



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**



**GILBERTO ALVES DIAS**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UNIDADE DE  
TERAPIA INTENSIVA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS**

Jequié

2025

**GILBERTO ALVES DIAS**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UNIDADE DE  
TERAPIA INTENSIVA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

**Linha de Pesquisa:** Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dra. Vanda Palmarella Rodrigues

Jequié

2025

D532r Dias, Gilberto Alves

Representações sociais de profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva sobre cuidados paliativos / Gilberto Alves Dias. - Jequié, 2025. 106f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Vanda Palmarella Rodrigues  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, Área de concentração em Saúde Pública. Jequié, 2025.

1. Cuidado Paliativo. 2. Unidades de Terapia Intensiva. 3. Profissionais de Saúde. I. Rodrigues, Vanda Palmarella. II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde. III. Título.

CDD – 616.029

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

**FOLHA DE APROVAÇÃO DA SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE  
MESTRADO**

**DIAS, Gilberto Alves.** “Representações sociais de profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva sobre cuidados paliativos”. 2025. Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-Bahia.

**BANCA EXAMINADORA**

Documento assinado digitalmente  
 **VANDA PALMARELLA RODRIGUES**  
Data: 20/03/2025 10:08:34-0300  
Verifique em <https://validar.jil.gov.br>

**Profa. Dra. Vanda Palmarella Rodrigues**  
Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) – Universidade Estadual do  
Sudoeste da Bahia (UESB)

Documento assinado digitalmente  
 **ALEXANDRE ERNESTO SILVA**  
Data: 20/03/2025 11:04:29-0300  
Verifique em <https://validar.jil.gov.br>

**Prof. Dr. Alexandre Ernesto Silva**  
Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ)

Documento assinado digitalmente  
 **JULIANA COSTA MACHADO**  
Data: 20/03/2025 10:20:30-0300  
Verifique em <https://validar.jil.gov.br>

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

Jequié-Bahia, 20 de março de 2025

*Dedico este trabalho aos meus antepassados e aos presentes que tanto contribuíram para que eu chegasse até aqui. Aos profissionais que confiaram relatar suas experiências a mim. Aos pacientes acompanhados pelos cuidados paliativos. Ao futuro, na esperança de que as pessoas com doenças e condições ameaçadoras à vida possam viver até o último instante com mais qualidade.*

## AGRADECIMENTOS

A **Deus, Maria Santíssima** e a seu filho **Jesus Cristo**, por me permitirem estar realizando este sonho. Obrigado por sempre estarem ao meu lado, fortalecendo-me nesta caminhada.

Aos **Espíritos de Luz** que me guiam neste plano, e ajudam em minha intuição a escolher os melhores caminhos.

À minha **família**, em especial a minha **mãe e minha irmã Simone**, que nunca mediram esforços para me ajudar. Obrigado por todo amor, acolhimento e cuidado. Amo vocês e levarei este amor por toda eternidade.

À minha orientadora **Prof<sup>a</sup>. Dra. Vanda Palmarella Rodrigues**, por todo carinho e cuidado durante esses 10 anos de caminhada no universo da pesquisa. Nenhuma pessoa é igual a outra, mas espero que consiga ser ao menos um pouco com aqueles que me cercam o exemplo de humildade, respeito e compaixão que você é comigo. Obrigado ao Eterno por nos apresentar nesta vida e que Ele sempre abençoe você e sua família. Gratidão.

Às minhas amigas **Mônica e Geovana** pela companhia na vida acadêmica e pessoal. Obrigado por cada dia dividido, por cada risada e cada história compartilhada.

Às minhas amigas **Keila, Rafaella e Lorena** por compartilharem saberes em suas áreas profissionais sobre os pacientes em cuidados paliativos pediátricos acompanhados no Hospital Geral Prado Valadares; além de colegas, se tornaram amigas nesta jornada.

À amiga **Prof<sup>a</sup>. Dra. Juliana Costa Machado** pela disponibilidade de sempre esclarecer as dúvidas frente aos processamentos e análises das Representações Sociais.

Ao **Prof. Dr. Alexandre Ernesto Silva** e ao **Prof. Dr. Rudval Souza da Silva** por contribuírem como avaliadores externos tanto na qualificação quanto na defesa desta dissertação. Vocês são fonte de inspiração.

À **Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia** e ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde** por serem os locais da realização deste e de tantos outros sonhos.

À **Fundação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** pela concessão de bolsa para a realização desta pesquisa.

Ao **Grupo de Pesquisa Violência Saúde e Cultura de Paz (GPVIO)** por todos os ensinamentos e contribuição nas pesquisas durante esses anos.

Aos **meus colegas do mestrado**, por tornarem essa vivência mais leve e engraçada, muito obrigado. Vocês são a melhor turma que já tive.

Aos **profissionais de saúde das Unidades de Terapia Intensiva Adulto** do Hospital Geral Prado Valadares que mesmo na sua rotina de trabalho com tantas atribuições aceitaram doar um pouco do seu tempo para a realização desta pesquisa.

Aos meus colegas de trabalho da **Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica** do Hospital Geral Prado Valadares que tanto torcem pelo meu sucesso nas pesquisas acadêmicas.

Aos amigos da **Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE)** de Jequié que torcem e vibram pelos meus sonhos acadêmicos.

A todos os **pacientes em cuidados paliativos** que conheci durante esses anos. Muito obrigado por todos os ensinamentos.

Enfim, a **todos e todas** o meu muito obrigado. “Eu sou, porque nós somos!”.

Gratidão!

*“Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo que está ao nosso alcance, não somente para ajudar você a morrer em paz, mas também para você viver até o dia da sua morte.”*

*Cicely Saunders*

DIAS, Gilberto Alves. **Representações sociais de profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva sobre cuidados paliativos**. 2025. 106 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde - PPGES, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, Jequié, Bahia. 2025.

## RESUMO

Pacientes e seus familiares que convivem com doenças ou condições que ameaçam a vida precisam ser acompanhados por profissionais paliativistas ou ao menos profissionais de saúde que gerenciem um plano de cuidados paliativos. Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar as Representações Sociais dos profissionais de saúde das Unidades de Terapia Intensiva sobre os cuidados paliativos. Pesquisa qualitativa tendo como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais, realizada nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital Geral Prado Valadares no município de Jequié-BA. Participaram 100 profissionais de saúde incluindo técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, farmacêuticos, assistentes sociais, nutricionistas e psicólogos. Para a coleta dos dados foi aplicado um questionário sociodemográfico e a Técnica de Evocação Livre de Palavras seguida da justificativa das duas primeiras palavras elencadas por ordem de importância. Os dados provenientes das evocações livres de palavras foram processados pelo *software Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations*, versão 2005, na análise prototípica e, em seguida, foi realizada a análise de similitude por coocorrência. Posteriormente os dados provenientes das justificativas foram analisados pelo *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* por meio da Classificação Hierárquica Descendente. Os dados sociodemográficos foram analisados pelo *software Statistical Package for the Social Sciences*, versão 25. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sendo aprovado sob o parecer nº 6.998.392 de 2024. Os resultados apontaram que a estrutura representacional dos profissionais de saúde se organiza a partir dos possíveis elementos centrais cuidado, conforto, amor e terminalidade. Esses termos refletem sobre o pensamento dos profissionais em prestar uma assistência que extrapola a perspectiva da dor física, assim como preconizado pelo conceito dos cuidados paliativos proveniente da Organização Mundial da Saúde. Entretanto, há uma ideia por parte dos profissionais dos cuidados paliativos apenas como um cuidado ofertado ao fim da vida. A Classificação Hierárquica Descendente resultou em dois eixos temáticos, cada um com duas classes. O primeiro eixo elucidou as atitudes dos profissionais as quais são voltadas a ações que também vão além do aspecto físico e estão diretamente ligadas à empatia. Evidencia-se uma representação, por parte dos profissionais que os cuidados paliativos consistem apenas na fase final da vida. Dessa forma, o estudo apontou que as representações sociais dos profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva sobre cuidados paliativos refletem as ações para além dos cuidados físicos, como preconizado no conceito dos cuidados paliativos. Entretanto, há uma limitação sobre para quem são os cuidados paliativos em sua totalidade. Mediante ao exposto, evidencia-se o papel de intervenções que podem ampliar o conceito dos cuidados paliativos frente as representações dos profissionais, qualificando ainda mais a assistência prestada aos pacientes e seus familiares acompanhados pelos cuidados paliativos.

**Palavras-chave:** Cuidado Paliativo; Unidades de Terapia Intensiva; Profissionais de Saúde.

DIAS, Gilberto Alves. **Social representations of health professionals in the Intensive Care Unit about palliative care**. 2025. 106 f. Dissertation (Master's) - Postgraduate Program in Nursing and Health, State University of Southwest Bahia, Jequié, Bahia, 2025.

### ABSTRACT

Patients and their families who live with life-threatening illnesses or conditions need to be accompanied by palliative care professionals or at least health professionals who manage a palliative care plan. The general objective of this research is to analyze the Social Representations of health professionals in Intensive Care Units about palliative care. This is a qualitative research with the Theory of Social Representations as a theoretical framework, carried out in the Intensive Care Units of the Prado Valadares General Hospital in the city of Jequié-BA. One hundred health professionals participated, including nursing technicians, nurses, physiotherapists, doctors, pharmacists, social workers, nutritionists and psychologists. A sociodemographic questionnaire and the Free Word Evocation Technique were applied to collect data, followed by the justification of the first two words listed in order of importance. The data from the free word evocations were processed using the Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations software, version 2005, in the prototypical analysis, and then the similarity analysis by co-occurrence was performed. Subsequently, the data from the justifications were analyzed using the Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires software through the Descending Hierarchical Classification. The sociodemographic data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences software, version 25. The research project was approved by the Research Ethics Committee under opinion number 6.998.392 of 2024. The results showed that the representational structure of health professionals is organized based on the possible central elements of care, comfort, love, and terminality. These terms reflect the professionals' thinking in providing care that goes beyond the perspective of physical pain, as advocated by the concept of palliative care from the World Health Organization. However, there is an idea on the part of palliative care professionals only as care offered at the end of life. The Descending Hierarchical Classification resulted in two thematic axes, each with two classes. The first axis elucidated the attitudes of professionals, which are focused on actions that also go beyond the physical aspect and are directly linked to empathy. A representation on the part of professionals is evident that palliative care consists only of the final phase of life. Thus, the study indicated that the social representations of health professionals in the Intensive Care Unit regarding palliative care reflect actions beyond physical care, as recommended in the concept of palliative care. However, there is a limitation regarding who palliative care is for in its entirety. Given the above, the role of interventions that can broaden the concept of palliative care in light of the representations of professionals is evident, further qualifying the assistance provided to patients and their families accompanied by palliative care.

**Keywords:** Palliative Care; Intensive Care Units; Health Personnel.

## LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AFC</b>	Análise Fatorial por Correspondência
<b>AIDS</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>ANCP</b>	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual de Saúde
<b>BA</b>	Bahia
<b>CAPES</b>	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CHD</b>	Classificação Hierárquica Descendente
<b>COVID-19</b>	Coronavirus Disease
<b>DeSC</b>	Descritores em Ciências da Saúde
<b>Embase</b>	Excerpta Medica dataBase
<b>EVOC</b>	Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations
<b>GPVIO</b>	Grupo de Pesquisa em Violência Saúde e Cultura de Paz
<b>HGPV</b>	Hospital Geral Prado Valadares
<b>IRAMUTEQ</b>	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
<b>Medline</b>	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
<b>MESH</b>	Medical Subject Headings
<b>NC</b>	Núcleo Central
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PEBE</b>	Prática Baseada em Evidência
<b>PubMed</b>	National Center for Biotechnology Information da National Library of Medicine
<b>RPG</b>	Reeducação Postural Global
<b>SciELO</b>	Portal de Periódicos Scientific Eletronic Library Online
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TRS</b>	Teoria das Representações Sociais
<b>UCE</b>	Unidade de Contexto Elementar
<b>UESB</b>	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Relação de profissionais de saúde de acordo à UTI, Jequié, BA, Brasil, 2025.....	44
<b>Tabela 2</b> - Distribuição das variáveis sociodemográficas referente aos participantes da pesquisa, Jequié, BA, Brasil, 2025. (n=100) .....	45

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Quadro de quatro casas formado pelas evocações dos profissionais de saúde da UTI frente ao termo indutor cuidados paliativos. Bahia, Brasil, 2025. (n=100).....	56
---	----

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1** - Fluxograma do processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos.....28

### MANUSCRITO 1

**Figura 1** - Árvore de similitude por coocorrência formado pelas evocações dos profissionais de saúde da UTI frente ao termo indutor “cuidados paliativos”. Bahia, Brasil, 2025. (n=92).....57

### MANUSCRITO 2

**Figura 1** - Distribuição das classes temáticas em eixos de acordo a CHD, Jequié, BA, Brasil, 2025.....72

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	16
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	26
<b>2.1 Cuidados Paliativos e Equipe Multiprofissional em Terapia Intensiva</b> .....	29
<b>2.2 Contribuição das Categorias Profissionais da Enfermagem e Medicina no Contexto dos Cuidados Paliativos em Unidade de Terapia Intensiva</b> .....	31
<b>2.3 Teoria das Representações Sociais e Cuidados Paliativos</b> .....	34
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO: A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS</b> ....	38
<b>4 ASPECTOS METODOLÓGICOS</b> .....	43
<b>4.1 Tipo de Pesquisa</b> .....	43
<b>4.2 Local da Pesquisa</b> .....	43
<b>4.3 Participantes da Pesquisa</b> .....	44
<b>4.4 Instrumentos e Procedimentos para Coleta de Dados</b> .....	47
<b>4.5 Aspectos Éticos da Pesquisa</b> .....	48
<b>4.6 Técnica para Análise de Dados</b> .....	48
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	50
<b>5.1 Manuscrito 1 – Estrutura das representações sociais de profissionais de saúde da Terapia Intensiva sobre cuidados paliativos</b> .....	51
<b>5.2 Manuscrito 2 – Representações sociais de profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva sobre cuidados paliativos</b> .....	67
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	84
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	85
<b>APÊNDICES</b> .....	95
Apêndice A – Técnica de Evocação Livre de Palavras e Questionário Sociodemográfico..	96
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	97
<b>ANEXOS</b> .....	101
Anexo A - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa.....	102
Anexo B - Autorização para coleta de dados.....	106

## APRESENTAÇÃO

Sou Gilberto Alves Dias, nascido na zona rural de Minas Gerais, filho de agricultores. Aos 17 anos me mudei para o estado da Bahia a fim de cursar a Graduação em Fisioterapia na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Naquela época, os sonhos eram outros. Imaginava que meu período em terras baianas seria apenas durante a graduação. Retornaria ao interior de Minas onde trabalharia com Reeducação Postural Global (RPG) na clínica de um amigo. A Terapia Intensiva, os estudos sobre a morte, o morrer, o luto e os cuidados paliativos me encantaram. E aqui estou.

