

“AGIR EM COMPETÊNCIA” E CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REFLEXÃO SOBRE O CUIDAR DE PACIENTES TERMINAIS

Nádia Roberta Chaves Kappaun

Simone Santos Silva Oliveira

Hélder Pordeus Muniz

1. Introdução

No Brasil, o surgimento dos cuidados paliativos é recente. Apenas na década de 1980, criam-se unidades de cuidados paliativos vinculadas a serviços de tratamento oncológico ou de dor crônica, localizadas nas regiões sul e sudeste (Floriani; Schramm, 2010). A expansão dessa proposta ocorre apenas a partir de 2000, com destaque à Resolução do Conselho Federal de Medicina 1973/2011, que criou a medicina paliativa como área de atuação. Logo, a filosofia dos cuidados paliativos dissemina-se no país nos últimos anos.

Compreende-se que os cuidados paliativos trazem, para o cuidado de pacientes com doenças crônicas, uma nova proposta de assistência, diferente do modelo biomédico. Nesse contexto, a introdução de serviços de cuidados paliativos implica em um encontro, pelo profissional da saúde, com uma filosofia diferente da que conviveu em sua formação ou durante sua atuação em outros serviços de saúde. Assim, um dos desafios presentes é como construir novos modos de trabalhar na assistência, mobilizando saberes e técnicas que sejam coerentes com os valores defendidos por essa proposta. Isso exige um esforço de pesquisas que auxiliem na compreensão do processo de produção de saberes relacionados às práticas profissionais na assistência.

Considerando que a mudança do modelo assistencial está intimamente associada a mudanças nos microprocessos de trabalho, este artigo procura compreender os ingredientes da competência

mobilizados por profissionais de saúde nas atividades exercidas em cuidados paliativos para pacientes oncológicos. Procurou-se trazer um novo olhar sobre os dados produzidos em pesquisa anterior, utilizando para análise os constructos “atividade” e “ingredientes da competência”.

2. Referencial teórico

2.1. Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos são mais que cuidar de “doentes terminais” – terminologia em desuso entre profissionais da área de saúde –, pois preveem uma série de princípios diferenciados dos vigentes no modelo biomédico. A filosofia do paliativismo propõe a alteração da visão meramente curativa e o reconhecimento de que a morte do paciente é, em curto ou médio prazo, inevitável (McCoughlan, 2003). A morte é, então, encarada por um novo ângulo, chamada de “boa morte” (Menezes, 2004).

A característica principal desses cuidados é o reconhecimento das necessidades de uma pessoa e sua família quando diante do avanço de uma doença sem possibilidade de cura. O foco dessa filosofia é a promoção de qualidade de vida até a morte, o paciente desfrutando, com autonomia, o máximo de sua capacidade física e mental, enquanto for possível (Saunders, 2004). O reconhecimento e controle de sintomas é objetivo fundamental, não somente os sintomas físicos, mas também os sociais, psíquicos e espirituais (Menezes, 2004).

Para isso, é necessária a presença de uma equipe multiprofissional treinada na filosofia e prática da palição, cuja prioridade é usar os múltiplos conhecimentos para aliviar o sofrimento em todas as suas formas; contando-se também com a participação de capelães e voluntários (Radbruch; Payne, 2010).

Nessa prática, a família também é objeto de cuidado, pois auxiliam-se familiares a lidarem com sentimento de culpa e depressão ou na resolução de conflitos, reconciliações e fortalecimento da rede familiar (O’Brien; Monroe, 1990; Saunders, 2004; West; Kirkham, 1981).

Para tanto, propõe-se a construção de uma relação entre pacientes, familiares e profissionais, pautada na comunicação clara e franca, a fim de possibilitar ao doente o controle do processo de morte, participando das decisões de cuidado (Menezes, 2004). Esse cuidado contrapõe-se ao modelo da “morte moderna”, no qual se utilizam tecnologias de prolongamento da vida, sendo a morte controlada, inconsciente, silenciosa e ocultada (Elias, 2001).

Contudo, a mudança do modelo de assistência, por exemplo do modelo curativo para o paliativo, exige interferência nos microprocessos de trabalho e em suas concepções, construindo novas relações dos profissionais entre si e com os usuários (Scherer; Marino; Ramos, 2004). Como uma “nova técnica”, criam-se “laços, interseções, novas configurações: algo como novas tradições” (Schwartz; Durrive, 2007, p.88).

2.2. Atividade e Agir em competência

A Ergologia é um referencial ético-epistemológico que busca compreender a atividade industriosa – o trabalho – conferindo centralidade ao trabalhador.

A atividade tem três características essenciais: transgressão – por não ser absorvida ou monopolizada por nenhum campo de prática ou disciplina, perpassando pelo biológico, cultural e valores –; mediação – pois incorpora as dialéticas entre todas essas disciplinas e também entre local e global, *macro* e *micro* –; e contradição (potencial) – por ser onde ocorre debate entre normas antecedentes e tendências a renormatizações, levando a resultados sempre incertos (Schwartz, 2005).

O “debate de normas” é inerente à atividade humana, pois a realização da atividade implica na gestão de vários conjuntos de normas. Retomando Canguilhem (2009), pontua-se que as normas que permeiam a atividade humana são tanto externas ao indivíduo quanto dele próprio, tendo importância por serem referência de um estado satisfatório ou a expressão daquilo que é indesejável.

Fala-se, então, de normas antecedentes, como aquelas que buscam prever e orientar as atividades, referindo-se a modelos constituídos historicamente por meio de elementos culturais, técnicos

e científicos, englobando mais que apenas as regras e regulamentos da organização, mas também as normas e técnicas das profissões, da cultura e do coletivo de trabalho (Brito et al., 2011).

Pontua-se que no trabalho não existe apenas “uma norma”, mas “normas”, em um pluralismo de valores do qual depende a relatividade do normal (Canguilhem, 2001). Assim, toda atividade de trabalho demanda escolhas, debate de normas e encontro de valores; produzindo-se situações parcialmente previsíveis, mas também parcialmente inéditas (Schwartz; Durrive, 2007b).

Dessa forma, o trabalhador modifica o meio em torno de suas próprias normas (e isso é viver), reagindo de modo singular ao preencher as lacunas da insuficiência das ordens, das normas e dos conselhos. Isso produz uma dimensão ressingularizada, pois cada pessoa lida com essas lacunas a seu modo, com sua história e seus valores, que direcionarão as escolhas do trabalhador. Isso reforça o caráter duplamente infiel do meio, que não sendo passível de padronização absoluta, ainda é modificado pela atividade (Schwartz; Durrive, 2007b).

