeitar as decisões dos pacientes em relação ao tratamento. Além disso, sublinha a necessidade de oferecer um cuidado centrado no indivíduo, que leve em conta suas preferências, valores e desejos, buscando proporcionar uma assistência genuinamente humanizada.

Após assistirem ao vídeo, a pesquisadora-animadora sugeriu que as participantes discutissem os sentimentos evocados e compartilhassem suas impressões sobre a decisão de Ana Beatriz Cerisara em recusar medidas terapêuticas invasivas, optando exclusivamente por Cuidados Paliativos.

Em seguida, a pesquisadora-animadora dividiu as participantes em Grupo 1 (3 participantes) e Grupo 2 (3 participantes). A decisão de subdividir o grupo foi baseada na

facilitação da inclusão de todas as participantes na atividade, no estímulo à responsabilidade individual e no comprometimento com a tarefa proposta, além de otimizar o tempo de realização em comparação a um grupo maior. A estruturação em grupos também facilita a gestão do tempo e garante igual oportunidade de contribuição para todas as envolvidas.

Cada grupo foi solicitado a produzir um material simbólico que representasse suas reflexões sobre Cuidados Paliativos após participarem dos três Círculos de Cultura. A instrução foi: “Gostaríamos que produzissem algo que representasse o que imaginam sobre Cuidados Paliativos após participar dos Círculos de Cultura. O que fica em suas mentes a partir de agora, quando pensam em Cuidados Paliativos?”

Após a finalização dos materiais pelos dois grupos, a pesquisadora-animadora solicitou que cada um apresentasse seu trabalho ao grupo e explicasse o que foi produzido. Durante as apresentações, foram feitas perguntas para promover a discussão sobre as produções, permitindo que todo o grupo compartilhasse suas impressões. As questões incluíram: “O que vocês produziram?” e “O que desejavam representar com essas escolhas?”

Finalmente, após a conclusão das apresentações de ambos os grupos e da discussão sobre as produções, a pesquisadora-animadora iniciou o encerramento do Círculo de Cultura 3. Durante este momento, ela retomou as perguntas norteadoras de cada círculo e solicitou que as participantes ajudassem a fazer uma síntese verbal do que foi discutido em cada encontro. A síntese foi realizada por todas as participantes do Círculo, incluindo a pesquisadora-animadora.

Após a síntese verbal, a pesquisadora-animadora agradeceu às participantes e se colocou à disposição para esclarecer eventuais dúvidas sobre a pesquisa após o término do Círculo de Cultura.

Para facilitar a visualização dos procedimentos realizados nesta fase da pesquisa, o quadro abaixo apresenta um resumo do roteiro adotado nos Círculos de Cultura:

Quadro 1- Roteiro Círculos de Cultura

ROTEIRO PARA ENCONTROS DE CÍRCULOS DE CULTURA	
ENCONTRO 1 Data: 07/03/2023 Horário: 15:30 às 16:30	<ul style="list-style-type: none"> ● Boas vindas: apresentação pessoal e da pesquisa; ● Assinatura do TCLE; ● Início do círculo - O que é Cuidado Paliativo para mim? ● Apresentação nuvem de palavras; ● Produção material; ● Apresentação e discussão dialógica (problematização); ● Encerramento (Síntese do Círculo de Cultura 1).
ENCONTRO 2 Data: 17/03/2023 Horário:	<ul style="list-style-type: none"> ● Abertura (Resumo do Círculo de Cultura 1); ● O que é Cuidado Paliativo na minha prática? ● Apresentação de um caso clínico (Ana Maria);

15:30 às 16:20	<ul style="list-style-type: none"> ● Abrir para produção material (Cartas das Escolhas Sagradas da Vida); ● Apresentação do material e discussão dialógica (problematização); ● Vídeo (Ana Claudia Quintana Arantes); ● Encerramento (Síntese do Círculo de Cultura 2).
ENCONTRO 3 Data: 28/03/2023 Horário: 15:30 às 16:30	<ul style="list-style-type: none"> ● Síntese dos Círculos de Cultura 1 e 2; ● O que é Cuidado Paliativo em conceito/teoria? ● Apresentação teórica; ● Vídeo (Ana Beatriz Cerisara); ● Produção material; ● Abrir discussão dialógica (problematização); ● Encerramento (síntese dos Círculos de Cultura 1, 2 e 3, agradecimentos).

Fonte: A autora (2024).

5.5 Construção da análise microgenética

As informações co-construídas a partir dos registros videográficos, áudios gravados e fotografias dos três Círculos de Cultura realizados com as técnicas de enfermagem foram analisadas microgeneticamente pela pesquisadora-animadora. O processo de análise ocorreu nas seguintes etapas:

1. Transcrição das informações videogravadas e audiogravadas: Nesta etapa inicial, a pesquisadora-animadora transcreveu literal e fielmente os dados dos três Círculos de Cultura, registrando tudo o que as participantes falaram.

2. Visualização das transcrições e vídeos: A pesquisadora-animadora leu detalhadamente as transcrições e assistiu aos vídeos de cada encontro de forma não-direcionada, buscando destacar aspectos que chamassem atenção quanto ao imaginário das participantes sobre Cuidados Paliativos. Durante essa fase, ela revisitou os registros quantas vezes fosse necessário.

3. Identificação do imaginário sobre Cuidados Paliativos em cada Círculo de Cultura: Após o contato inicial com os registros mencionados nas etapas anteriores, os mesmos foram novamente observados segundo a segundo. O objetivo era interpretar os processos imaginativos das participantes sobre Cuidados Paliativos, bem como identificar elementos culturais que permeassem essas imaginações. Cada elemento identificado foi destacado no texto com marcações e comentários para serem utilizados na análise microgenética detalhada nos resultados desta tese.

4. Realização da análise microgenética do processo de mudança no imaginário sobre Cuidados Paliativos pelas participantes: Nesta etapa, foram realizadas múltiplas leituras

e releituras dos registros para identificar elementos que indicassem mudanças ao longo dos encontros. As releituras foram realizadas inúmeras vezes até que a pesquisadora-animadora finalizasse a análise e discussão dos registros. Durante esta fase, todos os registros obtidos durante a pesquisa — transcrições das videograções e audiograções, produções materiais como cartazes com textos e desenhos, e registros fotográficos — foram cuidadosamente revisados.

5. Visualização dos trechos de vídeos de cada trecho identificado como processo imaginativo e dos níveis de mudança: O objetivo foi interpretar os comportamentos apresentados e as nuances do grupo. Após identificação, foram capturadas telas das imagens que representavam cada nível encontrado na análise microgenética.

6. Seleção dos trechos de fala que caracterizam cada um dos níveis de mudança: Em seguida, esses trechos foram discutidos de maneira a destacar as principais características das mudanças no processo de imaginação. Esses trechos serão apresentados nos resultados desta tese posteriormente.

Nesta seção, foram descritas as etapas do processo analítico. A seguir, apresentaremos os resultados e análises das duas etapas deste estudo.

6 PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: UM PANORAMA CULTURAL DO ESTUDO

6.1 Resultados e análise da Etapa 1

A partir desta seção, serão apresentados os resultados e análises desta tese. Inicialmente, serão descritos os resultados e análises da Etapa 1, seguidos pelos resultados e análise microgenética da Etapa 2.

A Etapa 1 consistiu na aplicação de um questionário eletrônico (Apêndice 1), composto por perguntas de múltipla escolha e perguntas abertas sobre Cuidados Paliativos. O objetivo desta etapa foi registrar informações para obter um panorama cultural dos participantes da pesquisa, especialmente no que diz respeito ao processo de imaginação de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos. Além disso, esta etapa teve como propósito realizar a investigação temática necessária para viabilizar o planejamento do primeiro Círculo de Cultura, o qual será detalhado posteriormente.

A Etapa 2 teve como objetivos acompanhar microgeneticamente o desenvolvimento de processos imaginativos de profissionais de enfermagem sobre sua atuação em Cuidados Paliativos. Utilizamos os Círculos de Cultura como abordagem metodológica para identificar o conjunto de significados de profissionais de enfermagem associados aos Cuidados Paliativos, identificar os elementos de continuidade e mudança no processo de imaginação do grupo de enfermeiras, e explorar as potencialidades na co-emergência desses processos imaginativos.

A seguir, apresentaremos os resultados decorrentes das aplicações das Etapas 1 e 2, respectivamente, nesta investigação.

6.2 Questionário eletrônico

Na Etapa 1, contamos com a participação de 57 profissionais de enfermagem de um hospital geral, atuantes em enfermarias voltadas para o tratamento de pacientes com câncer. Essas enfermarias englobam áreas como Oncologia, Hematologia, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Cuidados Paliativos. Durante o período de coleta de dados, a população total de profissionais de enfermagem nessas áreas era de 70 pessoas. Recebemos respostas de 57 participantes, o que representa 72,86% do total.

Vamos iniciar com a apresentação dos resultados e análise das respostas às 18 questões objetivas, incluindo 5 questões sobre identificação sociodemográfica, 7 sobre informações profissionais e relacionadas ao trabalho exercido pelo profissional, e 6 questões sobre Cuidados

Paliativos. Apresentaremos as frequências e percentuais de cada resposta emitida para as respectivas questões.

A seguir, apresentaremos a Tabela 1 com as questões relacionadas aos registros sociodemográficos.

Tabela 1 - Frequência e percentual de ocorrência relativa aos dados sociodemográficos da amostra (n=57).

Dados sociodemográficos	Resposta	Frequência	Porcentagem
Gênero	Mulher	52	91.38%
	Homem	5	8.62%
Faixa etária	De 18 a 25 anos e 11 meses	11	19.30%
	De 26 a 32 anos e 11 meses	21	36.84%
	De 33 a 39 anos e 11 meses	10	17.54%
	De 40 a 46 anos e 11 meses	9	5.79%
	Acima de 47 anos	6	10.53%
Cor	Amarela	1	1.75%
	Branca	14	24.56%
	Parda	35	61.40%
	Preto	7	12.28%
Estado civil	Solteiro	2	3.64%
	Casado(a)/ mora com cm(a) companheiro(a)	27	47.27%
	Separado(a)/ Divorciado(a)	26	3.64%
		2	3,51%
Grau de escolaridade	Técnico	28	49.12%
	Especialização	11	19.30%
	Superior completo	10	17.54%
	Superior incompleto	8	14.04%

Fonte: A autora (2024).

Dos 57 participantes nesta etapa, 8,77% se identificaram como do gênero masculino (5 participantes) e 91,23% como do gênero feminino (52 participantes). A predominância do gênero feminino entre os participantes reforça os resultados de outros três estudos. Um desses estudos, conduzido por Cunha, Fuly, Siqueira, Santiago e Beserra (2021) com o objetivo de identificar a prevalência do estresse ocupacional dos profissionais de enfermagem que atuam em cuidados paliativos durante a pandemia pelo SARS-CoV-2, além de fatores

sociodemográficos e ocupacionais associados, contou com a participação de 71 profissionais de enfermagem, sendo 80,6% mulheres.

Outra investigação, realizada por Costa e Da Silva (2021) numa cidade do interior de Pernambuco com o objetivo de avaliar a relação e vivência de enfermeiros relativos aos cuidados com pacientes oncológicos, bem como as dificuldades diárias e conquistas desses profissionais frente a esses pacientes, contou com a participação de 20 profissionais, sendo 100% do sexo feminino (Costa e Da Silva, 2021).

Outro estudo, realizado por De Souza Pereira, Pérez Júnior, Jomar, Pires, Gallasch e Gomes (2021) na cidade do Rio de Janeiro, teve como objetivo identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre cuidados paliativos. A pesquisa destacou uma amostra majoritariamente feminina, com 80% de participantes mulheres, revelando que as atividades de cuidado na área da saúde frequentemente são exercidas por mulheres. Foram entrevistados 20 profissionais de enfermagem como parte do estudo. Os estudos supramencionados se aliam ao observado nesta investigação quanto à predominância do gênero feminino na composição da amostra da etapa 1.

Segundo Oliveira Santos (2022), historicamente, a associação da enfermagem com a feminilidade é resultado de uma interação complexa entre concepções de enfermagem e papéis de gênero, refletindo uma ligação duradoura entre valores simbólicos e vocacionais considerados na cultura como intrinsecamente femininos. Isso, por sua vez, parece sugerir que o trabalho relacionado à enfermagem seja predominantemente desenvolvido por mulheres, conforme mencionado por Persegona et al. (2016), em diferentes regiões do Brasil, muito presentes na formação profissional e subsequentemente nos recrutamentos realizados para a ocupação desses profissionais em várias unidades dedicadas ao cuidado (Persegona et al., 2016).

Esta maioria feminina nas posições relativas à enfermagem pode sinalizar os desafios que as mulheres enfrentam ao conciliar a prática da enfermagem com as ainda culturalmente reconhecidas obrigações familiares e domésticas relacionadas ao cuidado (Duarte et al., 2015). Essa problemática pode ser acentuada pela fadiga decorrente da dupla jornada, um problema enfrentado por muitas mulheres que desempenham o papel de mães e profissionais de enfermagem simultaneamente (Santos et al., 2020).

Na presente tese, reconhecemos a importância de considerar a dimensão de gênero, especialmente dado o fato de que a profissão de enfermagem é predominantemente exercida por mulheres. No entanto, é importante reconhecer que esta análise específica não foi incluída em nossa investigação, uma vez que o foco principal está na discussão da imaginação e cuidados

paliativos. Comprometemo-nos a abordar essa questão nas considerações finais, ressaltando que este assunto não foi totalmente abordado nesta tese.

Em relação à faixa etária, identificamos um predomínio da faixa etária de 26 a 32 anos e 11 meses, com 21 participantes. Além disso, notamos que o grupo de participantes abrange uma ampla faixa etária, desde jovens adultos de 18 anos até pessoas com mais de 47 anos. Isso sugere uma diversidade de experiências e perspectivas entre os participantes.

O perfil dos profissionais de enfermagem que responderam ao questionário apresenta características diversas, tanto em relação à identificação da cor dos participantes quanto ao estado civil, como podemos observar na Tabela 1. No entanto, não encontramos nenhum estudo que relacione essas dimensões aos cuidados paliativos.

Analisando o grau de escolaridade dos participantes, identificamos um predomínio do nível técnico, pois a maioria possui formação técnica, com 28 participantes. Embora o nível técnico seja predominante, há uma diversidade nos níveis de ensino superior entre os participantes. Onze participantes têm especialização, dez possuem ensino superior completo e oito têm ensino superior incompleto. Isso indica uma variedade de trajetórias educacionais e profissionais.

6.2 As questões de múltipla escolha: a experiência profissional

Além das questões relacionadas ao perfil sociodemográfico, fizemos perguntas a respeito de informações profissionais, com o objetivo de enriquecer nossa compreensão do panorama de trabalho desses profissionais. Nesse sentido, elaboramos perguntas sobre o tempo de formação, a quantidade de vínculos empregatícios, a função, e se atuam ou já atuaram em Cuidados Paliativos. As frequências e porcentagens das respostas estão dispostas na Tabela 2:

Tabela 2 - Frequência e percentual de ocorrência às questões sobre informações profissionais: (n=57).

Dados sociodemográficos	Resposta	Frequência	Porcentagem
Tempo última formação completa	Menos de 1 ano	1	1.72%
	De 1 a 5 anos e 11 meses	25	43.10%
	De 6 anos a 10 anos e 11 meses	19	32.76%
	Acima de 11 anos	13	22.41%
Vínculos empregatícios	1 Vínculo	46	80.70%
	2 vínculos	20	17.54%
	3 ou mais	2	1.75%
Setor onde atua	Clínica Cirúrgica	14	24.56%
	Clínica Médica	16	28.07%

	Cuidados Paliativos	7	12.28%
	Hematologia Adulto	5	8.77%
	Oncologia Adulto	15	26.32%
Função atual	Enfermeiro(a) assistencial	13	22.81%
	Enfermeiro(a) gerente	1	1.75%
	Técnico(a) de enfermagem	43	75.44%
Tempo de atuação com pacientes com câncer	Menos de 1 ano	14	24.56%
	Entre 1 e 5 anos	21	36.84%
	Entre 5 e 10 anos	10	17.54%
	Acima de 10 anos	12	21.05%
Atuou: Cuidados Paliativos	Não	45	78.95%
	Sim	12	21.05%
Atua: Cuidados Paliativos	Não	48	84.21%
	Sim	9	15.79%

Fonte: a autora (2024).

Observando o tempo desde a última formação completa dos participantes, identificamos que a maioria se formou nos últimos 6 anos (43,10%). Ou seja, trata-se de um grupo composto por profissionais relativamente recentemente formados. Além disso, há um número alto de participantes com formação há mais de 11 anos (22,41%), indicando a presença de profissionais com experiência mais estabelecida.

Interpretamos que 32,76% dos participantes têm formação entre 6 e 10 anos atrás, e 1,72% dos participantes completaram sua formação em menos de 1 ano, mostrando a presença de poucos profissionais recém-formados no grupo.

Quando questionados sobre a quantidade de vínculos empregatícios, 80% responderam que possuem um vínculo, enquanto 18% possuem 2 vínculos de trabalho. No nosso entendimento, os profissionais de enfermagem envolvidos neste estudo se encontram em uma situação que propicia condições favoráveis para a prestação de Cuidados Paliativos aos pacientes, pois a maioria está dedicada a um único vínculo de trabalho, sendo um fator protetivo. Segundo Borges (2019), ao realizar um estudo para desenvolver e testar psicometricamente uma escala de absenteísmo em profissionais de saúde na Espanha, contendo em sua amostra 281 enfermeiros, 122 médicos e 92 auxiliares de enfermagem, verificou-se que existem efeitos negativos associados ao exercício de múltiplos empregos (Borges, 2019).

A sobrecarga de trabalho decorrente de atuar em mais de um vínculo pode resultar em fadiga e exaustão, afetando adversamente a qualidade da assistência prestada (Borges, 2019). Profissionais sobrecarregados podem enfrentar dificuldades em fornecer cuidados Paliativos com empatia e atenção adequadas, o que poderia comprometer o bem-estar e a experiência do paciente (Rodrigues et al., 2021; Ayala et al., 2021).

A sobrecarga de trabalho afeta tanto a qualidade da assistência prestada quanto o bem-estar do próprio profissional prestador da assistência, como foi identificado em uma pesquisa feita por Olfson, Cosgrove, Wall e Blanco (2023), com o objetivo de estimar os riscos de morte por suicídio entre os profissionais na área de saúde dos Estados Unidos. A investigação contou com 1,84 milhão de participantes adultos, observados de 2008 a 2019, e identificou um maior risco de suicídio entre os profissionais na área de saúde, principalmente os técnicos de enfermagem, em comparação com a população em geral. O estudo atribui alguns fatores para esse resultado, entre eles o esgotamento e o estresse laboral (Olfson, Cosgrove, Wall e Blanco, 2023).

Em relação aos setores em que esses profissionais trabalham (Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Hematologia, Oncologia e Cuidados Paliativos), 27% das respostas foram emitidas por profissionais de enfermagem que atuam em Clínica Cirúrgica, 27% em Clínica Médica, 25% em Oncologia, 9% em Hematologia e 12% em enfermagem de Cuidados Paliativos. A respeito das funções assumidas pelos participantes no hospital, 24% são enfermeiras, 72% técnicos(as) de enfermagem e 2% gerente de enfermagem. Ou seja, a maioria dos participantes desempenha funções de técnico de enfermagem, seguido por enfermeiras e gerente, em ordem decrescente.

Em relação ao tempo de atuação, 2% das pessoas que responderam ao questionário atuam nesta profissão há menos de um ano, 42% atuam de 1 a 5 anos. Então, há uma proporção maior de profissionais com experiência moderada (1 a 5 anos), enquanto a presença de novos profissionais (menos de um ano de experiência) é mais baixa. De acordo com Benneti (2013), a experiência dos profissionais de enfermagem pode afetar diretamente a qualidade dos Cuidados Paliativos oferecidos aos pacientes, uma vez que profissionais com mais anos de experiência podem ter habilidades mais desenvolvidas em lidar com situações complexas e gerenciar sintomas. Além disso, Santos (2017) destaca que profissionais de enfermagem com mais tempo de experiência podem ter mais habilidades para lidar com o estresse vivenciado na rotina de cuidados a esses pacientes.

Quando questionados sobre o tempo de atuação com pacientes oncológicos, identificamos que há uma distribuição variada de experiência entre os profissionais de enfermagem que responderam a esta etapa da pesquisa. Trinta e seis por cento dos participantes relataram uma experiência de um a cinco anos, enquanto 25% têm menos de um ano de experiência nesse contexto específico. Além disso, interpretamos que 21% deles possuem mais de dez anos de experiência, indicando uma presença importante de profissionais experientes. Por fim, 18% relataram uma experiência entre cinco e dez anos.

Não identificamos estudos que investigaram a relação entre o tempo de experiência de profissionais de enfermagem e sua prestação de assistência em Cuidados Paliativos. Verificou-se que os profissionais possuem pouca experiência na realização do cuidado paliativo e têm dificuldade em lidar com os sentimentos, sentindo-se, às vezes, impossibilitados de agir mediante as angústias dos envolvidos e com a morte (Nascimento et al., 2013).

No entanto, reconhecemos que a diversidade de experiências no trabalho pode ter diversas implicações na qualidade e na abordagem dos cuidados. É possível que profissionais mais experientes tragam consigo um conhecimento mais profundo e habilidades aprimoradas para lidar com situações complexas. Por outro lado, aqueles com menos experiência podem estar em um estágio inicial de aprendizado e desenvolvimento de habilidades específicas para o cuidado.

Para a pergunta “já trabalhou em algum serviço exclusivo de Cuidados Paliativos?”, 27% responderam sim e 73% disseram nunca ter atuado em nenhum serviço. Sobre o questionamento se já haviam recebido algum treinamento sobre atuação em contexto de Cuidados Paliativos, apenas 30% disseram que sim e 70% disseram nunca ter recebido treinamento a respeito.

Além disso, apenas 14% destes profissionais possuem alguma formação/treinamento anterior em Cuidados Paliativos, enquanto 86% não possuem nenhuma formação ou treinamento. Com base nessas informações, notamos uma lacuna na preparação desses profissionais de enfermagem para atuar nesse contexto específico.

Esses resultados destacam a necessidade de investimento em programas de treinamento e educação continuada para capacitar os profissionais de enfermagem a oferecerem cuidados de qualidade e centrados no paciente nesses contextos. A este respeito, mencionamos estudo desenvolvido por Gonçalves e colaboradores (2023) com uma população de representantes das coordenações de cursos de 11 Instituições de Ensino Superior, coordenadores de curso de graduação em enfermagem - titular ou vice -, do estado do Rio Grande do Norte. Os autores ressaltam que há pouco enfoque sobre CP no ensino e formação profissional de enfermagem nas IES pesquisadas (Gonçalves et al., 2023). Continuam dizendo que a falta de ensino em CP representa uma das principais barreiras para o acesso da população a esses serviços, haja vista o déficit de profissionais qualificados que poderiam contribuir para a melhoria do atendimento de uma demanda reprimida (Gonçalves et al., 2023). Embora os autores destacam um contexto específico do estado do RN, deixam um recado importante sobre a importância da educação profissional no que tange aos Cuidados Paliativos.

Ainda a este respeito, adicionam que, em um esforço para melhorar os Cuidados Paliativos a partir da formação do enfermeiro sobre a temática, foi criado, no ano 2000, nos Estados Unidos, o projeto End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC), que representa uma colaboração entre a City of Hope e a Associação Americana de Faculdades de Enfermagem e que vem sendo utilizado em todo o mundo para melhorar a qualidade dos cuidados de fim de vida e a visão e atitude dos enfermeiros em relação a esses cuidados (Gonçalves et al., 2023).

6.3 As questões de múltipla escolha: Cuidados Paliativos

Além das questões já abordadas sobre informações sociodemográficas e profissionais, o questionário eletrônico também incluiu perguntas relacionadas aos Cuidados Paliativos. Na Tabela 3 a seguir, são apresentadas as frequências e percentuais de ocorrência das respostas para cada uma dessas perguntas, conforme contidas no questionário eletrônico.

Tabela 3: Frequência e percentual de ocorrência relativa às perguntas sobre Cuidados Paliativos (n=57).

Informações sobre cuidados paliativos	Resposta	Frequência	Porcentagem (%)
Aceitaria a abordagem de Cuidados Paliativos para si	Talvez	15	27.78
	Sim	38	70.37
	Não	1	1.85
Recebeu treinamento sobre atuação em Cuidados Paliativos?	Não	40	70.18
	Sim	17	29.82
Onde recebeu as primeiras informações sobre Cuidados Paliativos?	Curso técnico	18	31.58
	Cursos extra curriculares	1	1.75
	Faculdade	5	8.77
	Internet	2	3.51
	Na atuação profissional	31	54.39
Você se sente preparado (a) para cuidar de um (a) paciente em contexto de Cuidados Paliativos?	Não	7	12.28
	Sim	35	61.40
	Talvez	15	26.32
“Hipoteticamente, caso alguém da família tivesse um diagnóstico oncológico fora de possibilidade de tratamento curativo, e a indicação clínica fosse de	Não	4	7.02
	Sim	38	66.67
	Talvez	15	26.32

condutas de Cuidados Paliativos, o que você faria?"			
---	--	--	--

Fonte: a autora (2024).

Observando a Tabela 3, identificamos as respostas à questão sobre aceitar a abordagem de Cuidados Paliativos. A maioria dos participantes está aberta à abordagem de Cuidados Paliativos (65,52%), o que sugere uma receptividade geral a essa forma de cuidado e uma disposição para considerá-la como uma opção válida em situações de necessidade. Uma quantidade importante dos participantes apresentou respostas relacionadas à incerteza ou indecisão (25,86%) ao responder "Talvez". Isso pode refletir uma necessidade de mais informações ou uma ponderação cuidadosa sobre essa questão. 1,72% dos participantes responderam "Não", indicando uma oposição à abordagem de Cuidados Paliativos.

Observando as respostas à questão sobre formação em contexto de Cuidados Paliativos, identificamos que a maioria dos participantes não recebeu treinamento em Cuidados Paliativos (70,18%), o que sugere uma lacuna na formação dos participantes em relação aos Cuidados Paliativos. 29,82% dos participantes responderam "Sim", indicando que receberam treinamento específico nesse contexto.

Essas informações fornecem um cenário sobre o nível de preparação e familiaridade dos participantes com os Cuidados Paliativos, o que pode ser útil para entender suas habilidades e conhecimentos em relação a esse campo de atuação.

No que se refere à questão “onde você recebeu as primeiras informações sobre Cuidados Paliativos?”, 46% escolheu a alternativa que dizia ter sido durante a atuação profissional, enquanto apenas 8% responderam ter recebido as primeiras informações sobre Cuidados Paliativos em cursos extracurriculares e cursos técnicos. Isso sugere que muitos profissionais de enfermagem obtêm conhecimento prático sobre o assunto enquanto estão trabalhando, possivelmente por meio de experiências diretas com pacientes em Cuidados Paliativos.

Para esta pergunta, 8% dos respondentes indicaram ter recebido informações sobre Cuidados Paliativos em cursos extracurriculares e cursos técnicos. Isso sugere uma possível falta de ênfase ou disponibilidade de treinamento formal em Cuidados Paliativos durante a formação inicial ou complementar dos profissionais de enfermagem.

Sarmiento et al. (2021) realizaram um estudo de campo no estado da Paraíba sobre a formação acadêmica e qualificação profissional dos enfermeiros para a prática em Cuidados Paliativos. Em consonância com o que anteriormente mencionamos em relação à investigação realizada por Gonçalves et al. (2023), os autores identificaram que os participantes não haviam

tido nenhuma disciplina sobre a temática nas instituições de ensino onde cursaram a graduação. Além disso, nenhum deles participou da Educação Permanente em Saúde sobre o tema, sugerindo baixo investimento por parte das instituições hospitalares em oferecer treinamentos e conhecimento limitado dos profissionais sobre Cuidados Paliativos, condição que pode refletir negativamente na qualidade da assistência.

Dando continuidade à apresentação dos resultados e análise das respostas do questionário, perguntados “se sentem preparados para atuar em contexto de Cuidados Paliativos?”, 63% deles responderam que sim, enquanto 30% disseram que talvez e 7% disseram não se sentir preparados.

Apesar de 70,18% ter mencionado não ter tido formação sobre Cuidados Paliativos e 29,82% dos participantes terem afirmado que receberam informações sobre Cuidados Paliativos em cursos extracurriculares e cursos técnicos, como antes mencionamos, a maioria (61,40%) dos profissionais de enfermagem que responderam a esta etapa da pesquisa ainda se sente preparada para atuar nesse contexto. No entanto, é importante considerar a necessidade de aproximação desses profissionais com os Cuidados Paliativos em seu processo formativo e de qualificação profissional, visando o desenvolvimento de competências necessárias para prestar uma assistência eficiente.

Analisando as respostas à questão sobre as condutas adotadas caso um membro da família recebesse um diagnóstico oncológico fora de possibilidade de tratamento curativo e a indicação clínica fosse de condutas de Cuidados Paliativos, interpretamos que a maioria dos participantes respondeu dizendo que auxiliaria a família com informações e apoio (72,41%). Enquanto 10,34% indicou que aceitaria a indicação de Cuidados Paliativos para o membro da família, 8,62% indicou que não aceitaria os Cuidados Paliativos para o membro da família e 6,90% responderam que buscariam outra opção ou especialista.

Em relação às respostas à questão sobre aceitar a abordagem de Cuidados Paliativos para si mesmo, caso fosse necessário, a maioria dos participantes respondeu estar aberta à abordagem de Cuidados Paliativos para si mesmos (65,52%). Isso pode sugerir uma receptividade geral a essa forma de cuidado e uma disposição para considerá-la como uma opção válida em situações de necessidade pessoal. Enquanto 25,86% dos participantes responderam "Talvez" e 6,90% dos participantes responderam "Não", indicando uma oposição à abordagem de Cuidados Paliativos.

Isto posto, os registros sobre informações sociodemográficas nos forneceram um panorama sobre a diversidade dos profissionais de enfermagem. Além disso, os registros sobre informações profissionais oferecem entendimento sobre a preparação e experiência específica

dos enfermeiros nesta área. E por fim, informações sobre atuação profissional destacam a familiaridade ou não dos profissionais com Cuidados Paliativos, enquanto perguntas sobre atitude e percepção revelam as opiniões individuais sobre esse tema. Estas informações nos possibilitam obter um panorama cultural dos participantes da pesquisa, especialmente no que diz respeito à imaginação de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos.

6.4 As questões abertas: imaginando Cuidados Paliativos

Como explicitamos previamente, uma vez apresentados os resultados e a análise das questões objetivas do questionário eletrônico, agora trataremos das duas questões abertas, as quais exigiram resposta textual elaborada com as próprias palavras dos participantes.

No instrumento, perguntou-se: 1) "Se alguém te pedisse para explicar o que são Cuidados Paliativos, o que você diria?"; e 2) "Me diga ao menos cinco palavras que vêm à sua mente quando alguém fala em Cuidados Paliativos." As respostas a essas perguntas possibilitaram um conhecimento prévio acerca do que os participantes imaginavam a respeito, incluindo o acesso ao universo simbólico e vocabular dos profissionais de enfermagem ao se reportarem ao tema.

Em relação à pergunta 1, os participantes elaboraram 57 frases, como as que estão exemplificadas no Quadro 2 indicado a seguir.

Quadro 2: Exemplos de respostas dadas à pergunta 1 do questionário eletrônico: "Se alguém te pedisse para explicar o que são Cuidados Paliativos, o que você diria?"

Amor e respeito durante o processo de morte
São cuidados a pacientes que estão morrendo
Conforto e respeito pelo próximo na sua morte
Proporcionar conforto ao paciente.
Conforto nos últimos dias de vida
Que os cuidados paliativos se trata de uma assistência para os momentos finais.
Para quando as medidas são de conforto até a pessoa morrer.
No momento indicado o paciente precisa de amor e conforto
Dar conforto para o paciente terminal

Dar conforto e cuidados para uma morte sem dor
--

Fonte: a autora (2024).

Das 57 respostas à pergunta 1, um total de 770 palavras foi registrado. No entanto, sabendo que a ferramenta Wordart identifica todas as palavras, incluindo termos gramaticais como artigos e pronomes, por exemplo, a pesquisadora-animadora optou por uma abordagem mais seletiva e estabeleceu como critério de inclusão manter apenas as palavras que se configuram enquanto substantivos, verbos e adjetivos.