Durante a minha graduação, ainda no primeiro semestre, após uma greve institucional, no mês de agosto do ano de 2015, conheci a professora Vanda Palmarella Rodrigues. Professora Vanda retornava do seu doutorado na Universidade Federal da Bahia e estava em busca de estudantes para a criação do Grupo de Pesquisa em Violência, Saúde e Cultura de Paz (GPVIO). Então, comecei a participar do grupo. Na época, muito imaturo, sem nada saber e pouco entender sobre pesquisa.

Quatro anos se passaram, fui instruído durante toda iniciação científica sobre como realizar pesquisas utilizando os recursos da Teoria das Representações Sociais (TRS). Durante a iniciação científica o objeto de pesquisa estudado foi a violência doméstica contra a mulher. Ao conhecer um pouco sobre Unidade de Terapia Intensiva (UTI), decidi que gostaria de seguir o caminho da fisioterapia intensiva.

As questões sobre finitude dentro da UTI chamaram minha atenção pelo medo e dificuldade de muitos profissionais em lidarem com inúmeras situações. O sofrimento de pacientes, as situações de distanásia, a não aceitação da perda pelos profissionais e familiares, o luto e outras questões cada vez mais me traziam e ainda trazem questionamentos.

Utilizei do que aprendi ao decorrer dos quatros anos de iniciação científica sobre a TRS para estudar no meu trabalho de conclusão de curso, sobre o processo de morrer e a morte na visão dos profissionais de saúde. Neste período, foi realizado um trabalho sobre representações sociais dos profissionais de saúde da UTI sobre o processo de morrer e a morte, com base na abordagem estrutural da TRS.

A paixão pela terapia intensiva associada a tantos questionamentos continuaram. No processo de especialização, na residência em Urgência e Emergência com ênfase em Intensivismo, realizei o meu trabalho de conclusão de residência, agora estudando as representações sociais dos profissionais de saúde da UTI sobre o processo de morrer e a morte com base na abordagem processual da TRS. Em um período pós-pandemia pelo coronavírus,

no qual principalmente a morte foi tão falada, os relatos dos profissionais trouxeram ainda mais indagações.

Os estudos sobre a tanatologia, área a qual estuda o processo de morrer e a morte, trouxeram subsídios à minha vida pessoal, à minha prática clínica, seja com os pacientes, seus familiares ou até mesmo com meus colegas de trabalho. Isso permitiu que começasse a intervir nos locais onde coletei os dados das pesquisas sobre como podemos lidar com o processo de morrer, a morte e o luto. Porém, os questionamentos continuaram na seguinte perspectiva: o que podemos fazer para que o nosso paciente viva bem até o dia da sua morte?

Assim, surgiu a proposta de pesquisar nesta dissertação de mestrado as representações sociais dos profissionais de saúde da UTI sobre os cuidados paliativos. Muitos profissionais compreendem os cuidados paliativos apenas como limitação de suporte ou como uma abordagem voltada aos pacientes em fase terminal.

As formas como os profissionais de saúde compreendem os cuidados paliativos estão diretamente ligadas as suas experiências, vivências e saberes formando as representações sociais deste grupo.

Aprender as representações sociais destes profissionais pode nos auxiliar a entender como os profissionais de saúde da UTI desenvolvem suas práticas de cuidado frente aos pacientes em cuidados paliativos e seus familiares. Essa apreensão pode gerar subsídios de programas de intervenção que fortaleçam a abordagem dos cuidados paliativos para que a equipe esteja mais bem preparada e assim ofereça uma abordagem que oportunize mais qualidade de vida até o dia da morte dos nossos pacientes e após a morte, aos seus familiares.

Decidi por dinamizar esta dissertação em um trabalho que aborde em sua introdução a história dos cuidados paliativos e a evolução dos seus conceitos, considerando que a representação social de um grupo está diretamente ligada à produção do conhecimento do objeto ao decorrer de sua história.

Na revisão de literatura mostrei o que os estudos mais recentes versam sobre os cuidados paliativos, na perspectiva dos profissionais de saúde da UTI, o conhecimento desses profissionais sobre cuidados paliativos e o que pode ser feito para aprimorar esse conhecimento. Abarcou-se também um tópico específico sobre os estudos de Representações Sociais direcionados aos cuidados paliativos.

O referencial teórico vislumbrou contar o que é a Teoria das Representações sociais e como o conhecimento empírico por meio das vivências, experiências, formações, convívio em grupos e outros aspectos, formam conceitos, imagens e atitudes frente a objetos de pesquisa.

Neste tópico buscou-se estabelecer uma conexão entre a influência da história dos cuidados paliativos em alguns pontos atuais das representações sociais sobre o tema.

E, por fim, apresentou-se em dois manuscritos as representações sociais tanto na abordagem estrutural quanto processual dos profissionais de saúde da UTI ante aos cuidados paliativos. Busquei destacar as potencialidades e dificuldades dos profissionais de saúde e, o que se considerou mais importante, apresentei possibilidades de intervenções de baixo custo, tanto de caráter inovador quanto intervenções já elaboradas em outros cenários e baseadas em evidências científicas, que podem potencializar e aprimorar o conceito, as imagens e atitudes das representações sociais dos profissionais de saúde da UTI no contexto dos cuidados paliativos.

Espero que este trabalho possa contribuir no conhecimento sobre cuidados paliativos e ajudar no gerenciamento da assistência dos profissionais da UTI aos pacientes em cuidados paliativos e seus familiares. Assim, apresento a vocês a minha dissertação de mestrado intitulada: *Representações sociais de profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva sobre cuidados paliativos*.

## 1 INTRODUÇÃO

A ideia de cuidar para além da dor física tem início na antiguidade com as primeiras definições sobre cuidar. Durante o período das Cruzadas era comum encontrar hospedarias portuguesas em mosteiros que abrigavam não somente doentes e moribundos, mas também famintos, gestantes, pobres, leprosos e órfãos. Estas hospedarias, conhecidas como *hospices*, contemplavam características de acolhimento, proteção e alívio do sofrimento. Ou seja, mais do que a busca pela cura. Os *hospices* antecederam a filosofia dos cuidados paliativos (Dantas, 2023).

Um jovem padre francês, no século XVII, chamado São Vicente de Paula, fundou a Ordem das Irmãs da Caridade em Paris ofertando cuidados a doentes, pobres, moribundos e órfãos. Em 1900, as irmãs da Casa de Caridade fundaram o *St. Josephs's Convent*, em Londres, onde realizavam visitas aos doentes em suas casas. Em 1905 elas abriram o *St. Josephs's Hospice* com 30 leitos ofertando cuidados aos necessitados (Dantas, 2023; St Josephs's Hospice, 2024).

O termo *hospice* antecedeu os cuidados paliativos. A palavra francesa *hospice* é a tradução do vocábulo latino *hospitium*. Seu significado é “hospedagem e hospitalidade” traduzindo um sentimento de acolhimento. Atualmente *hospice* é mais que um local, é uma filosofia de cuidado. Consiste em um conjunto de ações destinadas a proporcionar conforto e assistência aos pacientes (Maciel *et al.*, 2016). Já o termo paliativo deriva da palavra *pallium* em latim, a qual significa cobrir e aliviar como um manto de afeto que protege, não com a finalidade de esconder a doença, mas de oferecer conforto (Kovács, 2021).

A abordagem dos cuidados entre tantos outros nomes, teve forte influência de Cicely Saunders a qual desenvolveu seu interesse pelos cuidados paliativos e controle da dor muito cedo. Em 1945, começou seu trabalho como assistente social e depois trabalhando com cuidados paliativos como enfermeira voluntária. Ela se envolveu com o tratamento de pacientes terminais e percebeu que era necessário especificidade para melhor controle da dor dos pacientes em cuidados paliativos. Então, começou a planejar um *hospice* especializado no final dos anos de 1950 (Saunders, 2025).

Um dos pontos de partida para que Cicely Saunders assumisse o compromisso com os cuidados paliativos foi sua relação de cuidado com David Tasma, um judeu de 40 anos, morador do Gueto de Varsóvia, com diagnóstico de carcinoma retal inoperável. David havia passado por uma colostomia paliativa e era atendido por Cicely a qual o visitou até a morte tendo longas conversas e cuidados para minimização de seu sofrimento, tratando-lhe com

dignidade até os últimos dias de sua vida. Por sua vez, David Tasma, mesmo com poucas condições financeiras, deixou uma pequena herança e uma carta que dizia: “Eu serei uma janela na sua Casa” (Alves *et al.*, 2019).

Com sua experiência como assistente social e enfermeira, Cicely Saunders estava muito bem equipada para cuidar dos pacientes em fase terminal. Cicely percebia que muitos pacientes pereciam de dor ao fim da vida. Os médicos tinham muito receio em prescrever morfina aos pacientes com justificativa que eles poderiam se tornar dependentes. Foi então que o cirurgião Pasty Barratt lhe aconselhou dizendo que Cicely tinha boas ideias, mas não chegaria a lugar nenhum a menos que se tornasse médica e passasse a prescrever analgésicos, pois eram os médicos que abandonavam os pacientes terminais. Cicely retornou à faculdade e aos 33 anos se tornou médica (Saunders, 2025).

Cicely Saunders desenvolveu a teoria da dor total. Em sua teoria, para além do alívio da dor física, era necessário pensar na dor psicológica, social e espiritual. Cicely desenvolveu protocolos de uso de morfina e outros fármacos por meio de testes com a Mistura de Brompton para que os pacientes não sofressem em sua terminalidade. Além disso, passou a administrar melhor os demais quesitos que causavam dor aos pacientes. As pesquisas de Cicely foram realizadas no *St. Joseph's Hospice* onde posteriormente veio a se tornar diretora médica. Cicely acumulou registros de mais de 1000 pacientes enquanto estava no *St Joseph's* (Fajardo-Chica, 2020; Saunders, 2025).

Por meio da herança deixada por David Tasma e com sua habilidade como assistente social em arrecadar recursos Cicely fundou o *St Christopher's Hospice*, em 1967. A instituição permanece extremamente funcionante até os dias atuais ofertando cuidados paliativos a diversas pessoas com doenças ameaçadoras da vida e capacitando inúmeros profissionais em todo mundo (St Christopher's, 2025).

Concomitante ao nome de Cicely Saunders, a médica psiquiatra Elisabeth Kubler-Ross teve grande participação nos estudos sobre a morte e o morrer. Elisabeth desenvolveu muitos estudos descritos nos seus livros sobre a terminalidade dos pacientes. Uma das suas obras mais conhecidas é o livro intitulado: *Sobre a morte e o morrer*, ganhou notoriedade mundial por descrever os cinco estágios do luto: negação, raiva, depressão, barganha e aceitação (Miranda, 2020).

Os pesquisadores Philippe Ariès, William Worden, John Bowlby, Murray Parkes e tantos outros também tiveram grande relevância nos estudos de tanatologia – estudos sobre a morte, o morrer e o luto. Todavia, a marca histórica deixada por Elisabeth é inegável.

Atualmente, sabemos que o luto de cada pessoa é singular e está para além de cinco fases. Porém, os estudos de Elisabeth foram essenciais para chegarmos ao conhecimento que temos no contexto atual (Flôres, 2023; Kovács, 2021).

No Canadá, Balfour Mount, cirurgião urológico, após uma visita ao *St. Christopher's Hospice*, fundou uma das primeiras unidades de cuidados paliativos na Universidade *McGill*, em Montreal. Na língua francesa, o termo “*hospice*” era associado a locais destinados a acolher doentes, pobres e desamparados em seus últimos dias. Para evitar esse estigma e tornar o conceito mais aceitável tanto em inglês quanto em francês, Balfour Mount criou o termo “cuidados paliativos” como uma alternativa à palavra “*hospice*” (Rodrigues, 2009; Rodrigues, 2004).

O primeiro conceito sobre cuidados paliativos, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), surgiu em 1990, explicitado a seguir:

Cuidado paliativo é o cuidado ativo total de pacientes cuja doença não responde ao tratamento curativo. O controle da dor, de outros sintomas e dos problemas psicológicos, sociais e espirituais é fundamental. O objetivo dos cuidados paliativos é alcançar a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e seus familiares. Muitos aspectos dos cuidados paliativos também são aplicáveis no início da doença, em conjunto com o tratamento antineoplásico (World Health Organization, 1990, p. 11).

Em 2002, a OMS apresentou um novo conceito de cuidados paliativos, afirmando que na definição de 1990 enfatizou a relevância dos cuidados paliativos a pacientes que não respondiam à terapia curativa e ressaltou que esta afirmação pode ser interpretada como a oferta dos cuidados paliativos apenas nas últimas etapas do cuidado (World Health Organization, 2002). Nessa perspectiva, apresentou a seguinte definição de cuidados paliativos:

Os cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias que enfrentam o problema associado a riscos de vida por doença, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da prevenção precoce, identificação e avaliação e tratamento impecáveis da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (World Health Organization, 2002, p. 84).

Em 2018, a OMS lançou o conceito mais recente sobre cuidados paliativos. Os textos gerais de 1990 e 2002 foram escritos em documentos que versavam na maioria dos seus textos sobre o câncer e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (World Health Organization, 1990; 2002). A trajetória dos documentos onde os conceitos foram redigidos

associada aos primeiros pacientes acompanhados pelos cuidados paliativos pode ter reforçado ainda mais a ideia de cuidados paliativos apenas como cuidados em final de vida.

Atualmente a OMS expressa o seguinte conceito sobre os cuidados paliativos:

A OMS define cuidados paliativos como a prevenção e alívio do sofrimento de adultos e crianças pacientes e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças potencialmente fatais. Esses problemas incluem o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual dos pacientes, e sofrimento psicológico, social e espiritual dos familiares (World Health Organization, 2018, p. 3).

Em consonância com a OMS, em novembro de 2018, foi publicado no Diário Oficial da União as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). As diretrizes estabelecem que os cuidados paliativos deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados pela Rede de Atenção à Saúde (RAS). Assim, o Art. 2º define cuidados paliativos como:

Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (Brasil, 2018).