Trabalhar é, então, gerir um “vazio de normas”, o inédito da atividade, que não pode ser antecipado pelas normas e é oriundo das “infidelidades do meio”, daquilo que é imprevisível na relação com o ambiente humano, cultural e técnico. Para realizar algo, o trabalhador precisa convocar suas próprias capacidades, recursos e escolhas; isso é “agir em competência”, ou seja, agir em uma situação, em um dado momento (Schwartz; Durrive, 2007b). Ser competente é, então, utilizar aquilo que o meio oferece para gerir as relações em função de valores (Schwartz, 1998; Schwartz; Durrive, 2007a).

A noção de competência possibilita compreender o “saber-fazer” situado na atividade e associando competência às condições do meio de trabalho (Zarifian, 2001b, 2001c). Entende-se também que a noção de competência expande a investigação sobre o que é requerido na atividade e sua compreensão (Schwartz, 1998; Schwartz; Durrive, 2007a). Porém, é difícil uma definição operacional das competências para concatenar dimensões não homogêneas, mensuráveis ou que possam ser comparadas, uma vez que dizem respeito à experiência humana (Schwartz, 1998; Schwartz; Durrive, 2007a).

Existem três elementos fundamentais da competência, cuja articulação não é fácil: a apropriação do que diz respeito ao codificado, conceitualizado e transmissível, aludindo às normas antecedentes; o domínio daquilo que a situação tem de histórico e de inédito, por ser encontro de encontros; e, para gerir o inédito, o voltar-se para os próprios valores (Schwartz, 1998, 2007a).

A análise da competência deve ser ajustada à situação de trabalho, que tem limites imprecisos, os quais não são descritíveis e pertencem à dimensão de “encontro de encontros”, de singularidades. A competência combina ingredientes heterogêneos, com uma dimensão de valor, não mensurável em escala absoluta. Diversos elementos presentes na noção de competências não se articulam facilmente (Cunha, [s.d.]; Schwartz, 1998).

Nesse sentido, o agir em competência apresenta um certo perfil de ingredientes mobilizados por um profissional em uma dada situação, reforçando a importância de caracterizar a situação, sem impedir generalidades relativas (Schwartz; Durrive, 2007a). Utiliza-se o termo “ingredientes” para destacar a necessidade de cada um e sua combinação como temperos na culinária (Holz, 2014; Schwartz; Durrive, 2007a).

O primeiro ingrediente refere-se ao domínio de conhecimentos e protocolos para construir relações antes mesmo que as situações ou ações ocorram; refere-se aos conhecimentos e conceitos que procuram prever causas e consequências. Esse ingrediente refere-se a saberes identificáveis, passíveis de serem armazenados, sistematizados e transmitidos (Cunha, [s.d.]; Muniz; Vidal; Vieira, 2004; Schwartz, 2007a).

Já o segundo ingrediente tem sua heterogeneidade ao incorporar a singularidade de uma situação de trabalho. Esse ingrediente diz respeito à apreensão do inédito de cada situação de trabalho e do histórico infiltrado em cada atividade.

O terceiro ingrediente concerne à capacidade de colocar em sinergia o protocolar (ingrediente 1) e o singular (ingrediente 2), em uma dada situação de trabalho (Schwartz, 2007a).

O quarto ingrediente inclui o debate de normas (instituídas ou impostas) e o debate de valores. Essa dimensão está intimamente relacionada ao meio de trabalho e diz respeito à possibilidade de o trabalhador imprimir nele algumas de suas normas de vida. O debate de valores e de normas aponta para uma negociação permanente, com valores e normas de vida dos outros, com recorrência sobre o ingrediente 3. Esses “outros” são colegas, hierarquias, regras institucionais, os quais oportunizam o debate sobre as potências e limites propiciados pelo, e no meio de, trabalho (Schwartz, 1998, 2007a).

O quinto ingrediente diz respeito à intensificação do potencial da pessoa, tendo recorrência sobre cada ingrediente, referindo-se tanto a uma ordem individual, quanto às possibilidades do meio de trabalho para o exercício da normatividade e para o engajamento da pessoa. Assim, o meio de trabalho, tendo para a pessoa importância de algo que é “seu”, proporciona e facilita o pôr em sinergia os ingredientes anteriores, sendo possível que todos os ingredientes sejam potencializados e desenvolvidos (Schwartz, 1998, 2007a).

O sexto ingrediente traz outra ruptura e heterogeneidade, pois refere-se às “entidades coletivas relativamente pertinentes” (ECRP), que, coletivamente, põem em sinergia diferentes ingredientes de competência. Ressalta-se que a incidência dos diversos ingredientes difere entre pessoas e jamais será padronizável; assim, o ingrediente 6 está além de uma “competência coletiva”, ao passo que representa a constituição de equilíbrios diversos e complementares de acordo com a missão a cumprir ou a tarefa a executar (Schwartz, 1998, 2007a).

De maneira mais ampla, pode-se compreender as ECRP como um movimento de duplo sentido entre um polo dos debates e dos valores, o qual é globalmente chamado de polo político, e um outro polo micro ou local, que é a atividade. Nas atividades de trabalho, as normas e os valores são processados e reprocessados, produzindo efeitos no debate mais coletivo e social, assim, as ECRP têm algo relativo ao “viver junto” e são importantes para compreender nossa história (Schwartz, 2007a).

3. Metodologia

Este artigo retoma dados de pesquisa de mestrado, aprovada pelos comitês de ética das instituições proponente e participante.

A referida pesquisa (autor, ano) foi realizada na enfermaria de uma unidade de cuidados paliativos oncológicos em um hospital público do Rio de Janeiro, no período entre outubro e dezembro de 2012. As técnicas empregadas foram observação participante sem roteiro prévio e entrevistas semiestruturadas, norteadas por temas de interesse do estudo, tendo como questão disparadora: “Fale-me sobre os seus sentimentos em lidar com esse perfil de paciente”.