Após estabelecer o critério de seleção das palavras, foram excluídos pronomes pessoais, artigos, numerais, advérbios, conjunções, interjeições e preposições. Como resultado, foram identificadas 102 palavras que foram reservadas para integrar as palavras coletadas na segunda questão, a qual será explicada posteriormente.

Após a definição dos critérios de inclusão e de exclusão antes referidos, foi feita a seleção das palavras a serem analisadas. Um número de 102 palavras foi então resultante deste processo seletivo. Este quantitativo foi posteriormente analisado junto às palavras elaboradas pelos participantes na segunda questão aberta, como será mais detidamente explicado a seguir.

Em relação exatamente à segunda questão aberta: "Me diga ao menos cinco palavras que vêm à sua mente, quando alguém fala em Cuidados Paliativos", a quantidade de respostas de cada participante foi variável. Alguns responderam com 5 palavras, outros com 4 e 1 palavra, como podemos ver na exemplificação contida no Quadro 3, em que cada linha representa a resposta de um(a) participante diferente. Um total de 91 palavras foram elaboradas pelos participantes para esta questão.

Quadro 3: Exemplos de respostas dadas à pergunta "Me diga ao menos cinco palavras que vêm à sua mente, quando alguém fala em Cuidados Paliativos."

Angústia
difícil
verdades, escolhas, tempo, pendências, realizações.
comunicação, dar o melhor de si
conforto, dor, choro, aceitação, morte
morte, fim, cuidado, atenção, amor
tristeza, dor, amor, cuidado, carinho
humanização, empatia, compaixão, dedicação e amor

fé, força, coragem, caminho, cuidado
partida, família, amor, perdão, aceitação, dor

Fonte: a autora (2024).

Das duas questões, então, ficamos com um total de 193 palavras (adjetivos, substantivos e verbos). A Tabela 4 apresenta a frequência e o percentual de ocorrência das palavras, classificadas de acordo com o critério de inclusão (adjetivos, substantivos e verbos) e de exclusão mencionados em relação à primeira questão. Ratificamos que, na segunda questão, não foram incluídos, pelos respondentes, pronomes pessoais, artigos, numerais, advérbios, conjunções, interjeições e preposições; todas as respostas a esta questão atendiam aos critérios de inclusão definidos (adjetivos, substantivos, verbos) nas perguntas abertas do questionário eletrônico.

Lembramos que os registros totais decorrentes das questões abertas, após aplicados os critérios de inclusão e exclusão e posteriormente analisados, foram construídos a partir de um total de 193 palavras. Entretanto, com o objetivo de reduzir o tamanho da Tabela 4, optamos por listar a frequência das 30 primeiras palavras repetidas.

Tabela 4 - Frequência e percentual de ocorrência de palavras (adjetivos, substantivos e verbos) às perguntas abertas do questionário eletrônico (n=193).

Posição	Palavra	Frequência	Porcentagem (%)
1	morte	42	3.87811
2	conforto	27	2.49307
3	amor	21	1.93905
4	cuidado	20	1.84672
5	paciente	17	1.56971
6	dor	16	1.47737
7	vida	15	1.38504
8	atenção	11	1.01569
9	família	11	1.01569
10	sofrimento	11	1.01569
11	carinho	9	0.83102
12	aceitação	6	0.55401
13	morrendo	6	0.55401
14	qualidade	6	0.55401
15	respeito	6	0.55401
16	assistência	5	0.46168
17	doença	5	0.46168
18	empatia	5	0.46168
19	humanização	5	0.46168
20	morrer	5	0.46168
21	processo	5	0.46168
22	próximo	5	0.46168

A utilização da nuvem de palavras não apenas resultou na criação de uma representação visual, mas também proporcionou uma compreensão mais profunda do universo vocabular do grupo. Essa técnica é especialmente relevante nos Círculos de Cultura, uma vez que a compreensão do vocabulário é uma ferramenta crucial para promover a conscientização e a transformação social, como destacado por Freire (1974). Ele ressalta a importância de iniciar o processo educativo com o vocabulário local e o contexto social vivenciados pelos participantes do círculo, o que possibilita um aprendizado significativo e contextualizado. Essa prática facilita a reflexão crítica sobre as condições culturais nas quais o grupo está imerso, aspecto fundamental para a eficácia do processo educacional (Freire, 1974).

As palavras que são apresentadas na Figura 4 fazem parte do universo vocabular do grupo de participantes da Etapa 1, no que diz respeito aos Cuidados Paliativos. No entanto, destacam-se, com maior frequência de ocorrência, tendo sido mencionadas mais de quinze vezes, as palavras: morte, conforto, amor, cuidado, paciente, dor e vida. Além disso, entre a primeira palavra (morte) e a segunda (conforto) há uma diferença de 15 ocorrências, o que marca a força semântica que a palavra morte tem sobre as demais.

Tais frequências apresentadas na nuvem de palavras nos fazem interpretar que, possivelmente, o processo imaginativo dos(as) profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos versa em torno de: cuidar de pessoas que estão morrendo, dando conforto, amor e cuidado.

Essas palavras fazem parte do universo vocabular cultural dos participantes em relação aos Cuidados Paliativos, representando conceitos centrais deste campo. "Morte" nos sinaliza para o estigma cultural que iguala o Cuidado Paliativo ao cuidado de fim de vida (De Oliveira, 2021), enquanto as palavras "conforto", "amor" e "cuidado" nos sinalizam para o fato de que Cuidados Paliativos abordam o alívio do sofrimento físico e emocional dos pacientes, destacando a importância da assistência holística e o exercício da empatia diante de pessoas com doenças ameaçadoras da vida (Crispim et al., 2022).

Valsiner (2020) também argumenta que a cultura desempenha um papel fundamental na formação da identidade, uma vez que a cultura é um sistema de símbolos compartilhados que co-constroem a maneira como as pessoas percebem o mundo e se comportam. Esses símbolos podem incluir normas, valores, crenças, mitos, rituais e outras manifestações culturais. Valsiner argumenta ainda que os indivíduos internalizam elementos culturais desde a infância, evidenciando que a cultura exerce uma influência profunda no modo como as pessoas pensam, sentem e se comportam (Valsiner, 2020).

Segundo Valsiner (2000), a cultura em que cada pessoa se desenvolve, pelas suas experiências de vida e contextos pessoais, é mediada mutuamente pela cultura coletiva, uma vez que esta é constituída de sentidos compartilhados, através de interações sociais e símbolos, por uma sociedade ou uma comunidade, com suas normas sociais, valores compartilhados e práticas de um grupo (Valsiner, 2000).

Quanto à importância da compreensão da indicação dos Cuidados Paliativos, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), em uma carta aberta à população brasileira durante a pandemia de 2021, destacou a necessidade de esclarecer equívocos sobre essa abordagem. A ANCP (2021) enfatizou que os Cuidados Paliativos não devem ser vistos apenas como uma intervenção para pacientes nos estágios finais da vida, exauridos pelo uso prolongado de medidas invasivas em unidades de terapia intensiva. Além disso, ressaltou que não devem ser considerados como uma opção para redução de custos ou encurtamento da vida dos pacientes. É fundamental compreender que os Cuidados Paliativos não devem ser impostos pela equipe médica sem o consentimento do paciente e/ou de seus familiares. Esta concepção predominante na sociedade reflete um significado compartilhado sobre a morte e sua abordagem (Castilho, 2021).

Entendemos que o estigma em torno dos Cuidados Paliativos afeta principalmente aqueles que poderiam se beneficiar dessa abordagem desde o momento do diagnóstico de uma doença. Neste contexto, vale ressaltar minha pesquisa de mestrado, que identificou o estigma simbólico associado aos Cuidados Paliativos em uma paciente com câncer, percebidos como uma forma de cuidado exclusivamente voltada para o fim da vida, e conseqüentemente rejeitada por ela (Carvalho, 2019; Moutinho e Ferreira, 2020; Ferreira, Moutinho e Garvey, em desenvolvimento).

Após apresentar os resultados e análise da Etapa 1, seguiremos para a seção seguinte, onde será apresentada uma contextualização da Etapa 2, que foi composta por uma pesquisa-ação com Círculos de Cultura.

7 IMAGINAÇÃO, ANÁLISE MICROGENÉTICA E CÍRCULOS DE CULTURA, OLHANDO A ETAPA 2

Após a conclusão da Etapa 1, a pesquisadora-animadora desta tese, ao compreender o universo vocabular do grupo, desenvolveu uma programação pedagógica para os Círculos de Cultura, baseada nos conhecimentos prévios dos participantes sobre Cuidados Paliativos.

Os objetivos da Etapa 2 foram: acompanhar microgeneticamente o desenvolvimento de processos imaginativos de profissionais de enfermagem sobre sua atuação em cuidados paliativos; utilizar os Círculos de Cultura como abordagem educacional; descrever o conjunto de significados de profissionais de enfermagem associados aos Cuidados Paliativos; observar os elementos de continuidade e mudança no processo de imaginar para o grupo de enfermeiras; e explorar as potencialidades na co-emergência do desenvolvimento do processo de imaginação.

Portanto, neste subtópico apresentamos como resultados o desenvolvimento de processos imaginativos de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos, os quais foram analisados microgeneticamente. Ressalta-se que a análise microgenética possibilita compreender e identificar pequenas mudanças no fenômeno ao longo do tempo (Silva, 2014).

Alguns pontos importantes para a compreensão da análise microgenética que se apresenta adiante nesta tese são:

I) A imaginação desempenha um papel crucial no desenvolvimento cognitivo e social das pessoas, sendo mediada pelo ambiente cultural e social em que vivem (Valsiner, 2007; Zittoun e Cerchia, 2013).

II) No que concerne aos registros (de fala e imagem) - foco da presente análise microgenética (Siegler e Crowler, 1991; Siegler, 1995; Pantoja, 1996; Fogel et al., 2006; Lavelli et al., 2005) - estes foram co-construídos nos três Círculos de Cultura realizados com o mesmo grupo de técnicas de enfermagem, constituindo-se, assim, em um estudo de caso de grupo.

III) A análise microgenética a seguir visa descrever o processo imaginativo, suas mudanças e continuidades ao longo do tempo, incluindo aspectos sociohistóricos, pessoais e relacionais envolvidos. Destaca-se também a potência do coletivo, tanto na realização quanto nas intervenções educacionais nos Círculos de Cultura.

IV) A abordagem aos processos imaginativos implica uma visão sistêmica, relacional e histórica, onde os registros são co-construídos. Co-construção refere-se ao processo dinâmico e interativo pelo qual participantes e pesquisadores-mediadores desenvolvem conjuntamente

significados, conhecimentos e habilidades durante uma atividade específica (Garvey e Fogel, 2007; Bertau, 2007; Valsiner, 2012; Fogel et al., 2006; Pinto e Maciel, 2019).

V) Como unidade de análise nesta etapa, identificamos os "Segmentos", partes menores extraídas dos registros de fala e imagens co-construídos nos Círculos de Cultura. Durante cada círculo, foram realizados diversos registros de vídeo e áudio (transcritos), imagens e fotografias, sendo necessário à pesquisadora-animadora realizar um recorte para a análise microgenética, selecionando partes que apresentassem características da imaginação do grupo sobre Cuidados Paliativos. Assim, cada trecho de fala ou imagem dos registros relacionados ao imaginar do grupo sobre Cuidados Paliativos constitui um Segmento. Cada segmento selecionado é caracterizado por padrões imaginativos que co-emergem durante os processos comunicativos dos Círculos de Cultura, com foco nas micro mudanças ao processo de imaginação.

Seguiremos então para a próxima seção, onde será apresentada a Etapa 2 desta investigação, seguida pelos resultados e análise microgenética.

7.1 Os Círculos de Cultura

A Etapa 2 foi caracterizada pela aplicação dos Círculos de Cultura, realizados com a participação conjunta da pesquisadora-animadora, um grupo de sete técnicas de enfermagem e um profissional responsável pelo registro de vídeo, áudio e fotografias. Os registros a serem analisados incluem transcrições dos vídeos e áudios, além de imagens capturadas em cada Círculo.

O planejamento considerou a disponibilidade do grupo e as exigências institucionais, que permitiram a participação das trabalhadoras por três dias, com a condição de que cada encontro não ultrapassasse uma hora e trinta minutos, estabelecendo o tempo máximo para cada Círculo de Cultura.

Assim, foram planejados os seguintes círculos: o Círculo de Cultura 1 abordou "O que é cuidado paliativo para mim?"; o Círculo de Cultura 2 explorou "O que é Cuidado Paliativo na minha prática?"; e o Círculo de Cultura 3 discutiu "O que é Cuidado Paliativo na teoria?".

Os Círculos de Cultura foram estruturados com base nessas perguntas norteadoras sobre Cuidados Paliativos, integrando conhecimentos prévios, práticos e teóricos das profissionais de enfermagem envolvidas. Cada Círculo será detalhado ao longo dos resultados e da análise microgenética da Etapa 2.

A estrutura de apresentação dos resultados e análise da Etapa 2 será organizada da seguinte maneira:

1. Apresentação sequencial dos Círculos de Cultura, integrados ao encadeamento das análises e resultados.
2. Divisão das seções da análise conforme os padrões desenvolvimentais observados no processo de imaginar do grupo sobre Cuidados Paliativos.
3. Detalhamento dos padrões observados em cada Círculo através dos segmentos, que compartilham características relacionadas ao imaginar de Cuidados Paliativos.
4. Exame detalhado e microgenético dos segmentos, estabelecendo conexões teóricas com o modelo de níveis de mudança desenvolvido por Fogel, Garvey, Hsu e West-Stroming (2006) e Fogel e Garvey (2007).
5. Identificação das sete participantes como P1, P2, P3, P4, P5, P6 e P7, ao longo do estudo de caso.
6. Representação simbólica da espiral da imaginação ao final de cada seção da análise microgenética, seguindo o modelo proposto por Zittoun e colaboradores (2013, 2016, 2018, 2020), para ilustrar o desenvolvimento do processo de imaginação do grupo sobre Cuidados Paliativos.

7.2 Círculo de Cultura 1: “O que é Cuidado Paliativo pra mim?”

Para iniciar apresentamos o perfil pessoal e profissional do grupo participantes dos Círculos, buscamos esses registros nas respostas dadas por elas ao questionário eletrônico da Etapa 1, como vemos na Tabela 5.

Tabela 5 - Perfil pessoal e profissional das participantes dos Círculos de Cultura, nas respostas ao questionário eletrônico da Etapa 1

Indicadores	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Idade	29	32	31	43	45	33	31
Cor	Parda	Parda	Parda	Parda	Parda	Preta	Preta
Estado civil	Casada	Casada	Solteira	Casada	Casada	Casada	Solteira
Escolaridade	Técnica	Técnica	Técnica	Técnica	Técnica	Técnica	Técnica
Filhos	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não
Cidade	Recife	Recife	Recife	Recife	Paulista	Recife	Recife
Vínculo empregatício	1	1	1	2	1	1	1
Sector	Clínica Geral	Clínica Cir.	Clínica Cir.	Clínica Cir.	Hemato	Cuidado Paliativo	Oncol.

Treinamento sobre CP	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
Primeiras informações sobre CP	Curso Téc.	Curso Téc.	Curso Téc.	Atuação	Atuação	Curso Téc.	Atuação
Se sente preparada para atender em CP	Talvez	Sim	Não	Não	Talvez	Sim	Talvez
Aceitaria receber CP	Talvez	Não	Sim	Talvez	Talvez	Sim	Talvez

Fonte: a autora (2024).

Como participantes dos Círculos de Cultura, temos sete mulheres jovens, sendo a maioria autodeclarada parda, seguidas por duas participantes que se consideram pretas. Cinco participantes são casadas, enquanto duas são solteiras. Apenas duas participantes têm filhos.

Quanto à situação laboral, uma participante trabalha em mais de um emprego, enquanto as outras trabalham exclusivamente na instituição onde ocorreu a co-construção. Elas atuam em diferentes setores da instituição, incluindo Clínica Médica, Hematologia, Oncologia, Serviço de Cuidados Paliativos e Enfermarias de Clínica Cirúrgica.

No que diz respeito à experiência em Cuidados Paliativos, apenas duas participantes já participaram de treinamento ou formação específica (P1 e P2); as demais afirmam não ter recebido tal formação. A maioria das participantes recebeu suas primeiras informações sobre Cuidados Paliativos durante o curso técnico, enquanto duas participantes as adquiriram durante a prática profissional.

Quanto à aceitação de receber Cuidados Paliativos, a maioria das participantes respondeu "talvez" (P1, P4, P5, P7); duas participantes (P3 e P6) responderam "sim", enquanto uma (P2) respondeu "não".

Essas interpretações fornecem à pesquisadora-animadora um panorama pessoal geral do grupo, além de informações sobre o conhecimento das participantes acerca de Cuidados Paliativos e sua disposição em recebê-los.

Após apresentar as participantes dos Círculos de Cultura, iniciaremos a apresentação dos resultados e da análise microgenética.

O Círculo de Cultura 1, intitulado "O que é Cuidado Paliativo para mim", ocorreu em 07 de março de 2023, no auditório da instituição hospitalar. Os registros foram coletados durante o horário de trabalho das técnicas de enfermagem, com início às 16:00 horas e término

às 17:30 horas. Sete participantes estiveram presentes, além da pesquisadora-animadora e um profissional responsável pela gravação de vídeo e áudio do encontro.

A pesquisadora-animadora acolheu as participantes, apresentou os objetivos do estudo e detalhou o funcionamento dos Círculos de Cultura. Ela convidou as participantes a se envolverem de forma espontânea, enfatizando que poderiam decidir interromper sua participação sem pressão ou constrangimento, em qualquer um dos Círculos de Cultura. Após uma sessão de perguntas e respostas sobre os detalhes dos encontros, incluindo dias, horários, funcionamento e gravação de áudio e vídeo, todas as participantes concordaram em participar voluntariamente e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O grupo se posicionou em formato de semicírculo no auditório do hospital, onde as participantes tiveram 10 minutos para conversar entre si antes do início das atividades. A pesquisadora-animadora então iniciou uma sensibilização através de uma dinâmica de apresentação, convidando cada participante a compartilhar um pouco sobre sua história pessoal, seu trabalho e o setor hospitalar onde atua.

Posteriormente, a pesquisadora-animadora solicitou às participantes que respondessem às seguintes perguntas: "Quando pensam em Cuidados Paliativos, qual é a primeira coisa que lhes vem à mente? O que significa Cuidados Paliativos para vocês?" No Quadro 4, apresentamos o Segmento 1, que contém as respostas do grupo para essas perguntas. Cada participante foi identificada com a letra "P" seguida de um número correspondente à ordem de apresentação no primeiro círculo.

Quadro 4 - Segmento 1: "Quando vocês pensam em Cuidados Paliativos, qual a primeira coisa que vem à cabeça de vocês?"

- P1.** Para mim é como se fosse uma sentença de morte. Que já está no cuidado paliativo e vai tentar melhorar o seu estado possível que tem, até chegar o momento de falecer.
- P2.** Rapaz, é porque sei lá, é muito rápido. Na minha cabeça quando diz: "cuidado paliativo" eu já penso que vai ser dias.
- P3.** Acho que reflexiva. Porque a gente sempre fica achando que a qualquer momento também pode acontecer com a gente.
- P5.** Eles passam muito tempo fazendo um tratamento, para de repente o médico chegar e chamar primeiro a família e dizer que o tratamento não deu mais certo. Porque a gente tem mais tempo ali com eles. "E agora? Então a qualquer momento ele vai morrer..." então a gente fica apreensiva.
- P6.** Foi o que eu coloquei nas 5 palavras... Morte, dor, sentimento, família e cuidados. Que é o que vem na cabeça.
- P7.** [...] de cara a gente pensa que aquele paciente vai morrer, que vai entrar em sofrimento. E assim, eu acho que além do sofrimento do paciente, conviver com o sofrimento familiar também é muito difícil de lidar com essa situação toda, sabe? Aí a primeira coisa,

infelizmente, quando vem na cabeça. Quando define os Cuidados Paliativos, o que vem na cabeça da gente é esse estereótipo de morte e sofrimento.

Fonte: a autora (2024).

No Segmento 1, o grupo apresenta, de forma unânime, uma representação simbólica sobre Cuidados Paliativos interpretada como relacionada diretamente à morte próxima ou à falta de eficácia dos tratamentos disponíveis (P1, P2, P5, P6 e P7). Existe um sentimento de medo e apreensão associado aos Cuidados Paliativos, tanto por parte dos pacientes quanto de seus familiares, conforme indicado pelas falas de P3: “Acho que reflexiva. Porque a gente sempre fica achando que a qualquer momento também pode acontecer com a gente”; P5: “E agora? Então a qualquer momento ele vai morrer... então a gente fica apreensiva.”; e P7: “Conviver com o sofrimento familiar também é muito difícil de lidar com essa situação toda”, que foi confirmado por todas as participantes do grupo.

Adicionalmente, nos trechos de falas do grupo apresentados no Segmento 1, interpretamos que este diálogo nos permite compreender que o tema dos Cuidados Paliativos evoca reflexões sobre sentimentos e conteúdos negativos. As palavras mencionadas por P1: “sentença de morte”; P2: “eu já penso que vai ser dias”; P5: “a qualquer momento ele vai morrer”; P6: “morrer”; e P7: “morte e sofrimento” destacam as principais preocupações das pessoas ao discutirem Cuidados Paliativos, ressaltando a forte carga emocional e os desafios imaginados nesta área.

Do ponto de vista dos profissionais de enfermagem, estudos realizados por Vasques et al. (2013), Coelho De Britto (2015), Reale (2017) destacam que há geralmente um amplo desconhecimento sobre Cuidados Paliativos, sendo que muitos profissionais os veem como um tratamento exclusivo para pacientes em fase final de vida, associado à necessidade de cuidados pré-morte, com a morte sendo um elemento central na definição dos Cuidados Paliativos.

No contexto brasileiro, conforme Calônego (2020), é comum que os Cuidados Paliativos sejam confundidos com abandono ou eutanásia, contribuindo para o estigma em relação ao uso de opioides (como a morfina) para alívio da dor intensa em pacientes sob Cuidados Paliativos.

Pesquisas adicionais de Vasques et al. (2013), Dos Santos et al. (2016), Fantuci et al. (2016), Blasco (2018) e Alves et al. (2023) também destacam a falta de conhecimento e o preconceito sobre o tema não apenas entre profissionais de saúde, mas também na sociedade em geral, gestores hospitalares e no sistema judiciário.

As respostas do grupo apresentadas no Segmento 1, como exemplificado por P7: “Aí a primeira coisa, infelizmente, quando vem na cabeça. Quando define os Cuidados Paliativos, o que vem na cabeça da gente é esse estereótipo de morte e sofrimento”, corroboram essas interpretações.

Além disso, ao serem convidados a imaginar, os profissionais co-construíram significados sobre Cuidados Paliativos que refletem similarmente ao que foi observado em minha pesquisa anterior, intitulada “Processos imaginativos de uma paciente com câncer sobre Cuidados Paliativos” (Carvalho, 2019). Nessa pesquisa, a participante imaginou os Cuidados Paliativos como um lugar onde os pacientes aguardam o momento de sua morte, percebendo-o como um contexto desprovido de procedimentos e recursos terapêuticos, acompanhado de expressões de sentimentos negativos sobre o tema.

Nos trechos de falas do grupo apresentados no Segmento 2, destacamos diálogos que abordam a primeira impressão do grupo sobre Cuidados Paliativos.

Quadro 5 - Segmento 2: Imaginando Cuidados Paliativos para pessoas com morte próxima

- P1.** Para mim é como se fosse uma sentença de morte. Que já está no cuidado paliativo e vai tentar melhorar o seu estado possível que tem até chegar o momento de falecer.
- P2.** Rapaz, é porque sei lá, é muito rápido. Na minha cabeça quando diz: “cuidado paliativo” eu já penso que vai ser dias.
- P5.** Porque pra gente que é leigo, a gente tem aquela [...]: “vai morrer amanhã, a médica disse que num tem mais jeito não”.

Fonte: a autora (2024).

Nas falas do grupo apresentadas no Segmento 2, entendemos que o grupo estabelece uma conexão entre Cuidados Paliativos e estágio avançado de doença, associando-os à proximidade da morte, como observado nas falas de P1: “Para mim é como se fosse uma sentença de morte. Que já está no cuidado paliativo e vai tentar melhorar o seu estado possível que tem até chegar o momento de falecer”; e P2: “Na minha cabeça quando diz: ‘cuidado paliativo’ eu já penso que vai ser dias.”

Além das citações de P1 e P2 mencionadas anteriormente, também observamos uma associação entre Cuidados Paliativos e morte iminente na fala de P5: “Vai morrer amanhã, a médica disse que não tem mais jeito não”, indicando que Cuidados Paliativos são vistos como confirmação de que o paciente não tem mais chance de sobreviver. Esta interpretação está alinhada com os resultados da Etapa 1, onde profissionais de enfermagem também expressaram significados semelhantes em resposta a perguntas abertas.

Adicionalmente, percebemos que o grupo demonstra preocupação com a rápida deterioração da saúde e a proximidade da morte ao imaginar pacientes em contexto de Cuidados Paliativos. Neste sentido, Garvey (2023) destaca que profissionais da saúde, cuja formação é voltada para a cura e tratamento, podem sentir-se inadequados diante do declínio físico e da iminente morte de seus pacientes. A autora sugere que cuidar de um paciente pode ser simbolicamente relacionado à ideia de curá-lo, e quando confrontados com a impossibilidade de cura, esses profissionais podem sentir que falharam com o paciente. Além disso, a experiência repetida de perdas vivenciadas pelos cuidadores ao lidar com pacientes em Cuidados Paliativos pode exigir que estabeleçam uma certa distância psicológica para proteger-se do luto contínuo e da tristeza (Garvey, 2023).

A construção simbólica mencionada no Segmento 2 parece divergir da definição da OMS (2017), que define Cuidados Paliativos como uma abordagem destinada a melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares enfrentando desafios associados a doenças que ameaçam a vida. Segundo essa perspectiva, os Cuidados Paliativos são oferecidos ao longo de todo o curso da doença, não apenas no final da vida, e são destinados a pacientes de todas as idades, incluindo aqueles com doenças crônicas ou progressivas, não sendo limitados apenas a pessoas em processo de morte.

É importante destacar que o grupo participante deste Círculo de Cultura trabalha em uma instituição com serviço de Cuidados Paliativos que atende predominantemente pacientes oncológicos em estágio avançado, frequentemente com prognóstico reservado de semanas ou dias de vida, embora os Cuidados Paliativos sejam indicados desde o diagnóstico.

Um estudo conduzido por De Oliveira, Vidal, Oliveira, Nóbrega Moraes, Almeida e Silva (2019) examinou o encaminhamento de pacientes com câncer para Cuidados Paliativos na mesma instituição onde as técnicas de enfermagem dos Círculos de Cultura atuam. A pesquisa revelou que o encaminhamento para Cuidados Paliativos frequentemente ocorre tarde, quando os pacientes enfrentam sintomas fora de controle e as opções de tratamento curativo estão esgotadas. Médicos e enfermeiros do serviço de oncologia destacaram influências como questões culturais, formação centrada no tratamento curativo, medo e pressão familiar. A análise também mostrou que poucos pacientes eram encaminhados para acompanhamento ambulatorial com especialistas em Cuidados Paliativos, apesar da alta demanda entre pacientes elegíveis para esse serviço.

Portanto, interpretamos que a cultura institucional onde o grupo trabalha tende a encaminhar para Cuidados Paliativos apenas pacientes com expectativa limitada de vida e com

benefícios limitados da abordagem de cuidados. Esta experiência profissional influencia e nutre a imaginação do grupo em relação aos Cuidados Paliativos.

As experiências vivenciadas pelo grupo dentro da instituição hospitalar refletem que muitos pacientes encaminhados para Cuidados Paliativos têm poucos dias de vida, enfrentam intenso sofrimento familiar, e as equipes de enfermagem enfrentam desafios significativos ao lidar com as angústias de pacientes e familiares.

Adicionalmente, nos segmentos apresentados, é possível observar outros elementos que nutrem o processo imaginativo do grupo sobre Cuidados Paliativos, como os relatos de experiências pessoais de familiares de alguns participantes, destacando a expectativa de poucos dias de vida após a comunicação médica sobre a palição. Isso é exemplificado nos relatos de P2, que serão abordados no Segmento 3.

Quadro 6 - Segmento 3: Elementos que nutrem a imaginação de Cuidados Paliativos direcionados exclusivamente para pessoas que estão morrendo

P2. Porque minha avó também foi para os Cuidados Paliativos e eu tirei minha avó de lá. Porque eu fiz: “oxe, eu vou levar vovó daqui”. Porque todo mundo morria. Aí vovó ficava mais angustiada. Aí eu levei vovó para a clínica médica.
Animadora: E ela ficou mais debilitada ou teve algum cuidado diferente lá?
P2. Rapaz, é porque sei lá, é muito rápido. Na minha cabeça quando diz: “cuidado paliativo” eu já penso que vai ser dias.
Animadora: A tua avó faleceu também?
P2. A minha avó faleceu. O médico disse que minha avó estava em Cuidados Paliativos. Eu nem sabia o que significava. Aí ele chegou e explicou. Ainda era lá na casinha. Eu não trabalhava aqui não. Aí vó ficou internada e todo dia morria gente, toda hora. Aí eu fiz: “oxe”. Aí eu perguntei se podia levar ela pra casa. Aí ele fez: “olhe, você vai levar, mas é até bom para dar qualidade de vida, ele explicou. Aí vovó foi para casa e com três dias vovó morreu.

Fonte: a autora (2024).

Interpretamos as falas apresentadas no Segmento 3, onde P2 utiliza uma história pessoal vivenciada para imaginar Cuidados Paliativos como sendo indicados para pessoas muito próximas da morte, dentro de poucos dias. Esse processo de imaginação incorpora elementos diversos de experiências anteriores, interações sociais e culturais, conforme defendido por Zittoun e Cerchia (2013). Segundo os autores, esses elementos nutrem a imaginação ao reunir diferentes situações e artefatos culturais que se manifestam em formas.

Para explicar por que algumas participantes associam os Cuidados Paliativos a sentimentos negativos e os percebem exclusivamente ligados aos cuidados pré-morte, elas compartilham experiências de pacientes que estavam sob seus cuidados e faleceram pouco tempo depois de receberem a notícia médica de que estariam recebendo Cuidados Paliativos.

Ao convidarmos as participantes a imaginar Cuidados Paliativos, permitimos uma ruptura no aqui e agora do grupo, onde elas se desacoplam da experiência presente e transitam por experiências distantes e próximas, para então retornar ao momento atual expandindo sua compreensão sobre Cuidados Paliativos.

No Segmento 3, ao ser questionada sobre suas percepções de Cuidados Paliativos, P2 demonstra esse desacoplamento ao recorrer a uma experiência distante do passado envolvendo a morte de sua avó. Ela associa esse tipo de cuidado ao processo de morrer, evocando sentimentos de angústia ao lembrar-se da situação de sua avó: "Porque todo mundo morria. Aí vovó ficava mais angustiada." Ao retornar ao presente, P2 expande sua experiência ao refletir sobre Cuidados Paliativos como um cuidado ligado a finitude e à morte. Esse processo de ruptura, desacoplamento, trânsito por experiências distantes ou próximas e reconexão com o presente, amplia-se para todo o grupo.

Na narrativa de P2, percebemos que os Cuidados Paliativos parecem estar dissociados da promoção da saúde ou da melhoria da qualidade de vida, como evidenciado por sua declaração: "Aí eu levei vovó para a clínica médica", excluindo assim os cuidados paliativos como uma alternativa de acompanhamento. Este relato sociocultural nutre sua percepção no Círculo de Cultura, onde suas emoções e experiências pessoais em relação ao adoecimento de uma pessoa querida moldam sua visão dos Cuidados Paliativos como ligados exclusivamente à finitude e à morte. Esse processo de ruptura do "aqui e agora" no círculo de cultura permite uma expansão de suas experiências, baseada em um contexto social distante que participa do processo de imaginação naquele momento.

Durante o primeiro encontro do círculo, especialmente nos primeiros contatos e diálogos sobre o tema, houve expressões de sentimentos relacionados aos Cuidados Paliativos. Para ilustrar esse aspecto, apresentamos o Segmento 4, onde selecionamos trechos nos quais o grupo verbaliza sentimentos de tristeza, apreensão, sentimentos de incapacidade e frustração.