A evolução histórica dos cuidados paliativos perpassando pela história dos *hospices* à proposta de cuidados paliativos criada por Cicely Saunders e as definições estabelecidas pela OMS e o Ministério da Saúde, mostram a constância em proporcionar aos pacientes uma abordagem paliativa cada vez mais qualificada. A UTI tornou-se um dos locais onde muitos pacientes precisam de cuidados propostos pela abordagem paliativa. Dessa forma, apreender o que esses profissionais sabem, pensam e realizam sobre os cuidados paliativos é de grande relevância (Souza *et al.*, 2023; Martins *et al.*, 2022).

Dados epidemiológicos apontam que ao menos 40 milhões de pessoas precisam de cuidados paliativos anualmente, sendo 20 milhões no final da vida. Ainda, 18 milhões de pessoas morrem em sofrimento e dor evitáveis. Mais de 75% da população mundial não possui acesso aos medicamentos utilizados para controle da dor (Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, 2024).

Dados do Atlas da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) de 2022, apontaram um crescimento significativo no número de serviços assistenciais em Cuidados Paliativos, com o registro de 128 novos serviços (54,7%) e 106 atualizações de cadastro

(45,3%), totalizando 234 serviços participantes nesta edição. Esse avanço expressivo evidencia o crescente reconhecimento e o fortalecimento do engajamento na área de cuidados paliativos em âmbito nacional (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2023).

Em um marco revolucionário e recente, o Ministério da Saúde por meio da Portaria GM nº 3681, instituiu a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS, com o investimento previsto de R\$ 887 milhões por ano após a habilitação de todas as equipes (Brasil, 2024).

Apesar dos avanços em território brasileiro, ainda há muito o que ser feito. Um dos estudos mais famosos em nível mundial, porém não tão recente, publicado em 2015 pela *The Economist* aponta por meio do *Quality of Death Index*, que em um ranking de 80 países o Brasil ocupa o 45º lugar quando se fala em qualidade de morte (The Economist, 2015).

Estudo tendo como aporte teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS), realizado em UTIs, evidenciou por meio da análise dos discursos que a comunicação é essencial para a aplicação dos cuidados paliativos e, enquanto representação social do conforto, influencia diretamente a relação entre paciente, família e equipe, mas que traz sérios danos quando não é realizada de forma eficaz. Além disso, a implementação da visita aberta na UTI emergiu como um aspecto relevante (Perão *et al.*, 2021).

Outro estudo sobre as representações sociais dos cuidadores de familiares em cuidados paliativos destacou a importância do vínculo familiar. A pesquisa revelou que os cuidadores já possuíam um conhecimento compartilhado, adquirido por meio da mídia ou da comunicação com outras pessoas com experiências semelhantes. Isso reforça a validade da TRS, ao evidenciar o conhecimento do senso comum como uma influência significativa na sociedade (Silva *et al.*, 2024).

De acordo com Moscovici (2015), a TRS pode ser definida como um conjunto de valores, tanto individuais quanto coletivos, que refletem o senso comum e estão associados a fatores religiosos, culturais e antropológicos, os quais moldam diferentes formas de o indivíduo interpretar sua existência no mundo. Sá (2002), descreve a TRS como um complexo de elementos que englobam sentimentos, emoções, práticas, afetos e outras dimensões, que podem tanto se manter estáveis ao longo das experiências vividas por indivíduos ou grupos sociais, quanto sofrer transformações ao longo da história.

A partir da perspectiva da TRS, o conhecimento técnico-profissional oferece uma nova abordagem que orienta as práticas institucionais e profissionais, fundamentando-se no próprio conhecimento científico da área da saúde (Oliveira, 2014). Nessa direção, apresenta-se como

pressuposto teórico que os profissionais de saúde da UTI articulam o saber do senso comum, o conhecimento científico e o conhecimento técnico-profissional transmitido pelos serviços de saúde para construir suas representações sociais sobre os cuidados paliativos.

A vivência no ambiente de terapia intensiva desde o período da graduação despertou questionamentos profundos sobre a forma como os profissionais de saúde lidam com a finitude, o sofrimento dos pacientes e de seus familiares, bem como as práticas relacionadas ao processo de morrer. Desde a iniciação científica, passando pelo Trabalho de Conclusão de Curso e de residência, o estudo das representações sociais dos profissionais da UTI sobre a tanatologia despertou a necessidade de investigar como esses profissionais compreendem e desenvolvem os cuidados paliativos, os quais eram percebidos durante a atuação na UTI, muitas vezes reduzidos à limitação terapêutica ou exclusivamente ao estágio terminal da vida. Compreender as representações sociais desses profissionais sobre os cuidados paliativos se torna essencial para aprimorar as práticas assistenciais, promovendo uma abordagem mais humanizada e alinhada à qualidade de vida dos pacientes.

A relevância deste estudo está alicerçada em trazer uma aproximação da temática dos cuidados paliativos no contexto da UTI oportunizando reflexões sobre os pensamentos, práticas de cuidados, medos, inseguranças e conhecimentos dos profissionais de saúde. Isso pode tornar familiar, algo não familiar para os profissionais (Moscovici, 2015). Somado a isto, as representações sociais contribuem para a orientação das práticas sociais já que não se constituem como conceitos isolados, e sim se articulam em rede e de maneiras interdependentes (Oliveira, 2014). Dessa maneira, poderá haver sensibilização para a problemática e, conseqüentemente, na prática social e profissional.

Nessa direção, apresenta-se como questão norteadora deste estudo: Quais as representações sociais dos profissionais de saúde da UTI sobre os cuidados paliativos?

Estudos ligados às representações sociais são de grande relevância para a melhor compreensão dos anseios, inseguranças e desafios dos profissionais de saúde, posto que as representações sociais dos profissionais direcionam as práticas de cuidados paliativos na UTI ou até mesmo nas diferentes formas de visualizarem e compreenderem determinadas questões psicológicas e/ou sociais da vida (Oliveira, 2014). Torna-se necessário a investigação e o conhecimento das representações sociais dos profissionais de saúde sobre os cuidados paliativos, pois são elas que influenciam o modo de perceber, agir e reagir dos profissionais.

Para tanto, propõe-se como objetivo geral analisar as representações sociais dos profissionais de saúde das Unidades de Terapia Intensiva sobre os cuidados paliativos no

desenvolvimento de suas práticas.

E como objetivos específicos:

Identificar os elementos estruturantes das representações sociais dos profissionais de saúde da UTI sobre os cuidados paliativos;

Compreender a organização da estrutura de pensamento social dos profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva sobre os cuidados paliativos.

Constatada a escassez de publicações com enfoque nas representações sociais de profissionais de saúde da UTI sobre cuidados paliativos, fica evidente a colaboração do estudo para embasar ações de ensino, pesquisa, extensão e capacitação para os cursos de saúde. Por fim, acredita-se que este estudo poderá proporcionar novas reflexões sobre os cuidados paliativos, já que a temática tem sido explanada em cargas horárias insuficientes que não têm possibilitado debates aprofundados. Assim, a assistência a pacientes que necessitem de cuidados paliativos será fortalecida.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Para a realização desta revisão de literatura integrativa foram realizadas buscas *on-line* por periódicos no portal de *Periódicos Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na base de dados Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) do portal da *National Center for Biotechnology Information da National Library of Medicine* (PubMed), no banco de dados *Excerpta Medica dataBase* (Embase) e no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES).

A Prática Baseada em Evidências (PBE) orienta os pesquisadores na aplicação de estratégias de busca direcionadas durante a consulta a periódicos. Nesse contexto, a formulação de questões de pesquisa utilizando o mnemônico PICO em estudos não clínicos constitui uma abordagem metodológica sistemática, voltada para assegurar a qualidade do estudo. No mnemônico, P refere-se a Paciente, População ou Problema, I indica o Interesse e Co representa o Contexto (Araújo, 2020).

Foram elaboradas duas estratégias de busca para a elaboração desta revisão. A primeira, inicialmente, visava buscar na literatura os trabalhos produzidos utilizando a TRS tendo como objeto de pesquisa os cuidados paliativos e como população os profissionais de saúde da UTI. Entretanto, a produção científica nos últimos cinco anos com trabalhos deste perfil foi tão escassa que a estratégia precisou ser ampliada.

Dessa forma, optou-se por buscar trabalhos que utilizavam como metodologia a TRS e como objeto de pesquisa os cuidados paliativos em diferentes populações e contextos. Como estratégia PICO, utilizou-se: População: profissionais de saúde, familiares e pacientes; Interesse: cuidados paliativos; Contexto: nível de atenção primária, secundária ou terciária. Foram utilizados os descritores e seus sinônimos, em português pertencentes aos Descritores Ciências da Saúde (DeSC) e em inglês os pertencentes ao *Medical Subject Headings* (MESH): “cuidados paliativos”, “representação social”, intercaladas pelos operadores booleanos AND e OR.

Para a seleção dos artigos da primeira estratégia foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos que utilizassem como metodologia a TRS e que versassem sobre cuidados paliativos, disponibilizados na íntegra de forma gratuita, nos idiomas inglês, português e espanhol, publicados no período de 2019 a 2024. Como critérios de exclusão: optou-se por não contabilizar os artigos duplicados e não inserir revisões de literatura.

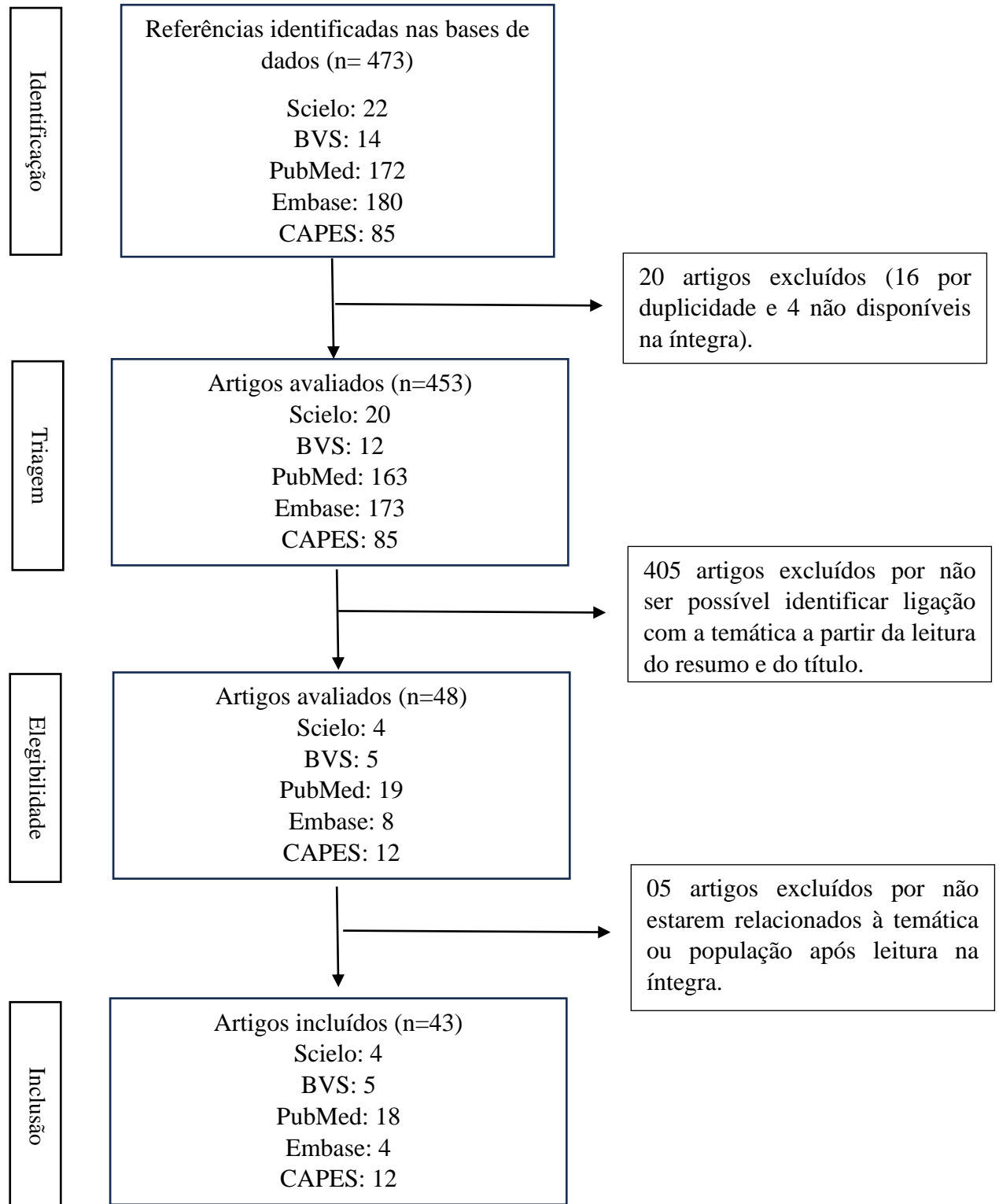
A segunda estratégia buscou abarcar as evidências científicas voltadas ao objeto de pesquisa cuidados paliativos com a população dos profissionais de saúde no contexto da UTI em trabalhos que utilizassem os mais diferentes tipos de metodologias. Dessa forma, aplicou-se a seguinte estratégia PICO: População: profissionais de saúde; Interesse: cuidados paliativos; Contexto: Unidades de Terapia Intensiva Adulto. Foram utilizados os descritores e seus sinônimos, em português pertencentes ao DeSC e em inglês os pertencentes ao MESH: “cuidados paliativos”, “Unidades de Terapia Intensiva”, “pessoal de saúde” intercaladas pelos operadores booleanos AND e OR.

Em relação à seleção dos artigos da segunda estratégia foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos que versassem sobre cuidados paliativos, tendo como população de forma integral ou parcial profissionais de saúde da UTI, disponibilizados na íntegra de forma gratuita, nos idiomas inglês, português e espanhol, publicados no período de 2019 a 2024. Como critérios de exclusão: optou-se por não contabilizar os artigos duplicados e não inserir revisões de literatura.

A primeira busca resultou em 30 artigos a partir dos critérios de inclusão e exclusão. Após a leitura dos títulos, resumos e leituras na íntegra dos artigos que apresentassem dúvidas sobre a integração ou não na revisão, foram selecionados quatro trabalhos. A segunda busca encontrou 443 artigos a partir dos critérios de inclusão e exclusão. Ao realizar a leitura dos títulos, resumos e leituras na íntegra dos artigos que se julgassem necessários, foram selecionados 40 artigos. Ambas as estratégias totalizaram 473 artigos sendo selecionados 43.

Para esquematizar os achados, apresentamos, a seguir, o modelo PRISMA (Mendes, 2022; Page *et al.*, 2021) adaptado:

**Figura 1** - Fluxograma do processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos.



Fonte: Autores, 2025.