Primeiramente ocorreu a observação participante, quando se acompanhou as atividades de diversos profissionais e também pausas e confraternizações, registrando em diário de campo ao final do dia. As entrevistas ocorreram após esse momento, em uma sala reservada no andar onde cada entrevistado trabalhava. Foram entrevistadas 14 profissionais da internação hospitalar atuantes na assistência direta: enfermeiras, técnicas de enfermagem, fisioterapeutas, médicas, psicólogas, nutricionistas e assistentes sociais. Com a permissão das entrevistadas, as “conversas com intenção” (Minayo, 2010; Minayo; Deslandes; Gomes, 2010) foram gravadas e transcritas. Devido à participação de apenas uma representante de algumas categorias, no texto não iremos identificá-las.

No presente artigo, analisaram-se os dados obtidos sob o referencial da Ergologia. Nesse sentido, procedeu-se à leitura atenta dos registros e transcrições, de forma a apreender o contexto da atividade desempenhada à época e para analisar os ingredientes da competência mobilizados nessas atividades.

4. Resultados e discussão

4.1. Normas: inflação e ausência de normas

O primeiro ingrediente trata dos protocolos, conhecimentos e normas que são referência prévia para a construção de relações e interações. Esses elementos procuram prever causas, consequências e nortear ações, remetendo a um distanciamento da pessoa em relação à situação, à sua vida ou aos seus desejos. Esses saberes ocorrem a partir

de uma certa abstração e, de certa forma, neutralizam a infiltração do histórico, possibilitando a previsão de resultados a serem obtidos (Cunha, [s.d.]; Schwartz, 2007a; Schwartz; Durrive, 2007a).

É importante destacar que a dimensão protocolar, ou do Registro 1, como denomina Schwartz, é necessária por sua utilidade em orientar a ação, propiciando um parâmetro para fazer “bem feito”, sendo impossível projetar uma atividade sem normas antecedentes (Schwartz, 2007a).

As normas no trabalho em saúde referem-se tanto aos diversos parâmetros e protocolos, como também a outras normas, que são postas em debate durante a atividade no setor saúde. As normas balizadoras do trabalho em serviços públicos de saúde são ligadas aos saberes técnicos e científicos, ao planejamento e organização prescrita do trabalho, aos trabalhadores e aos usuários (Brito et al., 2011).

Em Cuidados Paliativos, a essas normas somam-se outras, próprias do paliativismo, que priorizam o controle dos sintomas, a autonomia dos sujeitos e o cuidado compartilhado entre profissionais, pacientes e família.

Na atividade analisada, as normas ligadas ao planejamento e à prescrição orientam o preenchimento de documentos e os protocolos para o cuidado específico:

Aqui a gente tem muito trabalho, não só o técnico, mas tem o trabalho burocrático, a gente tem muita documentação, muito papel. [sic] – entrevistada 4;

A gente institui os cuidados ao fim de vida, que é você otimizar o quadro de prescrição, deixar de lado a futilidade terapêutica.... Ai você faz as medidas de conforto, que passam a ser soberanas. [sic] – entrevistada 6.

A utilização de termos e conceitos usuais em cuidados paliativos, como “cuidados ao fim de vida” e “futilidade terapêutica”, é um indício da presença do protocolar na atividade.

Contudo, a análise do ingrediente 1 desvela mais que uma “inflação de normas” – um conjunto robusto de conhecimentos dos quais o trabalhador deve se apropriar. – Há também uma “ausência de normas”, não somente o “vazio de normas” inerente a toda e qualquer atividade.

Assim, a “ausência de normas” apresentou-se além de uma “dificuldade nas políticas de gestão e financiamento” ou “ausência ou deficiência de meios para alcançar”, metas difíceis ou contraditórias (Brito et al., 2011, p. 38). Na atividade sob a perspectiva dos Cuidados Paliativos, a ausência de normas está na inexistência de uma política nacional e na demora para aprovação de projeto de lei que altera o código penal sobre a ortotanásia – em tramitação no Poder Legislativo Federal desde 2000, quando a matéria foi apresentada ao Senado e, no momento, o projeto de lei está em apreciação pela Câmara dos Deputados, onde tramita desde 2009 (Brasil, 2009; Brasil, 2000).

A ausência de normas também está demarcada na deficiência de formação para a área. O contato com esses preceitos não ocorre na formação básica (nível médio ou superior), como explicitado por profissionais de diversos níveis de formação:

Bom, a princípio a gente chegou aqui, foi passado a rotina, mas como eu te falei, a gente não tinha nenhum treinamento em cuidados paliativos. Então, assim, foi um mundo novo pra mim. [sic] – entrevistada 7;

Assim, na verdade, eu não conhecia esse perfil de pacientes. Eu não conhecia cuidados paliativos... Quando eu ouvi que viria para o HC IV, entrei na internet e fui descobrir o que era o HC IV. Ai que eu fiquei sabendo que era uma unidade de cuidados paliativos e tudo mais. [sic] – entrevistada 1.

A ausência de formação em cuidados paliativos pode estar associada às dificuldades enfrentadas pelos profissionais na unidade de cuidados paliativos, evidenciando a importância do ingrediente 1 para a realização das atividades:

No início foi bastante chocante. Depois, a gente vai lidando com a dinâmica, vai aprendendo, vai desenvolvendo e caminha. [sic] – entrevistada 11.

No que diz respeito à população, o desconhecimento sobre a existência dessa opção de tratamento, também se desvela como um espaço de ausência de normas:

Primeiro que eles (pacientes) já vem pra cá com um mito muito grande, segundo que alguns deles não tem nenhuma noção. [sic] – entrevistada 5;

Ainda há muita discriminação de um modo geral sobre a unidade de cuidados paliativos... As pessoas ainda, vamos dizer assim, fogem do assunto. [sic] – entrevistada 11.

A análise do ingrediente 1 diz algo sobre o trabalhador e também sobre o contexto de sua atividade, local ou globalmente (institucional, políticas públicas ou das profissões); revelando normas presentes (e até inflação) e ausentes. A compreensão desses aspectos é importante para a análise do trabalho em cuidados paliativos, bem como do âmbito mais global, no campo político, dos serviços/instituições, e até mesmo das profissões.

4.2. Atividade como “encontro de encontros”

O segundo ingrediente diz respeito à apreensão pelo trabalhador da singularidade e do histórico de sua atividade. Ele permite a ampliação do escopo de atuação mediante a diversidade de situações com as quais tenha lidado, êxitos e fracassos obtidos com as decisões tomadas.