Quadro 7 - Segmento 4: Imaginação sobre Cuidados Paliativos expressão de sentimentos de tristeza, apreensão, incapacidade e frustração

P7. Assim, eu acho que a sensação de impotência do profissional também, sabe? Em saber que a gente lutou tanto por aquele paciente e que no final das contas fecha o diagnóstico paliativo. Aí deixa a gente meio frustrado.

P5. Se sentindo incapaz, né?

P7. Isso! De dizer: caramba a gente fez tanto por ele, lutou tanto, e no final das contas chegou a esse ciclo tão doloroso, né?

P3. Acho que reflexiva. Porque a gente sempre fica achando que a qualquer momento também pode acontecer com a gente.

P5. "E agora? Então a qualquer momento ele vai morrer..." então a gente fica apreensiva.

Fonte: a autora (2024).

As falas do grupo apresentadas no Segmento 4 indicam um sentimento de impotência e frustração ao lidar com pacientes cuja indicação é para Cuidados Paliativos, como expressado por P5: "Se sentindo incapaz, né?" e P7: "De dizer: caramba a gente fez tanto por ele, lutou tanto, e no final das contas chegou a esse ciclo tão doloroso, né?" Essas declarações sugerem que, ao confrontarem a necessidade de Cuidados Paliativos, os profissionais imaginam que seus esforços podem não resultar na cura esperada, gerando desânimo e frustração.

Além disso, a apreensão manifestada na fala de P3: "Acho que reflexiva. Porque a gente sempre fica achando que a qualquer momento também pode acontecer com a gente" e P5: "E agora? Então a qualquer momento ele vai morrer..." indica uma complexidade emocional envolvida no cuidado de pacientes com condições de saúde delicadas.

Essas interpretações destacam a importância de oferecer capacitação e suporte psicológico aos profissionais de saúde que lidam com essas situações desafiadoras, especialmente considerando o significado emocional atribuído aos Cuidados Paliativos pelos profissionais. Projetos educacionais podem desempenhar um papel crucial ao explorar simbolicamente o que os educandos já significam e sentem em relação a temas como os Cuidados Paliativos.

Identificamos uma lacuna na formação dos profissionais de saúde, incluindo a Educação Permanente, em lidar com pacientes que necessitam de cuidados paliativos, mas não têm perspectivas de cura. Isso é evidente no caso do grupo estudado, onde a maioria das participantes não recebeu formação específica sobre o assunto, conforme revelado pelo questionário eletrônico inicial da pesquisa.

Esse cenário também é corroborado por pesquisas anteriores. Por exemplo, um estudo realizado por Trotte (2023) com estudantes de enfermagem destacou a percepção limitada sobre o processo de morte e morrer durante a graduação, ressaltando a necessidade de uma abordagem mais robusta desses temas na formação profissional. Esses achados reforçam a importância de integrar discussões sobre cuidados paliativos desde o início da formação em enfermagem.

Além disso, outro estudo conduzido por Marques (2021) revelou que finalistas de enfermagem no Brasil e em Portugal sentiram-se insatisfeitos com o conteúdo limitado sobre Cuidados Paliativos oferecido pelas escolas e expressaram frustração com a falta de preparo para lidar com essa prática no seu dia a dia.

Esses estudos sublinham a dimensão emocional e os desafios enfrentados pelos profissionais de enfermagem que prestam cuidados paliativos, destacando a necessidade

urgente de suporte psicológico e melhor capacitação profissional para enfrentar essas demandas emocionais e clínicas.

Outro estudo realizado por Marques (2021), com o objetivo de identificar as percepções e conhecimentos de finalistas do curso de enfermagem no Brasil e em Portugal sobre Cuidados Paliativos e relacioná-los às suas experiências na prática clínica, revelou narrativas com sentimentos de insatisfação com o conteúdo em Cuidados Paliativos disponibilizado pelas escolas, percebido como insuficiente. Além disso, observou-se frustração em relação às experiências vividas na prática clínica, devido à falta de preparo para atuar nesse contexto (Marques, 2021).

Quando interpretamos os aspectos culturais como um ambiente que fomenta, ou seja, que nutre o processo de imaginação, é importante considerar não apenas a cultura em um nível mais localizado (microcultural - família, amigos, hospital onde trabalham), mas também em uma escala mais ampla (macrocultural). Portanto, além dos elementos relacionados à cultura local em torno dos Cuidados Paliativos (no hospital), o grupo está inserido em um contexto que transcende a instituição hospitalar onde atuam, localizada em uma capital do Nordeste brasileiro. Durante o período de co-construção deste estudo, a instituição na qual o grupo atua era o único hospital no estado de Pernambuco a oferecer um serviço para pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos.

Além disso, existem outros aspectos que alimentam o processo de imaginação sobre Cuidados Paliativos, conforme o grupo tem apresentado, como o cuidado direcionado exclusivamente às pessoas em sua fase final de vida. Um desses aspectos pode estar associado à falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre o assunto, como já mencionado. Essa falta de conhecimento pode resultar na indicação tardia dos Cuidados Paliativos para pacientes que poderiam se beneficiar dessa abordagem se tivessem recebido essa recomendação desde o diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (2017). Nesse contexto, a indicação tardia significa que os médicos indicam os Cuidados Paliativos em um estágio avançado da doença ou próximo do final da vida do paciente, quando poderia ter sido feita mais cedo.

Um dado que amplia a compreensão das dificuldades em indicar Cuidados Paliativos precocemente é a escassez de serviços especializados no Brasil. Segundo pesquisa da Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) realizada em 2019, existiam pouco mais de 190 serviços espalhados pelo país. Em termos de leitos, o Brasil possuía apenas 789 leitos de Cuidados Paliativos distribuídos da seguinte forma: Norte (23 leitos), Nordeste (120 leitos), Centro-Oeste (86 leitos), Sudeste (458 leitos) e Sul (102 leitos) (Dos Santos; Ferreira; Guirro,

2020). Esses números demonstram a insuficiência de cobertura em Cuidados Paliativos no país, conforme reconhecido pela própria ANCP.

Essa situação impacta não apenas na falta de compreensão sobre Cuidados Paliativos precoces, mas também fortalece a prática de indicação tardia, a ausência de cuidados adequados para as pessoas que necessitam dessa abordagem e a falta de investimento em capacitação. Isso contribui para a manutenção do desconhecimento e preconceito, não apenas entre a população em geral, mas principalmente entre os profissionais de saúde.

Portanto, é compreensível que as participantes deste estudo, técnicas de enfermagem que atuam com pacientes oncológicos no Nordeste do Brasil, imaginem Cuidados Paliativos como um cuidado direcionado exclusivamente para pacientes com poucos dias de vida.

7.3 Análise microgenética: identificando transformações nos padrões desenvolvimentais da imaginação

Agora, a presente análise adquire um novo contorno. Com base no que até aqui apresentamos em relação à Etapa 2, avançamos nesta tese para a proposição do que percebemos constituir padrões desenvolvimentais no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos. Ou seja, ao longo do tempo e na rede social estabelecida no Círculo de Cultura, sugerimos que o imaginar se organiza no que chamamos de padrões desenvolvimentais (conceituamos esta expressão na fundamentação teórica e nesta análise, no item 2 do subtópico 5.2).

Tais padrões dizem respeito a regularidades e mudanças processuais na expansão da experiência do grupo que imagina. Nesta etapa da análise, realizaremos a proposta constitutiva da presente tese, anunciada previamente: os processos imaginativos, concebidos à luz da perspectiva histórico-cultural, de um grupo dedicado a imaginar Cuidados Paliativos em Círculos de Cultura, evoluem no que chamamos de padrões desenvolvimentais, intitulados Marco Zero, Nível 1, Nível 2 e Nível 3.

Como veremos mais detalhadamente a seguir, na explicitação de cada padrão, destacamos ainda que estes: 1) serão apresentados sequencialmente, iniciando pelo Marco Zero e terminando no Nível 3; e 2) embora consideremos uma possível sequência desenvolvimental, observamos que elementos do Marco Zero aparecem nos níveis seguintes, o mesmo ocorrendo com os elementos do Nível 1, e assim sucessivamente. Isso porque esses níveis de mudança coexistem, não seguindo um processo linear de transformação, e cada padrão carrega elementos

dos antecedentes. Esses níveis e padrões serão apresentados e detalhados em cada seção subsequente.

Como mencionado detalhadamente no item 5.5 (Construção da análise microgenética), o processo para realização da análise microgenética nesta tese ocorreu da seguinte maneira: 1) a pesquisadora-animadora transcreveu literalmente as conversas dos três Círculos de Cultura; 2) revisou as transcrições e assistiu aos vídeos de cada encontro de forma não direcionada, buscando destacar aspectos relevantes sobre como o grupo imagina Cuidados Paliativos em cada círculo; 3) após revisar os registros, a pesquisadora analisou detalhadamente, segundo a segundo, para interpretar os processos imaginativos das participantes sobre os Cuidados Paliativos, incluindo os elementos culturais presentes; 4) realizou diversas leituras dos registros para identificar mudanças e estabilidades ao longo dos encontros, destacando elementos (trechos de fala e imagens de vídeo) que indicassem a qualidade do desenvolvimento e, como propomos, os padrões do imaginar das participantes sobre os Cuidados Paliativos; 5) recortou os trechos de fala e vídeo que comporiam os segmentos a serem analisados e, por fim, 6) selecionou trechos de fala e de vídeo que caracterizam cada padrão desenvolvimental proposto.

Neste caminho de realização da análise microgenética, interpretamos trechos de fala e vídeo, buscando encontrar regularidades e idiosincrasias no processo de imaginar. Assim, identificamos os padrões desenvolvimentais antes mencionados. Para guiar a percepção sobre os referidos trechos que correspondem aos padrões, utilizamos uma codificação por cores, as quais estão marcadas nos segmentos indicados a partir de agora. O Quadro 8 indica a representação utilizada neste procedimento analítico microgenético.

Quadro 8 - Cores de identificação do Marco Zero e dos Níveis de mudança no processo imaginativo do grupo

Marco Zero	Cinza
Nível 1	Azul
Nível 2	Rosa
Nível 3	Verde

Fonte: a autora (2024).

Isto posto, na próxima seção iniciaremos a apresentação dos padrões desenvolvimentais aqui propostos. Antes de procedermos à explicitação do Marco Zero como o primeiro padrão desenvolvimental no processo de imaginação dos Cuidados Paliativos do grupo, é pertinente recapitular alguns aspectos fundamentais. Esta análise é fundamentada em referenciais microgenéticos, os quais demandam a definição de um ponto de partida para a análise dos

registros, a partir do qual as mudanças nos padrões de desenvolvimento da imaginação do grupo em relação aos Cuidados Paliativos são microanalisadas.

7.4 O Marco Zero do processo desenvolvimental da imaginação no grupo sobre Cuidados Paliativos

A nossa primeira interação com as participantes ocorreu no Círculo de Cultura 1, na situação em que a pesquisadora-animadora, após apresentar as participantes, motivou-as a falar sobre Cuidados Paliativos através das perguntas: “Quando vocês pensam em Cuidados Paliativos, o que vem à cabeça de vocês? O que significa Cuidados Paliativos para vocês?”

As respostas do grupo para essas duas perguntas ocorreram sem que a pesquisadora-animadora tivesse realizado qualquer ação instrucional (definição ou explicação científica) sobre o que são Cuidados Paliativos. Interpretamos então que as primeiras respostas do grupo seriam tomadas como o ponto de partida para a nossa análise microgenética, ou seja, o ponto inicial que se refere às primeiras interações co-construídas no Círculo de Cultura 1 centradas no tema dos Cuidados Paliativos.

Assim, o Marco Zero, proposto nesta tese, identifica um padrão em que o grupo imagina Cuidados Paliativos com características regulares que versam sobre: Cuidados Paliativos são indicados para pessoas que estão morrendo.

Para ilustrar o que nomeamos como Marco Zero, apresentaremos o Segmento 5, onde reapresentaremos as respostas iniciais do grupo. No entanto, ao contrário dos segmentos apresentados anteriormente - 1, 2, 3 e 4 - nos quais não fizemos nenhum destaque nos trechos de fala do grupo, no Segmento 5 destacamos os trechos de fala que nos permitem propor que o processo imaginativo neste círculo se caracteriza como Marco Zero. Destacamos em cinza o que tomamos como referência nesta análise.

Quadro 9 - Segmento 5: Marco Zero da imaginação sobre Cuidados Paliativos

- P1.** Para mim é como se fosse uma sentença de morte. Que já está no Cuidado Paliativo e vai tentar melhorar o seu estado possível que tem, até chegar o momento de falecer.
- P2.** Rapaz, é porque sei lá, é muito rápido. Na minha cabeça quando diz: “Cuidado Paliativo” eu já penso que vai ser dias.
- P5.** Eles passam muito tempo fazendo um tratamento, para de repente o médico chegar e chamar primeiro a família e dizer que o tratamento não deu mais certo. Porque a gente tem mais tempo ali com eles. “E agora? Então a qualquer momento ele vai morrer...” então a gente fica apreensiva.
- P6.** Foi o que eu coloquei nas 5 palavras... Morte, dor, sentimento, família e cuidados. Que é o que vem na cabeça.
- P7.** [...] de cara a gente pensa que aquele paciente vai morrer, que vai entrar em sofrimento.

E assim, eu acho que além do sofrimento do paciente, conviver com o sofrimento familiar também é muito difícil de lidar com essa situação toda, sabe? Aí a primeira coisa, infelizmente, quando vem na cabeça. Quando define os Cuidados Paliativos, o que vem na cabeça da gente é esse estereótipo de morte e sofrimento.

P1. Para mim é como se fosse uma sentença de morte. Que já está no cuidado paliativo e vai tentar melhorar o seu estado possível que tem até chegar o momento de falecer.

P5. Porque pra gente que é leigo, a gente tem aquela [...]: “vai morrer amanhã, a médica disse que num tem mais jeito não”.

Fonte: a autora (2024).

Neste Segmento 5, os trechos de fala que identificamos como elementos característicos do Marco Zero são destacados em cinza, sinalizando um padrão na imaginação do grupo sobre Cuidados Paliativos. No Marco Zero, percebemos uma interpretação comum entre as participantes, que associam Cuidados Paliativos exclusivamente ao fim de vida.

Assim, os trechos de fala que nos permitem interpretar o Marco Zero no processo de imaginação dos Cuidados Paliativos pelo grupo são os seguintes: "sentença de morte", "até chegar o momento de falecer", "é muito rápido", "eu já penso que vai ser dias", "Então a qualquer momento ele vai morrer", "então a gente fica apreensiva", "Morte, dor, sentimento", "de cara a gente pensa que aquele paciente vai morrer, que vai entrar em sofrimento", "além do sofrimento do paciente, conviver com o sofrimento familiar também é muito difícil de lidar", "infelizmente", "é esse estereótipo de morte e sofrimento".

No Segmento 6, apresentado a seguir, nosso objetivo é exemplificar um dos diálogos do grupo que interpretamos como elementos que alimentam a imaginação:

Quadro 10 - Segmento 6: Elementos que nutrem o processo imaginativo o Marco Zero da imaginação do grupo sobre Cuidados Paliativos

P5. Por exemplo, a gente tem um caso de um paciente lá que ele não sabe. Ele tá paliativo, mas ele não sabe. A família sabe, ele é uma pessoa muito alegre, então a família optou por não dizer a ele para ele continuar com essa energia que ele tem. Porque se ele soubesse... Ali ele... (e fez um gesto com as mãos indicando o encerramento de alguma coisa, e também balançou a cabeça em sinal negativo). Então ele está lá com a gente... continua fazendo as medicações tudinho e a gente torna...

Animadora: Vocês acham que se ele soubesse aconteceria o que?

P5. Pela família, ela disse que ele ia afundar mais rápido. Como ele não sabe... pelo estado que ele chegou, que ele veio da cardio, pelo estado que ele chegou... Ele chegou com o braço muito inchado, então ele fez o tratamento e ali reduziu. Então para ele: “eu estou bem. Não estou sentindo nada. Eu tô bem”. Então os médicos chegaram, conversaram com a família e falaram: “ó, não tem mais o que fazer”. Aí a família disse: “quero que me contem”. Então os filhos e a esposa sabem. Mas ele não. Então ele leva como ele está ótimo. E realmente é verdade. A mente da gente tanto faz ela deixar a gente no maior alto astral e depois ela derrubar. Aí a gente tá botando desse jeito. A gente fica naquela alegria,

conversando com eles e tratando da mesma forma.

Fonte: a autora (2024).

No Segmento 6, interpretamos que P5 utiliza uma experiência distante do contexto hospitalar para significar Cuidados Paliativos, alimentando seu processo de imaginação e o do grupo. Ela imagina que, ao decidir não informar ao paciente sobre sua condição paliativa, a família conseguiu preservar sua energia e qualidade de vida. P5 compartilha que, se o paciente soubesse de sua condição, sua saúde poderia deteriorar-se mais rapidamente devido ao impacto emocional da notícia.

No Marco Zero, as reflexões, debates e intervenções realizadas pela pesquisadora-animadora configuram-se como elementos que possibilitaram rupturas no processo de imaginação do grupo sobre Cuidados Paliativos. Em relação às rupturas, Vygotsky (1997) considera que estas podem surgir de diversas maneiras, como através da ficção, poemas, atividades pessoais e até mesmo brincadeiras.

Segundo Zittoun e Cerchia (2013), a ruptura aciona o ato de imaginar e pode ser experienciada de forma passiva, buscada ou provocada. Ela é entendida como uma oportunidade para que algum processo ocorra, permitindo temporariamente a desconexão ou desacoplamento entre o aqui-e-agora da experiência presente e possibilitando à pessoa explorar alternativas em relação ao futuro e passado.

Dividimos o Marco Zero no processo de imaginação dos Cuidados Paliativos em quatro aspectos fundamentais que nos permitem identificar nosso ponto de partida para a análise microgenética: (1) o gatilho para a ruptura; (2) o imaginário do grupo; (3) os elementos que definem o padrão no Marco Zero; e (4) os fatores que nutrem o processo de imaginação do grupo neste padrão.

1. O gatilho para a ruptura: Nesta situação identificada como Marco Zero, o grupo foi inicialmente provocado por duas perguntas: "Quando vocês pensam em Cuidados Paliativos, qual a primeira coisa que vem à cabeça de vocês? O que significa Cuidados Paliativos para vocês?" Estas perguntas configuram-se como rupturas no processo de imaginação, pois a partir delas as participantes lançam-se para o futuro, mediadas culturalmente, para fornecer respostas. As questões colocadas pela pesquisadora-animadora do Círculo de Cultura possibilitam o desencadeamento do processo imaginativo sobre o tema.

2. O imaginário do grupo: No Marco Zero, identificamos que o grupo imagina Cuidados Paliativos como uma abordagem direcionada a pessoas que estão diante de uma morte iminente (dias), o que incita sentimentos como angústia, apreensão, tristeza, frustração e sentimento de impotência tanto para o paciente quanto para seus familiares e cuidadores.

3. Os elementos que definem o Marco Zero: Utilizamos como critério de identificação desse padrão alguns trechos de fala, como frases com substantivos de conotação negativa: "sentença de morte", "estado possível", "até chegar o momento de falecer", "sofrimento", "estereótipo de morte", "sofrimento familiar"; verbos relacionados à finitude como "morrer" e "falecer"; e frases afirmativas sem ambiguidade, como "Para mim é como se fosse uma sentença de morte. Que já está no Cuidado Paliativo e vai tentar melhorar o seu estado possível que tem, até chegar o momento de falecer." "De cara a gente pensa que aquele paciente vai morrer, que vai entrar em sofrimento." "Para mim é como se fosse uma sentença de morte. Que já está no cuidado paliativo e vai tentar melhorar o seu estado possível que tem até chegar o momento de falecer."

4. Os fatores que nutrem o processo de imaginação do grupo: Para responder às questões orientadoras lançadas pela pesquisadora-animadora, as participantes recorrem, de forma co-construída, a histórias familiares, experiências pessoais e convenções culturais existentes em seu contexto micro e macrocultural, como a história do paciente que não sabe de sua condição de saúde, relatada por P5.

Assim, destacamos que o Marco Zero se refere ao ponto inicial da nossa análise microgenética realizada em um Círculo de Cultura sobre o tema dos Cuidados Paliativos, por apresentar as seguintes características:

a) Ter sido a primeira interação sem intervenção direta da pesquisadora-animadora, que não forneceu definições ou explicações científicas sobre Cuidados Paliativos;

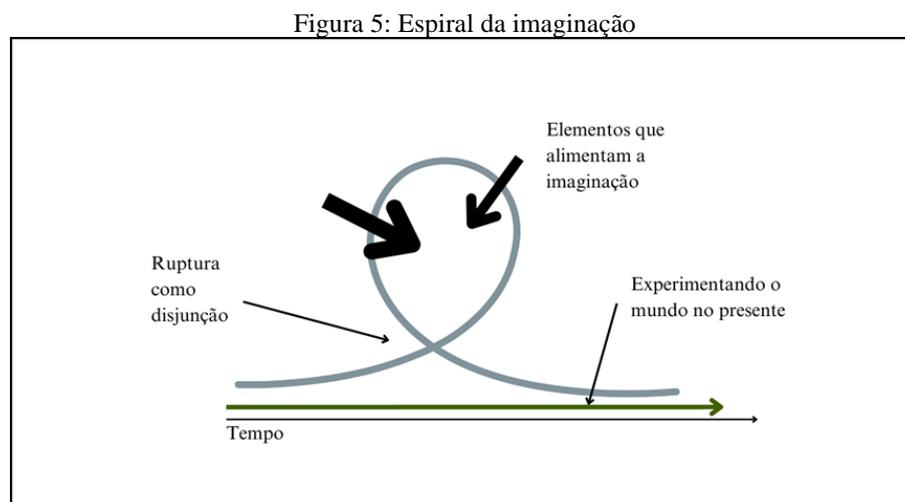
b) As respostas iniciais do grupo às perguntas da pesquisadora-animadora foram tomadas como o ponto de partida para a análise microgenética, por apresentarem um padrão inicial em que o grupo associou Cuidados Paliativos com uma ideia regular: "Cuidados Paliativos é indicado para pessoas que estão morrendo";

c) As respostas iniciais do grupo refletem a coconstrução de significados dentro do contexto do Círculo de Cultura.

Lembramos que, como mencionado no item 7.1 desta tese, nos propomos a finalizar cada seção da análise microgenética com uma representação simbólica da espiral da imaginação (loop imaginativo), em acordo com o pensamento de Zittoun e colaboradores (Zittoun e Cerchia, 2013; Zittoun; Gillespie, 2016, 2018; Zittoun, 2017, 2018, 2020).

Com a representação simbólica da espiral da experiência na Figura 5, objetivamos ilustrar o processo de desenvolvimento da imaginação do grupo sobre Cuidados Paliativos relacionados ao Marco Zero. Em seguida, retomamos brevemente a explanação dos referidos

autores sobre a espiral, fazendo a integração teórica aos registros que selecionamos nesta análise. Vejamos então a Figura 5:



Fonte: a autora (2024).

Na Figura 5, a espiral da imaginação é representada pela linha cinza, que se amplia no momento em que ocorre uma ruptura temporária do aqui-e-agora, uma disjunção na escala do tempo, e elementos que alimentam a imaginação passam a participar da espiral. Esse processo expansivo da imaginação é dinâmico e interativo, apresentando-se como fundamental na geração e evolução das vivências do campo semiótico do sujeito ao longo do tempo.

A seta horizontal fina representa o fluxo constante do tempo (o tempo seguindo no cotidiano das técnicas de enfermagem), enquanto a seta horizontal mais grossa em preto representa a experiência do momento presente "aqui-e-agora" (o tempo presente no Círculo de Cultura). A linha cinza que forma a espiral simboliza a experiência subjetiva da pessoa. A imaginação ocorre inicialmente no "aqui-e-agora", desencadeada por uma ruptura (um gatilho que faz imaginar, como as perguntas sobre Cuidados Paliativos feitas pela pesquisadora-animadora), afastando-se temporariamente do aqui-e-agora para depois retornar ao mesmo.

O que alimenta a espiral da imaginação está relacionado aos diversos "elementos da experiência" vivida por cada técnica de enfermagem, suas experiências anteriores, interações sociais e diversas experiências culturais, inclusive no ambiente hospitalar onde trabalham. Por fim, a pessoa reconecta-se com o presente, ocorrendo a expansão da experiência e o fechamento do ciclo, encerrando a espiral da imaginação (Zittoun e Cerchia, 2013).

Após discorrer sobre os elementos e características constituintes da imaginação no Marco Zero, destacando a imaginação inicial do grupo sobre os Cuidados Paliativos antes de qualquer instrução formal, prosseguiremos com a análise microgenética, explorando ainda mais

o Círculo de Cultura 1 e os elementos que identificamos como padrões de mudanças em relação ao Marco Zero.

7.5 Nível 1: As sementes de mudanças na imaginação

Conforme mencionado na seção 7.1, a estrutura de apresentação da Etapa 2 foi cuidadosamente organizada para refletir a sequência de atividades adotadas na co-construção nos Círculos de Cultura. Nesse sentido, os Círculos de Cultura foram apresentados de forma sequenciada, levando em consideração os resultados e a análise microgenética.

Além disso, cada Círculo de Cultura é detalhado com as características observadas no processo de imaginação, destacando segmentos de diálogos que permitem identificar os padrões desenvolvimentais na imaginação do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos.

Prosseguiremos agora com a apresentação da continuidade das atividades do Círculo de Cultura 1, onde começamos a identificar elementos de mudança na imaginação do grupo em relação aos Cuidados Paliativos, os quais serão detalhadamente explicados e apresentados adiante.

Após a problematização, na qual as participantes e a pesquisadora-animadora discutiram suas percepções sobre Cuidados Paliativos, emergiram diálogos sobre rotina e experiências passadas, incluindo histórias pessoais e relatos de situações profissionais. Esses diálogos permitiram identificar padrões desenvolvimentais apresentados no Marco Zero.

Dando continuidade ao Círculo de Cultura 1, para aprofundar a reflexão sobre a investigação temática realizada antes do primeiro encontro e ampliar a problematização, a pesquisadora-animadora apresentou a nuvem de palavras (ver Figura 6), criada com o software Wordart, conforme explicado anteriormente na Etapa 1 desta tese. Entendemos que as palavras destacadas na nuvem promovem novas rupturas no grupo, permitindo que se desconectem do presente e busquem experiências distais e proximais para expandir novamente a compreensão sobre Cuidados Paliativos.

Figura 6 - Representação visual das palavras mencionadas pelos respondentes nas duas questões abertas, em termos de frequência de ocorrência, considerando critérios de inclusão e exclusão (n = 193).



Fonte: a autora (2024).

Após apresentar a nuvem de palavras em um slide projetado pelo aparelho de data show, a pesquisadora-animadora iniciou uma problematização sobre os termos destacados na nuvem e seus possíveis significados na rotina de cuidados a pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos, oferecidos pelo grupo.

Durante essa discussão, potencializada pela apresentação da nuvem, identificamos mudanças no padrão desenvolvimental no imaginário do grupo sobre Cuidados Paliativos, que serão detalhadamente apresentadas no Segmento 7.

Antes de adentrar ao Segmento 7, é importante lembrar que, conforme explicado na seção 7.3 desta Tese, interpretamos trechos de fala em busca de regularidades e idiossincrasias no processo de imaginação. Para facilitar a percepção desses padrões, utilizamos uma codificação por cores. Enquanto no Marco Zero utilizamos a cor cinza, nos próximos segmentos utilizaremos a cor azul para identificar o novo padrão identificado adiante. É relevante ressaltar que, embora haja uma sequência desenvolvimental defendida, elementos do Marco Zero continuarão a ser observados nos segmentos subsequentes, uma vez que o processo de imaginação não ocorre de maneira linear.

O critério adotado para a apresentação do Segmento 7 foi a presença de elementos que configuram mudanças no padrão imaginativo identificado no Marco Zero.

Quadro 11 - Segmento 7: Mudanças no processo de imaginar Cuidados Paliativos em relação ao Marco Zero

Animadora: Os pacientes de vocês recebem alta?

P2. O da gente quando diz “paliativo” vai para os paliativos.

P4. É porque assim, tem alguns da gente que justamente a gente tá recebendo da emergência, aí a gente joga pra oncologia, ou para clínica ou para o paliativo. Quando é para o paliativo a gente já sabe. Quando é oncologia a gente já tem os cuidados diferenciados. Clínica médica... é sempre esse tipo de paciente que a gente está recebendo agora.

P6. Mas muitos pacientes do paliativo tem alta

Animadora: Se vocês fossem fazer um parâmetro de quantas pessoas morreram que vocês estavam cuidando... A maioria estava em cuidado paliativo ou foi morte "sem avisar"?

P2. Cuidado paliativo...

P7. Eu não consigo definir. Porque a gente teve muita gente da onco que era "investimento", que a gente se refere assim, e morreu também. Que não estava em cuidado paliativo. Inclusive, foi até surpresa para todo mundo na época.

P4. Recentemente a gente teve um paciente da Hepato que recebeu alta. Era do interior e estava esperando o carro. Fizemos a transferência para a Cirúrgica, ele prontamente ficou lá aguardando o carro. Quando chegou lá, era umas 6 horas mais ou menos e eu fui buscar o medicamento na farmácia e disse: "eita, ele chegou!" E ele todo feliz. No outro plantão quando eu cheguei, um acompanhante que tinha comunicação com ele, disse que ele caiu no meio do caminho, deram um medicamento a ele, dipirona, ele dormiu e não acordou mais.

Animadora: E nem estava em Cuidado Paliativo?

P4. Não.

Fonte: a autora (2024).

Ao interpretar o Segmento 7, notamos que o grupo apresenta elementos culturais que foram destacados no padrão desenvolvimental do imaginário do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos no Marco Zero (destacados em cinza), atribuindo o maior número de mortes ao serviço de Cuidados Paliativos. No entanto, passam a discutir sobre a possibilidade de morte independentemente de a pessoa estar sob abordagem de Cuidados Paliativos.

Entretanto, percebemos que o grupo começa a expressar dúvidas sobre o que exatamente constitui Cuidados Paliativos e como eles são implementados na prática, utilizando conectivos de oposição, como "mas", nas palavras de P6: "Mas muitos pacientes do paliativo têm alta", e expressões de incerteza em relação ao que foi imaginado: "Eu não consigo definir", "Porque a gente teve muita gente da onco que era 'investimento', que a gente se refere assim, e morreu também. Que não estava em cuidado paliativo", como mencionado por P4: "No outro plantão quando eu cheguei, um acompanhante que tinha comunicação com ele, disse que ele caiu no meio do caminho, deram um medicamento a ele, dipirona, ele dormiu e não acordou mais".

No Segmento 7, o grupo menciona que pacientes em Cuidados Paliativos geralmente não recebem alta, mas também reconhecem que alguns pacientes nessa situação são transferidos para outras áreas ou recebem alta. Além disso, há uma discussão sobre a mortalidade entre pacientes em Cuidados Paliativos e aqueles em outras áreas de tratamento, evidenciando que nem todos os pacientes que faleceram estavam oficialmente sob Cuidados Paliativos.

Ressaltamos que no Marco Zero o grupo não apresentava dúvidas em relação ao que imaginava sobre Cuidados Paliativos. No entanto, identificamos agora elementos que indicam uma mudança nesse padrão. Quando o grupo começa a questionar suas convicções sobre a palição, identificamos um novo padrão desenvolvimental no imaginário do grupo sobre Cuidados Paliativos, pois enquanto antes as afirmações eram assertivas e não havia dúvidas, agora surgem elementos de incerteza.

Ao analisarmos as micro-mudanças nos padrões de imaginação do grupo, observamos uma desestabilização em relação ao padrão inicial apresentado no Marco Zero, indicando uma transição para um novo padrão desenvolvimental no imaginário do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos, conforme proposto por Fogel, Garvey, Hsu e West-Stroming (2006).