Os 46 trabalhos selecionados foram agrupados em três categorias, sendo elas: Cuidados Paliativos e equipe multiprofissional em terapia intensiva; Contribuição das categorias profissionais enfermagem e medicina no contexto dos cuidados paliativos em Unidade de Terapia Intensiva e Teoria das Representações Sociais e cuidados paliativos.

## **2.1 Cuidados Paliativos e Equipe Multiprofissional em Terapia Intensiva**

Os cuidados paliativos emergem entre a equipe multiprofissional de saúde da UTI como uma abordagem que visa garantir conforto e dignidade dos pacientes e seus familiares que lidam com uma doença ou condição ameaçadora à vida. Os profissionais compreendem os cuidados paliativos como uma estratégia voltada ao alívio do sofrimento e valorização da dignidade, reconhecendo o paciente como um ser integral e complexo. Essa visão reforça a importância de práticas humanizadas em um ambiente frequentemente associado à tecnicidade (Ribeiro *et al.*, 2021).

Estudo observou que os profissionais de saúde da UTI reconheceram a relevância dos cuidados paliativos e demonstraram conhecimento sobre o tema, mesmo quando não possuíam formação específica (Andrade; Coutinho, 2022). Em consonância, com outro estudo, apesar da ausência de formação formal, os profissionais da UTI adulto demonstraram práticas alinhadas com os princípios paliativos, embora houvesse divergências perceptíveis em suas falas, evidenciando lacunas e a necessidade de maior uniformidade no entendimento e no desenvolvimento dessas práticas (Maia; Lourinho; Silva, 2021).

Os estudos de Pegoraro e Paganini (2019) e de Liu *et al.* (2024) abordaram a integração dos cuidados paliativos no contexto da terapia intensiva, ressaltando sua importância diante de quadros clínicos irreversíveis. Pegoraro e Paganini (2019), por meio de pesquisa qualitativa com profissionais de saúde de uma UTI pública, evidenciaram o reconhecimento da equipe sobre a relevância dos cuidados paliativos para oferecer conforto, dignidade e apoio às famílias, especialmente diante da limitação do suporte de vida.

Já Liu *et al.* (2024) exploraram as percepções de profissionais norte-americanos quanto às métricas de qualidade dos cuidados paliativos na UTI, revelando tensões entre os valores da prática paliativa e os indicadores quantitativos exigidos por instituições de saúde, muitas vezes voltados à redução de custos e tempo de internação. Ambos os estudos destacaram a necessidade de uma abordagem centrada no paciente e humanizada, apesar de apresentarem perspectivas distintas: o primeiro enfatizou a prática assistencial e o preparo da

equipe, enquanto o segundo discutiu os desafios éticos e operacionais na avaliação da efetividade do cuidado paliativo.

A formação dos profissionais é um aspecto crucial. A exemplo, estudo identificou que 77,3% dos profissionais das UTIs pesquisadas relataram experiência com cuidados paliativos, mas apenas 12,7% haviam realizado cursos específicos (Souza *et al.*, 2023). Esse dado reflete o cenário descrito por Baptista e Picanço (2019), os quais apontaram que, embora os profissionais reconhecessem a importância de proporcionar qualidade de vida, muitos ainda desconheciam conceitos fundamentais dos cuidados paliativos. Tal lacuna de conhecimento pode contribuir para a insatisfação expressa por profissionais em relação à realidade dos cuidados paliativos na terapia intensiva, conforme relatado por Barbosa *et al.* (2020).

Outro desafio significativo é a comunicação. As principais barreiras para a eficácia dos cuidados paliativos incluem a falta de comunicação entre profissionais, pacientes e familiares, além do uso indevido de procedimentos no fim da vida (Janczewski *et al.*, 2024). Bleicher *et al.* (2021), corroboram com essa perspectiva ao apontarem que cuidados fúteis são uma causa comum de sofrimento moral para os profissionais da UTI. Assim, é necessário priorizar uma comunicação precoce e transparente a qual emerge como uma solução essencial para minimizar conflitos e garantir uma abordagem centrada no paciente.

Experiências internacionais também reforçam a importância da comunicação e do envolvimento familiar. Em estudo realizado na Austrália, a criação de memórias para famílias durante o tratamento de fim de vida como uma prática positiva, foi frequentemente liderada e elaborada por enfermeiros. Esse tipo de intervenção não apenas humanizou o cuidado, mas também contribuiu para o bem-estar emocional das famílias (Riegel; Randall; Buckley, 2022).

Por outro lado, a operacionalização de cuidados paliativos ainda enfrenta fragilidades institucionais. Pesquisadores identificaram problemas estruturais, como déficit de profissionais qualificados, falhas na abordagem interdisciplinar e na comunicação, além de lacunas na implementação de práticas baseadas nos princípios dos cuidados paliativos. Pesquisadores apontam que para superar essas deficiências, é imprescindível uma abordagem coletiva envolvendo gestores, profissionais, pacientes e familiares (Martins *et al.*, 2022).

Outro aspecto importante é a integração dos cuidados paliativos nas UTIs. Kyeremanteng *et al.* (2020), enfatizaram em seu estudo que 78% dos entrevistados acreditaram que uma maior presença de cuidados paliativos melhoraria a qualidade do fim de vida. No entanto, barreiras como expectativas irrealistas de pacientes e famílias e a ausência

de critérios claros para consultas de cuidados paliativos dificultaram essa integração. Nesse sentido, a definição de planos de cuidados específicos poderia promover avanços significativos.

Durante a pandemia da *Coronavirus Disease* (COVID-19), os desafios se intensificaram com a escassez de recursos, desigualdades regionais e altos índices de esgotamento profissional, que dificultaram a prestação de cuidados paliativos de qualidade (Lobo *et al.*, 2022). Esses achados são complementados por Granrud *et al.* (2023), que apontaram que a qualidade dos cuidados paliativos percebida pelos profissionais ficou aquém do que consideravam ideal, evidenciando a necessidade de melhorias em todas as áreas.

Por fim, a Teoria do Final de Vida Pacífico, conforme analisada por Pires *et al.* (2020), destacou o conforto como um elemento central na percepção da equipe multiprofissional da UTI. Essa teoria oferece um alicerce valioso para intervenções que promovam um fim de vida digno e pacífico, alinhando-se à preocupação dos profissionais em respeitar a autonomia e proteger a dignidade dos pacientes, conforme destacado por Maingué *et al.* (2020).

Em síntese, a implementação eficaz dos cuidados paliativos na terapia intensiva requer a superação de desafios estruturais, educacionais e comunicacionais. Políticas específicas, capacitação multiprofissional e uma abordagem interdisciplinar são elementos-chave para promover um cuidado humanizado e centrado no paciente.

## **2.2 Contribuição das Categorias Profissionais da Enfermagem e Medicina no Contexto dos Cuidados Paliativos em Unidade de Terapia Intensiva**

A enfermagem se destacou nesta revisão de literatura como a categoria profissional que mais realizou estudos sobre cuidados paliativos em UTIs, quando se refere aos estudos por categoria profissional isolada, seguida da categoria profissional medicina com uma quantidade bem menor de trabalhos. Não foi encontrado quantidade significativa de trabalhos isolados envolvendo as demais categorias profissionais.

A única exceção foi o trabalho de Souza; Nogueira (2022), realizado essencialmente com fisioterapeutas da UTI. Em seu estudo misto, os resultados quantitativos indicaram que os profissionais possuíam conhecimento satisfatório sobre os principais conceitos que orientavam a prática de cuidados paliativos. Porém, a abordagem qualitativa evidenciou que

ainda há presença de dilemas éticos e fragilidades relacionadas aos processos institucionais no contexto dos cuidados paliativos.

A necessidade de capacitação das equipes de enfermagem é uma constante em várias pesquisas. Ortega-Guerrero, Ortega-Cantero e Guerrero-Castañeda (2019), destacaram que 65,58% das equipes de enfermagem apresentam a necessidade de aprimorar o conhecimento sobre cuidados paliativos. Complementarmente, estudos de Moreira *et al.* (2021), identificaram categorias cruciais na prática dos técnicos de enfermagem, como a prioridade ao conforto do paciente, a promoção da paz e a proximidade com a família. Contudo, essas práticas foram muitas vezes prejudicadas por déficits de comunicação e insegurança na prestação de cuidados.

Além disso, a literatura apontou barreiras à implementação dos cuidados paliativos, incluindo a falta de compreensão do papel dos enfermeiros no contexto paliativo (Gonçalves *et al.*, 2020). Estudo conduzido no Japão reforçou a necessidade de educação primária em cuidados paliativos e acesso às consultas especializadas (Tanaka *et al.*, 2022). Outro trabalho realizado com enfermeiras na Coreia do Sul sobre a retirada ou retenção de nutrição enteral ou nutrição parenteral em paciente no fim de vida, mostrou que é necessário iniciar discussões sobre a legalização da retirada de nutrição artificial. Além disso, é fundamental oferecer educação sobre os impactos dessa prática nos cuidados de fim de vida e atualizar as diretrizes clínicas relacionadas (Seol; Koh; Kim, 2020).

Mediani *et al.* (2024) e Agrawal *et al.* (2019) destacaram, em contextos distintos - Indonésia e Índia - a dificuldade de os profissionais de saúde em integrarem plenamente os cuidados paliativos às práticas da UTI. Enquanto o primeiro estudo, de abordagem fenomenológica, valorizou as experiências subjetivas de profissionais ao lidarem com a complexidade emocional, comunicacional e colaborativa do cuidado paliativo, o segundo revelou quantitativamente que há um conhecimento limitado sobre o tema entre os médicos intensivistas, sendo a falta de treinamento a principal barreira. Ambos os trabalhos sugeriram que a capacitação profissional e a inserção curricular são estratégias urgentes para superar resistências e lacunas assistenciais.

Já os estudos de Fadaei *et al.* (2024) e Silva *et al.* (2020) evidenciaram a percepção da equipe de enfermagem como foco. O primeiro, apontou que não há diferença significativa no conhecimento e na autoeficácia sobre cuidados paliativos entre enfermeiros da UTI e de unidades gerais, embora variáveis como experiência prévia com pacientes terminais e treinamentos prévios influenciem positivamente os resultados. Em contraste, o estudo

conduzido no Brasil por Silva *et al.* revelou que os profissionais valorizavam o cuidado humanizado como pilar dos cuidados paliativos, reconhecendo o papel da equipe multiprofissional e a importância do envolvimento familiar. A análise lexical reforçou a importância do conforto e da humanização como elementos centrais da prática paliativa, indicando um entendimento mais sensível e relacional do cuidado.

Outros aspectos relevantes estão relacionados à formação e experiência dos profissionais. Kawashima *et al.* (2021), constataram que enfermeiros com treinamento em cuidados paliativos ou experiência superior a cinco anos em UTIs apresentaram maior competência na prática. Por sua vez, Xie *et al.* (2024), abordaram barreiras culturais e estruturais na China, enquanto destacaram aspectos facilitadores como o reconhecimento governamental e societal dos cuidados paliativos. Esses dados ilustraram as diferenças contextuais e culturais que impactaram a implementação dessas práticas.

No campo da medicina, a integração dos cuidados paliativos foi igualmente desafiadora. Neurointensivistas, por exemplo, relataram baixa frequência de consultas paliativas, apesar de reconhecerem sua importância para discussões sobre objetivos de cuidado (Bar; Creutzfeldt; Rubin, 2020). Por outro lado, Schwartz *et al.* (2022), demonstraram que ferramentas como o *e-Learning* adotadas como metodologia de ensino, podem promover mudanças significativas no conhecimento e nas atitudes dos médicos, evidenciando o potencial de intervenções educacionais.

A comparação entre enfermeiros e médicos também revelou divergências e complementaridades. Enquanto os enfermeiros se destacaram no cuidado espiritual e na participação em decisões de fim de vida, os médicos apresentaram limitações no conhecimento sobre diretivas antecipadas de vontade (Ke *et al.*, 2019). O conflito entre oncologistas e intensivistas sobre o suporte de vida em pacientes críticos também é um ponto sensível que pode ser mitigado com reuniões regulares (Nassar *et al.*, 2019).

Estudo de Wiegand, Cheon e Netzer (2019), ofereceram uma compreensão mais aprofundada das experiências dos profissionais de saúde na retirada de terapias de suporte de vida. Essa pesquisa destacou o impacto emocional e a necessidade de preparação para enfrentar essas situações com ética e empatia. Kim e Choi (2022), por sua vez, sugeriram que aumentar o senso de chamado e a resiliência dos enfermeiros pode melhorar a qualidade dos cuidados de fim de vida.

A competência em cuidado espiritual é outro fator essencial para a qualidade dos cuidados paliativos. Kurtgöz, Keten Edis e Erarslan (2024), evidenciaram que enfermeiros

com maior treinamento em cuidado espiritual tendem a apresentar melhores práticas nessa área. Isso reforça a importância de iniciativas educacionais para capacitar profissionais de saúde visando o atendimento das necessidades espirituais dos pacientes.

Finalmente, a cooperação interprofissional emergiu como um elemento crucial para o sucesso dos cuidados paliativos. Schallenburger *et al.* (2024), destacaram a importância do prognóstico e da comunicação eficaz entre as equipes. Wolf *et al.* (2019), reforçaram que líderes do sistema de saúde devem priorizar o treinamento em cuidados paliativos para reduzir barreiras e minimizar o sofrimento moral entre os profissionais.

Assim, as contribuições das categorias profissionais de enfermagem e medicina sobre os cuidados paliativos nas UTIs foram significativas, mas também indicaram lacunas importantes. Investimentos em educação, fortalecimento da comunicação interprofissional e valorização do cuidado espiritual são estratégias fundamentais para avançar na implementação de cuidados paliativos de qualidade.

### **2.3 Teoria das Representações Sociais e cuidados paliativos**

Os trabalhos realizados utilizando a TRS sobre cuidados paliativos como objeto de estudo, nos últimos cinco anos, foram escassos. Além disso, não foram encontrados trabalhos que utilizaram a abordagem estrutural. Apenas um trabalho utilizou *software* e todos realizaram entrevistas como forma de coleta de dados.

Perão *et al.* (2017), buscaram conhecer as representações sociais de conforto para familiares de pacientes em cuidados paliativos na terapia intensiva. Utilizou-se um roteiro com questões que versavam sobre o significado da UTI para o familiar, como o familiar se sentia ao visitar o parente na UTI, de que forma queria ser atendido e o que pensava sobre cuidados paliativos.

Participaram 30 familiares de pacientes internados na UTI sob o acompanhamento dos cuidados paliativos. As representações sociais sobre o conforto para familiares de pacientes em cuidados paliativos na UTI foram associadas a sentimentos positivos e negativos, comunicação e cuidado humanizado. Por conseguinte, os sentimentos foram abordados de maneira específica, considerando as dimensões biológica, social e espiritual, para alcançar uma visão integral do conforto (Perão *et al.*, 2021).