Assim, para avaliar esse ingrediente, considera-se o “corpo-si” e a “temporalidade ergológica”. É no corpo-si que o ingrediente 2 se expressa, um corpo próprio, possuidor de uma sabedoria que se forma na conjunção do corpo físico e também psíquico, cultural e histórico; um corpo que também negocia pontos de referências e valores (Schwartz, 1998).

O conceito de corpo-si ressalta as escolhas feitas “inconscientemente” e que se revelam através do gestual, das economias do corpo, das sinalizações sensoriais e visuais; o corpo-si é uma entidade que não é exclusivamente biológica, consciente ou cultural. Traz a dimensão do gestual, biológico, e também engloba as dimensões da “história psíquica”, do domínio da cultura e do meio (técnicas, normas, valores e construções do social) (Schwartz, 2007a, 2014).

A apropriação desse ingrediente está relacionada a uma temporalidade que não é só cronológica, mas que corresponde a uma variabilidade de experiências (Schwartz, 1998). A temporalidade ergológica faz referência a uma experimentação própria da/na atividade, não relacionada à cronologia ou à quantidade de experiências, mas à variedade de situações vivenciadas (Holz;

Bianco, 2014).

A importância desse ingrediente na atividade apresenta-se quando os profissionais falam da “preparação” para esse trabalho:

É uma especialização que requer sobretudo uma sensibilidade... Que requer muito preparo e não é só técnico, é emocional. [sic] – entrevistada 2;

Tem que ter o perfil. Não é qualquer pessoa que consegue estar aqui com tantas questões que a gente vê no dia a dia, tantos questionamentos, tantas coisas que as pessoas se deparam, as famílias se deparam com aquilo e você também muitas vezes se depara. [sic] - entrevistada 8.

Assim, a apreensão das singularidades é fundamental para a relação do profissional com o usuário e sua família:

Porque ninguém chega em cuidados paliativos sem ter uma vida muito sofrida antes em algum momento.... Já é um momento muito delicado pra família, pro paciente e eles veem você como um suporte. [sic] – entrevistada 4;

Então, cada um tem um jeito de lidar, você nunca pode lidar com um achando que vai ser a mesma coisa com o outro. [sic] – entrevistada 11;

Bom, para o paciente, como todo brasileiro, comida dá prazer. Então, virar para o paciente, ou muitas vezes para o acompanhante, falar que ele não vai poder se alimentar é um choque, né, muito grande. [sic] – entrevistada 7.

Em cuidados paliativos, a apreensão do que há de histórico e cultural também envolve o ideário da terminalidade para cada um e em encontro:

Você trabalha com um processo que já é difícil, nós somos o 38° lugar, um dos países com piores condições de morte no mundo. [sic] – entrevistada 2;

A morte, ela é nossa inimiga, mas, ao mesmo tempo, ela é justa, porque a morte não escolhe ninguém, nem pobre, nem rico, nem mais culto, nem ninguém. Chega o dia, a morte vem, infelizmente... Mas é... Acostumar, não acostuma, não. A gente é obrigado a conviver com a morte na vida. [sic] – entrevistada 11;

Eu já passei por essa experiência diversas vezes, de estar com a família esperando o último suspiro. É um momento em que a gente é tomado por um sentimento muito difícil de descrever. Me ensina muitas coisas. Mas eu percebo como é importante a presença de

alguém ali. [sic] – entrevistada 10;

Eu acho que a gente tenta lidar com isso de uma forma mais profissional possível, pra poder acolher essa família na hora da morte. Se você não tem estrutura, a família tem muito menos... Mas a morte, eu acho que a morte é difícil pra qualquer um. [sic]
– entrevistada 4.

O desafio para os profissionais em cuidados paliativos está na cultura e no imaginário sobre a morte, pois é, principalmente, em torno dessa questão que se prestam os cuidados e deve ser manejada em relação a si mesmos e aos pacientes e familiares.

4.3. Transitando entre o singular e o protocolar

O ingrediente 3 da competência faz referência a uma dupla antecipação na atividade: enquanto o ingrediente 1 favorece a antecipação parcial através dos protocolos, e o ingrediente 2 através da incorporação das singularidades, o ingrediente 3 faz uma dupla antecipação ao combinar o protocolar ao singular, proporcionando parcialmente a redução do efeito daquilo que não é alcançado pelas generalizações (Holz, 2014).

Essa dupla antecipação é pensar nas possibilidades de ação mediante o protocolo e/ou a singularidade da situação:

Toda alta precisa da presença do familiar, com exceção dos pacientes encaminhados para o lar (cita o nome), que não têm família. Mas a gente também encaminha pacientes para o lar que têm familiares, mas esses familiares não têm possibilidade de cuidar dele. [sic] – entrevistada 1.

Esse ingrediente, na atividade de cuidados paliativos, revela também o princípio de preservação e incentivo à autonomia dos pacientes:

Eu, pelo menos, procuro muito ouvir também o que o paciente deseja, o que o paciente quer e até mesmo da família também. Procuro ver os dois lados e em cima disso também estar atuando. Em parte tanto profissional quanto do paciente. [sic] – entrevistada 3.

Assim, o ingrediente 3 destaca a importância de se abrir para a singularidade, harmonizando-a com os protocolos, a fim de permitir que a autonomia e o desejo do paciente e/ou de sua família tenham

lugar dentro do plano de cuidados. Isso não é tarefa simples e leva, quase sempre, a um debate de normas.

4.4. Debate de normas

O quarto ingrediente traz a dimensão dos valores para o agir em competência. Essa dimensão aponta para o que faz o meio de trabalho ser reconhecido pela pessoa como “seu”, onde pode imprimir um certo número de suas normas de vida. Esse debate de normas e valores aponta também para a renegociação permanente com os valores e as normas de vida dos outros, tendo recorrência sobre o ingrediente 3.

Ao abordar esse ingrediente, fala-se em “dramáticas do uso de si”, que pode ser tanto um “uso de si por si” ou um “uso de si por outros”, uso esse atravessado por valores. O uso de si por outros fala do encontro com “outros”, que tanto podem ser colegas, quanto hierarquia e regras da empresa, oportunizando o debate sobre as dinâmicas e as limitações proporcionadas no, e pelo, meio de trabalho.