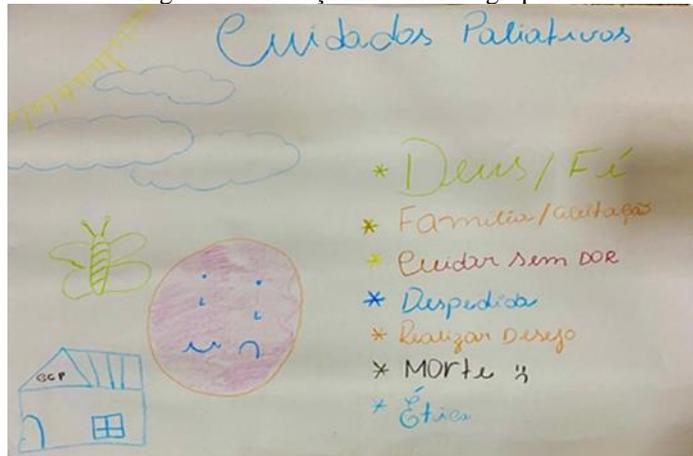
Essas mudanças no padrão, inicialmente sutis, são denominadas nesta tese como "Nível 1: As sementes de mudanças na imaginação". O termo "semente" é escolhido por sua conotação de início e potencialidade de algo novo, termo também utilizado por Fogel, Garvey, Hsu e West-Stroming (2006) para descrever micro-mudanças observadas no nível 1 que potencializam a transição para novos desenvolvimentos, similares aos identificados neste estudo sobre o processo de imaginação. Esta base teórica nos permite compreender melhor as mudanças observadas e sua importância no desenvolvimento do grupo em relação ao tema dos Cuidados Paliativos.

Assim, em consonância com o estudo mencionado, interpretamos nesta pesquisa que as variações emergentes no processo de imaginação do grupo sobre Cuidados Paliativos podem ser vistas como mudanças comuns no padrão, uma vez que apresentam padrões que, por enquanto, não têm um impacto significativo na imaginação geral do grupo em relação ao Marco Zero.

Sobre o "Nível 1: As sementes de mudanças na imaginação", destacamos mais trechos de fala nos próximos segmentos à medida que continuarmos a apresentar os Círculos de Cultura. Para finalizar o Círculo de Cultura 1, a pesquisadora-animadora, visando realizar uma síntese e avaliação do encontro, dividiu o grupo em dois menores: o grupo A, composto por 3 participantes, e o grupo B, composto por 4 participantes. Em seguida, cada grupo foi convidado a produzir algo em cartolina que simboliza o que imaginam sobre Cuidados Paliativos a partir dos debates ocorridos naquele encontro. Foram disponibilizados recursos como cartolinas, lápis de cor, giz de cera e lápis hidrocor.

Nas produções materiais elaboradas pelos dois grupos, também foram identificadas características que se configuram como elementos para mudanças no processo de imaginação sobre Cuidados Paliativos do grupo, conforme observado nas Figuras 7 e 8.

Figura 7 - Produção material do grupo A



Fonte: a autora (2024)

Figura 8 - Produção material do grupo B



Fonte: a autora (2024).

Na produção co-construída pelo grupo A (Figura 7), podemos observar os elementos: Deus/fé, família/aceitação, cuidar sem dor, despedida, realizar desejo, morte e ética. Além disso, aparecem os desenhos de uma borboleta, uma casa, o Sol com algumas nuvens e o desenho que simboliza um rosto feliz e triste.

Quanto à produção material, o grupo A explica no Segmento 8, onde destacamos com cinza os trechos de fala referentes aos padrões relacionados ao Marco Zero, e com azul os trechos de fala que nos permitem identificar os padrões definidos como Nível 1: As sementes de mudanças na imaginação.

O critério utilizado para a apresentação do Segmento 8 foi a presença de elementos que configuram o padrão imaginativo apresentado no Marco Zero e elementos do padrão imaginativo relacionados ao Nível 1.

Quadro 12 - Segmento 8: Produção material do grupo A

P7. Vamos começar pelo céu. Quando a gente pensou em fazer o céu, o objetivo da gente era demonstrar que existe um lado bom nos Cuidados Paliativos que é a fé, Deus, e eu acho que a gente tem que se apegar a essas coisas. A colega aqui falou do símbolo do paliativo, que é uma borboletinha, que eu nem sabia. A gente desenhou essa casinha para remeter a uma lembrança familiar nesses momentos finais do paciente, o acolhimento. E essa carinha a gente colocou feliz. Está meio esquisito, mas é feliz e triste porque é um diagnóstico que tem esses dois lados: tem a parte boa em que o paciente vai ser acolhido, vai ter um tratamento diferenciado e voltado a todas as necessidades dele, mas em contrapartida vem esse sofrimento familiar e do paciente, a aceitação dessa situação toda. E a gente tentou definir os Cuidados Paliativos com essas palavras, algumas positivas e outras nem tanto: Deus, fé, família e aceitação, cuidar sem dor. Como a colega falou né, a importância da empatia porque às vezes acontece de nem todo mundo ter esse olhar voltado ao paciente paliativo pelo fato de ele já estar em momentos finais. Despedida, realizar o desejo do paciente, porque é importante. O paciente já está naquele momento, então tudo o que a gente puder fazer para ele de positivo é sempre bom. Morte, porque não tem como a gente falar de paliativo... Infelizmente essa palavra ainda é muito forte. e Ética de todos que vão cuidar desse paciente.

Animadora: Antes da gente passar para esse grupo: vocês conseguem me dizer porque vocês pensam assim? Alguma ideia?

P7. Se eu tivesse algum familiar que recebesse esse diagnóstico de paliativo o meu pensamento seria essa carinha. Eu ficaria... não feliz, mas talvez satisfeita por saber que o meu parente, ente querido, vai ter um cuidado diferenciado voltado para as necessidades dele. Porque a gente sabe que quando os Cuidados Paliativos são aplicados de forma correta, acontece mesmo isso de ter essa dedicação para o paciente. Mas eu ficaria muito triste porque eu sabia que eu ia me despedir dele. Eu não sabia se ia ser agora, daqui a dois anos, três. Sendo que eu sabia que não ia evoluir para a melhora, sabe? Aquele conforto de evolução eu não ia sentir. Eu ia com o passar do tempo criar o sentimento de aceitação.

Fonte: a autora (2024).

No Segmento 8, identificamos os elementos dos padrões do Marco Zero, destacados em Cinza (demonstrando que a imaginação se configura de forma não linear), como em: "momentos finais do paciente", "sofrimento familiar e do paciente", "já estar em momentos finais", "despedida", "o paciente já está naquele momento", "morte, porque não tem como a gente falar de paliativo... Infelizmente essa palavra ainda é muito forte", "Mas eu ficaria muito triste ia me despedir dele", "não ia evoluir para a melhora", "Aquele conforto de evolução eu não ia sentir".

Identificamos também os elementos dos padrões do que chamamos nesta tese de Nível 1: As sementes de mudanças na imaginação, destacados em azul, são pequenas mudanças no processo imaginativo, como observado em P7: "existe um lado bom nos Cuidados Paliativos que é a fé, Deus, e eu acho que a gente tem que se apegar a essas coisas", "o acolhimento",

"feliz", "mas é feliz e triste", "tem a parte boa em que o paciente vai ser acolhido, vai ter um tratamento diferenciado e voltado a todas as necessidades dele", "a gente tentou definir os Cuidados Paliativos com essas palavras, algumas positivas", "Deus, fé, família e aceitação", "cuidar sem dor", "a importância da empatia", "realizar o desejo do paciente", "mas talvez satisfeita por saber que o meu parente, ente querido, vai ter um cuidado diferenciado voltado para as necessidades dele", "a gente sabe que quando os Cuidados Paliativos são aplicados de forma correta, acontece mesmo isso de ter essa dedicação para o paciente".

No Segmento 8, identificamos frases com conectivos de oposição, como podemos verificar no trecho de P7: "mas é feliz e triste porque é um diagnóstico que tem esses dois lados: tem a parte boa em que o paciente vai ser acolhido, vai ter um tratamento diferenciado e voltado a todas as necessidades dele, mas em contrapartida vem esse sofrimento familiar e do paciente, a aceitação dessa situação toda". Além disso, outra característica dessa frase é expressar uma ideia contraditória e paradoxal, combinando dois opostos - "feliz" e "triste" - em uma mesma afirmação, conforme interpretamos no trecho "E a gente tentou definir os Cuidados Paliativos com essas palavras, algumas positivas e outras nem tanto".

No trecho final do Segmento 8, P7 diz: "não feliz, mas talvez satisfeita por saber que o meu parente, ente querido, vai ter um cuidado diferenciado voltado para as necessidades dele. Porque a gente sabe que quando os Cuidados Paliativos são aplicados de forma correta, acontece mesmo isso de ter essa dedicação para o paciente. Mas eu ficaria muito triste porque eu sabia que eu ia me despedir dele. Eu não sabia se ia ser agora, daqui a dois anos, três. Sendo que eu sabia que não ia evoluir para a melhora, sabe? Aquele conforto de evolução eu não ia sentir. Eu ia com o passar do tempo criar o sentimento de aceitação".

Interpretamos que o grupo apresenta, pela resposta de P7, uma mistura de significações e emoções em um processo de imaginar ambíguo. Isso inclui a satisfação por saber que seu parente receberá cuidados especializados, mas ao mesmo tempo antecipa a tristeza da despedida iminente e a ausência de esperança na recuperação. Essa ambivalência reflete a complexidade das emoções envolvidas em lidar com situações de cuidados paliativos, que podem incluir tanto alívio quanto pesar.

As mudanças identificadas no Nível 1: As sementes de mudanças na imaginação denotam uma contradição sutil em relação ao padrão apresentado no Marco Zero. Inicialmente, o grupo significou Cuidados Paliativos direcionados a pacientes em fim de vida, e, no Nível 1, o grupo passa a apresentar elementos que sinalizam para um padrão de Cuidados Paliativos que oferece acolhimento, conforto e tratamento diferenciado, como P7 menciona nos trechos: "tem a parte boa em que o paciente vai ser acolhido, vai ter um tratamento diferenciado e voltado a

todas as necessidades dele", "mas talvez satisfeita por saber que o meu parente, ente querido, vai ter um cuidado diferenciado voltado para as necessidades dele. Porque a gente sabe que quando os Cuidados Paliativos são aplicados de forma correta, acontece mesmo isso de ter essa dedicação para o paciente", demonstrando uma busca de integração de ideias aparentemente opostas.

Segundo Fogel e Garvey (2007), as mudanças de padrão observadas no Nível 1 são sutis e não afetam significativamente o padrão inicial. No entanto, afirmam esses autores, essas mudanças atuam como uma espécie de "semente" de transformação, pois possibilitam ajustes na comunicação. Assim, entendemos que essas mudanças podem possibilitar também ajustes nas percepções do grupo em relação às inconsistências da imaginação no padrão anterior. Aqui, destacamos uma compreensão que foi permitida através da análise microgenética feita nesta tese, a saber: rupturas secundárias.

Para Zittoun e Cerchia (2013), nos quais baseamos nossos estudos sobre a imaginação, a ruptura é entendida como uma disjunção temporária entre uma dada experiência do mundo e o fluxo de pensamento, onde o sujeito se desacopla do aqui-agora, transita entre esferas distais passadas ou futuras e posteriormente volta à esfera proximal, podendo ter sua experiência atual expandida (Zittoun; Gillespie, 2016).

Nesta tese, em acordo com a análise microgenética aqui realizada, identificamos que a ruptura, na qual aquele que imagina se desacopla do "aqui-e-agora", segue um fluxo imaginativo constituído por micro-rupturas que sustentam e se relacionam à ruptura inicial. Mantendo a ideia de disjunção como originalmente proposta por Zittoun e Cerchia (2013), sugerimos que, enquanto imagina, a pessoa pode se desacoplar no tempo-espaco mais de uma vez ao constituir o processo imaginativo original.

Vamos a um exemplo fictício: Imagine agora que você fará uma viagem de férias em julho para Petrolândia, em Pernambuco, para conhecer a igreja submersa. Você se desacopla primeiramente e se coloca neste local. Em seguida, segue imaginando que: (1) deve procurar um guia turístico para ajudá-lo a chegar à igreja; (2) em julho, pode chover, então deve levar roupa adequada para proteção; (3) sua alimentação talvez deva ser proteica para nadar no rio com resistência; (4) deve fazer a visita acompanhado de um grupo de amigos para se sentir mais acolhido afetivamente e seguro. Cada um destes pontos representa o que reconhecemos como uma micro-ruptura, um desacoplamento que subsidia a ruptura inicial de viajar para Petrolândia em julho de 2024.

Considerando agora um exemplo empírico derivado da presente investigação, no trecho de fala retirado do Segmento 8, onde, após a pergunta da pesquisadora-animadora "Antes de

passarmos para esse grupo: vocês conseguem me dizer por que vocês pensam assim? [o grupo expressou uma mistura de sentimentos ao falar sobre os Cuidados Paliativos]. Alguma ideia?", P7 responde: "Se eu tivesse algum familiar que recebesse esse diagnóstico de paliativo, o meu pensamento seria esse rosto. Eu ficaria... não feliz, mas talvez satisfeita por saber que o meu parente, ente querido, vai ter um cuidado diferenciado voltado para as necessidades dele. Porque sabemos que quando os Cuidados Paliativos são aplicados de forma correta, isso realmente acontece, essa dedicação ao paciente. Mas eu ficaria muito triste porque eu sabia que eu ia me despedir dele. Eu não sabia se ia ser agora, daqui a dois anos, três. Sendo que eu sabia que não ia evoluir para a melhora, sabe? Aquele conforto de evolução eu não ia sentir. Eu ia com o passar do tempo criar o sentimento de aceitação."

Nesse trecho, entendemos que P7, ao ser questionada pela pesquisadora-animadora, desacopla do aqui e agora e transita para uma experiência distal, imaginando um familiar recebendo diagnóstico de Cuidados Paliativos; interpretamos que ocorrem micro-rupturas durante o seu processo de imaginação, como quando ela diz "Mas eu ficaria muito triste porque eu sabia que eu ia me despedir dele. Eu não sabia se seria agora, daqui a dois anos, três. Eu sabia que não ia melhorar, entende?". Nesta frase, destacamos que, ao falar de seus sentimentos e incertezas sobre o momento do falecimento, ela vivencia uma dualidade cognitiva e emocional mais específica, mais precisa em relação ao que foi provocado pela pergunta da pesquisadora-animadora. Essa especificidade surge como uma ruptura secundária na qual, ao se imaginar naquela situação, ela detalha o que poderia viver, o que poderia sentir. Ou seja, antes de retornar ao aqui e agora, o imaginar de P7 é caracterizado por várias rupturas ao longo de seu processo de imaginação, para então retornar ao momento presente expressando o conteúdo imaginado.

Tendo dito isso, interpretamos que a imaginação é iniciada por uma ruptura inicial, na qual ocorre uma temporária desconexão do presente. À medida que o sujeito se desvincula do momento atual, surgem rupturas secundárias ao longo do fluxo de pensamento, permitindo-lhe transitar entre esferas distais do passado ou do futuro. Posteriormente, ele retorna à esfera proximal, podendo expandir sua experiência atual.

Seguimos agora para a apresentação da produção construída pelo grupo B (Figura 8). O critério utilizado para a apresentação do Segmento 9 foi: presença de elementos que configuram o padrão imaginativo apresentado no Marco Zero e elementos do padrão imaginativo relacionados ao Nível 1.

Ao serem solicitados a falar sobre a produção material, os membros do grupo B apresentaram as respostas que estão dispostas no Segmento 9:

Quadro 13 - Segmento 9: Produção material do grupo B

P2. E a gente tava até aqui questionando que ela não viu Deus e eu disse a ela que tinha porque eu procurei. Porque quando fala em cuidado paliativo eu acho que além de pensar em morte, eu penso: “só Deus”. Porque Deus pode fazer o que os médicos não podem fazer né, então eu penso: “só Deus”. Eu acho que a gente botou aqui algumas palavras, que é quase a mesma coisa do delas: empatia, apoio, morte, luz Deus, tristeza, conforto, paz, aceitação, que é o mais difícil. Porque eu acho que uma pessoa quando está em cuidado paliativo não vai aceitar, é uma coisa que a pessoa não vai aceitar.

Meu pai, no ano passado, ele teve um câncer de próstata. Ele ficou muito triste, ficou meio depressivo. Eu disse: “painho você está triste porque?” Porque como eu trabalho no setor eu sei que a pessoa que tem câncer de próstata vai lá, faz a cirurgia e a maioria fica bem. Poucos vão para palição, o que leva a morte são poucos. A maioria dos nossos pacientes fica bem. Aí eu perguntei: “painho, você está triste porque?”. Ele disse: “porque o câncer para mim é uma sentença de morte”. Eu disse: “não painho, não diga isso não”. E tipo, hoje ele fez a cirurgia e hoje eu vejo que ele está melhor. Então, aceitação eu acho que não existe, entendeu? Por mais difícil que seja, por mais que a gente queira dar apoio... Eu mesma não tinha o que dizer para a minha prima quando ela estava em cuidado paliativo, eu não tinha o que falar pra ela não. Eu só olhava para a cara dela e chorava. E aceitar é algo que ninguém vai aceitar, né. Eu acho. Então que a gente possa ter empatia, que a gente possa ter, a gente como profissional, possa ter ética. Trabalhar também com o coração. Porque as pessoas que estão ali não tem culpa dos problemas que a gente tem em casa, dos problemas que a gente tem dentro do trabalho. Então, que a gente possa passar um conforto para esses pacientes.

Fonte: a autora (2024).

No Segmento 9, identificamos também os elementos de padrões do Marco Zero, destacados em cinza: "Porque quando se fala em cuidado paliativo, eu acho que além de pensar em morte, eu penso: 'só Deus'", "morte", "tristeza", "Porque eu acho que uma pessoa quando está em cuidado paliativo não vai aceitar, é uma coisa que a pessoa não vai aceitar."

Identificamos novos elementos de padrões do que chamamos nesta tese de Nível 1: As sementes de mudanças na imaginação, com mudanças sutis no padrão desenvolvimental da imaginação, tais como: "Eu acho", "empatia", "apoio", "luz", "Deus", "conforto", "paz", "aceitação", "Porque eu acho que a gente possa passar um conforto para esses pacientes." Indicando alterações no padrão apresentados no Marco Zero.

Portanto, interpretamos que, no Segmento 9, os elementos de padrões relacionados ao Marco Zero marcados em cinza revelam uma imaginação inicial associada à espiritualidade e à inevitabilidade da morte, refletindo uma visão mais tradicional e talvez fatalista dos Cuidados Paliativos. Por outro lado, os elementos de padrões identificados como pertencentes ao Nível 1 indicam uma mudança na concepção do grupo, com a inclusão de termos como "empatia", "apoio", "conforto" e "aceitação". Isso sugere uma mudança sutil na imaginação do grupo sobre Cuidados Paliativos, passando de uma perspectiva mais focada nos cuidados pré-morte para considerar também o bem-estar emocional e espiritual dos pacientes.

Por fim, após a apresentação da produção material por parte dos dois grupos, a pesquisadora-animadora realizou verbalmente uma síntese do que foi discutido ao longo do Círculo de Cultura 1, agradecendo, fornecendo orientações sobre data e horário do Círculo de Cultura 2, e encerrando o encontro.

Para favorecer a compreensão deste estudo, lembramos que, conforme mencionado no item 7.1, optamos por apresentar os Círculos de Cultura de forma sequenciada, integrando-os ao encadeamento das análises e dos resultados. Nesse sentido, os círculos não são apresentados como seções distintas, mas sim como parte contínua da análise microgenética e dos resultados.

Isto posto, vamos à apresentação do Círculo de Cultura 2, onde ao longo de sua exposição, discutiremos nossas interpretações relacionadas aos padrões desenvolvimentais no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos.

O segundo Círculo de Cultura ocorreu em 17 de março de 2023, iniciando às 16:00 horas e com duração de uma hora e vinte minutos. Uma das técnicas de enfermagem não pôde participar (identificada nos dados como P1), justificando sua ausência por ter sido realocada para o setor de emergência do hospital, um serviço de alta demanda que a impediu de estar presente no Círculo. Portanto, o segundo encontro do Círculo de Cultura contou com a participação de seis técnicas de enfermagem.

A temática escolhida pela pesquisadora-animadora para o Círculo 2 foi: "O que são Cuidados Paliativos na minha prática?". Ao iniciar o debate, foi realizada novamente uma tematização, na qual a pesquisadora-animadora motivou o grupo a relembrar o tema do encontro anterior.

Nas respostas das participantes, foram identificadas características do padrão desenvolvimental da imaginação apresentadas no Nível 1, com a presença de elementos do padrão desenvolvimental da imaginação no Marco Zero, permitindo-nos compreender que o processo de mudança desenvolvimental da imaginação se apresenta como um movimento pendular, oscilando entre diferentes níveis, conforme podemos verificar nos trechos de fala das participantes apresentados no Segmento 10.

O critério utilizado para a apresentação do Segmento 10 foi: presença de elementos que configuram o padrão imaginativo apresentado no Marco Zero e elementos do padrão imaginativo relacionados ao Nível 1.

Quadro 14 - Segmento 10: Padrões desenvolvimentais no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos no início do Círculo de Cultura 2

Animadora: E na maioria das opiniões, o que significava Cuidados Paliativos?

P4. A gente falou de morte, né?

P3. Poxa, não fala assim não.

P5. Eu nunca passei na minha família não, porque a gente está sujeito a tudo, mas eu acho que os Cuidados Paliativos também, na visão da gente não é para pensar em morte, né? É um cuidado melhorado, um pouco, para dar um conforto a respeito da morte dele para não ser tão... aquela coisa: fica na enfermaria, vai ficar ali, acho que sem sofrimento né?

Fonte: a autora (2024).

No Segmento 10, há uma distinção entre os elementos de padrões do Marco Zero, representados pela fala de P4, e os elementos de padrões do Nível 1, expressos nas falas de P3 e P5. A fala de P4, "A gente falou de morte, né?", reflete os elementos do padrão desenvolvimental de imaginar Cuidados Paliativos relacionado ao Marco Zero, onde a morte é central. Por outro lado, as falas de P3 e P5 representam elementos que caracterizam o padrão desenvolvimental do Nível 1.

O trecho de fala de P3 expressa uma reação negativa à menção da morte, sugerindo uma relutância em relacionar a morte de forma direta aos Cuidados Paliativos. Enquanto isso, P5 destaca uma visão dos Cuidados Paliativos que enfatiza a melhoria do cuidado e o conforto oferecido aos pacientes.

A fim de potencializar a problematização durante o debate do Círculo de Cultura, a pesquisadora-animadora apresentou ao grupo o caso clínico fictício:

"ANA MARIA, 36 anos, mãe solteira de Joana (12 anos) e Pedro (7 anos), que reside na Região Metropolitana de Recife. Diagnóstico de câncer de pulmão no estágio 4 desde 2016. Apresenta metástase no peritônio, fígado, ossos e sistema nervoso central. Fez cirurgia onde retirou metade do pulmão em 2016, realizou três linhas de tratamento quimioterápico sem resposta, no último PET mostrou aumento das lesões ósseas e do SNC. Deu entrada no hospital após fratura patológica do fêmur direito por metástase óssea. Apresenta dor descontrolada, dispneia com dependência de O2 e intenso sofrimento emocional. Segundo a equipe médica, dificilmente terá alta desse internamento."

Após a apresentação e leitura do caso clínico, a pesquisadora-animadora fez o seguinte questionamento ao grupo: "É muito incomum casos assim? Pelo menos na oncologia e Cuidados Paliativos a gente recebe casos assim, né? Eu quero saber de vocês, na prática, qual seria a melhor condução? O que seria mais adequado para ela?"

Esse caso fictício possibilitou diversas rupturas no processo de imaginar do grupo, viabilizando um longo debate com características emocionais, tomadas de decisão envolvendo os supostos filhos e decisões relacionadas ao melhor cuidado a ser oferecido. A problematização feita pelo grupo seguiu uma perspectiva reflexiva condizente com alguns dos princípios norteadores dos Cuidados Paliativos, tais como: alívio da dor e de outros sintomas estressantes,

abordagem holística considerando suporte emocional, espiritual e social; não adiar, nem adiantar a morte; oferecer suporte à família e abordagem interdisciplinar. Podemos visualizar a problematização desses aspectos nos trechos de fala do grupo apresentados no Segmento 11.

O critério utilizado para a apresentação do Segmento 11 foi: presença de elementos que configuram o padrão imaginativo apresentado no Marco Zero e elementos do padrão imaginativo relacionados ao Nível 1.

Quadro 15 - Segmento 11: Padrões desenvolvimentais no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos sobre o caso clínico fictício “Ana Maria”

P2. Vai entrar a psicóloga para tratar o emocional dela.

P4. Principalmente porque são duas crianças, uma de 12 e uma de 7 anos e ela é solteira. Então o que é que ela pensa: como é que vão ficar meus filhos? Porque nesse caso eu acho que ela já está sabendo da palição dela. Então ela está sofrendo mais não é nem tanto pela dor, mas a dor emocional dela está muito grande através dos filhos. Porque a gente quando se torna mãe, sofre mais pelos filhos. Então se aparecesse um assim, misericórdia, foi bem pesado isso aí.

P4. Até porque ela fez um PET. O PET está mostrando que houve um aumento das lesões. Ainda tem isso. No PET vê logo o que é que tem. Quem vê o resultado do PET... fica bem visível mesmo. Então mesmo que ela procure um outro recurso, um outro hospital, o que for, ela vai sair com esse PET e o PET vai mostrar do mesmo jeito. Aí nesse momento pra ela é ficar do jeito que tá e só procurar amenizar um pouco mais as dores dela. E procurar mesmo a psiquiatria pra ela, porque psicólogo aí não ia servir mais não. É a psiquiatra...

Animadora: Existe alguma possibilidade de tratamento pra ela?

P3. Só para a dor, né?

P4. É, só vai ser uma morfina...

P2. Tratamento emocional, né? Uma abordagem emocional para diminuir...

Animadora: Semana passada uma das perguntas do questionário era: caso acontecesse com vocês... se vocês recebessem a informação de que estão em cuidado paliativo, o que vocês fariam? Muita gente disse que buscaria uma segunda opinião. Muitas vezes uma pessoa que recebe a indicação de cuidado paliativo está nesse quadro. Vocês acham que valia a pena uma segunda opinião nesse caso?

P2. Eu acho que só ia gerar mais outro sofrimento emocional e desgaste.

P2. Ia criar uma expectativa que, baseado nesse quadro aí, acho que ela não ia ter uma resposta positiva: “a gente vai conseguir indicar outra quimioterapia, outro tratamento satisfatório”. Eu acho que só seria um desgaste emocional mesmo, dela se deslocar e se decepcionar mais uma vez.

P4. Espiritual, é... Procurar um padre ou o que for...

P5. É até difícil né de dizer alguma coisa numa situação dessa.

Fonte: a autora (2024).

No Segmento 11, os elementos do padrão desenvolvimental no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos relacionados ao Marco Zero incluem os trechos de fala de P4: “Então ela está sofrendo mais não é nem tanto pela dor, mas a dor emocional” e P5: “É até difícil né de dizer alguma coisa numa situação dessa.”

Já os elementos do padrão desenvolvimental no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos relacionados ao Nível 1 incluem: P2: “Vai entrar a psicóloga para tratar o emocional dela.” P4: “eu acho”, “Então mesmo que ela procure um outro recurso, um outro hospital, o que for, ela vai sair com esse PET [refere-se a um exame de imagem, a Tomografia por Emissão de Pósitrons] e o PET vai mostrar do mesmo jeito.” P3: “né?” P2: “Tratamento emocional, né?”, “Uma abordagem emocional para diminuir...” P2: “Eu acho”, P4: “Espiritual”.

Nas falas das participantes apresentadas no Segmento 11, interpretamos que o grupo reconhece que as necessidades da paciente envolvem aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais, quando reconhecem a importância do suporte emocional para a paciente e discutem a possibilidade de envolver um psicólogo ou psiquiatra para ajudá-la a lidar com suas emoções. Além disso, reconhecem a importância do suporte médico e também mencionam a importância do suporte espiritual para a paciente, sugerindo que ela possa procurar um padre ou líder religioso para auxílio nesse aspecto.

Esses elementos dos trechos de fala apresentados no Segmento 11 indicam uma mudança no padrão desenvolvimental no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos em relação ao Marco Zero, passando de uma perspectiva mais centrada nos cuidados pré-morte para uma abordagem mais holística, ou seja, uma abordagem que considere o paciente em suas várias dimensões: biopsicossocial e espiritual, e centrada no paciente.

As co-construções nos Círculos de Cultura 1 e 2, até aqui apresentados, foram potencializadas pela relação em grupo e pelos diálogos, o que possibilitou mudanças no processo de imaginar das participantes, principalmente no que diz respeito às suas experiências e suas significações relacionadas a Cuidados Paliativos.

Assim, com vistas a integrar os registros construídos a respeito deste nível e a fundamentação teórica sobre imaginação, falaremos sobre o que nos permite identificar como Nível 1: as sementes de mudança na imaginação: (1) o gatilho para a ruptura, (2) a imaginação do grupo, (3) os elementos que definem o padrão no Nível 1, e (4) os fatores que nutrem o processo de imaginação do grupo neste padrão.

1. O gatilho para a ruptura: Nesta situação identificada como Nível 1, o grupo foi exposto ao debate dialógico nos Círculos 1 e 2, e a três intervenções que se apresentam como potencializadoras das rupturas: a nuvem de palavras, o caso fictício “Ana Maria” e a produção material. Além disso, interpretamos que além da ruptura inicial, a imaginação é desenvolvida também com rupturas secundárias.

2. O que imaginam: no Nível 1, identificamos que o grupo começa a apresentar variações na imaginação sobre Cuidados Paliativos que foram consideradas como sementes de mudanças, tais como: considerar no cuidado o alívio da dor e ansiedade, a importância do suporte emocional, espiritual e social, o entendimento de que paliar não significa adiar nem adiantar a morte, além de considerarem oferecer suporte à família.

3. O que permite identificar como Nível 1: utilizamos como critério de identificação desse padrão alguns elementos, tais como o aparecimento de advérbios de comparação (ex: também, melhor/pior), frases com conectivos de oposição, como podemos verificar no trecho de P7: “mas é feliz e triste porque é um diagnóstico que tem esses dois lados: tem a parte boa em que o paciente vai ser acolhido, vai ter um tratamento diferenciado e voltado a todas as necessidades dele, mas em contrapartida vem esse sofrimento familiar e do paciente, a aceitação dessa situação toda.”, ideias contraditórias (ex: feliz e triste), conectivos de oposição (ex: mas, porém); dúvidas (ex: eu acho), além de características emocionais (ex: tensão entre o conteúdo imaginado inicialmente e outras possibilidades).

4. Elementos que nutrem o processo de imaginar: para responder às questões norteadoras lançadas pela pesquisadora-animadora, as participantes recorrem, de forma dialógica e reflexiva, a histórias familiares, experiências pessoais e convenções culturais existentes no seu contexto, além de reflexão dialógica em grupo a partir da realização das intervenções no círculo: nuvem de palavras e questionamentos suscitados com a utilização de um caso fictício.

Assim, resumimos que o Nível 1: as sementes de mudança na imaginação apresentam-se como um padrão com as seguintes características:

- a) Dúvidas e questionamentos crescentes: O grupo começa a expressar dúvidas sobre o conceito de Cuidados Paliativos e como eles são implementados na prática, indicando uma mudança em relação ao padrão inicial de entendimento mais afirmativo e sem questionamentos;
- b) Uso de conectivos de oposição: As participantes utilizam conectivos como "mas" para introduzir contradições ou oposições em suas reflexões sobre os Cuidados Paliativos;
- c) Expressões de incerteza e hesitação: Expressões como "Eu não consigo definir";
- d) O grupo reconhece a complexidade dos Cuidados Paliativos, expressando ideias contraditórias e paradoxais, como a combinação de sentimentos "feliz" e "triste" associados ao tema.

Essas características representam as sementes de mudança na imaginação do grupo sobre Cuidados Paliativos, indicando o padrão desenvolvimental do Nível 1.

Lembramos mais uma vez que, como mencionado no item 7.1 desta tese, nos propomos a finalizar cada seção da análise microgenética com uma representação simbólica da espiral da imaginação, em acordo com o pensamento de Zittoun e colaboradores (Zittoun; Gillespie, 2016, 2018; Zittoun, 2017, 2018, 2020).