A análise dos discursos dos familiares destacou a importância da comunicação na efetividade do cuidado paliativo. Quando ineficaz, essa comunicação impactava diretamente a

relação entre paciente, família e equipe. Nesse contexto, a implantação da visita aberta na UTI surgiu como um aspecto relevante, na perspectiva de o familiar poder visitar o seu ente querido na UTI em qualquer horário do dia (Perão *et al.*, 2021).

A importância do vínculo familiar foi notada em outro trabalho que buscou analisar as representações sociais dos cuidadores familiares sobre os cuidados paliativos em pacientes terminais. O estudo apontou que os cuidadores já possuíam um conhecimento compartilhado, adquirido por meio da mídia ou da comunicação com outras pessoas que também detinham esses saberes. Isso evidenciou a validade da TRS ao destacar o conhecimento do senso comum como um universo de grande influência na sociedade (Silva *et al.*, 2024).

Nos recortes das falas apresentadas no trabalho de Silva *et al.* (2024) o termo cuidados paliativos não apareceu diretamente. Entretanto, apesar de os familiares talvez não terem o conhecimento conceitual sobre cuidados paliativos, desenvolveram condutas que fazem parte da abordagem paliativa. Outro ponto abordado no trabalho foi o desgaste enfrentado pelos cuidadores, em virtude de diversas situações, pois abdicavam de grande parte de suas próprias prioridades para atender às necessidades de alguém que requeria cuidados. Ainda assim, dedicaram amor e carinho, buscando constantemente aprender mais para proporcionar o máximo de conforto ao seu ente querido nesse momento desafiador (Silva *et al.*, 2024).

Em outro cenário de atenção à saúde, um estudo buscou compreender as representações sociais dos profissionais enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre cuidados paliativos para a pessoa idosa. As ideias centrais do Discurso do Sujeito Coletivo dos profissionais sobre a compreensão de cuidados paliativos em pessoas idosas estavam relacionadas aos diagnósticos incuráveis, cuidado biopsicossocial e humanizado para pessoa idosa e família, qualidade de vida e educação em saúde (Queiroz *et al.*, 2024).

Na implementação dos cuidados paliativos direcionados à pessoa idosa na APS, os profissionais de saúde evidenciaram ações como visitas domiciliares, atenção biopsicossocial ao idoso e sua família, grupos de atividades, promoção da qualidade de vida e assistência no momento da morte. Essas práticas evidenciaram as contribuições de enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas, ilustrando como esses profissionais realizaram o cuidado paliativo voltado à população idosa (Queiroz *et al.*, 2024).

O estudo intitulado Morte nos cuidados paliativos: representações sociais de uma equipe multidisciplinar teve como objetivo investigar as representações de 20 profissionais

que atuavam em uma equipe multidisciplinar de cuidados paliativos há pelo menos seis meses e evidenciou que a representação social da morte pela equipe multidisciplinar de cuidados paliativos revelou que seus membros a percebiam como uma etapa natural do ciclo da vida, associada a perdas significativas. Eles consideravam seu trabalho essencial, reconhecendo-se como agentes que promovem qualidade de vida para pacientes em processo de fim de vida e para seus familiares (Fitaroni; Bousfield; Silva, 2021).

Os resultados também mostraram que alguns profissionais ainda estão em processo de construção dessa representação social, pois manifestaram que a morte continua sendo um tema tabu em suas vidas. Isso sugere que os processos de comunicação e troca relacionados ao tema ainda são iniciais (Fitaroni; Bousfield; Silva, 2021).

Diante dos princípios teórico-metodológicos que fundamentam a TRS torna-se coerente a sua aplicabilidade para viabilizar a compreensão das representações dos profissionais de saúde da UTI sobre cuidados paliativos, que naturalmente recorre-se, em muito, aos símbolos fundados na história sociocultural (Moscovici, 2015). Os cuidados paliativos são frequentemente associados à terminalidade da vida, uma visão que, embora comum, não reflete completamente a sua essência. Essa percepção decorre de representações sociais construídas ao longo do tempo, influenciadas por fatores culturais, médicos e midiáticos que vinculam esses cuidados exclusivamente à fase final da existência (Kóvacs, 2021).

Essa concepção equivocada pode ser explicada pela falta de informação e pela forma como a sociedade encara a morte e o sofrimento. Além disso, a associação do primeiro conceito sobre cuidados paliativos apresentada pela OMS e a história dos primeiros pacientes dos grandes *hospices* pode ter influenciado ao decorrer da história na representação de cuidados paliativos apenas como cuidados em fim de vida (St Josephs's Hospice, 2024; Alves *et al.*, 2019; World Health Organization, 1990).

Além disso, a associação dos cuidados paliativos a hospitais e a unidades especializadas reforça a ideia de que esses cuidados são voltados apenas para pacientes em estado avançado da doença. Na realidade, eles podem e devem ser introduzidos precocemente, proporcionando alívio da dor, conforto emocional e suporte multidisciplinar, contribuindo para uma vida mais digna e com menos sofrimento (Kóvacs, 2021; Queiroz *et al.*, 2024).

Para desconstruir essa visão limitada, é fundamental promover campanhas de conscientização que enfatizem a amplitude dos cuidados paliativos e seu papel na humanização da saúde. A abordagem paliativa não é sobre a morte, mas sim sobre a qualidade

de vida, garantindo que os pacientes recebam um atendimento que respeite suas necessidades físicas, emocionais e sociais ao longo de toda a trajetória da doença (Brasil, 2018).

Assim, mudar as representações sociais sobre os cuidados paliativos é um passo essencial para que pacientes e famílias compreendam seu verdadeiro propósito, permitindo que mais pessoas se beneficiem dessa assistência fundamental para o bem-estar e a dignidade humana. Tal perspectiva perpassa pela ampliação dos estudos de representações sociais nos cuidados paliativos visando compreender o pensamento dos profissionais de saúde, pacientes e familiares sobre a temática

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO: A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A TRS tem sua origem nos estudos das representações coletivas desenvolvidos pelo sociólogo Émile Durkheim. Por sua vez, os estudos de Durkheim vislumbravam as práticas religiosas de tribos primitivas da sociedade australiana. O estudioso afirmou que as práticas sociais coletivas são baseadas em representações capazes de serem transmitidas por meio de gerações. Como resultado de sua pesquisa, em 1912, Durkheim lançou a obra intitulada “As formas elementares da vida religiosa” apresentando à sociedade um conceito de “representações coletivas” (Nóbrega, 2003).

Entretanto, os estudos das representações coletivas continham falhas frente ao pensamento individual e coletivo (Nóbrega, 2003). Segundo Durkheim (2003), deveria existir uma separação entre as representações individuais, estando essas ligadas ao campo da psicologia e as representações coletivas, as quais compreendem objetos de estudo da sociologia. Tais divisões geraram críticas aos estudos de Durkheim propiciando que sua teoria fosse esquecida no mundo científico por mais de 40 anos (Nóbrega, 2003).

Com o avançar da história surgiu a TRS proposta pelo psicólogo romeno Serge Moscovici a qual teve sua origem na década de 1950, na França, sendo baseada nos estudos das representações coletivas propostos por Durkheim. As representações sociais buscam compreender como questões psicológicas e sociológicas envolvendo mitos, crenças, tradições e demais fatores do senso comum que podem influenciar diretamente nas relações em grupo e tomadas de decisões (Castro, 2019; Moscovici, 1981). Nesse sentido, a TRS diferente dos estudos das representações coletivas, buscou interagir tanto com o meio individual o qual envolve questões voltadas à psicologia quanto com o coletivo que está ligado aos estudos da sociologia (Sá, 2002).

Segundo Moscovici (2015), a TRS pode ser conceituada como um conjunto de valores individuais e coletivos voltados para pensamentos do senso comum, os quais podem estar interligados a fatores religiosos, culturais e antropológicos que vislumbram diferentes formas de o indivíduo ver sua existência no mundo. Sá (2002), analisou a TRS como um emaranhado de questões que envolvem sentimentos, emoções, práticas, afetos e demais vertentes que podem sofrer durabilidade frente às vivências de cada indivíduo e/ou grupo social, como também podem passar por mudanças ao decorrer da história.

Dessa forma, a TRS permite integrar dimensões temporais envolvendo processos psicossociais que podem sofrer rápidas mudanças de acordo com as transformações da

sociedade contemporânea. No entanto, a TRS contempla a possibilidade de estudar tanto o momento contemporâneo quanto o passado. Por tais possibilidades, cada vez mais, a TRS tem ganhado espaço em meio aos estudos acadêmicos (Jesuíno, 2014).

Ainda, a TRS contempla funções que desempenham importantes papéis no que tange ao dinamismo das relações individuais e em grupo. Destacam-se entre as funções da TRS: saber, identidade, orientação e a justificativa. Pertence à função do saber o intercâmbio entre os indivíduos que transmitem seus conhecimentos, auxiliando assim na formação do saber popular que irá direcionar suas práticas individuais e coletivas. Já a identidade vislumbra a forma específica que cada grupo expressa seus saberes (Abric, 2001).

A orientação conduz os comportamentos e as práticas coletivas. A orientação das ações de indivíduos ou grupos constantemente estará ligada a uma definição, uma finalidade e uma situação. Esses três fatores contribuem para a tomada de uma orientação relacionada a determinado tema. Por fim, a justificativa visa explicar as posturas e comportamentos frente à tomada de escolhas. Tal função busca compreender por qual motivo determinado grupo apresenta atitude diferente de outro (Abric, 2001).

Nessa direção, a TRS vislumbra a diversidade dos fenômenos sociais e individuais nos quais buscam compreender como é possível a construção das visões de mundo frente às tradições, crenças, decisões e outros fatores. Assim, essa diversidade das ideias coletivas não indica uma homogeneidade frente às diversas sociedades, mas sim diferenças que muitas vezes podem retratar divergências e tensões (Almeida; Santos; Trindade, 2014).

Ressalta-se ainda que a TRS contempla algumas dimensões, estando entre elas: conceitual, imagética, atitudinal e afetiva. Tais dimensões podem ser compreendidas da seguinte maneira: o conceito se baseia no conhecimento adquirido ao decorrer de vivências sobre um objeto social aprendido por um grupo. Tal conceito pode variar de acordo com a quantidade e qualidade de informação de determinado coletivo (Jesuíno, 2014; Arruda 2009).

A imagem é a tendência de respostas em um grupo que engloba uma hierarquia de elementos a partir das influências que recebe no seu contexto. A imagem remete a um modelo social, sendo esse uma forma na qual os indivíduos determinam uma visão de algum objeto. Por último, a atitude expressa a orientação geral, positiva ou negativa, em relação ao objeto da representação social. A orientação designa o comportamento que se tem sobre o objeto estudado (Jesuíno, 2014).

Já a dimensão afetiva diz respeito ao conjunto de sentimentos, emoções e afetos que os indivíduos atribuem a um objeto social, influenciando sua percepção e avaliação. Essa dimensão é fundamental para compreender a formação, manutenção e transformação das representações sociais, já que os afetos podem servir como âncoras que reforçam determinadas representações, ao passo que outros podem levar à sua rejeição (Arruda, 2009).

Assim, a TRS, pelo próprio viés dos objetos estudados, os quais emergem sob formas de conhecimentos específicos de indivíduos e grupos sociais em suas experiências cotidianas, consiste em estudos relacionados às pesquisas de caráter empírico. Como defendido por Moscovici e tantos autores, nenhuma espécie de especulação, por mais privilegiada que seja, pode substituir o esforço das apreensões empíricas sobre os saberes populares. A pesquisa empírica contempla estudos ligados a pensamentos sociais, históricos e culturais (Sá, 2002).

Ademais, a análise da representação social baseia-se em dois mecanismos fundamentais: a ancoragem e a objetivação. A ancoragem busca assimilar ideias desconhecidas, inserindo-as em categorias e imagens familiares, tornando-as compreensíveis ao classificá-las e nomeá-las. Já a objetivação transforma conceitos abstratos em algo quase tangível, transferindo-os do domínio mental para o mundo físico, reproduzindo um conceito por meio de uma imagem (Moscovici, 2015).

Por meio da ancoragem, o indivíduo incorpora o objeto da representação a um sistema de valores próprio, atribuindo-lhe um nome e classificando-o conforme suas relações com o contexto social (Almeida; Santos; Trindade, 2014). Esses autores afirmaram ainda que um objeto é ancorado quando se integra a um sistema de categorias preexistente, mediante certos ajustes. No que se refere à objetivação, destaca-se que esse mecanismo une a ideia de algo desconhecido à noção de realidade, tornando-se a verdadeira essência desta. Dessa forma, a objetivação converte um conceito em uma imagem concreta, retirando-o de seu enquadramento científico (Moscovici, 2015).

As diversas áreas da saúde utilizam a TRS com a finalidade de compreender as necessidades de pacientes e profissionais. Por meio de pesquisas relacionadas à TRS é possível orientar as práticas de cuidado ofertadas à população (Castro, 2019). Duas abordagens se destacam na TRS: a abordagem processual e a abordagem estrutural.

A abordagem processual foi elaborada pela pesquisadora Denise Jodelet. Nesta abordagem a TRS conferiu um aspecto mais objetivo, alcançando um estilo científico anglo-saxônico à retórica de Moscovici na explicação das proposições básicas da teoria. Jodelet mostrou por meio da abordagem processual que o discurso das pessoas e grupos propiciam a

manutenção das representações, dos comportamentos e das práticas sociais nas quais estas são manifestadas (Jodelet, 2001).

A pesquisadora apontou em seus estudos que a TRS vislumbra os fenômenos complexos sempre ativos e agindo na vida social, isto é, advém de um conhecimento do senso comum e são formadas em razão do cotidiano do sujeito. Esta forma de conhecimento distingue-se do conhecimento científico, mas é tão legítimo quanto, por sua importância na vida social pelos esclarecimentos que traz sobre os processos cognitivos e as interações sociais (Jodelet, 2001).

O conhecimento científico se entrelaça ao senso comum. O conhecimento científico oculta valores e vantagens, além de encorajar a precisão intelectual e a evidência empírica. Já o senso comum expõe opiniões culturais, sociais, religiosas e outras. Nesse sentido, as representações sociais restauram a consciência coletiva e lhe dão forma, explicando os objetos e acontecimentos de tal modo que eles se tornam acessíveis a qualquer um e coincidem com os interesses imediatos dos sujeitos (Moscovici, 2015).