Aqui está a heterogeneidade desse ingrediente, pois remete à relação da pessoa com o meio no qual age, com debate de valores e debate de normas. Esse ingrediente não é determinado pelo meio, nem é uma qualidade intrínseca da pessoa, mas se expressa em situação (Schwartz, 2007a).

Em cuidados paliativos, percebemos o debate entre normas e valores apreendidos na formação profissional e normas e valores da palição:

Tem um estereótipo sobre cuidados paliativos e na realidade não era o que a gente pensava. [sic] – entrevistada 4;

Eu não conhecia cuidados paliativos. Desde que me formei, sempre trabalhei na saúde..., trabalhei em UPA, que é uma grande emergência onde você faz... é aquela questão mesmo do salvar a qualquer custo, do manter a vida do paciente, mas aqui a gente entende que não é a qualquer custo manter-se uma vida, tem que haver qualidade, então a gente consegue aprender isso no dia a dia. [sic] - entrevistada 1.

A distância entre formação e atuação em cuidados paliativos, considerando o meio de trabalho em que o estudo foi realizado, desvela no debate de valores algo que dificulta a identificação do meio

como passível de o trabalhador imprimir algumas de suas normas de vida:

No princípio, eu não gostei, mas fui me acostumando, fui me adaptando, né, ao perfil de paciente que eu não vejo, assim, muito crescimento pra (minha área) tá atuando. Não sei se pela política do hospital ou realmente pela parte da atuação da profissão mesmo nesses casos. [sic] – entrevistada 7.

Esse ingrediente revela também a negociação do plano de cuidados, entre a defesa e incentivo à autonomia do paciente e os princípios e propostas da intervenção:

Às vezes você tem sentimentos que você se questiona. Eu tive um caso de um paciente que me irritou absurdamente, porque ele não queria nada, queria ir embora. [sic] – entrevistada 6.

Outro debate fica a cargo dos conceitos de morte como processo natural ou como algo difícil de lidar. Conflito este vivido pelos trabalhadores consigo e com pacientes e familiares:

Mas é morte, e eu acho que a morte é difícil pra qualquer um. Pra quem vivenciou isso fora, na família, você consegue trazer um pouco disso pro profissional, independente de 'ah, era idoso', ou não era, mas a gente é familiar e a gente é egoísta na hora da morte. Mas a gente tenta lidar com isso da forma mais natural possível, sabendo que isso ia acontecer e foi tudo feito pra que isso acontecesse da melhor forma possível, com o menor sofrimento possível. É o que a gente tenta. [sic] – entrevistada 4.

O ingrediente 4 diz respeito também aos valores que são afirmados naquele meio de trabalho. Este ingrediente introduz a questão da política de gerenciamento, que se expressa nas condições e organização do trabalho.

Na atividade em cuidados paliativos, esse ingrediente evidenciou o debate de normas emanado também do incentivo pela filosofia para o óbito domiciliar. Nessa instituição, o óbito em domicílio era visto como algo importante e determinante para a redução do sofrimento do paciente:

Na verdade, o óbito em domicílio é um dos critérios de boa qualidade internacional, é um objetivo... Já aconteceu, mas poucas vezes, de o paciente estar internado, a gente sabe que tudo aquilo vai ficar muito grave, a gente conversa com a família sobre a possibilidade de o paciente morrer em domicílio, dá alta e o

paciente acaba morrendo em casa. Mas não é uma coisa tão corriqueira. [sic] – entrevistada 6.

Entretanto, essa profissional destaca que o óbito domiciliar não ocorre com frequência. Eis aí um debate, pois a sociedade contemporânea responsabiliza os profissionais de saúde por, cada vez mais, adiar a morte e prolongar a vida (Aries, 2014; Corrêa, 2008; Pitta, 2016). Mas também transferiu a responsabilidade do cuidado de doentes e moribundos para o ambiente hospitalar (Aries, 2014; Pitta, 2016).

Para cumprir o “critério de qualidade” (óbito em casa), o profissional precisa convencer a família a aderir a esse projeto. Os profissionais participantes tinham respaldo institucional para sustentar tal discurso, pois o óbito domiciliar é um valor da instituição, que oferece outros processos assistenciais, como atendimento domiciliar ou ambulatorial, além de disponibilizar uma emergência 24 horas com profissionais capacitados para atender os pacientes que voltarem para casa.

4.5. A potencialização dos ingredientes da competência

O ingrediente 5 é uma consequência importante do ingrediente 4, porque se os profissionais sentem que naquele meio podem exercer suas atividades conforme os valores trabalhados coletivamente, isso fará com que desejem desenvolver os diversos ingredientes. Acrescenta-se que, quando o meio tem valor para a pessoa, diante de um problema ou sem que seja necessária uma solicitação, ela buscará aprendizagens conceituais, disciplinares, saberes técnicos e até mesmo haverá uma aprendizagem que se dá no corpo para lidar com as diferentes situações ou problemas (Schwartz, 1998, 2007a).

Esse ingrediente tem recorrência sobre os demais, podendo potencializá-los e desenvolvê-los. Não é somente do indivíduo, mas também do meio de trabalho, que possibilita o exercício da normatividade e o engajamento da pessoa. Esse ingrediente considera aquilo que o meio de trabalho fornece ao agir em competência, ao oportunizar e auxiliar o pôr em sinergia os ingredientes anteriores, de modo que sejam fortalecidos e aprimorados.

Uma das incidências do ingrediente 5 é sobre o ingrediente 1, quando a pessoa decide se dedicar a aprender algo novo, quando vê para si algo da ordem da saúde:

Eu queria aprender isso, entender na prática como era essa coisa que as pessoas falavam. Essa coisa de terapia paliativa, como é morrer bem, com qualidade. [sic] – entrevistada 5.

A incidência sobre o ingrediente 2 é expressa na fala:

Aquela pessoa tá morrendo ali, vai morrer não só ali e elas estão perdendo aquela pessoa e elas não vão perder aquela pessoa só ali. Essa sensibilização nossa, como profissional, é essencial para eles, e pra gente tentar fortalecer as coisas que a gente tem fora, que às vezes a gente não consegue valorizar tanto nessa correria do dia a dia e que é essencial. [sic] – entrevistada 6.

Observa-se a potencialização do ingrediente 4, quando os trabalhadores se referem à mobilização de valores que são relevantes para eles:

Essa questão de ajudar o familiar, ajudar o paciente a ter menos sintomas em relação ao processo (de morrer) é muito interessante e é apaixonante. [sic] – entrevistada 5.