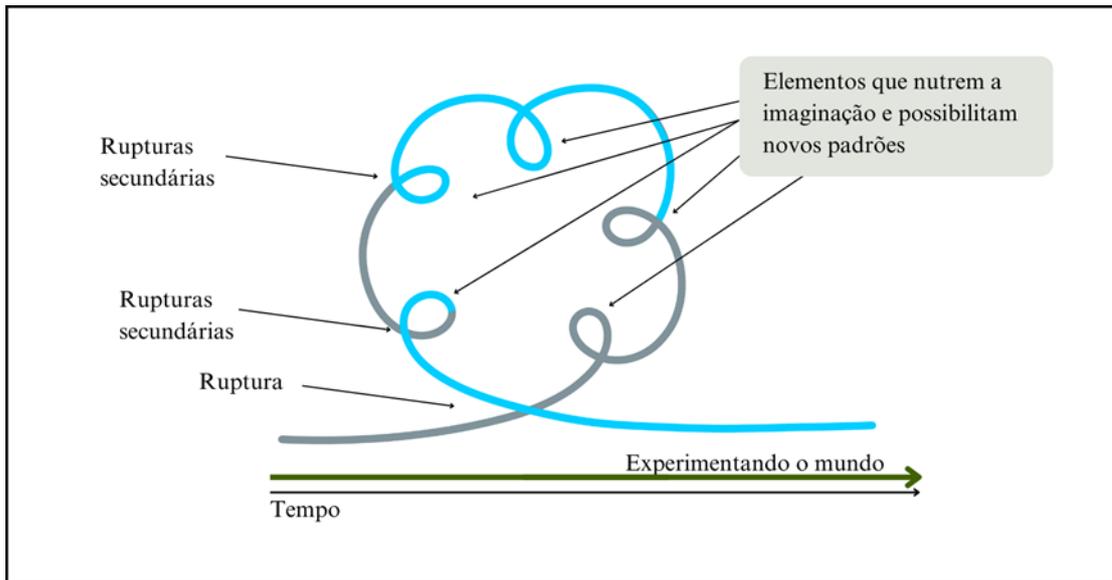
A análise microgenética realizada nesta tese revelou uma compreensão crucial em relação à imaginação: **as rupturas secundárias**. Como mencionado anteriormente, segundo Zittoun e Cerchia (2013), cujos estudos sobre imaginação fundamentam nossa tese, uma ruptura é uma desconexão temporária entre a experiência atual e o fluxo de pensamento, na qual o sujeito se desliga do presente, transita entre esferas passadas ou futuras e depois retorna, potencialmente ampliando sua experiência atual (Zittoun; Gillespie, 2016).

Além da ruptura inicial proposta pelos autores mencionados acima, identificamos nesta análise microgenética várias outras rupturas que ocorrem durante o fluxo do pensamento, enquanto a pessoa está desconectada do momento presente ao longo da imaginação.

Assim, entendemos que a imaginação é desencadeada por uma ruptura inicial, que provoca uma desconexão temporária do presente. À medida que o sujeito se afasta do momento atual, surgem rupturas secundárias ao longo do fluxo de pensamento, permitindo-lhe transitar entre esferas distais do passado ou do futuro até retornar ao momento presente, expandindo a experiência.

Isto posto, realizamos para esta tese a construção do que simbolizamos enquanto Espiral Múltipla da Imaginação, onde demonstramos o processo de imaginar ao longo do tempo irreversível, com a ruptura inicial e rupturas secundárias, os elementos que nutrem e possibilitam padrões desenvolvimentais no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos.

Figura 9 - Espiral Múltipla da Imaginação do Nível 1: As sementes de Mudança na imaginação



Fonte: a autora (2024).

Nesse modelo, elaborado pela pesquisadora-animadora, inspirada em Zittoun e Cerchia (2013), a seta horizontal fina representa o fluxo constante do tempo, enquanto a seta verde horizontal representa a experiência do momento presente "aqui-e-agora", caracterizada por sua materialidade, incorporação e desenvolvimento temporal, tal como o modelo original proposto por Zittoun e Cerchia em 2013.

No entanto, por entendermos que a imaginação está em constante desenvolvimento, a linha que forma a espiral (azul e cinza) apresenta-se como a "**Espiral Múltipla da Imaginação**", ou seja, uma espiral maior iniciado por uma ruptura inicial, seguido de rupturas secundárias com múltiplas espirais, resultando em infinitas possibilidades de espirais, potencialmente ampliando a experiência atual.

Além disso, a representação simbólica feita nesta tese aparece com diferentes níveis de mudança, inspirados pelo modelo proposto por Fogel, Garvey, Hsu e West-Stroming (2006). Por isso, cada espiral pequena pode se apresentar de uma cor diferente: os trechos de fala que caracterizam o padrão do Marco Zero em cinza, e os trechos de falas que caracterizam os padrões do Nível 1 em azul. O que nutre os espirais da imaginação está relacionado aos diversos elementos da experiência co-construída que emergem de histórias pessoais, interações sociais, experiências culturais, conhecimentos teóricos, etc.

Em resumo, o modelo da **Espiral Múltipla da Imaginação** foi desenvolvido nesta tese para descrever o processo de imaginação, desencadeado por uma ruptura inicial, na qual a pessoa se desconecta do aqui-e-agora. Durante o fluxo contínuo e dinâmico do processo imaginativo, **rupturas secundárias** emergem, nutridas por experiências de diferentes níveis.

Os sujeitos, neste caso as enfermeiras e a pesquisadora-animadora, ao retornarem ao aqui-e-agora, apresentam um campo semiótico ampliado acerca dos cuidados paliativos.

7.6 Nível 2: Inovação dentro da mudança de Nível 1

Conforme explicado na seção 7.1, a Etapa 2 foi estruturada para ser apresentada de acordo com a ordem das atividades realizadas na co-construção durante os Círculos de Cultura. Nesse contexto, os Círculos de Cultura são apresentados em uma sequência lógica, levando em conta os resultados e a análise microgenética.

Cada sessão dos Círculos de Cultura é descrita, destacando as características observadas no processo de imaginação. São identificados e discutidos os padrões de desenvolvimento na imaginação do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos por meio de segmentos de diálogos relevantes.

Isto posto, seguimos agora com a continuidade do Círculo de Cultura 2, onde será apresentada uma intervenção feita pela pesquisadora-animadora para potencializar a problematização do grupo sobre o caso fictício citado anteriormente (o caso de “Ana Maria”). Durante os debates do segundo encontro, após conversar sobre o caso clínico fictício de Ana Maria, a pesquisadora-animadora realizou uma segunda intervenção educativa para potencializar a problematização.

Assim, com o objetivo de trazer para o grupo reflexões sobre a própria vida, pressupondo que a sensibilização com projeção pessoal pudesse fortalecer o debate no grupo e possibilitar o desenvolvimento de novos padrões desenvolvimentais da imaginação do grupo sobre Cuidados Paliativos, a pesquisadora-animadora utilizou um recurso conhecido como “Cartas das Escolhas Sagradas da Vida” (Figura 10). Trata-se de um baralho desenvolvido pela Casa do Cuidar, uma organização social sem fins lucrativos com sede em São Paulo/SP, criada com o objetivo de trabalho multiprofissional compartilhado na prática e no ensino de Cuidados Paliativos (Camargo, 2019; Langaro et al., 2020). É uma ferramenta composta por cartas com frases, utilizada para conversar sobre elementos significativos da vida de uma pessoa do ponto de vista de valores e aspectos fundamentais que dão sensação de segurança a uma pessoa em vida.

Figura 10 - Cartas das Escolhas Sagradas da Vida



Fonte: a autora (2024).

O baralho é composto por 40 cartas, sendo que 35 delas apresentam frases relacionadas a escolhas que a pessoa pode fazer diante de uma situação hipotética (ou real, no caso de pacientes) de diagnóstico de uma doença grave. Uma das cartas está em branco (meu desejo) e deve ser preenchida com alguma ideia que não tenha sido contemplada nas cartas com frases, além de 4 cartas do tempo, que são utilizadas durante a aplicação do baralho. O quadro 16 apresenta a frase de cada uma das 36 cartas.

Quadro 16 - Frases das Cartas das Escolhas Sagradas da Vida

<p> Estar Lúcido(a) Morrer em casa Estar em paz com Deus Não sentir falta de ar Estar livre da dor Não morrer sozinho(a) Sentir que a minha vida está completa Ser capaz de falar sobre o que a morte significa Ter um médico(a) que me conheça como um todo Ser capaz de conversar sobre o que me assusta Cuidar de assuntos inacabados com a família e amigos Dizer Adeus às pessoas importantes na minha vida Manter meu senso de humor Não ser um fardo para a minha família Ter meus assuntos financeiros em ordem Não estar ligado a máquinas Ter alguém que me escutará Receber toque humano </p>

Ser capaz de ajudar os outros
 Não sentir ansiedade
 Confiar no meu médico
 Ser mantido(a) limpo(a)
 Manter minha dignidade
 Ter amigos próximos por perto
 Ter um defensor que conheça meus valores e prioridades
 Ter minha família preparada para a minha morte
 Ser atendido por um profissional religioso
 Ter um cuidador com o qual me sinta confortável
 Saber como meu corpo mudará
 Prevenir discussão entre os meus familiares, deixando claro o que eu quero
 Ter meu funeral como eu planejei
 Ser tratado da maneira que eu quero
 Lembrar da realização pessoal
 Ter minha família comigo
 Rezar
 Carta em branco

Fonte: a autora (2024).

As Cartas das Escolhas Sagradas da Vida possuem uma técnica própria para aplicação individual (detalhada na metodologia desta tese). No entanto, dentro da proposta de intervenção dos Círculos de Cultura, optamos por uma adaptação para utilização em duplas, visando potencializar reflexões dialógicas. Assim, o grupo foi dividido em três duplas, e cada uma recebeu da pesquisadora-animadora um jogo com 40 cartas.

Em seguida, a pesquisadora-animadora orientou: “Cada dupla tem um jogo de 40 cartas. Imaginem que o caso fictício de Ana Maria, apresentado no início do encontro, estivesse ocorrendo com vocês. Então, diante disso, cada dupla precisa refletir sobre as frases contidas nas cartas e escolher seis cartas com as frases que fariam mais sentido para vocês, caso estivessem nessa condição clínica.”

Foi dado um período de 15 minutos para que as duplas pudessem discutir e selecionar as frases mais significativas dentre as 40 cartas, considerando uma situação de doença incurável.

Após a seleção das cartas, a pesquisadora-animadora solicitou que cada dupla apresentasse as cartas escolhidas, para que o grupo pudesse co-construir significados sobre as escolhas feitas por cada dupla. Inicialmente, o grupo fez uma apresentação descritiva das cartas, verbalizando brevemente suas escolhas.

À medida que apresentavam suas escolhas, a pesquisadora-animadora facilitou o debate e a problematização, contribuindo para a codificação e decodificação do tema gerador, fazendo

questionamentos como: “Por que vocês escolheram essa carta?” e “O que essa carta significa para vocês?”. No Segmento 12, são apresentadas as respostas das duplas.

Quadro 17 - Segmento 12: Respostas elaboradas pelo grupo sobre as “Cartas das Escolhas Sagradas da Vida” durante o Círculo de Cultura 2

Dupla 1:

P3. A gente escolheu: ter minha família comigo, ter meu funeral como planejei, estar livre de dor, não sentir falta de ar, dizer adeus às pessoas importantes da minha vida e em branco.

Animadora: E essa em branco é o que?

P2. É realizar meu desejo antes de morrer. Eu não posso morrer sem ver minhas filhas formadas. Eu não posso morrer sem minhas filhas estarem criadas. Deus me livre. O que vai ser delas duas?

P2. Ela escolheu funeral porque ela quer que quando ela morra eu passe batom vermelho nela e faça uma festa de carnaval, chame o pessoal pra bater uns...

P3. É porque eu gosto muito de carnaval, sempre comento com ela mesmo e com outras pessoas que no meu enterro eu quero que toque frevo e quero que no meu caixão tenha glitter. Porque querendo ou não... Eu sempre, sempre, sempre falei. E tem que ter girassóis.

Dupla 2

P5. Foi “morrer em casa”, “não ser um fardo para minha família”, “receber toque humano”, “manter meu senso de humor”, ah, porque eu sou assim, eu quero estar assim, “estar livre de dor”, eu não gosto de dor não. “Prevenir discussão entre os meus familiares deixando claro o que eu quero” e “manter minha dignidade”.

Animadora: Porque vocês escolheram essas?

P5. Eu quero morrer em casa, não quero morrer no hospital não. Porque eu acho que a minha família também vai sofrer mais. Em termos de cuidados: “quem vai ficar com ela hoje? Quem vai?” E em casa eu sei que todos vão estar lá e não vai ter essa briga. E mesmo assim não vai estar vendo... Porque, eu vou estar ali num ambiente de Cuidados Paliativos, então cada dia vai ver ali: “ó, um morreu hoje, amanhã pode ser ela”. Então vai ser mais sofrimento para eles, então eu não queria não.

P5. Receber toque humano. Ah, eu gosto de receber carinho. Quero que me abrace. Eu saio abraçando todo mundo no meio corredor. Eu gosto, é bom! Porque pelo menos a gente não vai se sentir só, eu sempre vou estar ali com a pessoa, vai me abraçar, vai me beijar. Eu casada, aí pronto, pode ser que também tenha “toque humano” (todas riem). E estar livre da dor, né. Porque dor não é comigo não. E aqui também diz: “prevenir as discussões entre os meus familiares”. Porque um querer isso e aquilo. Não. Eu vou dar minha decisão, eu quero assim e vai ser assim, não precisa ninguém estar discutindo. Tinha também aí negócio de dinheiro, mas dinheiro não quero... Que fique com as dívidas, brigue depois por causa das dívidas. E manter minha dignidade. Pra depois não estar o comentário na rua: “fulana vai morrer”, expor. Expor a gente e expor a família: “olha, fulana está morrendo. Misericórdia, daqui pra amanhã ela morre”. Então eu não queria isso.

Dupla 3

P7. Eu coloquei: estar livre de dor. Porque é uma coisa que me assusta muito na oncologia quando eu vejo um paciente com dor eu fico “meu Deus do céu”. Se um dia eu estiver nessa condição, eu gostaria muito que essa dor fosse tratada. Nós escolhemos também: “estar em paz com Deus” porque eu tenho a minha espiritualidade e acho que nesses momentos finais nada melhor que você estar em paz com Deus, enfim, com o que você acredita. Se for Deus, universo, enfim. “Não morrer sozinho” porque quando você tem família e amigos nada melhor que você receber carinho e afeto de pessoas que gostam de você. Quer continuar?

P6. A gente escolheu: “ter minha família preparada para a morte”, a carta em branco que é

para realizar meus desejos, meus sonhos, minhas viagens. “Não estar ligada a máquinas para prolongar meu tempo de vida”, porque ia ser mais sofrimento para mim e para a minha família.

P7. E essa minha cartinha branca do desejo é porque eu amo animais, quem me conhece lá na oncologia sabe. Eu adoro gatos e cachorros. E eu acho que eu ia querer ter a oportunidade de estar com eles nesse momento final da minha vida. Ia ser muito importante para mim.

Fonte: A autora (2024).

No Segmento 12, identificamos elementos que caracterizam o padrão desenvolvimental da imaginação do grupo relacionados ao Marco Zero (destacados em cinza) e ao Nível 1: as sementes de mudanças na imaginação (destacadas em azul). Em relação às conversas das três duplas, podemos interpretar algumas compreensões sobre as preferências e preocupações do grupo em relação aos Cuidados Paliativos e à finitude:

1. Preferências pessoais e desejos finais: Cada pessoa expressa suas preferências individuais e desejos, como a maneira como desejam que seu funeral seja realizado, suas preferências de ambiente para os cuidados finais e até mesmo detalhes específicos, como a presença de glitter no caixão ou a inclusão de girassóis.

2. Preocupações familiares: Muitas mencionam o desejo de não serem um fardo para a família, de manter a harmonia entre os familiares e de garantir que suas famílias estejam preparadas para lidar com sua morte. Além disso, há a preocupação com o bem-estar dos filhos e com o impacto emocional que sua morte terá sobre eles.

3. Qualidade de vida e conforto: Há um desejo de estar livre de dor, receber toque humano, manter a dignidade e estar em paz consigo mesmo e com Deus. A qualidade de vida é uma prioridade, e muitas expressam o desejo de evitar tratamentos que prolonguem artificialmente a vida e causam mais sofrimento.

4. Realização de desejos pessoais: A ideia da "carta branca" indica o desejo de realizar sonhos, desejos e experiências antes da morte. Isso inclui desde viagens até passar tempo com animais de estimação, mostrando a importância de momentos significativos e gratificantes no final da vida.

5. Espiritualidade e conforto emocional: A presença de questões espirituais e emocionais emerge, com muitas expressando a importância de estar em paz consigo mesma, com Deus ou com suas crenças espirituais, e de receber apoio emocional de seus entes queridos e da equipe de cuidados.

A partir da problematização feita com as escolhas das cartas, e considerando as construções anteriores, pudemos interpretar, a partir dos trechos de fala dos segmentos

mostrados adiante, que o grupo começou a apresentar elementos diferentes nos padrões desenvolvimentais no imaginar sobre Cuidados Paliativos. A esse respeito, observamos o diálogo apresentado no Segmento 13.

Antes, achamos pertinente lembrar mais uma vez que na nossa análise microgenética interpretamos trechos de fala, buscando encontrar regularidades e mudanças no processo de imaginar. Assim, para facilitar a identificação dos padrões desenvolvimentais utilizamos uma codificação por cores. Portanto, além dos trechos de fala relacionados ao Marco Zero destacados em cinza e ao Nível 1 destacados em azul, apresentaremos a partir do Segmento 13, trechos de fala destacados com a cor rosa, identificando o aparecimento de um novo padrão que será explicado adiante.

O critério utilizado para a apresentação do Segmento 13 foi: presença de elementos que configuram o padrão imaginativo apresentado no Marco Zero, relacionados ao Nível 1 e novas características nos padrões desenvolvimentais no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos.

Vamos então ao Segmento 13, relacionado ao momento em que a pesquisadora-animadora pergunta ao grupo se querem falar algo mais sobre as escolhas das “Cartas das escolhas sagradas da vida”.

Quadro 18 - Segmento 13: Respostas adicionais do grupo sobre as Cartas das Escolhas Sagradas da Vida no Círculo de Cultura 2

Animadora: O que mais? Alguém quer falar alguma outra coisa?

P7. Eu também quero. Eu não gostaria de sentir ansiedade. É como eu disse... Às vezes eu fico olhando os pacientes da Onco e penso: “Caramba, que sensação difícil de saber que está morrendo, que está próximo”. Eu não sei se eu ficaria até contando os dias: “hoje, menos 1”, e ia riscar um tracinho. Eu não ia saber quanto tempo aquilo ia durar, então, não sentir ansiedade ia ser muito bom. “Dizer adeus às pessoas importantes”, como a gente já havia dito aqui: o fato de você não morrer sozinho é algo gratificante. Você saber que tem pessoas perto de você nesse momento.

P2. Acho que as pessoas morrem também mais rápido quando estão sozinhas.

P7. É, adoce mentalmente. “Ter alguém que pudesse me escutar quando eu estivesse num momento de dor”. Não só física, mas mental também. “Tratar assuntos inacabados com a família”. E, por fim, “ter uma equipe que me conheça como um todo” pra saber dos meus desejos, das minhas necessidades, porque isso ia ajudar na evolução do tratamento.

P7. Eu acho que tirou um peso dessa palavra “Cuidados Paliativos”. Essa cartinha foi demais. Eu acho que isso aqui tirou 90% do peso do que é Cuidados Paliativos.

P3. Que Cuidados Paliativos não é só morte né?! Exatamente. E que é importante mesmo a gente ter essa ideia de que a gente pode fazer durante a vida né? Porque a qualquer momento podem acontecer várias coisas. Então isso tira mais um peso de “ah meu Deus, é morte”. Porque tudo pode acontecer.

P7. É inacreditável. Acho que pela primeira vez na vida a gente falou em Cuidados Paliativos sem abordar coisa ruim. É inacreditável como a gente coloca uma venda, nós como

profissionais mesmo, e cria essa nuvem negra em cima de um paciente paliativo. E depois a gente começa a enxergar que existem sim outras possibilidades.

P7. É, a gente sempre tem essa ideia e essa venda de que é só coisa ruim, negativa. E hoje a gente teve oportunidade de abordar Cuidados Paliativos sem falar de coisa ruim. Que coisa!

P3. Para vocês verem que cuidado paliativo não é só morte.

Fonte: A autora (ano).

Nas respostas iniciais apresentadas no Segmento 13, notamos a presença de trechos de fala que caracterizam elementos do padrão referentes ao Marco Zero (destacados em cinza) e ao Nível 1 (destacados em azul), o que denota a imaginação enquanto processo não linear, marcadamente histórico-relacional e sociocultural, um processo cognitivo que não se dissocia de seu contexto de emergência, pois os aspectos culturais participam ativamente e de forma indissociável do processo.

Além disso, observamos que os níveis de mudança não se excluem, nem se sobrepõem, mas ocorrem simultaneamente como um conjunto de transformações contínuas no curso do desenvolvimento da imaginação.

Como mostrado no Segmento 13, o diálogo sobre as escolhas das cartas possibilitou a emergência de mudanças nos padrões de imaginação do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos. Nos trechos de fala destacados em rosa, observamos a expressão de dúvidas, como em P7: “Eu acho que tirou um peso dessa palavra ‘Cuidados Paliativos’. Essa cartinha foi demais. Eu acho que isso aqui tirou 90% do peso do que é Cuidados Paliativos.” e P3: “Que Cuidados Paliativos não é só morte, né?! Exatamente. E que é importante mesmo a gente ter essa ideia de que a gente pode fazer durante a vida, né?”.

Além disso, interpretamos a presença de surpresa, com comentários como de P7: “É inacreditável. Acho que pela primeira vez na vida a gente falou em Cuidados Paliativos sem abordar coisa ruim. É inacreditável como a gente coloca uma venda”, “E hoje a gente teve oportunidade de abordar Cuidados Paliativos sem falar de coisa ruim. Que coisa!”

Também há uma oscilação entre passado e presente, com questionamentos sobre a imaginação durante o período do Marco Zero, como em P3: "Para vocês verem que cuidado paliativo não é só morte."

Adicionalmente, interpretamos o trecho de fala que apresenta o reconhecimento da possibilidade de mudança do que foi imaginado, como em P7: “Ter uma equipe que me conheça como um todo pra saber dos meus desejos, das minhas necessidades, porque isso ia ajudar na evolução do tratamento.”

Tais mudanças caracterizam um quadro de mediação entre conteúdos históricos da imaginação das participantes sobre Cuidados Paliativos (Marco Zero e Nível 1), com quadros

emergentes. Ou seja, a co-construção possibilitada durante a problematização sobre os motivos que levaram as participantes a escolher determinadas cartas, possibilitou novas rupturas no processo imaginativo, e novos elementos passam a fazer parte do conteúdo imaginado.

Portanto, interpretamos que essas novas características diferem dos padrões desenvolvimentais no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos identificados no Marco Zero e no Nível 1. Enquanto no Marco Zero o padrão diz respeito à ideia de que Cuidados Paliativos se destinam a pacientes que estão morrendo, e no Nível 1 é caracterizado por dúvidas sobre o próprio conceito que o grupo tem sobre Cuidados Paliativos e como eles são implementados na prática, além da presença de ideias contraditórias e paradoxais, esse novo padrão se diferencia. Portanto, passamos a chamá-lo de Nível 2.

O padrão de imaginação interpretado como sendo de Nível 2 surge porque entendemos que o grupo está começando a apresentar uma compreensão e reflexão sobre Cuidados Paliativos que difere dos padrões anteriormente identificados. Essa mudança pode ser compreendida pelos novos padrões de expressão do grupo sobre Cuidados Paliativos durante o diálogo sobre as escolhas das cartas.

As características desse novo padrão incluem a expressão de novas dúvidas e incertezas, a manifestação de surpresa diante de novas perspectivas, considerações sobre a possibilidade de mudança em relação à imaginação inicialmente expressada, e uma reflexão mais abrangente sobre o conceito de Cuidados Paliativos, indo além da associação exclusiva com a morte. Esses elementos sugerem uma maior complexidade na compreensão e na imaginação do grupo sobre o tema, indicando o surgimento de um novo padrão desenvolvimental no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos.

Aqui, destacamos o que Fogel, Garvey, Hsu e West-Stroming (2006) afirmam sobre esse nível de mudanças em processos de transformação na comunicação mãe-bebê. Segundo esses autores, as mudanças de Nível 2 ocorrem devido às variações comuns terem sido sementes facilitadoras e por possibilitarem a abertura para novas variabilidades no sistema de comunicação. São mudanças que ocorrem com menos frequência se comparadas às do nível anterior, e por isso são compreendidas como parte de um nível intermediário, ou seja, surgem como parte das mudanças do Nível 1 (Fogel, Garvey, Hsu e West-Stroming, 2006).

Na mudança de Nível 2, interpretamos que as participantes apresentam inovação dentro do conteúdo da imaginação apresentada no Marco Zero e no Nível 1. Por meio do desenvolvimento do processo imaginativo das participantes sobre Cuidados Paliativos, ocorreu uma co-construção potencializada pelas escolhas e apresentação das cartas, onde elas foram

convidadas a se colocarem como agentes do próprio cuidado em um contexto de diagnóstico de doença incurável, com possibilidade de morte, mas também com a autonomia para tomar decisões ao longo do processo de adoecimento.

Na sua tese de doutorado, Moritz (2002) emprega a definição de morte como a cessação irreversível da vida, e o ato de morrer é concebido como o período que se estende desde o momento em que a doença se torna irreversível até o desfecho final. A inevitabilidade da morte é uma das poucas certezas na vida humana, no entanto, abordar esse tema representa um desafio, especialmente para profissionais de saúde. Enquanto profissionais treinados para curar, a questão da morte permanece um tabu e fortalece sentimentos negativos diante do cuidado a pacientes em contexto de Cuidados Paliativos, gerando sentimento de impotência e angústia pela falta de controle sobre esse inevitável aspecto da vida humana (Kovács, 2015).

Na intervenção com as escolhas das cartas, em que as participantes foram orientadas a imaginar-se enquanto pacientes em contexto de Cuidados Paliativos e foram convidadas a refletir sobre a possibilidade da experiência da própria finitude, pudemos observar as dificuldades em discutir esse tema. Diante disso, foi necessário que a pesquisadora-animadora fizesse perguntas para motivar o grupo no debate.

É importante destacar que atuar com pacientes em Cuidados Paliativos significa lidar com a possibilidade da morte, dado que a pessoa enfrenta uma doença ameaçadora da vida. Contudo, significa também proporcionar atendimento com ênfase nos cuidados e na qualidade de vida dessas pessoas, sem que o foco necessariamente esteja no desfecho da morte. Além disso, atuar na assistência a pessoas com doenças incuráveis é confrontar as próprias vulnerabilidades e finitude, o que pode levar à reflexão sobre a importância de viver significativamente, como seres finitos, assim como o grupo refletiu.

Prosseguimos agora para a conclusão do Círculo de Cultura 2. Após um extenso diálogo sobre as cartas escolhidas, com o objetivo de realizar uma intervenção pedagógica sobre o tema e encerrar o segundo Círculo de Cultura, a pesquisadora-animadora apresentou um vídeo disponível na página do YouTube. O vídeo, intitulado "O que são Cuidados Paliativos?", contou com a participação da médica paliativista Dra. Ana Claudia Arantes, que abordou os objetivos e conceitos básicos sobre Cuidados Paliativos.

Após a apresentação do vídeo, a pesquisadora-animadora abriu um espaço de 10 minutos para que o grupo pudesse tecer comentários ou expressar dúvidas. O grupo trouxe questionamentos sobre a comunicação com a família acerca dos Cuidados Paliativos, como veremos no Segmento 14.

O critério utilizado para a apresentação do Segmento 14 foi a presença de elementos que configuram o padrão imaginativo apresentado no Marco Zero, relacionados ao Nível 1 e ao Nível 2 nos padrões desenvolvimentais no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos.

Quadro 19 - Segmento 14: Perguntas do grupo sobre comunicação com paciente e família, após apresentação do vídeo com conceito de Cuidados Paliativos no final do Círculo de Cultura 2

P7. Eu não sei vocês, mas eu lá na onco às vezes tenho dificuldade de saber o que dizer para o paciente e para a família quando eles me perguntam o que é Cuidados Paliativos. Eu geralmente costumo não falar. Eu sempre peço para a enfermeira ir conversar. Eu não sei se vocês sentem essa necessidade de saber o que dizer e como dizer.

P2. É muito importante isso, porque eu estava me lembrando que o médico chegou para a gente, reuniu a família e disse: “olha, Jéssica está em cuidado paliativo”. Aí minha tia saiu da roda feliz, alegre e fez: “Tá vendo que minha filha não tem nada. O médico disse que ela é paliativo, que ela não tem nada”. Então ela não sabia o que era aquilo. Aí na hora eu olhei para a cara dela e disse: “tia, a senhora está rindo de que? O médico disse que ela vai morrer e a senhora está rindo”. Então eu fui grossa com ela, entendeu? Porque ela não sabia o que era isso. E hoje em dia, se fosse hoje, o que eu fui grossa naquela ocasião, por não ser muito experiente... se fosse hoje talvez...

P5. Eu nunca passei na minha família não, porque a gente está sujeito a tudo, mas eu acho que os cuidados paliativos também, na visão da gente não é para pensar em morte, né? É um cuidado melhorado, um pouco, para dar um conforto a respeito da morte dele para não ser tão... aquela coisa... vamos dizer que ele possa ir pra casa... tem gente que fica ali na morfina e vai embora aos poucos, mas tem gente que torna a ir para casa.

Fonte: A autora (2024).

No Segmento 14, identificamos elementos relacionados aos padrões desenvolvimentais no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos, relacionados ao Marco Zero (destacados em cinza), Nível 1 (destacados em azul) e Nível 2 (destacados em rosa).

No diálogo apresentado no Segmento 14, interpretamos que no trecho de fala de P7, há elementos do padrão imaginativo relacionados tanto ao Marco Zero quanto ao Nível 1, quando ela menciona a dificuldade em explicar o conceito de Cuidados Paliativos para pacientes e familiares na oncologia, geralmente evitando o assunto e delegando essa tarefa para enfermeiras, indicando uma necessidade de suporte e orientação sobre como abordar esse tema.

No trecho de fala de P2, também são observadas características dos padrões imaginativos relacionados ao Marco Zero e ao Nível 1, ao compartilhar uma experiência pessoal sobre como um diagnóstico de Cuidados Paliativos foi mal compreendido pela família. A falta de compreensão resultou em reações inadequadas e conflitos dentro da família, destacando a importância da educação e comunicação sobre os Cuidados Paliativos.

No trecho de fala de P5, identificamos elementos relacionados aos padrões desenvolvimentais no imaginar relacionados ao Marco Zero: “tem gente que fica ali na morfina e vai embora aos poucos”; e elementos relacionados ao Nível 2: “mas eu acho que os Cuidados Paliativos também, na visão da gente não é para pensar em morte, né? É um cuidado melhorado, um pouco, para dar um conforto a respeito da morte dele para não ser tão... aquela coisa... vamos dizer que ele possa ir pra casa...”, “mas tem gente que torna a ir para casa”.

Entendemos que no trecho de fala de P5, o novo padrão desenvolvimental no imaginar sobre Cuidados Paliativos emerge quando ela expressa que esses cuidados não se limitam apenas à morte, mas também visam melhorar a qualidade de vida e proporcionar conforto aos pacientes e suas famílias. Além disso, nesse novo padrão, a participante enfatiza a importância de não associar automaticamente os Cuidados Paliativos ao fim da vida, mas sim ao conforto e à possibilidade de os pacientes retornarem para casa.

Com vistas a integrar os registros construídos a respeito do Nível 2 e a fundamentação teórica sobre imaginação, falaremos sobre:

1. O que desencadeia as rupturas: O debate no círculo sobre o caso clínico fictício “Ana Maria”, a intervenção das Cartas das Escolhas Sagradas da Vida e o vídeo sobre os conceitos de Cuidados Paliativos surgiram como potencializadores das rupturas no processo de imaginar Cuidados Paliativos. Reforçamos os achados da nossa tese, onde a imaginação é desencadeada por uma ruptura inicial e várias rupturas secundárias ao longo do curso do pensamento.

2. O que imaginam nesse nível: No Nível 2, identificamos que o grupo apresenta variações na imaginação sobre Cuidados Paliativos de forma mais consistente. Aqui, o grupo percebe a importância dos Cuidados Paliativos e compreende que discutir o tema pode ser algo positivo. Além disso, nesse novo padrão, o grupo ressalta a importância de não associar automaticamente os Cuidados Paliativos ao fim da vida, mas sim ao conforto e à possibilidade de os pacientes retornarem para casa.