Desta maneira, o conhecimento científico é uma realidade dos profissionais de saúde da UTI, tão quanto o conhecimento provindo do senso comum, e ambos são de grande relevância de serem estudados para melhor compreensão da forma de pensar os cuidados paliativos por meio dos profissionais de saúde da UTI.

Em 1976, Jean-Claude Abric, em sua tese de doutorado intitulada *Jeux, conflits et représentations sociales*, apresentou ao mundo a abordagem estrutural da TRS. Naquele momento, a abordagem estrutural foi colocada como uma hipótese a respeito da organização das representações sociais. Ao decorrer do tempo, seu legado recebeu a colaboração de estudiosos como Flament, Guimelli, Moliner e outros. Surgiu assim o grupo de estudiosos do Midi com sede no Sul da França na região do Mediterrâneo nas cidades de Aix-en-Provence e Montpellier (Sá, 2002).

Segundo Abric (2001), a organização de uma representação social está diretamente ligada a um núcleo central, o qual é estável, coerente, rígido, resistente a mudanças definindo a homogeneidade do grupo. Entretanto, o núcleo central depende da primeira periferia e da segunda periferia, as quais representam elementos com frequências menores que as do núcleo central, mas que são de grande importância para a compreensão dele. Nessa direção, as periferias constituem uma integração de experiências e histórias individuais, sendo flexíveis, tolerando contradições e permitindo a diferença de conteúdo.

Por fim, os elementos de contraste contemplam uma representação também complementar ao núcleo central, entretanto evocada por um número reduzido de participantes.

## **4 ASPECTOS METODOLÓGICOS**

### **4.1 Tipo de Pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa tendo como aporte teórico a TRS criada pelo psicólogo Serge Moscovici (Moscovici, 2015) fundamentado pela abordagem estrutural proposta por Jean Claude Abric (Abric, 2001).

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2013), busca entender como significados relacionados às crenças, vivências, compartilhamento de conhecimentos por tradições e outros fatores podem ser compreendidos.

Por sua vez, a TRS busca compreender como um conjunto de conhecimentos ligados a opiniões, fatores culturais, psicológicos, sociais e outros, norteiam as formas de pensamentos e tomadas de decisões das pessoas. A abordagem estrutural compreende às representações como uma organização perpassada por dimensões (Moscovici, 2015; Abric, 2001).

Buscou-se a identificação, apreensão e a possibilidade de descrever percepções, sentimentos, práticas de cuidados, o reconhecimento do saber dos profissionais de saúde da UTI, bem como as lacunas do conhecimento em relação à temática dos cuidados paliativos.

### **4.2 Local da Pesquisa**

A pesquisa foi realizada no Hospital Geral Prado Valadares (HGVP) situado na cidade de Jequié - Bahia. Atualmente, o HGVP contém mais de 300 leitos sendo responsável pela atenção à saúde de 600 mil habitantes de 27 municípios, os quais são atendidos pelo hospital por meio da Central de Regulação de Leitos de Jequié e da Central Estadual de Regulação. A unidade oferece especialidades de clínica médica, clínica cirúrgica, obstetrícia, pediatria e psiquiatria. Além disso, o hospital conta com cinco UTIs, sendo quatro adultas e uma pediátrica (SESAB, 2023).

Atualmente, o perfil das UTIs adulto do hospital se constitui da seguinte forma: UTI 1: pacientes cardiopatas e neurológicos; UTI 2 pacientes cirúrgicos; 3 e 4: pacientes gerais. O HGVP ainda conta com uma UTI pediátrica atendendo crianças com idade entre 28 dias e 13

anos e 11 meses (Epimed, 2024; SESAB, 2023). Este trabalho se debruçou sobre os profissionais de saúde das UTIs adulto do HGPV.

Recentemente, foi registrado no Diário Oficial do Estado da Bahia, a equipe de cuidados paliativos adulto do HGPV composta por: uma médica, uma enfermeira, uma fisioterapeuta, uma assistente social e uma psicóloga (Bahia, 2024).

### 4.3 Participantes da Pesquisa

Participaram do estudo 100 profissionais de saúde das UTIs do HGPV, contemplando 40 técnicos de enfermagem, 20 enfermeiros, 14 fisioterapeutas, nove médicos, cinco psicólogos, três farmacêuticos, três assistentes sociais e seis nutricionistas. O valor estabelecido considerou a aproximação do número necessário para análise dos *softwares*. Atualmente as quatro UTIs do HGPV contam com 245 profissionais de saúde, sendo: 121 técnicos em enfermagem, 37 enfermeiros, seis assistentes sociais, nove psicólogos, três farmacêuticos, 28 fisioterapeutas, 33 médicos, seis nutricionistas e dois residentes (HGPV, 2024).

A Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 define que os profissionais técnicos em enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas e médicos são profissionais obrigatórios das UTIs. Já as demais categorias profissionais passam a fazer parte da equipe de acordo necessidade de cada UTI. Dessa forma, profissionais de saúde como psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos e assistentes sociais podem ficar responsáveis por mais de uma UTI em algumas situações (Brasil, 2010).

Foram utilizados como critérios de inclusão: ser profissional de saúde das UTIs do HGPV; ter no mínimo seis meses de experiência em alguma UTI. Como critérios de exclusão: estar afastado do trabalho por férias e/ou licença de qualquer natureza e fazer parte da equipe de cuidados paliativos do hospital. As respostas dos participantes da equipe poderiam impactar a análise da representação social dos profissionais da UTI que não fazem parte da equipe, uma vez que as discussões de casos e outros estudos podem influenciar a formação da representação dos membros da equipe frente aos cuidados paliativos.

A seguir, apresenta-se a Tabela 1 com a distribuição do número de profissionais de acordo cada UTI e a Tabela 2 com a Tabela 2 com a distribuição das variáveis sociodemográficas referente aos participantes da pesquisa.

**Tabela 1 - Relação de profissionais de saúde de acordo à UTI, Jequié, BA, Brasil, 2025. (n=100)**

Unidade de Terapia Intensiva	Frequência	
	n	%
Unidade de Terapia Intensiva 1	20	20%
Unidade de Terapia Intensiva 2	14	14%
Unidade de Terapia Intensiva 3	24	24%
Unidade de Terapia Intensiva 4	22	22%
Unidades de Terapia Intensiva 1 e 2	11	11%
Unidades de Terapia Intensiva 3 e 4	9	9%

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

**Tabela 2 - Distribuição das variáveis sociodemográficas referente aos participantes da pesquisa, Jequié, BA, Brasil, 2025. (n=100)**

Variáveis	Frequência	
	n	%
Categoria profissional (100)		
Técnico em enfermagem	40	40
Enfermeiro	20	20
Fisioterapeuta	14	14
Médico	9	9
Psicólogo	5	5
Nutricionista	6	6
Assistente Social	3	3
Farmacêutico	3	3
Sexo (100)		
Feminino	79	79
Masculino	21	21
Faixa etária (100)		
20 a 30 anos	44	44
31 a 40 anos	38	38

≥ 41 anos	18	18
Religião (100)		
Católico	40	40
Evangélico	33	33
Espírita	4	4
Candomblé	1	1
Outras	3	3
Não tem	19	19
Acredita em Deus (100)		
Sim	99	99
Não	1	1
Situação conjugal (100)		
Solteiro	54	54
Casado	27	27
União consensual	17	17
Divorciado	2	2
Tempo de formação (100)		
≤ 5 anos	39	39
6 a 10 anos	41	41
≥ 11 anos	20	20
Tempo de atuação na UTI (100)		
≤ 5 anos	75	75
6 a 10 anos	41	41
≥ 11 anos	20	20
Tempo de atuação na UTI (100)		
≤ 5 anos	75	75
≥ 6 anos	25	25
Possui outro vínculo (100)		
Não	51	51
Sim	49	49
Possui pós-graduação (60)		
Sim	45	75
Não	15	25

Possui pós-graduação em cuidados paliativos (60)

Sim	0	0
Não	60	100

---

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

#### 4.4 Instrumentos e Procedimentos para Coleta de Dados

Foi aplicada a cada participante a técnica de evocações livres de palavras seguida do questionário sociodemográfico (APÊNDICE A). As evocações livres de palavras foram aplicadas antes do questionário sociodemográfico com a finalidade de que nenhuma questão do questionário influenciasse nas respostas dos participantes frente ao estímulo indutor.

A aplicação das evocações livres de palavras consiste em solicitar ao participante que evoque as primeiras palavras que surgem em seu pensamento ao ouvir um determinado termo indutor (Oliveira *et al.*, 2005). Nesse sentido, foi solicitado ao participante da pesquisa que falasse cinco palavras que surgiam em sua mente ao escutar o termo Cuidados Paliativos.

Após a solicitação da evocação de cinco palavras frente ao termo indutor “cuidados paliativos”, foi solicitado ao participante que colocasse as palavras por ordem de importância. Em seguida, o mesmo justificava o motivo de ter escolhido as duas primeiras palavras como mais importantes. As justificativas dos profissionais foram gravadas e transcritas.

Em relação à gravação e análise das justificativas, Minayo (2013) afirma que a análise de falas transcritas é uma estratégia privilegiada, uma vez que a mesma permite uma interação social na qual é possível conceber do participante informações relacionadas ao objeto de pesquisa as quais se relacionam com as vivências do indivíduo. Esse processo torna as respostas mais flexíveis ampliando o conteúdo das falas, tornando-as ao mesmo tempo mais pessoais, pois cada participante expõe o seu ponto de vista frente ao objeto de estudo (Dyniewicz, 2014).

As justificativas foram gravadas utilizando um gravador, com o conhecimento e consentimento dos participantes, sendo arquivadas em computador no *Software Windows Media Player*, ouvidas e transcritas no *Software Word*.

#### **4.5 Aspectos Éticos da Pesquisa**

O Projeto obedeceu aos princípios éticos propostos pelas Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, as quais regulamentam pesquisas relacionadas a seres humanos, garantindo análises em relação aos benefícios e riscos sobre os participantes como também sua relevância, confiabilidade e respeito das questões psicológicas, sociais e culturais de cada indivíduo (Brasil, 2012; Brasil, 2016).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) sob o Parecer nº 6.998.392 de 2024. Após aprovação, foi encaminhado um ofício à direção do HGPV solicitando a liberação do local para realização da coleta.

Os profissionais de saúde das UTIs que participaram da pesquisa foram selecionados de acordo com os critérios de elegibilidade. Após essa seleção foi estabelecido o contato do pesquisador com os profissionais. Nesse momento, foram apresentados os objetivos e métodos do projeto de pesquisa. Caso o profissional aceitasse participar, assinava o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) antes da coleta de dados.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), todos profissionais foram submetidos à evocação livre de palavras. No que diz respeito aos riscos da pesquisa, estavam relacionados aos constrangimentos em relação algumas das perguntas formuladas. Entretanto, foi garantida a liberdade ao participante de se recusar a responder à questão que lhe causasse tal incômodo ou retirar-se da pesquisa em qualquer momento que desejasse sem qualquer tipo de prejuízo ou penalidade a sua pessoa.

#### **4.6 Técnica para Análise de Dados**

Após a coleta das evocações dos profissionais foi realizada a análise das evocações por meio do *software Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations* (EVOC) versão 2005, utilizando a análise prototípica. A análise prototípica consiste em uma das técnicas mais difundidas para caracterização estrutural de uma representação social. Essa técnica constitui-se de duas etapas: a primeira, chamada análise prototípica, baseia-se no cálculo de frequências e ordem média de evocação das palavras, enquanto que a segunda etapa centra-se na formulação de categorias englobando as evocações e avalia suas

frequências, composições e coocorrências (Sá, 2002).

Após a análise prototípica foi realizada a análise de similitude por coocorrência das palavras encontradas no quadro de quatro casas do *software* EVOC. A análise de similitude possibilita identificar as coocorrências entre as palavras e seu resultado pode indicar a conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura da representação (Camargo; Justo, 2013).

As evocações decorrentes do estímulo proposto foram analisadas pelo *software* EVOC versão 2005, proposto por Pierre Vergès. Este programa realiza a análise prototípica dos dados, elencando os termos por meio da sua frequência de evocações e pela ordem de prontidão. Nessa perspectiva, foi gerado pelo *software* um quadro de quatro casas, estando no primeiro quadrante à direita o possível Núcleo Central (NC) com os elementos de maior frequência e menor ordem média de evocação, nos quadrantes superior e inferior esquerdo, respectivamente, a primeira e segunda periferia e por fim, com a menor frequência e menor ordem média de evocação de todo quadro, situados no quadrante inferior direito os elementos de contraste (Abric, 2001).

Para melhor análise do possível NC, foi realizada a análise de similitude por coocorrência. Assim, foi realizado o cálculo do índice de similitude por meio da coocorrência entre os termos evocados e a partir disso, foi criada a árvore máxima de similitude. O índice de similitude foi calculado a partir do número de coocorrência entre os elementos dividido pelo número de participantes que evocaram dois ou mais elementos do quadro de quatro casas. Esse teste de validação analisou as conexões que um elemento manteve com outros elementos. Essa combinação vislumbrou um segundo indicador de um possível NC. Assim, a análise de similitude por meio da árvore máxima constituiu um forte recurso metodológico para a visualização do possível núcleo central (Sá, 2002).

As justificativas foram submetidas à interface Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). O método da CHD visa obter classes de segmentos de texto que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente dos segmentos de texto (STs) das outras classes. A partir dessas análises o *software* organizou a análise dos dados em um dendograma da CHD, que ilustra as relações entre as classes. Em pesquisas sobre representações sociais, estas classes podem indicar teorias ou conhecimentos do senso comum sobre um determinado objeto, ou ainda apenas aspectos de uma mesma representação (Camargo; Justo, 2013).

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Neste capítulo, foram apresentados os resultados do estudo em dois manuscritos elaborados segundo as normas das revistas selecionadas.

### **5.1 Manuscrito 1: Estrutura das representações sociais de profissionais de saúde da Terapia Intensiva sobre cuidados paliativos.**

O manuscrito será submetido ao periódico Revista Texto & Contexto Enfermagem (*qualis* A3).

### **5.2 Manuscrito 2: Representações sociais de profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva sobre cuidados paliativos.**

O manuscrito será submetido ao periódico Revista Gaúcha de Enfermagem (*qualis* A3).

## 5.1 Manuscrito 1:

### ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA TERAPIA INTENSIVA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

#### RESUMO

**Objetivo:** Identificar os elementos estruturantes das representações sociais dos profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva sobre os cuidados paliativos.