Entretanto, a presença de elementos desfavoráveis no meio para o exercício da normatividade pelos profissionais tem recorrência em ausências e queixas:

Essa necessidade (de um espaço de atenção ao trabalhador) vai aparecer nas faltas, nunca se teve um absenteísmo tão alto como tá tendo nesse momento. [sic] – entrevistada 10.

O ingrediente 5 revela que a falta de algumas ações gerenciais para suporte ao trabalho coletivo pode ser vivida como a afirmação de que aquele trabalho não tem valor. Isso pode desmobilizar e dificultar o desenvolvimento de diversas competências.

4.6 Um trabalho multiprofissional

O sexto ingrediente se refere a uma construção de relações diversas e complementares conforme a atividade a realizar, referindo-se às “entidades coletivas relativamente pertinentes” (ECRP).

As ECRPs têm duas grandes características: a primeira é que se diferem de qualquer predefinição de responsabilidades, postos, lugares ou organogramas. Esse planejamento anterior tem sua

configuração pertencente ao registro 1 da atividade de trabalho, como norma antecedente. Contudo, essas projeções podem se tornar ultrapassadas e a participação de cada profissional – até mesmo de outros profissionais fora daquela equipe – pode se dar de uma forma não prevista e constituir uma ECRP (Schwartz, 1998, 2007a, 2007b).

A segunda característica é, por um lado, ter uma estabilidade de conteúdo que permite ser utilizado para conhecer, compreender e transformar qualquer situação de trabalho e, por outro lado, não ser possível definir as ECRPs, senão caso a caso, buscando o que permitiu sua construção. Assim, é “impossível definir uma ECRP sem fazer a aprendizagem do que se chama na linguagem industrial dos ‘históricos de situação’” (Schwartz, 2007b, p. 153).

As ECRPs são “entidades” por terem seus contornos invisíveis englobando pessoas de diferentes setores, e são “coletivas” por envolverem circulação de informações, sendo pertinentes para a compreensão de como as coisas acontecem, e relativamente pertinentes por sua transitoriedade, uma vez que as fronteiras mudam em função das pessoas (Schwartz, 2007b).

Nas ECRPs existe um núcleo de duas faces, que remete tanto ao viver junto quanto à eficácia. O lado do “viver junto” aponta para o político, que pode fazer sentido e ser bem-sucedido ou, por diversas razões externas ou internas, perder credibilidade. O lado da eficácia depende de como as pessoas gerirão entre si as hierarquias já estabelecidas e a percepção de que cada um retrabalha as variabilidades, com escolhas em função de valores, sendo indispensável ao desempenho econômico e à eficácia dar lugar para que esses valores se expressem. Importante ressaltar que as ECRPs tomam diversas configurações em cada atividade, não tendo as mesmas significações, dimensões e durações de vida (Schwartz, 2007b).

Esse ingrediente refere-se às relações estabelecidas para a execução de uma missão, criando entidades que se formam e se desfazem com a participação de profissionais da equipe ou de fora. Assim, as ECRPs são frágeis e sua existência é dependente de cada pessoa que participa da tarefa.

O trabalho multiprofissional é um dos princípios dos cuidados paliativos e algo incentivado no local do estudo. Os profissionais entrevistados expressaram a importância da participação de todos para o êxito do cuidado, com comunicação adequada entre si e com os usuários:

Por ser já um momento tão difícil da família, do paciente, em todas as decisões, na maioria delas, a gente tenta passar por todo mundo da equipe, para que todo mundo da equipe esteja ciente, como por exemplo 'o paciente tá em cuidados ao fim de vida' ... pra toda a equipe falar a mesma língua. [sic] – entrevistada 4.

Alguns profissionais falaram das dificuldades de participarem dos espaços institucionais (rounds e encontros da equipe) devido ao trabalho, porém observou-se que as relações são estabelecidas em conversas nos corredores e em outros espaços “invisíveis”.

Porém não há participação das técnicas de enfermagem nos espaços formais, frequentados por profissionais de nível superior. Muitas vezes, a atuação das técnicas exige que busquem profissionais dispostos a ouvi-las, como relatado por uma técnica que recorreu a uma médica, com a qual trabalhava em outro hospital, para dizer o que havia identificado em um paciente e ajudar na intervenção mais adequada para o caso.

O conceito de ECRP nos auxilia a pensar que sua formação extrapola a composição formal, com a participação de outros profissionais, como os da limpeza ou segurança. Mas em cuidados paliativos, uma importante questão é sobre a participação de familiares e pacientes em sua constituição, pois diversos profissionais apontaram a importância dos familiares para a realização do cuidado e tomada de decisões.

Uma ECRP se constitui para o êxito de determinada missão, que em cuidados paliativos é o conforto do paciente e também da família. Esse conforto se dá a partir do controle dos sintomas e o principal sintoma é a dor, uma das razões do sofrimento entre os pacientes atendidos. A prática privatista baseia-se no conceito de “dor total”, o qual assume que a dor tem origem física, psíquica, espiritual e social. Nesse contexto, a dor de um paciente pode ser aliviada com a participação de familiares, cuidadores, profissionais e líderes religiosos, de acordo com cada caso. Assim, as ECRPs

conformam-se com cada paciente e família que chega para serem atendidos.

A construção dessas ECRPs, com a participação de trabalhadores, pacientes e seus familiares, envolve uma dimensão fundamental que é o debate de normas sobre o cuidado e sobre a vida desses usuários. As normas são a operacionalização concreta dos valores sem dimensão. Assim, a atividade envolve um trabalho coletivo com os valores, como o que significa efetivamente viver, a qualidade de vida e o controverso direito a morrer com dignidade. Desta forma, o trabalho tem uma dimensão epistêmica de saberes, mas também deontológica de produção e retrabalho de normas e valores. Trata-se de um desafio incontornável enfrentar esse trabalho comum para além dos preconceitos, das normas antecedentes, apoiando a normatividade dos pacientes e seus familiares (Schwartz; Mencacci, 2016):

Nós fazemos a nossa obrigação, que é pontuar os riscos e benefícios, mas a gente tem que ouvir o paciente e preservar sua autonomia, seu direito. [sic] – Entrevistada 1.