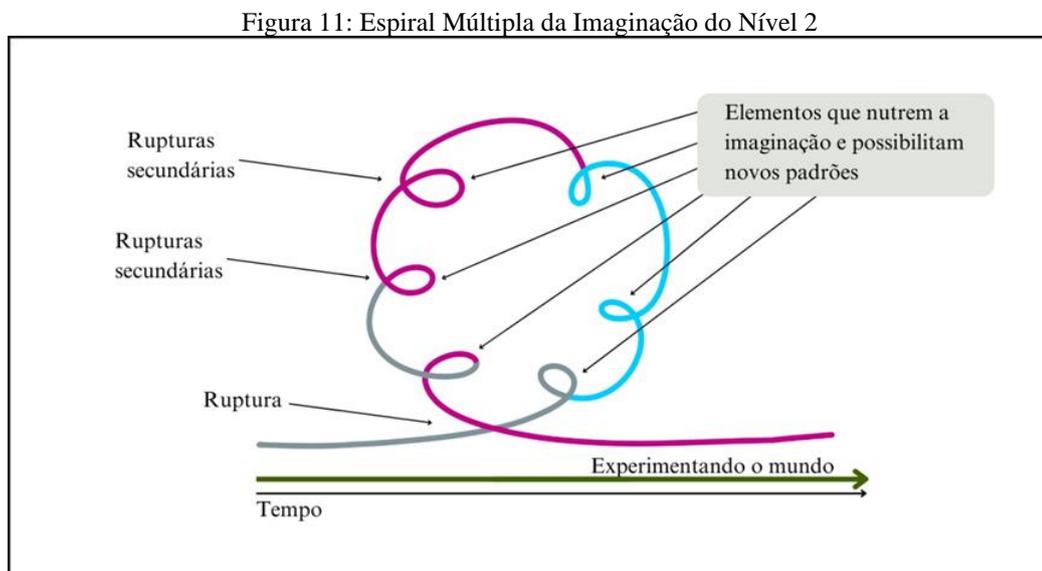
3. O que permite identificar como Nível 2: As características desse novo padrão incluem a expressão de novas dúvidas e incertezas, a manifestação de surpresa diante de novas perspectivas, considerações sobre a possibilidade de mudança em relação à imaginação inicial e uma reflexão mais abrangente sobre o conceito de Cuidados Paliativos, indo além da associação exclusiva com a morte.

4. Elementos que nutrem o processo de imaginar: As co-construções nos Círculos de Cultura, potencializadas pelas Cartas das Escolhas Sagradas da Vida, as experiências pessoais, experiências profissionais e o contexto hospitalar.

Assim, caracterizamos o Nível 2 como um padrão desenvolvimental no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos com as seguintes características: a) maior complexidade e reflexão por parte do grupo de profissionais de enfermagem sobre os Cuidados Paliativos; b) mudanças nos padrões de linguagem e expressão durante o diálogo sobre as escolhas das cartas, incluindo manifestação de dúvidas, incertezas e surpresas diante de novas perspectivas sobre Cuidados Paliativos, bem como considerações sobre a possibilidade de mudança em relação à compreensão inicial dos Cuidados Paliativos; c) uma ampliação do conceito de Cuidados Paliativos, indo além da associação exclusiva com a morte, passando a considerá-lo como uma abordagem que proporciona conforto.

Como mencionado anteriormente nesta tese, finalizamos cada seção da análise microgenética com uma representação simbólica da espiral da imaginação. Esta representação tem como objetivo ilustrar o processo de desenvolvimento da imaginação do grupo sobre Cuidados Paliativos, especialmente relacionado ao Nível 2.

Para representar a espiral da imaginação do Nível 2, elaboramos para esta tese a Figura 11, onde demonstramos o processo de imaginação ao longo do tempo, com ruptura inicial e secundárias, os elementos que nutrem e possibilitam padrões desenvolvimentais no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos no Nível 2.



Fonte: A autora (2024).

A Figura 11 representa o processo de imaginação como um fluxo contínuo e dinâmico no tempo, simbolizado por uma seta horizontal fina, enquanto a experiência do momento presente "aqui-e-agora" é representada por uma seta verde horizontal. Essa experiência é caracterizada por seu desenvolvimento temporal, conforme proposto por Zittoun e Cerchia

(2013). No entanto, diferente do modelo elaborado por esses autores, nossa proposta apresenta inovações detalhadas na seção 7.1 desta tese e será explicada novamente nesta seção.

O modelo da Espiral Múltipla da Imaginação do Nível 2 foi desenvolvido pela pesquisadora-animadora, inspirado no modelo proposto por Zittoun e Cerchia (2013). Aqui, apresentamos a linha em espiral (cinza, azul e rosa) sugerindo que o ato de imaginar está em constante desenvolvimento. A espiral maior é iniciada por uma ruptura inicial, seguida por rupturas secundárias com múltiplas espirais, resultando em infinitas possibilidades de desenvolvimento. Cada espiral menor pode ser representada por uma cor diferente: cinza para o padrão do Marco Zero, azul para o padrão do Nível 1 e rosa para o padrão de Nível 2. Essas espirais são nutridas por uma variedade de elementos da experiência, incluindo histórias pessoais, interações sociais, experiências culturais e conhecimentos teóricos.

Como mencionado anteriormente, a Espiral Múltipla da Imaginação do Nível 2 foi desenvolvida nesta tese para descrever o processo de imaginar, desencadeado por uma ruptura inicial, onde a pessoa se desconecta do aqui-e-agora, e rupturas secundárias emergem durante o fluxo contínuo e dinâmico do processo imaginativo. Isso pode apresentar diferentes padrões desenvolvimentais ao longo do processo, e ao retornar ao presente, a experiência atual pode ser potencialmente ampliada.

Seguimos agora para a apresentação do Círculo de Cultura 3, onde foram interpretados padrões desenvolvimentais no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos, relacionados ao Marco Zero, ao Nível 1, Nível 2, além de um novo padrão que será detalhado na próxima seção.

7.7 Nível 3: Ampliando os padrões desenvolvimentais no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos

O terceiro Círculo de Cultura ocorreu em 28 de março de 2023, iniciando às 16 horas e encerrando às 17h30. Compareceram para participar do encontro as mesmas técnicas de enfermagem do segundo Círculo de Cultura (P2, P3, P4, P5, P6 e P7). No entanto, a participante P1, presente no primeiro Círculo de Cultura, não pôde comparecer devido à sua transferência para outro setor, o que a impediu de se ausentar para participar do último Círculo de Cultura.

Para o Círculo de Cultura 3, a pesquisadora-animadora escolheu o tema: “O que é Cuidado Paliativo em conceito/teoria?”. Para iniciar o encontro, foi realizada uma tematização, na qual a pesquisadora-animadora convidou o grupo a relembrar os temas e debates dos dois

Círculos de Cultura anteriores. Em seguida, a pesquisadora-animadora fez uma breve apresentação teórica sobre Cuidados Paliativos, que durou cerca de 9 minutos.

Durante a apresentação teórica, a pesquisadora-animadora orientou o grupo a interromper a apresentação com comentários, contribuições ou dúvidas. Os pontos abordados na apresentação foram:

1. Com o tema "O que é Cuidados Paliativos na teoria", a animadora explicou a origem do termo "Paliativo", que vem do latim. A palavra "*pallium*" significa "manto" ou "cobertura". A ideia por trás do termo é fornecer um tipo de cuidado que envolve o alívio ou cobertura dos sintomas e do sofrimento associados a uma doença grave, sem necessariamente buscar uma cura definitiva (Pessini, 2004).

2. O conceito: "Cuidado Paliativo é a abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento" (OMS, 2017).

3. São centrados no paciente e levam em consideração suas preferências, valores e necessidades individuais. Abrangem tratamentos para aliviar a dor e outros sintomas, apoio emocional e espiritual, cuidados de enfermagem, assistência social e aconselhamento (Radbrunch et al., 2020).

4. São cuidados que podem ser fornecidos em diferentes locais, como hospitais, clínicas, lares de idosos, unidades de Cuidados Paliativos ou até mesmo em casa, dependendo da situação do paciente e das necessidades da família (Crispim et al., 2022).

5. Os princípios de Cuidados Paliativos, dispostos na terceira edição do Manual de Cuidados: 1- Promover o alívio da dor e de outros sintomas; 2- Afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural; 3- Não acelerar nem adiar a morte; 4- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; 5- Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte; 6- Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto; 7- Promover a abordagem multiprofissional para focar nas necessidades dos pacientes e de seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; 8- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso de vida; 9- Ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes (Castilho, Silva e Pinto, 2021).

Durante a apresentação teórica mencionada, não houve interrupções, comentários, contribuições ou dúvidas por parte do grupo. Em seguida, a pesquisadora-animadora abriu

espaço para reflexões sobre a apresentação, momento em que emergiram diversas situações do cotidiano hospitalar das participantes, que trouxeram histórias com conteúdo diverso.

Com o objetivo de potencializar a problematização e promover mudanças nos padrões desenvolvimentais do processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos, foi apresentado um vídeo projetado através de um aparelho de data show no auditório. O vídeo é uma reportagem da revista *Veja* de 2017, mostrando a trajetória e rotina de uma professora universitária diagnosticada com um câncer triplo no intestino, fora de possibilidade de cura, que decidiu não realizar nenhum tratamento invasivo e priorizar Cuidados Paliativos. O título do vídeo é “Ana Beatriz Cerisara: a boa morte”, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ro248LafNrQ>.

A reportagem relata que em setembro de 2016, Ana Beatriz foi hospitalizada para reverter uma colostomia. Ao acordar da cirurgia, recebeu a notícia de que deveria manter o dispositivo, mais preocupante ainda, descobriu três tumores malignos no intestino, para os quais quimioterapia e radioterapia ofereceram pouco ou nenhum benefício. Embora a cirurgia fosse uma opção de tratamento, poderia resultar na remoção quase total do intestino, levando-a a depender de alimentação artificial pelo resto da vida, sem promessa de cura. Após o choque inicial, a professora decidiu não se submeter a nenhuma cirurgia e permitir que a vida seguisse seu curso natural. O vídeo de aproximadamente 12 minutos mostra sua casa, rotina, uma breve entrevista com o filho, a convivência com a neta e as escolhas que fazem sentido para ela diante da doença ameaçadora da vida.

Após a apresentação do vídeo, o grupo se expressou de forma reflexiva e emocionada. A pesquisadora-animadora então acolheu e validou as emoções do grupo, fazendo perguntas para motivar o debate e iniciar a problematização. Algumas participantes do grupo compartilharam brevemente recordações de perdas familiares durante o debate.

A reportagem abordou o tema da finitude com naturalidade e tranquilidade, destacando-o como um resultado inevitável do percurso da doença sem possibilidade de cura enfrentada por Ana Beatriz Cerisara, utilizando recursos e medidas que priorizam conforto e qualidade de vida. No entanto, durante o debate, o grupo fez poucos comentários sobre o tema. Nesse sentido, Kovács (2005) salienta que, embora a morte seja inevitável, é parte natural do ciclo da vida, é um tema frequentemente evitado por profissionais de saúde devido aos sentimentos associados de frustração, impotência, tristeza, dor e perda.

O grupo é composto por técnicas de enfermagem que lidam rotineiramente com pacientes com câncer. Após a apresentação do vídeo mencionado, mostraram-se pouco disponíveis para participar da problematização sobre suas impressões em relação à escolha feita

pela professora Ana Beatriz Cerisara de não realizar tratamentos invasivos e optar por Cuidados Paliativos.

Seguindo com o Círculo de Cultura, a pesquisadora-animadora utilizou recursos materiais para facilitar o processo de imaginação do grupo. Assim, o grupo foi novamente dividido em dois subgrupos de três participantes: o subgrupo A composto por P4, P5 e P6, e o subgrupo B por P2, P3 e P7.

A pesquisadora-animadora fez a seguinte solicitação ao grupo: “Gostaria que vocês produzissem algo que representasse o que ficou na imaginação de vocês após esse vídeo, considerando também os outros dois Círculos de Cultura. Imaginem, de hoje em diante, quando vocês souberem que alguém está em Cuidados Paliativos, que sentimento vocês acham que vão ter? O que vocês vão imaginar?”.

Para essa atividade, a pesquisadora-animadora disponibilizou 20 minutos e como recursos materiais: duas cartolinas, duas caixas de lápis de cor, duas caixas de giz de cera e duas caixas de lápis hidrocor.

Durante a produção material nos dois subgrupos separados (mas dentro do mesmo ambiente-auditório), as participantes conversaram entre si para decidir sobre o que iriam produzir. Durante essas conversas, identificamos diferentes padrões desenvolvimentais no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos. Os trechos de fala que dizem respeito a essas conversas serão apresentadas nos dois segmentos seguintes.

Reiteramos que, visando facilitar a identificação dos padrões desenvolvimentais, utilizamos uma codificação por cores. Além dos trechos de fala relacionados ao Marco Zero, destacados em cinza, ao Nível 1 em azul, e ao Nível 2 em rosa, nos próximos segmentos apresentaremos trechos de fala que foram identificados como um novo padrão desenvolvimental no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos, destacados com a cor verde.

Para melhor compreensão, vamos apresentar o Segmento 15, onde destacamos os trechos de fala referentes ao debate ocorrido durante a produção material do subgrupo A: P4, P5 e P6. Utilizamos como critério para os trechos de fala do Segmento 15: a presença de elementos que configuram o padrão imaginativo apresentado no Marco Zero, Nível 1, Nível 2 e novas características nos padrões desenvolvimentais no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos.

Quadro 20 - Segmento 15: Debate durante a produção material sobre os Círculos de Cultura do subgrupo A: P4, P5 e P6.

P6. Que Cuidados Paliativos só não é morte.
P5. A morte sim, porque a morte é inevitável e vai chegar pra todo mundo, né?
P4. Mas hoje a gente pode entender que não é uma coisa tão pesada como todo mundo pensa. O que é que a gente pode colocar? Uma coisa que simbolizasse algo que não fosse tão pesado?
P5. Eu acho que o amor, no meio de tudo isso.
P6. E a gente vai colocar o que?
P5. Um coração pra simbolizar o amor
P5. Morte também, vamos colocar a morte, saudades, o que mais?
P6. É como ela falou, Cuidados Paliativos não é só morte, é vida e a gente tem que viver. Como essa mulher do vídeo, ela escolheu nem fazer os tratamentos e parece que ela está bem melhor do que se ela tivesse feito.
Animadora: O paciente em Cuidados Paliativos antes, tu achava que tinha tratamento?
P4. Não.
Animadora: E agora?
P4. Um cuidado, né?
P5. Então a gente coloca cuidado. Vida, tu colocaste porquê?
P4. Vida, foi relacionado assim, que ele pode ter um meio de vida, uma qualidade de vida, mesmo estando com a doença. A morte a gente sabe que um dia vai aparecer, e saudade para as pessoas que vão ficar. Entendes?
P5. Pra mim é amor, quanto mais amor a gente vai com cuidado, né?

Fonte: A autora (2024).

No Segmento 15, entendemos que P4, P5 e P6 refletem sobre a imaginação a respeito de Cuidados Paliativos, destacando a ideia de que esses cuidados não se limitam à morte, mas abrangem aspectos de vida, amor e cuidado, como vemos nos trechos de fala de P6: “Que Cuidados Paliativos só não é morte”, P4: “Mas hoje a gente pode entender que não é uma coisa tão pesada como todo mundo pensa.”, e também no trecho de fala de P6: “É como ela falou, Cuidados Paliativos não é só morte, é vida e a gente tem que viver.”

Além disso, o trecho de fala de P5 apresenta elementos que caracterizam o padrão do Marco Zero e do Nível 3, quando diz: “Morte também, vamos colocar a morte, saudades”, “A morte sim, porque a morte é inevitável e vai chegar para todo mundo, né?”, ressaltando a inevitabilidade da morte e sugerindo que o amor é um elemento central no contexto dos Cuidados Paliativos, simbolizado por um coração. A problematização continuou com a inclusão da palavra “cuidado”, que representa aspectos importantes do processo de Cuidados Paliativos.

Enquanto no Marco Zero o processo de imaginação sobre Cuidados Paliativos apresentou elementos de um padrão em que Cuidados Paliativos são direcionados exclusivamente a pacientes com morte próxima, sendo uma abordagem indesejada pelo grupo, no Segmento 15, o grupo passa a apresentar um novo padrão sobre o imaginar Cuidados Paliativos.

No Segmento 15, Cuidados Paliativos não estão apenas relacionados a cuidados pré-morte, mas à possibilidade de viver, mesmo após diagnóstico de uma doença incurável, com qualidade de vida e de forma mais significativa diante da clareza da vida finita que se tem, como podemos interpretar nos trechos de fala de P4: “Vida foi relacionado assim, que ele pode ter um meio de vida, uma qualidade de vida, mesmo estando com a doença.” e no trecho de fala de P6: “É como ela falou, Cuidados Paliativos não é só morte, é vida e a gente tem que viver. Como essa mulher do vídeo, ela escolheu nem fazer os tratamentos e parece que ela está bem melhor do que se ela tivesse feito.”

Entendemos assim que essas novas mudanças no padrão desenvolvimental do imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos caracterizam-se como uma mudança para o Nível 3, uma vez que notamos uma ampliação no desenvolvimento do padrão do imaginar do grupo sobre Cuidados Paliativos em relação ao que definimos nesta tese como Marco Zero.

Agora, apresentaremos no Segmento 16 os trechos de fala referentes ao debate ocorrido durante a produção material do subgrupo B: P2, P3 e P7. Utilizamos como critério para os trechos de fala do Segmento 16 a presença de elementos que configuram o padrão imaginativo apresentado no Marco Zero, Nível 1, Nível 2 e Nível 3 dos padrões desenvolvimentais no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos.

Quadro 21- Segmento 16: Debate durante a produção material do subgrupo B: P2, P3 e P7

P3. Eu acho que mudou muito a minha opinião.

P2. É, a minha também. Eu acho que a gente podia colocar esperança e borboleta.

P7. Borboleta é o símbolo dos Cuidados Paliativos. Mas aí a gente pode colocar a borboleta e falar de uma coisa positiva.

P7. A gente pode fazer um desenho assim: escrever morte e fazer uma linha, e colocar um rostinho, pra tirar essa ideia de que a gente só pensa em morte.

Fonte: A autora (2024).

No Segmento 16, as participantes expressam uma mudança em suas opiniões sobre os Cuidados Paliativos, destacando a possibilidade de integrar a esperança na discussão sobre o tema. P3 e P2 concordam que suas perspectivas mudaram e sugerem a inclusão de símbolos como esperança e a borboleta, este último reconhecido como um símbolo dos Cuidados Paliativos. No trecho de fala de P7: “Borboleta é o símbolo dos Cuidados Paliativos. Mas aí a gente pode colocar a borboleta e falar de uma coisa positiva.”, essa sugestão nos permite interpretar como uma tentativa de transmitir uma mensagem de positividade e transformação dentro do contexto dos Cuidados Paliativos.

No Segmento 16, entendemos que o grupo demonstra uma mudança no padrão desenvolvimental da imaginação sobre os Cuidados Paliativos em relação ao apresentado no Marco Zero. Pois, enquanto no Marco Zero o grupo apresenta um processo imaginativo centrado no cuidado direcionado às pessoas que estão morrendo, agora, no Nível 3, o grupo apresenta um padrão da imaginação em que reconhece a importância de incluir elementos como esperança e a possibilidade de viver, mesmo após diagnóstico de uma doença incurável e com qualidade de vida.

Além disso, no trecho de fala de P7: “A gente pode fazer um desenho assim: escrever morte e fazer uma linha, e colocar um rostinho, pra tirar essa ideia de que a gente só pensa em morte.”, entendemos como uma tentativa de desmistificar a ideia de que os Cuidados Paliativos estão exclusivamente ligados à morte, destacando a abordagem mais abrangente.

Iremos apresentar outros segmentos que interpretamos como mudança desenvolvimental para o Nível 3 na imaginação do grupo sobre Cuidados Paliativos adiante. Vamos agora seguir com a apresentação do fim do Círculo de Cultura 3.

Seguindo para o final do terceiro e último Círculo de Cultura, que ocorreu da seguinte forma: após os dois subgrupos finalizarem as suas produções materiais, a pesquisadora-animadora abriu um espaço para que cada subgrupo pudesse realizar a apresentação do material produzido, de modo que todas as participantes do Círculo de Cultura 3 pudessem fazer um debate e uma problematização sobre as produções.

A seguir, na Figura 12, apresentamos uma foto da produção realizada pelo subgrupo B (P2, P3 e P7), seguida do Segmento 17, onde apresentamos os recortes de trechos de fala referentes à explicação da produção realizada:

Figura 12: Produção material Nível 3 do processo de imaginar do subgrupo B



Fonte: A autora (2024).

Em relação à produção material apresentada na Figura 12, que engloba aspectos textuais (palavras) e imagéticos (desenhos) do subgrupo B (P2, P3 e P7), interpretamos que fazem parte do contexto simbólico-cultural do grupo e contribuem para o desenvolvimento da imaginação sobre Cuidados Paliativos. Nesse sentido, a pesquisadora-animadora questionou o significado dessas palavras e desenhos para o grupo. Os excertos das falas relacionadas às respostas do grupo serão apresentados no Segmento 17 a seguir.

Os critérios adotados para a seleção dos excertos no Segmento 17 foram: a presença de elementos que configuram o padrão imaginativo descrito no Marco Zero, Nível 1, Nível 2 e Nível 3 nos padrões de desenvolvimento do imaginário do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos.

Quadro 22 - Segmento 17: Apresentação da produção material de P2, P3 e P7

Animadora: O que vocês desenharam?

P6. A palavra inicial quando a gente começou essa dinâmica foi falar de morte. Eu trabalho num setor, como eu te disse no último encontro, eu nunca falei de paliativo sem falar de morte e de coisas negativas e hoje a gente pode ter um olhar diferenciado. Então a frase que a gente colocou foi: a vida não é um sopro. Todo mundo fala “a vida é um sopro” e isso aqui é para remeter que não é um sopro e hoje aquela ideia de morte que a gente tinha, a gente fez uma caveirinha aqui para simbolizar, a gente mudou. Hoje a gente tem uma ideia diferente. E cuidados paliativos tem sim um ar de esperança, basta você ter uma visão diferente da situação.

Fonte: A autora (2024).

No Segmento 17, ao explicarem a produção do material apresentado na Figura 12, entendemos que os trechos de fala destacados em verde correspondem ao que denominamos de Nível 3. Estes trechos apresentam um padrão com características do desenvolvimento do processo de imaginação do grupo sobre Cuidados Paliativos, em relação ao Marco Zero, Nível 1 e Nível 2. Além disso, são elementos que indicam uma mudança do grupo, interpretando principalmente os elementos que caracterizam o Marco Zero, o início desta análise microgenética. Especificamente nos trechos de fala de P6, “percebemos que hoje a gente pode ter um olhar diferenciado. Então a frase que a gente colocou foi: a vida não é um sopro. Todo mundo fala 'a vida é um sopro' e isso aqui é para remeter que não é um sopro e hoje aquela ideia de morte que a gente tinha, a gente fez uma caveirinha aqui para simbolizar, a gente mudou. Hoje a gente tem uma ideia diferente. E cuidados paliativos tem sim um ar de esperança, basta você ter uma visão diferente da situação.”

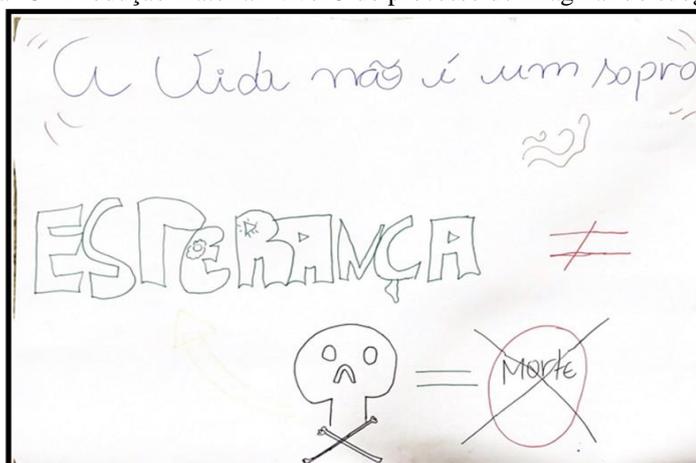
Observamos também que as mudanças apresentadas no padrão desenvolvimental de Nível 3 no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados

Paliativos ocorreram de maneira mais conservadora, ou seja, demoraram mais tempo para se manifestar, necessitando de muitas co-construções ao longo dos Círculos de Cultura. Além disso, para que o padrão de Nível 3 ocorresse, foi necessário que as mudanças nos níveis 1 e 2 também ocorressem, conforme mencionado por Fogel, Garvey, Hsu e West-Stroming (2006), e Fogel e Garvey (2007).

Essas características deste padrão de mudança de desenvolvimento de Nível 3 foram identificadas por Fogel, Garvey, Hsu e West-Stroming (2006), Fogel e Garvey (2007), e Garvey e Fogel (2008) em sua pesquisa sobre desenvolvimento comunicacional em díades mãe-bebê. Segundo esses autores, o desenvolvimento envolve mudanças em vários padrões dentro de um sistema, incluindo o surgimento de novos padrões, a dissolução ou recapitulação de padrões antigos, ou a mistura de padrões anteriormente distintos. Além disso, esses autores destacam que os padrões de mudança de Nível 3 tendem a ocorrer mais lentamente, pois envolvem uma reorganização do sistema como um todo, como observado nesta tese.

Seguimos agora para apresentar a foto da produção material feita pelo subgrupo A (P4, P5 e P6, P7), na Figura 13, seguida do Segmento 18, onde apresentamos os recortes de trechos de fala referentes à explicação das participantes para a produção realizada:

Figura 13 - Produção material Nível 3 do processo de imaginar do subgrupo A



Fonte: A autora (2024).

No que diz respeito à produção material que apresenta aspectos textuais (palavras) e imagéticos (desenhos) do grupo A (P4, P5 e P6), interpretamos também que são aspectos simbólico-culturais inseridos no contexto do grupo e que contribuem para o desenvolvimento da imaginação sobre Cuidados Paliativos. A pesquisadora-animadora convidou as participantes a apresentarem sua produção material e explicarem o significado das palavras e dos desenhos. Os trechos de fala do grupo em resposta a essa questão serão apresentados no Segmento 18 a

seguir. Utilizamos como critério para os trechos de fala do Segmento 18 a presença de elementos que configuram o padrão imaginativo apresentado no Marco Zero, Nível 1, Nível 2 e Nível 3 nos padrões desenvolvimentais no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos.

Quadro 23 - Segmento 18: Apresentação da produção material de P4, P5 e P6

P6: A palavra inicial quando a gente começou essa dinâmica foi falar de morte. Eu trabalho num setor, como eu te disse no último encontro, eu nunca falei de paliativo sem falar de morte e de coisas negativas e hoje a gente pode ter um olhar diferenciado. Então a frase que a gente colocou foi: a vida não é um sopro. Todo mundo fala “a vida é um sopro” e isso aqui é para remeter que não é um sopro e hoje aquela ideia de morte que a gente tinha, a gente fez uma caveirinha aqui para simbolizar, a gente mudou. Hoje a gente tem uma ideia diferente. E Cuidados Paliativos tem sim um ar de esperança, basta você ter uma visão diferente da situação.

P4: A gente botou a vida, porque como as meninas já tinham falado, paliativo não é só falar em morte. Porque para algumas pessoas aquilo ali, como passou no filme, é como se fosse um renascimento do que ela não vivia antes de saber de toda a história dela. “Morte”, porque ela está ciente do que vai acontecer com ela, certo? Os familiares dela falaram em relação à saudade, que não sabem do que pode acontecer após a partida dela. A gente falou de Deus, que justamente, o sentimento, a religiosidade, as coisas todas.

P5: É o momento da pessoa viver, quem tem condições em termos de saúde, porque cada caso é um caso. Tem uns que não vão poder sair por aí.

Fonte: a autora (2024).

Como apresentado no Segmento 18, os trechos de fala destacados em verde apresentam um quadro diferente do imaginado sobre Cuidados Paliativos que o grupo apresentou no Marco Zero, no Nível 1 e no Nível 2. Frases como 'a vida não é um sopro', 'a gente mudou. Hoje a gente tem uma ideia diferente. E Cuidados Paliativos têm sim um ar de esperança, basta você ter uma visão diferente da situação', 'a gente botou a vida', 'paliativo não é só falar em morte', 'é como se fosse um renascimento' e 'É o momento da pessoa viver' apresentam afirmações que configuram um quadro desenvolvimental de Nível 3. Identificamos que o Nível 3 é resultado de um processo de variações, pois tem como pano de fundo as mudanças ocorridas no Nível 1 e no Nível 2, trazendo um novo padrão sobre o imaginar Cuidados Paliativos que, após emergir, passa a ser predominante, em consonância com os estudos de Fogel, Garvey, Hsu e West-Stroming (2006), Fogel e Garvey (2007), Garvey e Fogel (2008).

Durante a análise microgenética dos padrões desenvolvimentais no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos realizada nesta tese, percebemos que o processo imaginativo é desenvolvido com características dos três diferentes padrões desenvolvimentais. Esses padrões apresentam elementos do presente, passado e futuro, aspectos culturais e afetivos. Notamos também que os diferentes padrões não

se excluem; ao contrário, co-emergem e co-existem em um tempo irreversível (tempo que não volta).

Prosseguimos então para o encerramento do Círculo de Cultura 3, que ocorreu após a apresentação e debate das produções materiais. A pesquisadora-animadora fez um resumo dos três círculos, lembrando os temas de cada um: o Círculo de Cultura 1 abordou a questão 'O que é cuidado paliativo para mim?'; o Círculo de Cultura 2 explorou 'O que é Cuidado Paliativo na minha prática?'; e o Círculo de Cultura 3 tratou de 'O que é Cuidado Paliativo na teoria?'. Em seguida, abriu espaço para comentários e agradeceu às participantes.

Durante o encerramento dos Círculos de Cultura, o grupo fez comentários sobre a experiência dos encontros, sobre a pesquisadora-animadora, sobre o profissional que realizou os registros de áudio e vídeo do grupo, e também expressou seus agradecimentos. É importante destacar que, no encerramento dos Círculos de Cultura, não foram identificados trechos de fala que versassem sobre o tema Cuidados Paliativos.

Assim, com o objetivo de integrar os registros construídos a respeito do Nível 3 e a fundamentação teórica sobre imaginação, discutiremos: (1) o que desencadeia a ruptura inicial e as rupturas secundárias, (2) o que o grupo imagina nesse nível, (3) o que permite identificar o Nível 3, e (4) que elementos nutrem o processo imaginativo nesse padrão:

1. A ruptura: Nesta situação identificada como Nível 3, entendemos que ocorreram diversas rupturas iniciais. Consideramos aqui todas as rupturas mencionadas anteriormente no Marco Zero, Nível 1 e Nível 2, além das co-construções que ocorreram ao longo do Círculo de Cultura 3, como a explanação teórica sobre o conceito de Cuidados Paliativos, a reportagem com história real de paciente oncológica que optou por receber Cuidados Paliativos e as produções materiais realizadas pelo grupo. Destacamos ainda que, segundo identificamos na análise microgenética desta tese, cada ruptura inicial desencadeou rupturas secundárias, algumas das quais foram expressas pelas participantes e apresentadas nos trechos de fala.

2. O que imaginam: No Nível 3, identificamos que o grupo passa a imaginar Cuidados Paliativos como uma abordagem que possibilita esperança e qualidade de vida, reconhecendo que essa abordagem não se limita apenas à fase final da vida. Pode representar um renascimento, uma vez que, diante do diagnóstico, a pessoa pode perceber sua finitude e passar a querer viver melhor.

3. O que permite identificar como Nível 3: Buscar no passado para explicar o presente ("minha opinião mudou", "a gente mudou", "para tirar essa ideia de que a gente só pensa em morte"), significação oposta aos cuidados exclusivos aos pacientes que estão morrendo (vida, viver, esperança, qualidade de vida, renascimento).

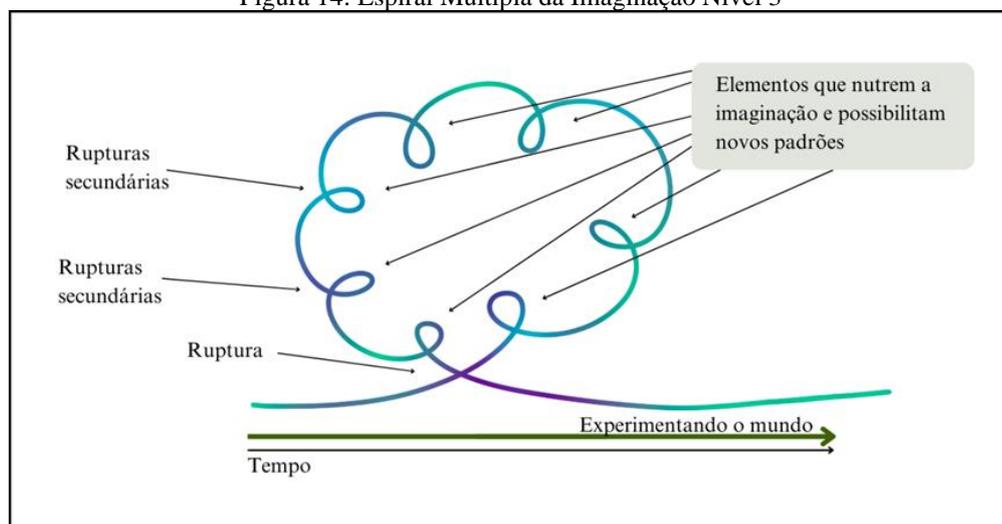
4. Elementos que nutrem o processo imaginativo no Nível 3: Além das experiências e histórias de vida pessoais, e do contexto cultural do grupo, consideramos que todas as co-construções nos Círculos de Cultura e as atividades propostas pela pesquisadora-animadora potencializaram o processo de imaginar do grupo sobre Cuidados Paliativos.

a. Assim, caracterizamos o Nível 3 como um padrão desenvolvimental no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos, com as seguintes características: ampliação na visão sobre Cuidados Paliativos, reconhecendo que essa abordagem não se limita apenas aos cuidados na fase final de vida; reconhecimento da importância de incluir cuidados de conforto que possibilitem qualidade de vida e a possibilidade de viver, mesmo após o diagnóstico de uma doença incurável. Essas mudanças ocorreram de maneira gradual, exigindo um processo prolongado de co-construção ao longo dos Círculos de Cultura.

Como mencionado anteriormente nesta tese, finalizamos cada seção da análise microgenética com uma representação simbólica da espiral da imaginação. Essa representação tem como objetivo ilustrar o desenvolvimento do processo de imaginar do grupo sobre Cuidados Paliativos, especialmente em relação ao Nível 3.

Para representar a espiral da imaginação do Nível 3, construímos a Figura 14, demonstrando o processo ao longo do tempo irreversível, com rupturas, elementos que alimentam e possibilitam as mudanças nos níveis (incluindo o Marco Zero, Nível 1 e Nível 2) em relação ao padrão desenvolvimental no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos.

Figura 14: Espiral Múltipla da Imaginação Nível 3



Fonte: A autora (2024).

Na Figura 14, apresentamos o modelo da Espiral Múltipla da Imaginação elaborado para esta tese, com o objetivo de representar o processo de distanciamento e retorno ao aqui e agora do grupo ao imaginar Cuidados Paliativos. O modelo descreve como o processo de imaginar permite afastar-se temporariamente do aqui-e-agora e, em seguida, voltar a ela com novas perspectivas e entendimentos sobre algo.

Na Figura 14, a seta horizontal fina representa o fluxo constante do tempo, enquanto a seta verde horizontal representa a experiência do "aqui-e-agora", caracterizada por sua materialidade, incorporação e desenvolvimento temporal, tal qual o modelo original proposto por Zittoun e Cerchia (2013). No entanto, como mencionado nas seções anteriores desta tese, a experiência do processo de imaginar está em constante desenvolvimento e, portanto, a linha espiral apresenta-se de forma múltipla, ou seja, uma grande espiral contendo múltiplas espirais menores. Assim, a Figura 14 foi elaborada e nomeada neste estudo como Espiral Múltipla da Imaginação Nível 3.

Em nossa análise, o processo de imaginar pode ser representado como esse movimento complexo e dinâmico que ocorre de forma múltipla, expandindo-se a cada nova reflexão sobre o tema. Além disso, a representação simbólica inclui a ruptura inicial proposta por Zittoun e Cerchia (2013), assim como rupturas secundárias observadas em nossas análises microgenéticas.

Destacamos também que a representação simbólica é composta pelos diferentes padrões desenvolvimentais no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos, identificados neste estudo, que emergem dentro da grande espiral. Cada pequena espiral pode ser representada por uma cor diferente, sinalizando os elementos do Marco Zero em cinza, do Nível 1 em azul, do Nível 2 em rosa e do Nível 3 em verde. Esses padrões co-emergem constantemente, sem se excluírem, em um tempo que não volta atrás.

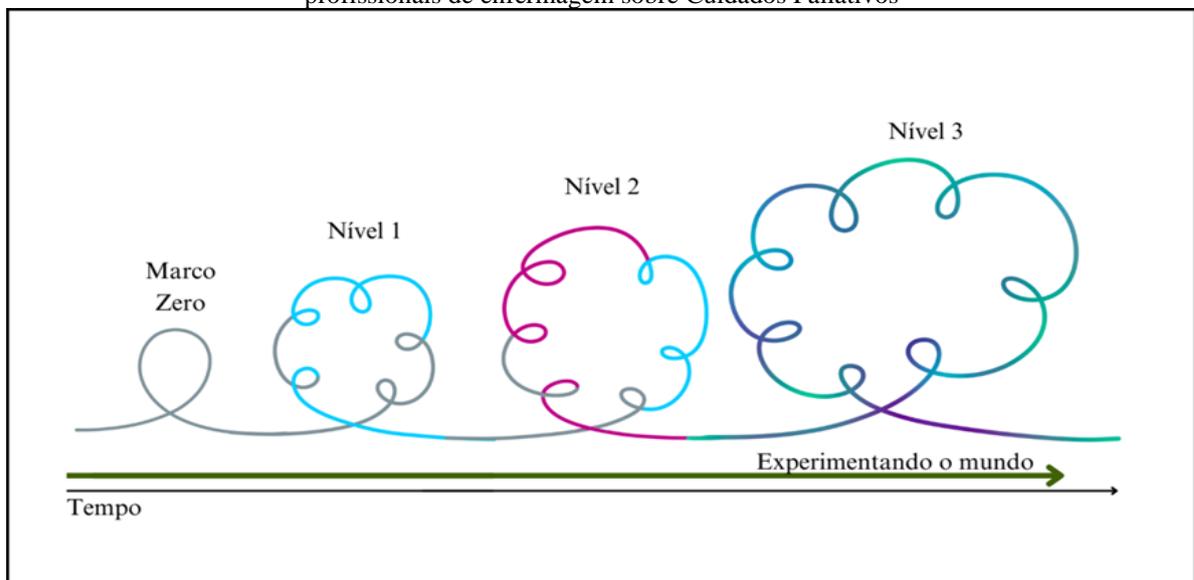
O que nutre os espirais da imaginação está ligado aos diversos elementos co-construídos na experiência: histórias pessoais, interações sociais, experiências culturais, conhecimentos teóricos, e co-construções possibilitadas pelas intervenções e debates nos Círculos de Cultura.

Ademais, as co-construções nos Círculos de Cultura possibilitaram transformações dentro da situação presente, com ideias reorganizadas sobre o tema, e também o desenvolvimento de ciclos alternados de imaginação sobre Cuidados Paliativos, podendo ser consideradas potencializadoras dos padrões desenvolvimentais no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos.

Por fim, para possibilitar uma visualização que representa o resumo do que interpretamos ao longo do processo imaginativo do grupo nos Círculos de Cultura,

identificando as mudanças nos diferentes níveis de desenvolvimento do processo de imaginar sobre Cuidados Paliativos, com as rupturas iniciais e secundárias, nos Marcos Zero, Nível 1, Nível 2 e Nível 3, construímos a Figura 15. Esta figura representa o que denominamos de Espiral Múltipla da Imaginação: Padrões desenvolvimentais no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos. A Espiral Múltipla da Imaginação da Figura 15 expande e enriquece a ilustração esquemática originalmente proposta por Fogel, Garvey, Hsu e West-Stroming (2006), que é rerepresentada a seguir: Histórico ↔ Ponte ⇒ Ponte ↔ Emergente

Figura 15 - Espiral Múltipla da Imaginação: padrões desenvolvimentais no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos



Fonte: A autora (2024).

Por fim, identificamos que na co-construção nos Círculos de Cultura, a partir das discussões no grupo, relatos de experiências, histórias de vida e nas produções realizadas, entendemos que não há necessariamente um ponto de partida nem um limite para o processo de imaginar. Pelo contrário, a imaginação possui infinitas possibilidades de manifestação, desenvolvimento e expansão.

7.7 Discussões gerais acerca dos padrões desenvolvimentais no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos.

A presente tese de doutorado tem como objetivo geral acompanhar microgeneticamente o desenvolvimento de processos imaginativos de profissionais de enfermagem em sua atuação em cuidados paliativos, utilizando os Círculos de Cultura como abordagem educacional.

Consideramos que este objetivo foi alcançado, uma vez que esta pesquisa versa sobre um processo de mudança no imaginário e a organização dessas transformações é proposta como padrões, descritos e apresentados detalhadamente.

Em relação aos objetivos específicos:

1. Descrever o conjunto de significados de profissionais de enfermagem associados aos Cuidados Paliativos: identificamos um panorama cultural do grupo, que em sua maioria, imagina os Cuidados Paliativos como uma abordagem exclusivamente direcionada a pacientes próximos da morte. Este ato de imaginar foi identificado tanto nos profissionais de enfermagem participantes do estudo quanto em um grupo menor de técnicas de enfermagem que participaram dos Círculos de Cultura.

2. Observar os elementos de continuidade e mudança no processo de imaginação para o grupo de enfermeiras: concluímos que este objetivo foi atingido ao acompanhar, através da análise microgenética, o desenvolvimento de padrões desenvolvimentais no imaginário das profissionais de enfermagem sobre sua atuação em Cuidados Paliativos. Identificamos diferentes padrões que serão resumidos adiante, constituindo uma das principais contribuições do estudo para a Psicologia Cognitiva.

3. Explorar as potencialidades na co-emergência do desenvolvimento do processo de imaginação: através da análise microgenética, tivemos a oportunidade de interpretar não apenas as micro mudanças no processo, mas também de explorar as potencialidades do grupo em expandir suas experiências sobre o tema Cuidados Paliativos. No início das atividades, o grupo atribuía significados aos cuidados direcionados exclusivamente a pessoas em processo de morte. Ao final do último Círculo de Cultura, observamos uma expansão na experiência do grupo, passando a significar Cuidados Paliativos também como um cuidado que oferece conforto, esperança e qualidade de vida para pessoas com doenças graves. Além disso, identificamos que possíveis barreiras para essa expansão do processo imaginativo do grupo em relação aos Cuidados Paliativos estão relacionadas a aspectos culturais, como o estigma e o preconceito, que provocam medo, afastamento e rejeição dessa forma de cuidado.

Esta tese representa uma contribuição inovadora, não contemplada na Teoria da Espiral Imaginativa (Loop Model) de Zittoun e colaboradores (Zittoun, 2017, 2018, 2020; Zittoun e Cerchia, 2013; Zittoun e Gillespie, 2016, 2018). Nesta investigação, partimos da premissa de que o modelo explicativo da imaginação como expansão da experiência pode ser ampliado e especificado considerando-se o referencial teórico-metodológico e analítico da microgênese. Sugerimos que os processos imaginativos, concebidos em um contexto histórico-cultural por um grupo dedicado a imaginar Cuidados Paliativos em Círculos de Cultura, evoluem ao longo

de padrões desenvolvimentais que denominamos de Marco Zero, Nível 1, Nível 2 e Nível 3. Esta proposição é argumentada ao longo de todo o processo analítico, onde microgeneticamente sugerimos que o imaginar se transforma e assume padrões com características próprias.

No Marco Zero, referimo-nos ao ponto inicial de nossa análise microgenética, marcado pela primeira interação da pesquisadora-animadora com o grupo, sem intervenção educacional ou teórica sobre Cuidados Paliativos. Neste estágio, o grupo apresentou um padrão de imaginação onde os Cuidados Paliativos são vistos como indicados apenas para pessoas que estão morrendo.

No Nível 1, observamos as sementes de mudança no processo de imaginar, onde o grupo apresentou dúvidas e contradições crescentes em relação ao padrão de imaginação apresentado no Marco Zero.

Caracterizamos o Nível 2 como um padrão desenvolvimental no processo de imaginar do grupo de profissionais de enfermagem sobre Cuidados Paliativos, no qual surgem características mais complexas no processo de imaginar do grupo. Houve mudanças nos padrões de vocabulário sobre o tema, manifestação de dúvidas, incertezas e surpresas diante de novas perspectivas sobre Cuidados Paliativos. Além disso, neste nível, o grupo considerou a possibilidade de mudança em relação à compreensão inicial dos Cuidados Paliativos, ampliando o conceito para além da associação exclusiva com a morte, passando a reconhecê-lo como uma abordagem que oferece conforto.

No Nível 3, o grupo reconheceu que os Cuidados Paliativos não se limitam apenas aos cuidados prestados na fase final de vida, mas também incluem cuidados de conforto que possibilitam qualidade de vida e a possibilidade de viver, mesmo após o diagnóstico de uma doença incurável.

Além disso, utilizando o referencial teórico da análise microgenética e os estudos sobre o desenvolvimento da comunicação mãe-bebê de Fogel e Garvey (2007) e Fogel, Garvey, Hsu e West-Stroming (2006), identificamos os padrões mencionados anteriormente. Observamos que a ruptura na qual aquele que imagina se desacopla do "aqui-e-agora" não é única, conforme sugerido por Zittoun e colaboradores (Zittoun, 2017, 2018, 2020; Zittoun e Cerchia, 2013; Zittoun e Gillespie, 2016, 2018), mas segue um fluxo imaginativo constituído por micro-rupturas que sustentam e se relacionam à ruptura inicial. Assim, a imaginação é iniciada por uma ruptura inicial, na qual ocorre uma temporária desconexão do presente, e à medida que o sujeito se desvincula do momento atual, surgem rupturas secundárias ao longo do fluxo de pensamento, permitindo-lhe transitar entre esferas distais do passado ou do futuro. Posteriormente, ele retorna à esfera proximal, podendo expandir sua experiência atual.

Ampliamos também o conceito de Espiral Múltipla da Imaginação, inspirado em Zittoun e Cerchia (2013), para representar o processo de imaginação ao longo do tempo, com uma ruptura inicial seguida por rupturas secundárias, além da apresentação dos diferentes padrões desenvolvimentais no imaginar. Em suma, o modelo descreve como a imaginação é desencadeada por uma ruptura inicial, seguida por múltiplas micro-rupturas durante o processo imaginativo, com o surgimento dos vários níveis de mudança, enriquecendo a experiência atual quando se retorna ao presente.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendemos que a presente tese, por meio dos Círculos de Cultura, foi uma abordagem educacional valiosa para co-construir com o grupo a abordagem, desenvolvimento e ampliação do processo imaginativo sobre o tema de Cuidados Paliativos. Isso ocorreu por meio de uma co-construção em grupo, com compartilhamento de experiências, proporcionando uma arena dialógica e segura para imaginações, sentidos, sentimentos e ideias sobre um tema que muitas vezes desperta resistências para ser apreciado e analisado em profundidade.

O envolvimento grupal das participantes e da pesquisadora-animadora ao longo dos Círculos de Cultura potencializa o compartilhamento de experiências e a ampliação dos processos imaginativos, culturalmente mediados, expandindo o significado do que é cuidar e dos Cuidados Paliativos.

Em relação à Psicologia Cognitiva, integramos a Teoria da Espiral da Imaginação de Zittoun e Cerchia (2013) e Zittoun e colaboradores (Zittoun; Gillespie, 2016, 2018; Zittoun, 2017, 2018, 2020) com a abordagem histórico-relacional de Fogel, Garvey, Hsu e West-Stroming (2006), Fogel e Garvey (2007), Garvey e Fogel (2008), uma vez que exploramos os níveis de variabilidade que ocorrem no processo da imaginação. Observamos microgeneticamente elementos (na fala e imagens) que potencializam a expansão da imaginação, além de propormos novas formas de representações gráficas (espirais) que ilustrem o dinamismo e a não linearidade desse processo de significação e ressignificação sobre cuidados paliativos.

No que diz respeito ao tipo de análise realizada nesta tese, entendemos que a análise microgenética é uma ferramenta imprescindível para entender processos de transformação e seus elementos de estabilidade e mudança. Como explicitado ao longo da análise e na discussão desta tese, nos possibilitou interpretar os detalhes das falas e imagens aqui apresentados. Na ausência de tais detalhes, propomos que o dinamismo e a complexidade do processo de significação e ressignificação sobre cuidados paliativos que co-emergiram durante os Círculos de Cultura não seriam capturados de maneira tão minuciosa.

Destacamos também as contribuições dialógicas dos Círculos de Cultura, que nos possibilitaram a utilização de uma metodologia participativa, fundamental nesta tese por despertar nas técnicas de enfermagem e na pesquisadora-animadora inquietações e interesse pelo tema dos Cuidados Paliativos.

Entendemos ainda que os Círculos de Cultura constituem uma abordagem educacional efetiva para a Educação Permanente em Saúde, devido à sua configuração pedagógica focada

na promoção do empoderamento dos participantes, ao mesmo tempo em que possibilitam a co-emergência de mudanças. Tal como vivenciado nesta tese, tivemos a oportunidade de compartilhar conhecimentos e vivências sobre cuidados paliativos, criando um ambiente contextualizado de aprendizado coletivo, enquanto estratégias para lidar com desafios comuns no ambiente de trabalho foram co-construídas.

Outra contribuição importante desta pesquisa foi a possibilidade de discutirmos o tema da finitude. Entendemos que lidar cotidianamente com pessoas hospitalizadas pode resultar em sentimentos difíceis, especialmente quando esses cuidados deixam de ter como objetivo a cura e passam a focar em medidas de conforto, como nos Cuidados Paliativos. Muitas vezes, essas dificuldades podem advir de diversos aspectos psicossociais e culturais, como o medo da morte ou até mesmo a formação dos profissionais na área de saúde, que frequentemente focam sua prática em tratamentos curativos (Garvey, 2023), resultando em preparo insuficiente para lidar com situações emocionais relacionadas à finitude da vida.

Esta pesquisa oferece uma contribuição relevante para o campo da psicologia hospitalar, pois reconhece a importância da equipe multidisciplinar nos Cuidados Paliativos, destacando o papel dos profissionais de saúde mental, como psicólogos e psiquiatras. Os profissionais de enfermagem imaginam e se adaptam à atuação em contextos de Cuidados Paliativos, promovendo uma relação de maior proximidade com pacientes e familiares, exigindo escuta ativa e assistência amorosa. A tese destaca aspectos cruciais para a atuação dos psicólogos, fornecendo entendimentos valiosos para o suporte desses profissionais. Compreender e abordar os desafios emocionais enfrentados tanto pelos pacientes quanto pela equipe de saúde é essencial para mitigar o estresse ocupacional frequentemente associado a essa área de atuação.

Também contribuimos com reflexões sobre a importância de políticas públicas na ampliação da oferta de Cuidados Paliativos, bem como na necessidade de aprimorar a formação dos profissionais de saúde, especialmente dos profissionais de enfermagem. Apesar de existirem leis e portarias destinadas a ampliar a oferta e o conhecimento sobre Cuidados Paliativos, a cultura brasileira ainda parece compreender esses cuidados como voltados exclusivamente para pacientes em estado terminal, que devem receber afeto, amor, carinho, empatia e compreensão, em detrimento de procedimentos que visem ao controle da doença e dos sintomas em geral. Essas reflexões foram compartilhadas pelo grupo participante deste estudo.

A esse respeito, destacamos que, embora seja um direito dos brasileiros e exista um amplo espectro de condições e situações em que os Cuidados Paliativos podem ser benéficos, identificamos nesta tese diversos fatores que fortalecem a implementação dessa abordagem

como cuidado de fim de vida. Esses fatores estão relacionados a experiências pessoais, contexto cultural, conhecimento limitado sobre o tema, medo e tabu em relação à morte, dificuldades na comunicação em saúde, entre outros. Assim, é fundamental ampliar o conhecimento da sociedade sobre os Cuidados Paliativos, disponibilizando mais informações, especialmente aos profissionais de saúde (por meio de Educação Permanente em Saúde), para que ocorram mais experiências assertivas nesse âmbito.

Entendemos que pacientes que se encontram em contexto de Cuidados Paliativos oncológicos, de fato, têm sua vida ameaçada pela evolução da doença e podem enfrentar um processo de morte. No entanto, não há precisão sobre o tempo de vida de uma pessoa mesmo com um diagnóstico de doença incurável, mas existem condutas terapêuticas indicadas e adequadas para cada etapa do tratamento. Esses cuidados devem ser oferecidos adequadamente, contando com profissionais qualificados para atender esses pacientes em diferentes níveis de complexidade. Para isso, é necessário que os órgãos públicos garantam a oferta de serviços suficientes, com profissionais treinados para fornecer os cuidados de acordo com as necessidades de cada paciente, evitando assim medidas invasivas desproporcionais e negligência na assistência ao paciente.

Reconhecemos que uma das limitações deste estudo reside na ausência de um recorte de gênero, dado que a enfermagem é uma profissão predominantemente exercida por mulheres, e o grupo participante desta pesquisa foi majoritariamente composto por mulheres. No entanto, uma vez que não era o foco de nossa pesquisa, não pudemos explorar essa questão em detalhes.

Outro aspecto limitante de nossa pesquisa foi a restrição de tempo enfrentada pelas participantes dos Círculos de Cultura, devido a questões institucionais em seus locais de trabalho, o que nos impediu de ultrapassar o número máximo de três encontros. Imaginamos que um estudo com mais encontros poderia possibilitar uma co-construção mais abrangente e a análise de novos elementos de mudança.

Por fim, é importante destacar que, embora esta tese forneça informações significativas sobre a imaginação dos profissionais de enfermagem em relação aos Cuidados Paliativos, ela não aborda todos os aspectos do tema. A complexidade subjacente indica a necessidade de novas pesquisas que explorem aspectos não abordados aqui. As descobertas apresentadas não apenas enriquecem nosso entendimento atual, mas também apontam para direções promissoras para futuras investigações. Esperamos que os resultados deste estudo contribuam para aprimorar a formação de profissionais de saúde, fortalecer o suporte psicológico oferecido às equipes de enfermagem e aumentar a conscientização sobre a importância dos Cuidados Paliativos na sociedade em geral.

REFERÊNCIAS

- AGNATI, L. F. et al. The neurobiology of imagination: possible role of interaction-dominant dynamics and default mode network. **Frontiers in Psychology**, v. 4, n. 296, p. 1-17, 2013.
- ALCANTARA, Ester Helena de et al. Percepção dos profissionais da equipe de enfermagem sobre o cuidar de pacientes em cuidados paliativos. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min**, 2018.
- ALVES, Isabella Drummond Oliveira Laterza et al. Aspectos bioéticos relacionados aos cuidados paliativos: da abordagem principialista aos direitos humanos. 2023.
- ANACLETO, G.; CECCHETTO, F. H.; RIEGEL, F. Cuidado de enfermagem humanizado ao paciente oncológico: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 9, n. 2, p. 246-254, 2020.
- ANDRADE, Selma Regina de et al. O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, p. e5360016, 2017.
- AYALA, Arlene Laurenti Monterrosa; SANTANA, Cleonice Huf; LANDMANN, Suzana Goulart. Cuidados paliativos: conhecimento da equipe de enfermagem. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 42, n. 2, p. 155-166, 2021.
- BARRIOSO, Paula Damaris Chagas. **Cuidados paliativos e atenção primária à saúde: proposição de um rol de ações de enfermagem**. 2017. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- BATISTA, Gessivânia de Moura. Imaginando um futuro profissional: o olhar de uma jovem com cegueira congênita. 2023.
- BATISTA, G. M. **Processos imaginativos de educadora quanto à docência a crianças com a Síndrome Congênita do Vírus Zika**. 2019. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco.
- BATISTA, G. M.; MOUTINHO, A. K. **Desafios e possibilidades da inclusão escolar de crianças com a Síndrome Congênita do Vírus Zika: o olhar docente**. *Revista Educação Especial*, v. 32, p. 68-1-22, 2019.
- BEERNAERT, Kim et al. Early identification of palliative care needs by family physicians: a qualitative study of barriers and facilitators from the perspective of family physicians, community nurses, and patients. **Palliative medicine**, v. 28, n. 6, p. 480-490, 2014.
- BENETTI, Eliane Raquel Rieth et al. Estratégias de Coping e características de trabalhadores de enfermagem de hospital privado. 2015.
- BERTAUI, Marie-Cecile et al. *International Journal for Dialogical Science*. **International Journal**, v. 2, 2007.
- BLASCO, Pablo G. A ordem dos fatores altera o produto. Reflexões sobre educação médica e cuidados paliativos. **Educación médica**, v. 19, n. 2, p. 104-114, 2018.

BORGES, Elisabete Maria das Neves et al. Burnout among nurses: a multicentric comparative study. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 29, p. e3432, 2021.

BRANDÃO, Waldemar et al. Formation of protagonist adolescents to prevent bullying in school contexts. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. Suppl 1, p. e20190418, 2020.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. Paulo Freire: educar para transformar. 2005.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para Educação Permanente em Saúde**. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Editora MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM no 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização**. Editora do Ministério da Saúde, Brasília (DF), v. 1, n. 1, p. 1-16, 2013.

BRASIL. Portaria nº 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2004; 13 fev.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Portaria nº 1.996 GM/MS, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, 2007; 20 ago.

BRASIL. Portaria n. 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004b. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 16 fev. 2004. Seção 1, p. 37–41.

BRECKENFELD, T. F. M. **Imaginação e atividade: estudos de caso com educadores sociais de casas de acolhimento da cidade do Recife**. 2023. Tese (Doutorado em Psicologia Cognitiva). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva - Universidade Federal de Pernambuco, 2019.

BRANCO, A. U.; VALSINER, J. Changing Methodologies: A Co-Constructivist Study of Goal Orientations. *Psychology and Developing Societies*, vol. 9, n. 1, p. 35-64, 1997.

BRAY, Freddie et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018.

CALÔNIGO, Marco Antônio Marchetti. Dificuldades sociais, legais e burocráticas para prescrição de opioides. 2020.

CAMARGO, Robson Muniz. Vida e morte: A morte nas decisões e planejamentos na vida. **Psicologia-Florianópolis**, 2019.

CARVALHO, Josene Ferreira. **Processos imaginativos de uma paciente com câncer sobre cuidados paliativos**. 2019. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.

CARVALHO, Josene Ferreira; MOUTINHO, Karina.; GALVÃO, Maria Eduarda; COSTA, Manoela Gomes da; ALVES, Jonyelson Ferreira. Imaginação de profissionais de enfermagem sobre cuidados paliativos. In: IX Congresso Brasileiro de Cuidados Paliativos, 2022, Curitiba. **Latin American Journal of Palliative Care**. Curitiba: Latin American Journal of Palliative Care, 2022. v. 01. p. 107-108.

CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. **Manual de cuidados paliativos**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), p. 56-71, 2012.

CATRIB, Ana Maria Fontenelle et al. Promoção da saúde: saber fazer em construção. In: BARROSO, G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. (Orgs.). **Educação em saúde: no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003.

CLARK, David et al. Interventions at the end of life—a taxonomy for ‘overlapping consensus’. **Wellcome open research**, v. 2, 2017.

CASTILHO, Rodrigo Kappel; PINTO, Cristhiane da Silva; SILVA, Vitor Carlos Santos da. Manual de cuidados paliativos. **ANCP. 3rd. Atheneu**, 2021.

COELHO DE BRITTO, Sabrina Maria et al. Social representation of nurses on palliative care. **Revista Cuidarte**, v. 6, n. 2, p. 1062-1069, 2015.

COLE, Michael; COLE, Sheila R. **O desenvolvimento da criança e do adolescente**. Artmed, 2004.

CORNEJO, C.; CORNEJO, Carlos; GOETHE, J. W. From fantasy to imagination. **The psychology of imagination: History, theory and new research horizons**, p. 3-44, 2017.

COSTA, Brenda Melo; DA SILVA, Daniel Augusto. Atuação da equipe de enfermagem em cuidados paliativos. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. e28010212553-e28010212553, 2021.

CRISPIM, Douglas Henrique et al. Organização e gerenciamento de serviços de cuidados paliativos. In: **Manual da residência de cuidados paliativos: abordagem multidisciplinar [2. ed.]**. Manole, 2022.

CRUZ, J. F. A.; VIANA, M. F. Treino de imaginação e visualização mental. LusografeBraga: Portugal, 1996.

CUNHA, Daianny Arrais de Oliveira da et al. Estresse da equipe de enfermagem em cuidados paliativos no enfrentamento da COVID-19. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021.

DALMOLIN, I. S. et al. Dialogando com Freire no círculo de cultura: uma estratégia de promoção da saúde. **Rev enferm UFPE**, v. 10, n. 1, p. 185-90, 2016.

DA LUZ, Kely Regina et al. Enfermeiros na atenção oncológica: conhecimento na prática do cuidado. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 9, 2016.

DAMASCENO, Cleide Ferreira. Educação popular em Saúde: intervenção participativa na construção de relações dialógicas entre portadores de Diabetes MellitusAdulto (DM2) e profissionais. 2003.

DA SILVA, Maicla Oliveira et al. Representações sociais de acadêmicos de Enfermagem sobre o câncer do colo do útero. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, p. e42011225982-e42011225982, 2022.

DA SILVA, Maria Fabiana; BEZERRA, Maria Luiza Rêgo. Atuação do enfermeiro no atendimento aos cuidados continuados na oncologia. **Revista JRG De Estudos Acadêmicos**, v. 3, n. 6, p. 123-137, 2020.

DE ENFERMAGEM, Conselho Federal. **Resolução COFEN nº 564/2017**. Brasília (DF): Cofen, 2017.

DEMOGRÁFICO, IBGE Censo. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

DE OLIVEIRA, Livia Costa. Pesquisa em Cuidado Paliativo no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 67, n. 3, 2021.

DE OLIVEIRA SANTOS, Valéria Joaquim et al. Mudanças de paradigmas realizados por mulheres negras na enfermagem. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 11, n. 4, p. 451-457, 2022.

DE OLIVEIRA SILVA, Silmara et al. Conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais de saúde sobre os cuidados paliativos a pacientes oncológicos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 9, p. e369-e369, 2019.

DE RUI BEISIEGEL, Celso. Cultura do povo e educação popular. **Revista da Faculdade de Educação**, v. 5, n. 1-2, p. 77-91, 1979.

DE SOUZA PEREIRA, Ronaldo et al. Conhecimento de profissionais de enfermagem sobre cuidados paliativos em unidades de internação clínica. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 3, 2021.

DINIZ, Ligia Gonçalves. Por uma impossível fenomenologia dos afetos: imaginação e presença na experiência literária. 2017.

DO NASCIMENTO, Emmanuel Barbosa. História e origem dos cuidados paliativos no mundo. **Aquila**, n. 28, p. 167-182, 2023.

DOS ANJOS, R. E. O desenvolvimento histórico-cultural da imaginação na adolescência e a educação escolar. **Temas em Educação e Saúde**, p. 271-285, 2017.

DOS SANTOS, A. F.; FERREIRA, E. A.; GUIRRO, Ú. D. Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019. **São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos**, 2020.

DOS SANTOS, Farah Pitanga Porto Gois et al. Ortotanásia e distanásia: percepção dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva. **Cienc Cuid Saude**, v. 15, n. 2, p. 288-296, 2016.

DUARTE, Maiara Cardoso et al. Gênero e violência contra a mulher na literatura de enfermagem: uma revisão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, p. 325-332, 2015.

FANTUCI, MARIANA TORSANI; GOMES, FRANCIELLE GONZALEZ CORREIA. O direito de morrer com dignidade do paciente gravemente enfermo. **Uningá Review**, v. 28, n. 3, 2016.

FEITOSA, Sonia Couto Souza. Método Paulo Freire-Princípios e Práticas de uma Concepção Popular de Educação. 1999.

FERNANDES DE MELO, Symone et al. O bebê com Síndrome de Down e sua mãe: um estudo sobre o desenvolvimento da comunicação. 2006.

FERREIRA, J.; MOUTINHO, K.; GARVEY, A.P. P. Imagining Palliative Care: Ambivalence and the Meaning-Making Process, [manuscrito submetido para publicação].

FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade. A difícil convivência com o câncer: um estudo das emoções na enfermagem oncológica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, n. 2, p. 229-253, 1996.