Todo procedimento que a gente vai fazer, se o paciente tem uma família, que às vezes ele não tem, a gente procura conversar com essa família o que vai ser feito... a família aqui participa muito, ela tem um papel muito importante, não só nas decisões, mas como nos cuidados. [sic] – Entrevistada 4.

Outro debate de normas emanado pela ECRP surgiu em discussão da equipe sobre decisão de alta mediante a recusa por familiar: “*a gente fica muito passivo, eles vão decidindo e a gente acatando*” (fala durante observação). Aponta-se também para a necessidade de reconstruir as próprias normas e valores e atuar para o exercício dessa normatividade por pacientes e familiares:

São coisas que você não vai entender nunca, porque os seus conceitos são conceitos diferentes dos dele.... Então é um trabalho que você desconstrói, constrói novas coisas em cima. [sic] – Entrevistada 8.

5. Considerações finais

No Brasil, os cuidados paliativos estão em pleno desenvolvimento, porém projeta-se que esse processo será longo em

função do tamanho do país e das diferenças culturais e na estrutura sanitária das diversas regiões (Pastrana et al., 2012).

Como proposta de atenção a doentes com doenças crônicas, principalmente em estágio avançado, essa é uma alternativa às condutas de prolongamento da vida, que muitas vezes não consideram o desejo do doente e sua família. O cuidado paliativo defende a autonomia dos sujeitos e o controle adequado de sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais.

Contudo, os princípios dos cuidados paliativos por vezes confrontam normas do modelo biomédico vigente e já introjetado pelo senso comum, como a manutenção da vida a qualquer custo, o hospital como lócus privilegiado para os cuidados em saúde e a negação da morte como processo natural. Nesse sentido, são barreiras para a prática dos cuidados paliativos questões éticas e culturais (Pastrana et al., 2012), a negação da proximidade da morte, a institucionalização do morrer (Klinger et al., 2014), a hospitalização devido à impossibilidade de cuidar de um doente cada vez mais dependente (Simoni; Santos, 2003) e a escassez de formação e treinamento para os profissionais (Klinger et al., 2014).

Ao analisar a atividade desempenhada em uma instituição que presta cuidados paliativos, buscando compreender os ingredientes da competência mobilizados, identificou-se desafios na relação com os pacientes e familiares e uma confrontação com valores pessoais e com saberes adquiridos durante a formação ou a vivência profissional em outras áreas.

Na relação com os usuários, os cuidados paliativos orientam a promoção de autonomia através de uma comunicação clara e honesta com pacientes e familiares (Marinho, 2010; Menezes; Barbosa, 2013; Silva; Sudigursky, 2008). Porém, as dificuldades encontram-se tanto na recusa de familiares para essa conversa com os pacientes (Marinho, 2010), quanto na dificuldade de profissionais, pacientes e familiares falarem sobre a morte (Àries, 2014; Elias, 2001b; Rodrigues, 2006). Este estudo, apontou a dualidade do discurso dos profissionais sobre a morte, que é “um processo natural”, mas também uma “inimiga” com a qual se é obrigado a conviver.

A comunicação, nesse contexto, é permeada por valores conflitantes e pela compreensão de cada paciente e familiar, demandando da equipe certa habilidade para reconhecer a vontade e a capacidade de ouvir de cada usuário. Assim, o incentivo à autonomia é uma tarefa delicada, pois, mais que oferecer informações técnicas, requer que o profissional tenha uma escuta atenta e também uma aceitação de desejos de pacientes ou familiares que vão de encontro a seus valores pessoais ou até a normas institucionais (como o caso do horário de visitas, ou o mais complexo incentivo ao óbito domiciliar).

Na instituição estudada, pode-se observar que essa atividade tem algo de potência para a expressão da normatividade dos profissionais, que veem contemplados seus valores de oferecer cuidado e alívio de sintomas aos pacientes, porém também revela a necessidade e importância de criar estratégias institucionais de suporte aos profissionais e estimular o desenvolvimento das diversas competências.

O debate de normas nesse encontro de normas institucionais, dos usuários e dos profissionais, desvela algo do nível macro de nossa sociedade. Ao se pensar no esquema tripolar de análise da atividade (Schwartz; Durrive, 2007b), nota-se que esse debate ressoa nas discussões sobre o direito (ou dever?) à vida, sobre a implementação ou suspensão de recursos para o prolongamento da vida e sobre a compreensão do significado de qualidade de vida. A precursora da filosofia da palição, Cicely Saunders, afirma ser o objetivo dessa intervenção acrescentar vida aos dias dos pacientes e não dias às suas vidas. Eis aí um discurso dissonante do vigente sobre doenças e terminalidade.

Assim, revisitar os dados de pesquisa anterior sob a ótica da Ergologia, direcionando a reflexão para os “ingredientes da competência”, ampliou a compreensão da atividade pesquisada. Destaca-se o papel do meio de trabalho para o desenvolvimento do profissional e para o êxito dos objetivos da palição, sendo possível identificar pontos passíveis de mudanças.

Além de questões envolvidas na atividade desempenhada em unidades de cuidados paliativos, é importante desenvolver pesquisas junto a hospitais gerais, sobre estruturas, normas e condições

oferecidas para construção de acordos de cuidado a pacientes com doenças crônicas em estágio avançado da doença.

Aponta-se também a necessidade de que os temas da terminalidade e dos cuidados paliativos ganhem atenção em nossa sociedade e sejam objeto de discussão e reflexão por todos e em qualquer etapa da vida, não relegando apenas ao confrontar-se doenças potencialmente fatais.

Referências

- ÀRIES, Philippe (2014) *O homem diante da morte*. Tradução Luíza Ribeiro. 1. ed. São Paulo: Editora Unesp.
- BRASIL (2009) Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 6715/2009.
- BRASIL (2000) Senado Federal. Projeto de Lei do Senado no 116.
- BRITO, Jussara. et al. (2011) O Trabalho nos Serviços Públicos de Saúde: entre a inflação e a ausência de normas. In: ASSUNÇÃO, Ada Á.; BRITO, Jussara. (Eds.). *Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p. 23–43.
- CANGUILHEM, Georges (2001) Meio e normas do homem no trabalho. *Pro-Posições*, v. 12, n. 2–3, p. 109–121.
- CANGUILHEM, Georges (2009) *O Normal e o Patológico*. 6 ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- CORRÊA, José de A. (2008) *Morte*. 1 ed. São Paulo: Globo.
- CUNHA, Daisy M. (2016) Atividade humana e produção de saberes no trabalho docente. Acesso em: 13 dez 2016.
- DURRIVE, Louis (2007) Introdução I. In: SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, L. (Eds.). *Trabalho & Ergologia: Conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF, 2007. p. 19–20.
- ELIAS, Norbert (2001) *A solidão dos moribundos seguido de Envelhecer e Morrer*. Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- FLORIANI, Ciro A.; SCHRAMM, Fermin R. (2010) Casas para os

que morrem: a história do desenvolvimento dos hospícios modernos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 17, n. supl. 1, p. 165–180.