FIGUEIREDO, Eluana Borges Leitão de et al. Educação Permanente em Saúde: uma política interprofissional e afetiva. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 1164-1173, 2023.

FOGEL, Alan; GARVEY, Andrea. Dialogical change processes, emotions, and the early emergence of self. **International Journal for Dialogical Science**, Fall 2007, vol. 2, no. 1, p. 51-76.

FOGEL, Alan; GARVEY, Andrea; HSU, Hui-Chin; WEST-STROMING, Delisa. **Change processes in relationships: A relational-historical research approach**. Cambridge University Press, 2006.

FOGEL, Alan; GARVEY, Andrea. Alive communication. **Infant Behavior & Development**, v. 30, n. 2, p. 251-257, 2007.

FREIRE, Paulo. O processo de alfabetização política. 1974.

FREIRE, Paulo. A educação na cidade: Projeto pedagógico. 1991.

FREIRE, Paulo; BRANDÃO, Carlos Rodrigues. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In: **Pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

FREIRE, Cristina. Poéticas do processo. **São Paulo: Iuminuras**, p. 86-93, 1999.

GADOTTI, Moacir. **Paulo Freire: uma biobibliografia**. 1996.

GARVEY, A. P. Emoções e comunicação como um sistema dinâmico: abordagem histórico-relacional. Em: MCDP Lyra, AP Garvey, M. Silva & EC Chaves (Orgs.). **Microgênese. Um estudo do processo de mudança**, p. 21-51, 2014.

GARVEY, A.P. **Death, Dying, and Bereavement in Sociocultural Contexts**. Chapter 15 in the OER Textbook **Lifespan Human Development: A Globally-Inclusive Approach**, 2023. Disponível em: <https://docs.google.com/document/d/1Ud0IHJU0Joqrp4xbmQJTKxRAI-OHoHFbFJwA4STvTow/edit>.

GARVEY, Andrea P.; FOGEL, Alan. Dialogical change processes, emotions, and the early emergence of self. **International Journal for Dialogical Science**, v. 2, n. 1, p. 51-76, 2007.

GARVEY, Andrea P.; FOGEL, Alan. Emotions and communication as a dynamic developmental system. **Espaciotiempo**, v. 2, p. 62-73, 2008.

GFELLER, Fabienne; ZITTOUN, Tania. The Embodied Dimension of Imagination. **Expanding the Loop Model. Integrative Psychological and Behavioral Science**, p. 1-16, 2020.

GFELLER, F.; ZITTOUN, T. The Embodied Dimension of Imagination. Expanding the Loop. **Model. Integr. psych. behav.** v. 55, p. 73–88, 2021.

GIRARDELLO, Gilka. Imaginação: arte e ciência na infância. **Pro-posições**, v. 22, n. 2, p. 72-92, 2011.

GLÓRIA, Fabiana Pereira et al. Cuidados paliativos como terapêutica no conforto do paciente. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 7, p. e10753-e10753, 2022.

GÓES, Maria Cecília Rafael de. A formação do indivíduo nas relações sociais: contribuições teóricas de Lev Vigotski e Pierre Janet. **Educação & Sociedade**, v. 21, p. 116-131, 2000.

GONÇALVES, Rafaella Guilherme et al. Cuidados paliativos na formação de enfermeiros: percepção dos coordenadores de cursos de ensino superior. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, p. e20220222, 2023.

GUERRA, Juliana de Farias Pessoas. **Cuidados paliativos sob a perspectiva do usuário: o modelo do IMIP**. 2013. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.

GUETERRES, Évilin Costa et al. Educação em saúde no contexto escolar: estudo de revisão integrativa. **Enfermería Global**, v. 16, n. 2, p. 464-499, 2017.

HARRIS, Paul L. **O trabalho da imaginação**. Editora Blackwell, 2000.

HEBECHE, Luiz. A imaginação em Descartes e Kant. **Veritas (Porto Alegre)**, v. 50, n. 2, p. 98-110, 2005.

HEIDEMANN, Ivonete TSB; ALMEIDA, Maria CP. Friere's dialogic concept enables family health program teams to incorporate health promotion. **Public Health Nursing**, v. 28, n. 2, p. 159-167, 2011.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2577-2588, 2013.

HORTA, Wanda de Aguiar. Conceito de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 2, n. 2, p. 1-5, 1968.

INCA, Estimativa et al. incidência de câncer no Brasil. **Instituto Nacional do Câncer**, 2018.

INCA, Estimativa et al. **Incidência de câncer no Brasil**. Instituto Nacional do Câncer, 2023. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>.

LANGARO, Fabíola; WEINRICH, Ana Paula; MADUREIRA, Elisangela. A experiência de cuidar de pacientes em cuidados paliativos durante a formação médica. **Monumenta-Revista de Estudos Interdisciplinares**, v. 1, n. 2, p. 136-163, 2020.

LAVELLI, Manuela; GARVEY, Andrea; HSU, Hui-Chin; MESSINGER, Delissa; FOGEL, Alan. Usando desenhos microgenéticos para estudar processos de mudança. In: D. G. Teti (Ed.). **Manual de métodos de pesquisa em psicologia do desenvolvimento** (p. 1-50). Oxford, Reino Unido: Blackwell, 2005.

LEITE, A. R. I. P. et al. Mediação pedagógica e imaginação na educação infantil. **Childhood & philosophy**, v. 14, n. 29, p. 279-305, 2018.

LOIZOS, Peter; BAUER, Martin W.; GASKELL, George. Vídeo, filme e fotografias como documentos de pesquisa.

LOPES, Adriana Dias. **A mulher que teve uma boa morte**. YouTube, 10 de dezembro de 2018. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=b8dPnIVajNs>.

MACIEL, D. A co-construção da subjetividade no processo de aquisição da leitura e da escrita. Em: M. das G. T. Paz; A. Tamayo (Orgs.). **Escola, saúde e trabalho: estudos psicológicos**. Brasília: Ed. UnB, p. 41-70, 2000.

MACIEL, Maria Goretti Sales. Avaliação do paciente em cuidados paliativos. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**, p. 31, 2012.

MACHADO, Ana Larissa Gomes. **Efeito do círculo de cultura na adesão ao tratamento e no letramento em saúde de idosos hipertensos**. 2015.

MACHADO, Maria Helena. Perfil da enfermagem no Brasil. **Rio de Janeiro: COFEn, Fiocruz**, 2017.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Monitoramento das metas dos planos de enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. spe1, p. e2021364, 2022.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. **Manual de cuidados paliativos ANCP**, v. 2, n. 2, p. 23-24, 2012.

MARQUES, Maria de Fátima Mendes et al. **Percepções dos estudantes finalistas em enfermagem sobre a tomada de decisão clínica**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, 2021.

MASSIMI, Marina. **História dos saberes psicológicos**. Pia Sociedade de São Paulo-Editora Paulus, 2016.

MCGUIRE, Shelley. World cancer report 2014. Geneva, Switzerland: World Health Organization, international agency for research on cancer, WHO Press, 2015. **Advances in nutrition**, v. 7, n. 2, p. 418-419, 2016.

MELO, Taciana Feitosa de. **Processos imaginativos de estagiária sobre a experiência de intervenção em psicologia clínica**. 2018. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco.

MENEZES, Maria Lúcia Neto de. Intenções preventivas em hanseníase e o protagonismo de adolescentes mediados por círculos de cultura. 2019.

MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles. (Re) Construção de ações de educação em saúde a partir de círculos de cultura: experiência participativa com enfermeiras do PSF do Recife/PE. 2007.

MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. **Educação em saúde a partir de círculos de cultura**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, p. 397-403, 2010.

MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 63, p. 397-403, 2010.

MONTEIRO, E. M. L. M.; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. **(Re)construção de ações de educação em saúde a partir de círculos de cultura: experiência participativa com enfermeiras do PSF do Recife-PE**. Recife: EDUPE, p. 126, 2008.

MOUTINHO, Karina; FERREIRA, Josene. Cuidados paliativo: significações construídas por paciente diagnosticada com doença incurável. In: **13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde–Actas**. Edições ISPA, 2020. p. 333-341.

MOUTINHO, Karina et al. Caixa de surpresas: instrumento para pesquisa e intervenção em psicologia da saúde. In: **13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde–Actas**. Edições ISPA, 2020. p. 183-191.

MOUTINHO, Karina; DE MELO BRECKENFELD, Taciana Feitosa; LAURENDON, Candy EM. **Imagining and Remembering in an Educational Context: An Exploratory Study.** *Imagining the Past, Constructing the Future*, p. 31-45, 2020.

MORAIS, Evelyn Nascimento de et al. **Cuidados paliativos: enfrentamento dos enfermeiros de um hospital privado na cidade do Rio de Janeiro RJ.** *Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)*, p. 318-325, 2018.

MORITZ, Rachel Duarte et al. **O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais de saúde diante da morte.** 2002.

MORRISON, R. Sean; MEIER, Diane E.; O Centro Nacional de Pesquisa em Cuidados Paliativos e o Centro para o Avanço dos Cuidados Paliativos: uma parceria para melhorar o atendimento a pessoas com doenças graves e suas famílias. **Revista de Hematologia/Oncologia Pediátrica**, v. 33, p. S126-S131, 2011.

NASCIMENTO, Danielle Moreira et al. Experiência em cuidados paliativos para crianças com leucemia: a visão dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2721, 2013.

NASCIMENTO, Jaqueline Lima do et al. **Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados paliativos.** *Enferm. foco (Brasília)*, p. 1-7, 2023.

NICODEMO, Izabel Pernambuco et al. **Indicações de Cuidado Paliativo: os cuidados paliativos recomendados para cada paciente.** In: **Manual da residência de cuidados paliativos.** Manole, 2018.

OLIVEIRA, Anderson Silva. **Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil.** *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v. 15, n. 32, p. 69-79, 2019.

OLFSON, Mark et al. **Suicide risks of health care workers in the US.** *JAMA*, v. 330, n. 12, p. 1161-1166, 2023.

ORTIZ-MENDOZA, Guadalupe et al. Cuidados paliativos como intervenção de enfermagem nos últimos dias de vida: revisão sistemática. **Sanus**, v. 7, 2022.

PARRA, S. A Imaginação no Trabalho de Integração Voz-Movimento Corporal. *Voz e Cena*, v. 2, n. 01, p. 35-46, 2021.

PAUL, Patrick. Desafios de uma nova concepcao na saúde: a medicina integrativa transdisciplinar. **Publicações**, 2023.

PELAPRAT, Etienne; COLE, Michael. "Minding the gap": Imagination, creativity and human cognition. **Integrative Psychological and Behavioral Science**, v. 45, p. 397-418, 2011.

PERN, Tuuli. Imagination in Vico and Hobbes: From affective sensemaking to culture. **Culture & Psychology**, v. 21, n. 2, p. 162-184, 2015.

PERSEGONA, Marcelo FM; OLIVEIRA, Eliane S.; PANTOJA, Vencelau JC. **As características geopolíticas da enfermagem brasileira.** *Divulgação em Saúde para Debate*, v. 56, p. 19-35, 2016.

PERUZZO, Cicilia M. Krohling. **Pressupostos epistemológicos e metodológicos da pesquisa participativa: da observação participante à pesquisa-ação.** *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, v. 23, n. 3, p. 161-190, 2017.

PESSINI, Leocir. **Humanização e cuidados paliativos.** Edições Loyola, 2004.

PINTO, Viviane Fernandes Faria; MACIEL, Diva Maria Moraes Albuquerque. **Interações professora-criança em uma sala de recursos: caminhos para a co-construção da aprendizagem.** *Psicologia Escolar e Educacional*, v. 23, p. e191758, 2019.

POTT, E. T. B.; NEVES, M. A. P.; SOUZA, V. L. T. Contribuições da imaginação ao processo de desenvolvimento e à educação: Uma análise a partir da psicologia historicocultural. *Psicologia Escolar e Educacional*, v. 26, p. 1-9, 2022.

KELMAN, Celeste Azulay; BRANCO, Angela Uchôa. **Análise microgenética em pesquisa com alunos surdos.** *Revista Brasileira de Educação Especial*, v. 10, n. 01, p. 93-106, 2004.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer.** São Paulo: **Martins Fontes**, 1992.

KOVÁCS, Maria Julia. **Educação para a morte.** *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 25, p. 484-497, 2005.

KOVÁCS, Maria Julia. **Morte e desenvolvimento humano.** 5. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015.

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

RAMOS, Ingrid Dayana da Silva Marques. **Processos imaginativos de adolescente, em contexto de acolhimento institucional, acerca da vida adulta.** 2019. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco.

REALE, Maria Júlia de Oliveira Uchôa. **Representações sociais e práticas de profissionais de saúde acerca dos cuidados paliativos.** 2017.

REDIGOLO, Franciele Marques et al. Indexação e desinformação: possíveis relações. **Organização e representação do conhecimento em diferentes contextos: desafios e perspectivas na era da datificação,** 2023.

RODRIGUES, Bruna Affonso et al. **A comunicação de notícias difíceis pelos enfermeiros nos cuidados paliativos oncológico pediátricos: uma revisão integrativa.** *Research, Society and Development*, v. 10, n. 10, p. e335101018788-e335101018788, 2021.

RODRIGUES, Mariana de Sousa Dantas et al. **Fadiga por compaixão em profissionais de enfermagem no contexto dos cuidados paliativos: revisão de escopo.** *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, v. 25, n. 1, 2021.

RODRIGUES, Luís Fernando. Modalidades de atuação e modelos de assistência em Cuidados Paliativos. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Ampliado e atualizado**, v. 2, p. 86-93, 2012.

ROGOFF, Barbara; CHAVAJAY, Pablo. What's become of research on the cultural basis of cognitive development?. **American Psychologist**, v. 50, n. 10, p. 859, 1995.

RUBIO, K. Imaginação e criação de estados mentais. *Revista Brasileira de Psicologia do Esporte*, v. 2, n. 1, p. 1-23, 2008.

SANTOS, Elenito Bitencorth et al. O papel do/a enfermeiro/a: visão humanística dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos. 2016.

SANTOS, Francisco Nilson Paiva dos; TOLEDO, Renata Ferraz de. **Círculos de cultura sobre determinantes socioambientais: pesquisa-ação com agentes comunitárias de saúde de Paraisópolis, SP**. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 41, 2020.

SANTOS, Naira Agostini Rodrigues dos et al. Estresse ocupacional na assistência de cuidados paliativos em oncologia. 2017.

SARMENTO, Wagner Maciel et al. **Formação acadêmica e qualificação profissional dos enfermeiros para a prática em cuidados paliativos**. *Enfermagem em Foco*, v. 12, n. 1, 2021.

SAUNDERS, Cicely. The symptomatic treatment of incurable malignant disease. **Prescribers j**, v. 4, n. 4, p. 68-73, 1964.

SCHAEFER, Fernanda. A importância da implantação dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 20, n. 3, p. 26-50, 2020.

SIEGLER, ROBERT S. E KEVIN CROWLEY. "O método microgenético: um meio direto para estudar o desenvolvimento cognitivo." *Psicóloga americana* **46.6** (1991): 606.

SIEGLER, Robert S. How does change occur: A microgenetic study of number conservation. **Cognitive psychology**, v. 28, n. 3, p. 225-273, 1995.

SILVA, Francisca Cecília Ferreira et al. Assistência de enfermagem a pacientes com câncer em cuidados paliativos: Revisão integrativa: Nursing assistance to patients with cancer in palliative care: an integrative review. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 91, n. 29, 2020.

SILVA, Larissa Rebola Volpi da et al. Efeitos de curto prazo de um programa de imaginação sobre o medo de queda de indivíduos pós acidente vascular encefálico. **Motriz: Revista de Educação Física**, v. 19, p. 46-54, 2013.

SILVA, M. **Analisando o “aqui e agora” do processo de mudança: O presente como possibilidade de reorganização do passado e de orientações para o futuro**. In: MC Lyra, Garvey, Andrea P., M. Silva, & E. Chaves. *Microgênese: Estudos do processo de mudança*, p. 355-379, 2014.

SILVA, Rita de Cássia Velozo da; CRUZ, Enêde Andrade da. Planejamento da assistência de enfermagem em oncologia: estudo da estrutura das representações sociais de enfermeiras. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, p. 116-123, 2014.

TATEO, Luca. What imagination can teach us about higher mental functions. In: **Psychology as the science of human being**. Springer, Cham, 2016. p. 149-164. TATEO, Luca. Just an illusion? Imagination as higher mental function. **Journal of Psychology & Psychotherapy**, v. 5, n. 6, p. 1, 2015.

TATEO, Luca. O que a imaginação pode nos ensinar sobre funções mentais mais altas. In: **Psicologia como a ciência do ser humano**. Springer, Cham, 2016. p. 149-164.

TATEO, Luca. Vendo a imaginação como resistência e resistência como imaginação. In: **Resistência na Vida Cotidiana**. Springer, Cingapura, 2017. p. 233-245.

TEOLI, D. et al. StatPearls [Internet]. **Palliative care. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing**, 2023.

THIOLLENT, Michel Jean Marie; COLETTE, Maria Madalena. Pesquisa-ação, universidade e sociedade. **Revista Mbote**, v. 1, n. 1, p. 042-066, 2020.

TROTTE, Liana Amorim Corrêa et al. Processo de morte e morrer e cuidados paliativos: um pleito necessário para graduação em enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, p. e67883-e67883, 2023.

TUCCI, Daniel Eid. Vico, a imaginação da imaginação. 2015.

VALSINER, J. **Culture and the Development of the Children's Action: A Cultural: Historical Theory of Developmental Psychology**. New York: John Wiley & sons, 1987.

VALSINER, J. **Culture and Human Development**. London, UK: Sage. 2000.

VALSINER, Jaan. **Culture in minds and societies: Foundations of cultural psychology**. SAGE Publications India, 2007.

VALSINER, Jaan. Cultura em psicologia: Um encontro renovado de mentes curiosas. In: **O manual de Oxford de cultura e psicologia**. 2012.

VALSINER, Jaan. Além dos métodos para a metodologia sistêmica aberta nas psicologias culturais contemporâneas. **Onde a cultura e a mente se encontram: Princípios para uma psicologia cultural dinâmica**, p. 143-178, 2020.

VASQUES, Tânia Cristina Schäfer et al. Percepções dos trabalhadores de enfermagem acerca dos cuidados paliativos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 770-7, 2013.

VIDAL, Edison Iglesias de Oliveira et al. Posicionamento da ANCP e SBGG sobre tomada de decisão compartilhada em cuidados paliativos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00130022, 2022.

VYGOTSKY, L. S. Principios de la educación de los niños físicamente deficientes. In: VYGOTSKY, L. S. **Obras Escogidas V: Fundamentos de defectología**. Madrid: Visor, 1997, p. 59-72.

VYGOTSKY, Lev Semenovich. Imagination and creativity in childhood. **Journal of Russian & East European Psychology**, v. 42, n. 1, p. 7-97, 2004.

VYGOTSKY, L. S. Imaginação e criação na infância. Tradução de Zoia Prestes. São Paulo: Ática, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2.ed. Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 10 facts on palliative care, 2017

ZITTOUN, Tania; CERCHIA, Frédéric. Imagination as expansion of experience. **Integrative Psychological and Behavioral Science**, v. 47, p. 305-324, 2013.

ZITTOUN, Tania et al. **Melodies of life**. Developmental science of the Human Life Course. 2013.

ZITTOUN, Tania; GILLESPIE, Alex. **Imagination in human and cultural development**. Routledge, 2015.

ZITTOUN, Tania; GILLESPIE, Alex. **Imagination: Creating alternatives in everyday life. In: The Palgrave handbook of creativity and culture research**. Palgrave Macmillan, London, 2016. p. 225-242.

ZITTOUN, Tânia; GILLESPIE, Alex. Imaginando o futuro coletivo: uma perspectiva sociocultural. In: **Imaginando futuros coletivos**. Palgrave Macmillan, Cham, 2018. p. 15-37.

ZITTOUN, Tania; GILLESPIE, Alex. **Imagination in human and cultural development**. Routledge, 2015.

ZITTOUN, Tania. **Imagination in people and societies on the move: A sociocultural psychology perspective**. *Culture & Psychology*, v. 26, n. 4, p. 654-675, 2020.

ZITTOUN, T.; BAUCAL, A. **The relevance of a sociocultural perspective for understanding learning and development in older age**. *Learning, Culture and Social Interaction*, v. 28, p. 1-8, 2021.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estatísticas mundiais de saúde 2022**. Organização Mundial da Saúde, 2022.

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO

Cuidados Paliativos: imaginação de profissionais de enfermagem

Dados socioeconômicos

1. Gênero

- Masculino
- Feminino

2. Qual a sua faixa etária?

- De 18 a 25 anos e 11 meses
- De 26 a 32 anos e 11 meses
- De 33 a 39 anos e 11 meses
- De 40 a 46 anos e 11 meses
- Acima de 47 anos

3. Estado civil?

- Solteiro (a)
- Casado(a)/ mora com um(a) companheiro(a)
- Separado(a)/ Divorciado(a)
- Viúvo(a)

4. Tem filhos?

- Sim
- Não

5. Qual seu grau de escolaridade?

- Técnico
- Superior incompleto
- Superior completo
- Especialização
- Mestrado
- Mestrado incompleto
- Doutorado
- Doutorado incompleto

Informações profissionais

6. Quanto tempo de sua última formação completa

- Menos de 1 ano

- De 1 a 5 anos e 11 meses
- De 6 anos a 10 anos e 11 meses
- Acima de 11 anos

7. Você possui quantos vínculos empregatícios?

- 1 vínculo
- 2 vínculos
- 3 ou mais vínculos

8. Nessa Instituição, você trabalha em que setor?

- Oncologia Adulto
- Hematologia Adulto
- TMO
- Clínica Médica
- Clínica Cirúrgica
- Cuidados Paliativos

9. Há quanto tempo você trabalha nesta função?

- Menos de 1 ano
- De 1 ano e 2 anos e 11 meses
- De 3 anos e 5 anos e 11 meses
- De 6 anos e 10 anos e 11 meses
- Acima de 11 anos

Atuação profissional

10. Quanto tempo de atuação profissional com pacientes com câncer?

- Menos de 1 ano
- Entre 1 e 5 anos
- Entre 5 e 10 anos
- Acima de 10 anos

11. Você já trabalhou em algum serviço exclusivo de Cuidados Paliativos?

- Sim
- Não

12. Atualmente, trabalha em um serviço exclusivo de Cuidados Paliativos?

- Sim
- Não

13. Você possui alguma formação anterior em Cuidados Paliativos?

Sim

Não

14. Onde você recebeu as primeiras informações sobre Cuidados Paliativos?

Curso técnico

Faculdade

Pós graduação

Cursos extra curriculares

Simpósios e congressos

Internet

Na atuação profissional

Nenhum lugar

Outro: _____

15. Você se sente preparado (a) para cuidar de um (a) paciente em contexto de Cuidados Paliativos?

Sim

Não

Talvez

16. Hipoteticamente, caso alguém da sua família tivesse um diagnóstico oncológico fora de possibilidade de tratamento curativo, e a indicação clínica fosse de condutas de Cuidados Paliativos, o que você faria?

Aceitaria.

Auxiliava toda a família, com informações que ajudassem a compreender e aceitar.

Não aceitaria.

Buscaria outro especialista ou serviço.

Não saberia o que fazer.

27. Você aceitaria a abordagem de Cuidados Paliativos para você, caso necessitasse?

Sim

Não

Talvez

Nunca

21. Se alguém te pedisse para explicar o que são Cuidados Paliativos, o que você diria? (Responda com suas palavras, sem se preocupar com termos técnicos).

22. Por favor, me diga ao menos 5 (cinco) palavras que vem à sua mente, quando alguém fala em Cuidados Paliativos.

Muito obrigada pela sua colaboração.

APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA COGNITIVA*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (para maiores de 18 anos ou emancipados)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa: **PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM IMAGINANDO CUIDADOS PALIATIVOS: EXPANSÃO DA EXPERIÊNCIA E CÍRCULOS DE CULTURA**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora JOSENE FERREIRA CARVALHO, residente na Rua Dom Vital 183, apt. 301 Piedade, Jaboatão dos Guararapes, CEP 54420-190 – Telefone (81) 9 99249599 e e-mail: josene.carvalho@ufpe.br.

Esta pesquisa está sob a orientação de: Ana Karina Moutinho. Telefone: (81) 997630802, e-mail ana.mlima@ufpe.br

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com a responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Descrição da pesquisa e esclarecimento da participação: Esta pesquisa tem como objetivo analisar as potencialidades e limites na expansão da experiência de técnicos de enfermagem sobre sua atuação com pacientes em cuidados paliativos, mediante a aplicação de círculos de cultura no desenvolvimento do processo de imaginação. A sua participação na pesquisa será como voluntário para responder à entrevista e participar de rodas de conversa (Círculos de Cultura).

Os procedimentos serão compostos por quatro etapas interdependentes sendo: Etapa 1- responder a um formulário com questões simples e objetivas, estruturado em três partes: a primeira contendo dados de identificação, socioeconômicos e relacionados ao tempo de atuação; a segunda são questões fechadas que dizem respeito ao conhecimento sobre cuidados paliativos, e a terceira constitui de perguntas abertas sobre cuidados paliativos. Etapa 2 com entrevistas semiestruturadas, duração média de 40 minutos, realizada individualmente e presencialmente em uma sala com ambiente reservado, serão áudio gravadas.

Etapa 3 com três encontros de Círculos de Cultura, os participantes serão consultados, no que concerne à disponibilidade de tempo, turnos e local para participação nesta etapa e será realizado um planejamento de intervenção educativa, por meio dos Círculos de Cultura (roda de conversa), sobre Cuidados Paliativos, será composta por atividades em grupo, portanto, a definição de data e horário só será possível após comum acordo dos participantes. Serão feitos três encontros (sendo um por semana), para realização dos Círculos de Cultura, com duração média de 60 minutos cada encontro, divididos em temáticas. O registro dos dados durante o desenvolvimento de cada Círculo de Cultura, serão vídeo gravados e áudio gravados, feitas anotações em diário de campo, registros fotográficos, além de produções coletivas, pelos participantes, de cartazes.

E Etapa 4 com entrevistas semiestruturadas duração média de 40 minutos, realizada individualmente e presencialmente em uma sala com ambiente reservado.

RISCOS: Como riscos decorrentes da pesquisa existe a possibilidade de, ao acessar os conteúdos sobre os sentimentos e pensamentos referentes ao tema da pesquisa, os participantes se mobilizem emocionalmente, ou se sintam constrangidos ao compartilhar sobre suas práticas de trabalho. Para minimizar esses riscos, a pesquisadora responsável, que é psicóloga, irá se prontificar para acolher e oferecer suporte emocional, bem como realizar encaminhamentos para serviços de referência em saúde mental. Caso necessário um acompanhamento mais imediato, pós acolhimento da pesquisadora, o (a) participante será encaminhado para o plantão psicológico oferecido no ambulatório de saúde mental da instituição onde ocorrerá a coleta de dados.

BENEFÍCIOS: Para além de ser apenas uma coleta de dados, pela função da pesquisadora dentro do serviço como psicóloga, durante as entrevistas e participação nos círculos de cultura, os participantes terão como benefício um espaço de fala e reflexão acerca dos significados, pensamentos e sentimentos que vivenciam nesse momento e que se relacionem a temática. Além disso, há a possibilidade de a partir desse trabalho se construir conhecimentos que favoreçam a prática no acolhimento e psicoeducação junto a familiares e cuidadores de pacientes que estão no processo de cuidados paliativos dentro de instituições de saúde.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (audiogravações, entrevistas, fotos e filmagens), ficarão armazenados em uma pasta de arquivo protegida por senha, armazenada em nuvem, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM IMAGINANDO CUIDADOS PALIATIVOS: EXPANSÃO DA EXPERIÊNCIA E CÍRCULOS DE CULTURA**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha

participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE 3: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - COLETA DE DADOS VIRTUAL

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA COGNITIVA*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - COLETA DE DADOS VIRTUAL

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa: **PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM IMAGINANDO CUIDADOS PALIATIVOS: EXPANSÃO DA EXPERIÊNCIA E CÍRCULOS DE CULTURA**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora **JOSENE FERREIRA CARVALHO**, residente na Rua Dom Vital 183, Piedade, Jaboatão dos Guararapes, CEP 54420-190 – Telefone (81) 9 99249599 e e-mail: josene.carvalho@ufpe.br. Esta pesquisa está sob a orientação de: Ana Karina Moutinho, e-mail ana.mlima@ufpe.br, e tem como colaboradora Amanda Kamyllle Cavalcanti Guedes, e-mail psico.amandacavalcanti@gmail.com

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde em participar desse estudo, pedimos que assinale a opção de “Aceito participar da pesquisa” no final desse termo.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Esta pesquisa tem como objetivo analisar as potencialidades e limites na expansão da experiência de profissionais de enfermagem sobre sua atuação com pacientes em cuidados paliativos, mediante a aplicação de círculos de cultura no desenvolvimento do processo de imaginação. A sua participação na pesquisa será como voluntário para responder a um formulário eletrônico com questões simples e objetivas, estruturado em três partes: a primeira contendo dados de identificação, socioeconômicos e relacionados ao tempo de atuação; a segunda são questões fechadas que dizem respeito ao conhecimento sobre cuidados paliativos, e a terceira constitui de perguntas abertas sobre cuidados paliativos. Esses dados serão coletados de maneira remota (online) por meio das redes sociais utilizando formulário eletrônico disponibilizados para profissionais de enfermagem que atuam com pacientes oncológicos internados.

O (a) senhor (a) receberá o convite para participar da pesquisa e preencher o formulário via WhatsApp. Será solicitado às coordenações de enfermagem de cada setor, para repassar o link de formulário para os participantes.

O link ficará ativo até que se atinja o número de participantes desejado.

O preenchimento será realizado individualmente, online por meio de documento estruturado no Google Forms®. Deverá ser preenchido uma única vez por cada participante. Será necessário um tempo máximo de 10 minutos para o preenchimento de todo o instrumento.

RISCOS: O estudo oferece risco associado à possível constrangimento na resposta às informações solicitadas ou desconforto pelo tempo necessário para preenchimento do formulário eletrônico de coleta de dados. Como maneira de minimizar o risco, as questões serão objetivas e está garantido ao participante o sigilo das informações, seu anonimato e utilização dos dados apenas para fins acadêmicos. Também está garantida a opção de desistir da

pesquisa a qualquer momento sem nenhuma penalidade ou ônus. O formulário será organizado de maneira objetiva e passará por avaliação de especialistas quanto ao seu conteúdo e clareza.

Riscos relacionados à pesquisa em ambiente virtual: As pesquisas em ambientes virtuais possuem alguns riscos que são inerentes ao uso dos equipamentos tecnológicos bem como do sinal de internet. Portanto, queda de energia ou do sinal de internet podem dificultar ou mesmo impossibilitar a realização de uma etapa da pesquisa, sendo assim necessário entrar novamente no link disponibilizado para que as respostas ao questionário sejam concluídas. Pesquisas que utilizem de plataformas virtuais possuem limitações para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação, pensando nisso, optamos por utilizar os formulários da plataforma Google, uma vez que não é possível obter a informação exata de quem respondeu e onde, já que os formulários não registram GPS e não há necessidade de o participante utilizar dados de identificação pessoal.

As pesquisadoras declaram ter conhecimento dos riscos e da política de privacidade da ferramenta Google Forms e cumprirão as normas éticas de armazenamento de dados para salvaguardar o sigilo dos participantes.

Armazenamento dos dados coletados: As pesquisadoras comprometem-se a apagar da nuvem/rede os dados sobre a pesquisa (todos eles, inclusive os termos, anuências, consentimentos), e declaram que os dados coletados nesta pesquisa (respostas abertas e de múltipla escolha), ficarão armazenados em pastas de arquivo zipado em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora Josene Ferreira Carvalho, residente no endereço Rua Dom Vital 183, Piedade- Jaboatão dos Guararapes-PE, pelo período mínimo de 5 anos.

BENEFÍCIOS diretos/indiretos: Os benefícios desta pesquisa serão indiretos, pela possibilidade de se evidenciar dificuldades nos cuidados que poderão subsidiar o planejamento de intervenções assistenciais educativas com vistas a apoiar os profissionais de enfermagem no cuidado à pacientes em cuidados paliativos. Desse modo, não há benefícios diretos para o participante.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os questionários coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em pastas de arquivo, sob a responsabilidade da pesquisadora Josene Ferreira Carvalho, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento para participar da pesquisa.*

Li, compreendi e aceito participar da pesquisa

Li, compreendi e não aceito participar da pesquisa