HOLZ, Edvalter B. (2014) *O trabalho e a competência industriosa no beneficiamento de granitos: uma cartografia ergológica*. 237f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.

HOLZ, Edvalter B.; BIANCO, Mônica de F. (2014) Ergologia: uma abordagem possível para os estudos organizacionais sobre trabalho. *Cadernos EBAPÉ.BR*, v. 12, n. esp, p. 494–512, ago.

KAPPAUN, Nádia R. C. (2013) *Assistência em cuidados paliativos: o trabalho em saúde no lidar com o processo de morrer*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

KAPPAUN, Nádia R. C.; GOMEZ, Carlos M. (2013) O trabalho de cuidar de pacientes terminais com câncer. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 9, p. 2549–2557, set.

KLINGER, Christopher A. et al. (2014) Barriers and facilitators to care for the terminally ill: A cross-country case comparison study of Canada, England, Germany, and the United States. *Palliative Medicine*, v. 28, n. 2, p. 111–120.

MARINHO, Suely (2010) *O. Cuidados paliativos e práticas de saúde: um estudo sobre a gestão da morte na sociedade contemporânea*. [s.l.] Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

MCCOUGHLAN, Marie (2003) A necessidade de cuidados paliativos. *O Mundo da Saúde*, v. 27, n. 1, p. 6–14.

MENEZES, Rachel A. (2004) *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. [s.l.] Editora Fiocruz.

MENEZES, Rachel A.; BARBOSA, Patrícia de C. (2013) A construção da “boa morte” em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 9, p. 2653–2662, set.

MINAYO, Maria C. de S. (2010) *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. ed. São Paulo: Hucitec.

MINAYO, Maria C. de S.; DESLANDES, Suely F.; GOMES, Romeu (2010) *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. 29. ed. ed. Petrópolis: Vozes.

MUNIZ, Hélder P.; VIDAL, Mário C.; VIEIRA, Sarita (2004) Os ingredientes da competência na gestão da assistência em uma enfermagem hospitalar. In: FIGUEIREDO, Marcelo et al. (Eds.). *Labirintos do Trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A. p. 322–344.

O'BRIEN, Tony; MONROE, Barbara (1990) Twenty-four hours before and after death. In: SAUNDERS, Cicely (Ed.). *Hospice and Palliative Care: an interdisciplinary approach*. London: Edward Arnold. p. 46–53.

PASTRANA, Tania et al. (2012) *Atlas de Cuidados Paliativos na América Latina – Brasil*. 1. ed. Houston: IAHP.

PITTA, Ana M. F. (2016) *Hospital: dor e morte como ofício*. 7 ed. São Paulo: HUCITEC.

RADBRUCH, Lukas; PAYNE, Sheila (2010) White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. *European Journal of Palliative Care*, v. 17, n. 1, p. 22–33.

RODRIGUES, José C. (2006) *Tabu da morte*. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Fiocruz.

SAUNDERS, Cicely (2004) Foreword. In: DOYLE, D. et al. (Eds.). *Oxford textbook of palliative medicine*. 3. ed. New York: Oxford University Press. p. v–ix.

SCHERER, Magda D. dos A.; MARINO, Selma R. A.; RAMOS, Flávia R. S. (2004) Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 53–66.

SCHWARTZ, Yves (1998) Os ingredientes da competência: Um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educação & Sociedade*, v. 19, n. 65, p. 1–17, dez.

SCHWARTZ, Yves (2005) Actividade. *Laboreal*, v. 1, n. 1, p. 63–64.

SCHWARTZ, Yves (2007a.) Uso de si e competência. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Eds.). *Trabalho & Ergologia: Conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF. p. 207–223.

SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis (2007a) Técnicas e competências. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. *Trabalho & Ergologia: Conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF, 2007a. p. 85–102.

SCHWARTZ, Yves (2007b) A dimensão coletiva do trabalho e as Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Eds.). *Trabalho & Ergologia: Conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF. p. 151–166.

SCHWARTZ, Yves (2014) Motivações do conceito de corpo-si: corpo-si, atividade, experiência. *Letras de Hoje*, v. 49, n. 3, p. 259–274.

SCHWARTZ, Yves; MENCACCI, Nicole (2016) Diálogo 1: Trajetórias e uso de si. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Eds.). *Trabalho e Ergologia II: Diálogos sobre a atividade humana*. Belo Horizonte: Fabrefactum.

SILVA, Ednamare P. da; SUDIGURSKY, Dora (2008) Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 21, n. 3, p. 504–508.

SIMONI, Miguel de; SANTOS, Mônica L. dos. (2003) Considerações sobre cuidado paliativo e trabalho hospitalar: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de enfermagem. *Psicologia USP*, v. 14, n. 2, p. 169–194.

WEST, Thomas S.; KIRKHAM, Stephen R. (1981) The family. In: SAUNDERS, Cicely; SUMMERS, Dorothy H; TELLER, Neville (Eds.). *Hospice: the living idea*. London: Edward Arnold. p. 53–66.

ZARIFIAN, Philippe (2001a) Mutação dos sistemas produtivos e competências profissionais: a produção industrial de serviço. In: SALERNO, M. S. (Org.). *Relação de Serviço: produção e avaliação*. São Paulo: Editora SENAC São Paulo. p. 67–93.

ZARIFIAN, Philippe (2001b). *Objetivo Competência: por uma nova lógica*. Tradução Maria Helena C. V. Trylinski. 1. ed. ed. São Paulo: Atlas.

ZARIFIAN, Philippe (2001c). Valor, organização e competência na produção de serviço – esboço de um modelo de produção de serviço. In: SALERNO, M. S. (Ed.). *Relação de Serviço: produção e avaliação*. São Paulo: Editora SENAC São Paulo. p. 95–149.