**Método:** Pesquisa qualitativa tendo como referencial a Teoria das Representações Sociais. Realizada nas Unidades de Terapia Intensiva de um hospital do interior da Bahia/Brasil. Participaram 100 profissionais de saúde. Aplicou-se um questionário sociodemográfico e a Técnica de Evocação de Palavras. Os dados provenientes da evocação livre de palavras foram processados pelo *software Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations*, versão 2005, npor meio da análise prototípica e, em seguida, foi realizada a análise de similitude por coocorrência.

**Resultados:** A análise prototípica evidenciou os termos conforto e cuidado como possíveis componentes do núcleo central. A análise de similitude por coocorrência reafirma cuidado como possível núcleo central. Além disso, aponta que os termos amor e terminalidade possam fazer parte do núcleo central, apesar de estarem na primeira periferia da análise prototípica. A dimensão atitudinal está contida no termo cuidado e a dimensão afetiva no termo amor. A dimensão imagética se mostrou relacionada ao termo conforto enquanto a conceitual ao termo terminalidade.

**Conclusão:** As representações sociais dos profissionais estão ligadas a princípios como amor, conforto, compreensão, família, qualidade de vida, respeito e empatia. Esses termos direcionam no cuidado ao paciente, especialmente em casos terminais, possivelmente em virtude do possível conceito limitado sobre cuidados paliativos.

**DESCRITORES:** Cuidado Paliativo; Unidades de Terapia Intensiva; Tanatologia; Profissionais de Saúde, Equipe de Assistência ao Paciente.

## INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos são uma abordagem assistencial oferecida por uma equipe multiprofissional, com o propósito de melhorar a qualidade de vida dos pacientes adultos ou pediátricos e de seus familiares diante de doenças ou condições ameaçadoras à vida. Essa assistência visa prevenir e aliviar o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação precisa e tratamento adequado da dor e de outros sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais<sup>1,2</sup>.

O Brasil conta atualmente com 234 serviços especializados em cuidados paliativos. O quantitativo destes serviços se divide nas regiões do país da seguinte forma: Sudeste 98 (41,8%), Nordeste 60 (25,7%), Sul 40 (17,1%), Centro Oeste 28 (12%) e Norte 8 (3,4%). A Bahia, com 19 serviços, destaca-se como o terceiro estado no Brasil com maior número de serviços especializados em cuidados paliativos, ficando atrás somente dos estados de São Paulo (55) e Minas Geras (22)<sup>3</sup>.

Os cuidados paliativos podem ser ofertados em qualquer nível de atenção à saúde, inclusive em domicílio. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) consiste em um ambiente com pacientes geralmente com doenças ou condições ameaçadoras à vida. Conhecer o que pensam, sabem e como agem os profissionais de saúde da UTI frente aos cuidados paliativos é extremamente importante para a melhor gestão, capacitação e acolhimento da equipe, dos pacientes e familiares<sup>4,5</sup>.

As experiências envolvendo profissionais de saúde na UTI são variadas. Estudos internacionais destacam a relevância da comunicação e do envolvimento familiar nos cuidados paliativos. Uma pesquisa realizada na Austrália revelou que a criação de memórias para as famílias durante o acompanhamento paliativo é considerada uma prática positiva, é frequentemente conduzida e planejada por enfermeiros. Essas intervenções não apenas humanizam o cuidado, mas também promovem o bem-estar emocional das famílias<sup>6</sup>.

Por outro lado, a implementação dos cuidados paliativos ainda enfrenta desafios institucionais. Pesquisadores identificaram problemas estruturais, como a escassez de profissionais qualificados, deficiências na abordagem multiprofissional e na comunicação, além de lacunas na aplicação de práticas alinhadas aos princípios dos cuidados paliativos. Superar essas fragilidades exige uma abordagem coletiva que envolva gestores, profissionais de saúde, pacientes e familiares<sup>4</sup>.

A Teoria das Representações Sociais (TRS), proposta por Serge Moscovici explica como as pessoas e grupos sociais concebem determinado tema ou assunto. O conjunto de valores individuais e coletivos baseados em pensamentos do senso comum, frequentemente conectados a aspectos religiosos, culturais e antropológicos, moldam as diferentes perspectivas do indivíduo sobre sua existência no mundo<sup>7</sup>.

Dessa forma, estudos sobre cuidados paliativos utilizando a abordagem metodológica da TRS podem averiguar, por exemplo, o que os profissionais de saúde da UTI compreendem como cuidados paliativos e como eles utilizam dessa compreensão para desenvolverem a abordagem paliativista frente aos pacientes e familiares. As respostas para essas questões podem desenvolver programas de capacitação mais específicos para cada grupo o que pode resultar em impactos positivos na assistência.

Nesse sentido, identificar a estrutura do pensamento social dos profissionais de saúde da UTI sobre cuidados paliativos pode fornecer um aprimoramento do conhecimento por possibilitar compreender como estão ancoradas e objetivadas as suas representações, ideias, imagens, valores e experiências, que se relacionam entre si e que influenciam o planejamento de ações e a forma de propor práticas sociais para o desenvolvimento dos cuidados paliativos.

Assim, este estudo objetivou identificar os elementos estruturantes das representações sociais dos profissionais de saúde da UTI sobre os cuidados paliativos.

## **MÉTODO**

Pesquisa qualitativa alicerçada na TRS tendo enfoque na Teoria do Núcleo Central (TNC). De acordo o pensador Jean-Claude Abric a organização de uma representação social está diretamente ligada a um núcleo central, o qual é estável, coerente, rígido, resistente a mudanças definindo a homogeneidade do grupo<sup>8</sup>.

O local da pesquisa foram quatro UTIs de um hospital do interior da Bahia-Brasil. Participaram da pesquisa 100 profissionais, entre eles: técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais e nutricionistas.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: ser profissional de

saúde das UTIs do hospital onde foi realizada a coleta; ter no mínimo seis meses de experiência em alguma UTI. Como critérios de exclusão: estar afastado do trabalho por férias e/ou licença de qualquer natureza; fazer parte da equipe de cuidados paliativos do hospital.

As respostas dos participantes da equipe poderiam impactar a análise da representação social dos profissionais da UTI que não fazem parte da equipe, uma vez que as discussões de casos e outros estudos podem influenciar a representação dos membros da equipe frente aos cuidados paliativos.

A seleção dos profissionais aconteceu por conveniência. Foi apresentada a pesquisa aos profissionais e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após o consentimento, foi aplicada a cada participante a técnica de evocações livres de palavras seguida do questionário sociodemográfico. As evocações livres de palavras foram aplicadas antes do questionário sociodemográfico, com a finalidade de que nenhuma questão do questionário influenciasse nas respostas dos participantes frente ao estímulo indutor.

A aplicação das evocações livres de palavras consiste em solicitar ao participante que evoque as primeiras palavras que surgem em seu pensamento ao ouvir um determinado termo indutor<sup>9</sup>. Nesse sentido, foi solicitado ao participante da pesquisa que falasse cinco palavras que surgiam em sua mente ao escutar o termo cuidados paliativos.

Para a análise das evocações, utilizou-se o *software Ensemble de Programmes Permettant l'analyse des Evocations* (EVOC), versão 2005, que possibilitou efetuar a análise prototípica a partir da organização dos termos evocados em função da frequência e ordem de evocação; o cruzamento desses dois critérios produziu o quadro de quatro casas<sup>10</sup>.

O quadro corresponde a quatro quadrantes que organizam os termos da seguinte forma: no quadrante superior esquerdo está o provável núcleo central da representação social, formado por termos mais significativos para os sujeitos, uma vez que apresentam uma alta frequência e o menor *rang* (ordem média de evocação). As palavras localizadas no quadrante superior direito constituem a primeira periferia (possuem alta frequência e *rang* também elevado), enquanto o quadrante inferior direito representa a segunda periferia, palavras com baixa frequência e alto *rang*. No quadrante inferior esquerdo estão os elementos de

contraste, que apresentam baixa frequência e baixo *rang*<sup>10,11</sup>.

A fim de identificar a organização e as correlações dos elementos do quadro de quatro casas, realizou-se a análise de similitude por coocorrência. As conexões entre os elementos das representações sociais são utilizadas como segundo indicativo do possível núcleo central. Portanto, a análise de similitude consiste em um recurso metodológico que muito contribui para a avaliação do núcleo central<sup>10,11</sup>.

Este estudo atendeu às resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que normatizam a pesquisa envolvendo seres humanos, e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob parecer nº 6.998.392/2024 e CAAE: 81794724.2.0000.0055.

## RESULTADOS

Dos 100 profissionais, 40 eram técnicos de enfermagem, 20 enfermeiros, 14 fisioterapeutas, nove médicos, cinco psicólogos, seis nutricionistas, três assistentes sociais e três farmacêuticos. 79 dos profissionais eram do sexo feminino e 21 masculino. Dos 60 profissionais de nível superior 45 possuíam algum tipo de pós-graduação.

Nenhum profissional cursou pós-graduação em cuidados paliativos. 75 profissionais afirmaram já ter participado de algum curso, seminário, congresso, simpósio, palestra ou algo do tipo que abordasse sobre a temática dos cuidados paliativos.

O *corpus* formado pelas evocações dos profissionais de saúde da UTI frente ao termo indutor cuidados paliativos totalizou 481 palavras, sendo 49 diferentes. A ordem média de evocações (*rang*) foi de 2,9, a frequência mínima 10 e a frequência média 32. Os valores de frequência média e mínima foram estabelecidos de acordo a Lei de Zipf a qual permite identificar as zonas de frequência<sup>9</sup>. A análise dos dados resultou no quadro de quatro casas (Quadro 1).

**Quadro 1 - Quadro de quatro casas formado pelas evocações dos profissionais de saúde da UTI frente ao termo indutor cuidados paliativos. Bahia, Brasil, 2025. (n=100)**

Rang < 2,90				Rang ≥ 2,90		
Freq. Méd. >32	Conforto	Freq. 50	Rang 2,580	Amor	Freq. 70	Rang 2,971
	Cuidado	83	2,699	Terminalidade	49	3,082
<31	Empatia	17	2,471	Compreensão	11	3,182
	Sufrimento	16	2,125	Família	21	3,333
				Qualidade-de-vida	10	3,600
				Respeito	18	3,222
				Vida	14	3,286

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

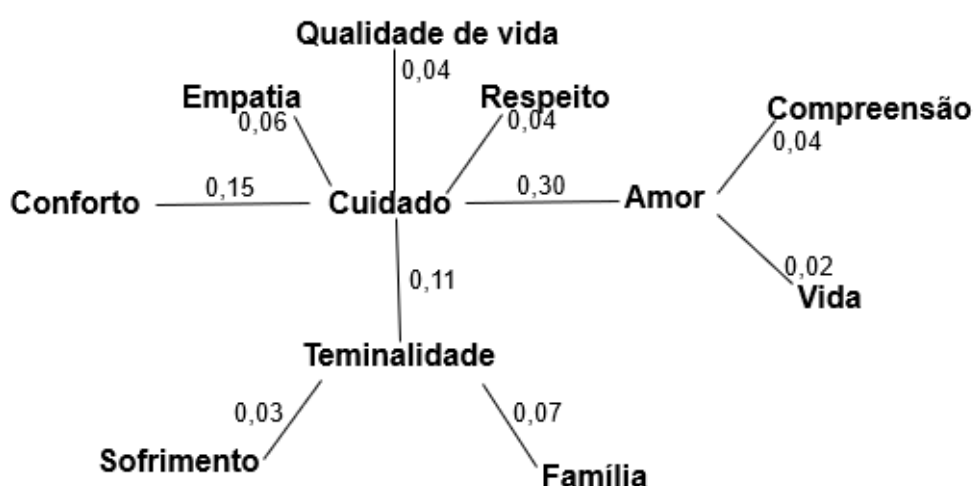
No quadrante superior esquerdo estão os termos mais relevantes e significativos, constituindo provavelmente o núcleo central da representação<sup>9</sup>. Observa-se que as palavras *conforto* e *cuidado* apresentaram uma frequência maior e foram evocadas mais prontamente, justificando estarem presentes como possível núcleo central<sup>10</sup>.

Nos quadrantes superior e inferior direitos estão situados os elementos de primeira e segunda periferia. Na primeira periferia encontram-se os termos *amor* e *terminalidade* com alta frequência e alta ordem média de evocações, essa condição os coloca como elementos periféricos mais importantes em função de suas elevadas frequências, o que podem revelar-se centrais<sup>9</sup>. Na segunda periferia estão as evocações menos frequentes e menos prontamente evocadas, quando comparados com a primeira periferia, sendo mais instáveis às mudanças, associando ao contexto de vida e às práticas sociais<sup>10</sup>, são eles: *compreensão*, *família*, *qualidade-de-vida*, *respeito* e *vida*.

No quadrante inferior esquerdo encontra-se a zona de contraste com os elementos: *empatia* e *sofrimento* que apresentam baixas frequências e foram prontamente evocados, são termos evocados por poucos participantes, mas que podem reforçar as ideias da primeira e segunda periferia, complementar e discutir o núcleo central ou ainda revelar a existência de um subgrupo que possui uma representação diferente<sup>10</sup>.

A análise de similitude por coocorrência dos elementos pertencentes ao quadro de quatro casas está representada na Figura 1 e pode-se observar a conexão dos diferentes elementos da representação entre si.

**Figura 1 - Árvore de similitude por coocorrência formado pelas evocações dos profissionais de saúde da UTI frente ao termo indutor “cuidados paliativos”. Bahia, Brasil, 2025. (n=92)**



Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Na árvore de similitude apresentada na Figura 1, analisa-se que as conexões mais fortes ligações se encontram entre os termos *cuidado* e *amor*, *cuidado* e *conforto* e *cuidado* e *terminalidade*, sendo que *cuidado* demonstra fazer mais ligações e organizar a estrutura da representação com as demais palavras. O termo *conforto* apesar de fazer parte como provável núcleo central no quadro de quatro casas, não possui grande força de conexão que aponte a sua centralidade.

O termo *amor* apresenta três ligações sendo a ligação com o termo *cuidado* a mais forte. O termo *terminalidade* apresenta também três ligações sendo a mais forte com o termo *cuidado*. Deste modo, a análise de similitude por coocorrência apresentou o termo *cuidado* como provável núcleo central. Além disso, aponta que os termos *terminalidade* e *amor* apesar de se encontrarem na primeira periferia do

quadro de quatro casas, podem ser considerados possíveis elementos do núcleo central.

Destaca-se que a análise por coocorrência trata-se de uma aplicação metodológica importante na organização da estrutura representacional do objeto de estudo, entretanto baseia-se apenas na frequência das palavras evocadas não definindo a centralidade<sup>12</sup>.

## DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos evidenciaram alguns achados encontrados na literatura. Entre eles, destaca-se a grande participação de profissionais do sexo feminino na área da saúde. Historicamente há uma percepção social que mulheres tenham mais habilidade para cuidar de pessoas enfermas. Ademais, destaca-se a força do sexo feminino na composição dos serviços de cuidados paliativos, desde o movimento *hospice* por meio da Irmãs da Caridade, passando por Cicely Saunders até os dias atuais<sup>13-16</sup>.

Outro achado evidenciado nos dados sociodemográficos que condiz com a literatura é o baixo número de profissionais especialistas ou pós-graduados na área dos cuidados paliativos. Neste estudo, apesar de 75 dos 100 profissionais afirmaram já ter participado de algum curso, seminário, congresso, simpósio, palestra ou algo do tipo que abordasse sobre a temática dos cuidados paliativos, nenhum dos 100 profissionais possuía pós-graduação na área dos cuidados paliativos. Este último dado pode ocasionar problemas diretos na assistência prestada aos pacientes que necessitem da abordagem paliativista<sup>3,17</sup>.

No que concerne às Representações Sociais de acordo à abordagem estrutural, pode-se verificar a influência dos fatores sociais nos processos de pensamento por meio da identificação e organização de estrutura de relações, que desempenham um papel simbólico do que o objeto é representado para alguém ou para o grupo<sup>18</sup>.

Observou-se a partir da análise prototípica que os termos *conforto* e *cuidado* são possíveis elementos do núcleo central, enquanto amor e terminalidade fazem parte da primeira periferia. A análise de similitude por coocorrência também aponta o

termo cuidado como possível núcleo central. Além disso, a estrutura da coocorrência aponta que amor e terminalidade podem se tornar possíveis núcleos centrais.

Com alta frequência e alta ordem média de evocações, essa condição coloca a primeira periferia como elementos periféricos mais importantes em função de suas elevadas frequências, o que podem revelar-se centrais<sup>9</sup>. O núcleo central de uma representação deve desempenhar o papel avaliativo e pragmático, para isso, devem formar elementos normativos e funcionais<sup>10</sup>.

A dimensão atitudinal dos profissionais de saúde está contida no termo cuidado. A atitude expressa a orientação geral, positiva ou negativa, em relação ao objeto da representação social. A orientação designa o comportamento que se tem sobre o objeto estudado<sup>9</sup>. Já a dimensão afetiva está contida no termo amor. O afeto refere-se ao conjunto de sentimentos, emoções e afetos que os indivíduos associam a um objeto social, influenciando a forma como o percebem e o avaliam. Essa dimensão é essencial para compreender os processos de formação, manutenção e transformação das representações sociais, uma vez que os afetos podem funcionar como âncoras que fortalecem determinadas representações, enquanto outros podem contribuir para sua rejeição<sup>19</sup>.

A dimensão imagética está contida no termo conforto. A imagem remete a um modelo social, sendo esse uma forma na qual os indivíduos determinam a visão de algum objeto<sup>10</sup>.

Os termos cuidado e amor refletem atitudes da assistência dos profissionais na perspectiva de ofertar cuidado e amor ao paciente em cuidados paliativos. Essas atitudes são essenciais porque a abordagem paliativa não se limita apenas ao controle dos sintomas físicos, mas também ao suporte emocional, social, psicológico e espiritual do paciente e de seus familiares. Essas atitudes são fortalecidas pela dimensão de imagem, de visualizarem os cuidados paliativos como uma abordagem que preconiza o conforto, com afirmam as maiores organizações de saúde<sup>1,2</sup>.

Estudo baseado na Teoria das Representações Sociais revelou que a percepção das ações de cuidado, abrangendo os aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida tanto do paciente quanto de seus familiares. O trabalho destacou que, durante a visita à UTI, por exemplo, quando os familiares perceberam que seu ente querido recebeu

cuidados que proporcionam conforto, isso trouxe aos familiares alívio do sofrimento emocional, espiritual e social<sup>5</sup>.

Outro estudo também com aporte metodológico na Teoria das Representações Sociais apontou que profissionais de saúde também compreendiam os cuidados paliativos como uma forma de ofertar conforto por meio do cuidado físico, psicológico, espiritual e social como preconizado pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde<sup>1,2,20</sup>. Os achados dos estudos supracitados mostram a importância da compreensão sobre cuidados paliativos frente à dimensão atitudinal e imagética das representações sociais.

A dimensão conceitual está contida no termo terminalidade. O conceito se baseia no conhecimento adquirido ao decorrer de vivências sobre um objeto social aprendido por um grupo. Tal conceito pode variar de acordo com a quantidade e qualidade de informação de determinado coletivo<sup>8</sup>.

A terminalidade desvela que há uma representação social que conceitua os cuidados paliativos apenas com cuidados em fim de vida. Há uma problemática nessa situação uma vez que cuidados em fim de vida são apenas uma das etapas dos cuidados paliativos<sup>20,21</sup>.

Cuidados paliativos são para pacientes e seus familiares que enfrentam uma doença ameaçadora à vida. Nem todo paciente que enfrenta uma doença ameaçadora à vida está em fase terminal. Porém, os profissionais da saúde precisam conhecer e entender o real conceito dos cuidados paliativos para compreenderem a amplitude dos cuidados paliativos<sup>20,21</sup>.

A mudança de uma representação social acontece por meio da informação que é inserida a um grupo<sup>8</sup>. Dessa forma, urge a necessidade do incentivo à educação permanente sobre os cuidados paliativos, o incentivo à inserção dos profissionais de saúde aos programas de pós-graduação em cuidados paliativos e possíveis parcerias entre grupos de pesquisa e extensão para processos de intervenção.

É necessário pensar quais são as repercussões entre os profissionais de saúde da UTI frente ao conceito de cuidados paliativos como apenas cuidados de fim de vida. Possivelmente os profissionais além de conceituarem, vivenciam cotidianamente a finitude de muitos pacientes e por isso desenvolveram a representação social ligada à terminalidade. Torna-se necessário, oferta de serviços

de acompanhamento psicológico e atividades de intervenção que possam discutir os cuidados paliativos, os cuidados de fim de vida, a morte e o luto<sup>22</sup>.

Uma abordagem possível para a discussão dessas temáticas envolve a utilização de intervenções baseadas nos círculos de construção de paz. Esses círculos representam um processo estruturado e acessível de comunicação, promovendo a reconexão dos participantes com a valorização de si mesmos e dos outros em um ambiente acolhedor. Ao proporcionar um espaço seguro onde todas as vozes são ouvidas, esse método incentiva o crescimento e o desenvolvimento pessoal dos indivíduos<sup>23,24</sup>.

No contexto do luto, dos cuidados paliativos e dos cuidados em fim de vida em uma UTI, a incorporação dos círculos de construção de paz pode ter um impacto significativo na forma como os profissionais de saúde lidam com essa experiência. Em um ambiente desafiador, onde a perda de pacientes é uma constante, esses profissionais frequentemente acumulam emoções intensas e complexas. O círculo cria um espaço seguro para a expressão dessas emoções, permitindo o compartilhamento de vivências de maneira aberta e sincera<sup>23,24</sup>.

Reportando-se à análise prototípica, compõem a segunda periferia do quadro de quatro casas os termos compreensão, família, qualidade de vida, respeito e vida. As evocações presentes na segunda periferia são menos frequentes e menos prontamente evocadas, quando comparadas com a primeira periferia, sendo mais instáveis às mudanças, associando ao contexto de vida e às práticas sociais<sup>10</sup>.

Observando as evocações presentes na segunda periferia, nota-se que os profissionais de saúde da UTI buscam a interação entre compreensão, família, qualidade de vida, respeito e para proporcionar conforto e dignidade ao paciente e seus familiares. A compreensão da condição e das necessidades individuais permite um cuidado mais humanizado, enquanto o apoio da família fortalece o vínculo afetivo e emocional, promovendo um ambiente de amor e segurança<sup>25</sup>.

O respeito às vontades e valores do paciente assegura que suas decisões sejam consideradas, contribuindo para uma melhor qualidade de vida, mesmo diante da terminalidade. Dessa forma, o equilíbrio entre esses elementos não apenas alivia o sofrimento, mas também valoriza a vida em sua plenitude até o último momento<sup>26,27</sup>.

Nos elementos de contraste, localizados no quadrante inferior esquerdo, estão os termos sofrimento e empatia. Os elementos de contraste agrupam termos de baixa frequência, mas evocadas rapidamente. Esses termos podem revelar subgrupos que possuem visões diferenciadas dentro da mesma representação social<sup>10</sup>.

As evocações dos elementos de contraste revelaram a posição empática que alguns profissionais tentam se colocar no contexto dos pacientes em cuidados paliativos. O termo sofrimento surge sob a ótica de evitar o sofrimento do paciente. O que recai mais uma vez sobre a ideia de conforto.

Na construção do vínculo, da sensibilidade, da empatia e do conhecimento científico, promove-se uma experiência acolhedora e assertiva diante da doença, proporcionando melhoria da qualidade de atendimento e das relações estabelecidas. Dessa forma, é possível trazer benefícios e promover o bem-estar do paciente e dos demais envolvidos no processo<sup>28,29</sup>.

Porém, a empatia é um termo muitas vezes questionado dentro dos cuidados paliativos. Colocar-se no lugar do outro que tem uma história específica e vive uma doença ameaçadora à vida, talvez não seja possível. Pesquisadores discutem a mudança do pensamento de empatia pela ideia de compaixão<sup>28</sup>.

Enquanto a empatia trata da percepção e compreensão das emoções e sentimentos vivenciados por alguém, a compaixão é a ação tomada a partir dessa compreensão. Ou seja, é o comportamento empático, motivador do trabalho, que busca resoluções e intervenções que auxiliem no alívio do sofrimento e resulta em atuação cooperativa e altruísta direcionada ao outro diante do reconhecimento de condição do outro<sup>28,29</sup>.

Entretanto, os pesquisadores chamam a atenção para os limites do uso da compaixão, pois a fadiga por compaixão pode levar os profissionais de saúde a situações de exaustão física, emocional, espiritual, social ou até mesmo casos de *Burnout*<sup>29</sup>.

## **CONCLUSÃO**

As representações sociais dos profissionais de saúde da UTI frente aos cuidados paliativos estão ancoradas em princípios como amor, conforto, compreensão, família, qualidade de vida, respeito e empatia. A ancoragem destes

princípios direciona à objetivação do cuidado ao paciente. Ressalta-se que aparentemente essa objetivação está ligada muitas vezes aos pacientes em fase terminal, o que pode ser explicado por uma limitação da compreensão do conceito de cuidados paliativos por parte dos profissionais.

A estrutura contempla as dimensões conceitual, imagética e atitudinal. Nota-se que as representações de imagem e atitude ligados ao conforto e ao cuidado condizem com o que se é prezado na abordagem paliativista. Entretanto, há limitação na dimensão conceitual, na qual o termo terminalidade se destaca em um conceito dos cuidados paliativos voltados apenas ao paciente em fase terminal.

Correlacionando os achados ligados as representações sociais aos dados sociodemográficos, nota-se a necessidade de incentivo dos profissionais de saúde da UTI em participarem de programas de pós-graduação voltados aos cuidados paliativos. Além disso, intervenções para ofertar espaços para os profissionais falarem sobre o que compreendem sobre a terminalidade, o luto, a morte e os cuidados paliativos no contexto da fase terminal e outras fases, são necessárias.

Sugere-se para além do suporte psicológico ofertado aos profissionais com especialista, a realização de círculos de construção de paz sobre as temáticas aqui discutidas. Isso poderá ampliar os conceitos dos profissionais e ofertar um espaço saudável de troca de experiências.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 out 31 [acesso 2025 fev 27]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041\\_23\\_11\\_2018.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html)
2. World Health Organization. Why palliative care is an essential function of primary health care. Geneva: WHO; 2018 [acesso 2025 fev 28]. 20 p. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/palliative.pdf>.
3. Guirro UBP, Castilho RK, Crispim D, Lucena NC. Atlas dos cuidados paliativos no Brasil. 1. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2023. [acesso 2025 fev 28]. 64 p. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2024/1/Atlas-ANCP.pdf>.
4. Martins MR, Oliveira JS, Silva AE, Silva RS, Constâncio TOS, Vieira SNS. Assistência aos pacientes elegíveis para cuidados paliativos: visão dos

- profissionais de unidades de terapia intensiva. Rev esc enferm USP [internet]. 2022 [acesso 2025 fev 27];56:e20210429. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/NXVp4LTjxJc3JNh6ndZp9Rx/?lang=pt>.
5. Perão OF, Nascimento ERP, Padilha MICS, Lazzari DD, Hermida PMV, Kerstena MAC. Representações sociais de conforto para familiares de pacientes em cuidados paliativos na terapia intensiva. Rev Gaúcha Enferm, [internet]. 2021 [acesso 2025 fev 27]; 42e20190434. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/vGh8zkyh9ZJ7V57GsfmmnNK/?lang=pt>.
  6. Riegel M, Randall S, Buckley T. Healthcare professionals' knowledge, skills, and role in offering and facilitating memory making during end-of-life care in the adult intensive care unit. Australian Critical Care, [internet]. 2022 [acesso 2025 fev 28]; 35(5):491–8. Disponível em: [https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314\(21\)00129-6/fulltext](https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(21)00129-6/fulltext).
  7. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 11. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015. 408 p.
  8. Abric, JC. Prácticas sociales y representaciones. 1. ed. Coyoacán: filosofía y cultura contemporânea, 2001. 227 p.
  9. Oliveira DC, Marques SC, Gomes AMT, Teixeira MCTV. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jesuíno JC, Nóbrega SM. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. 2. ed. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2005. p. 573-603.
  10. Sá CP. Núcleo Central das Representações Sociais. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
  11. VERGÈS, Pierre. Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In: Guimelli, Christian, éditeur. Structures et transformation des representations sociales. Paris: Delachaux et Niestlé, 1994. 277 p.
  12. Nogueira, VPF. As Representações Sociais da Espiritualidade e da Religiosidade para pessoas que vivem com HIV/Aids: estrutura de pensamento, enfrentamento da síndrome e cuidado de enfermagem. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2019. p. 269.
  13. Vieira J, Anildo I, Calife K. Mulheres profissionais da saúde e as repercussões da pandemia da Covid-19: é mais difícil para elas? Saúde em Debate [internet]. 2022 [acesso 2025 mar 02]; 20(132): 46-62. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3trZqtP9WXKbcJ5WYzPzbKJ/?format=pdf&lang=pt>.
  14. St Joseph's Hospice. Our History. Londres, 2024 [acesso 2025 mar 02]. Disponível em: <https://www.stjh.org.uk/about-us/our-history/>.

15. Saunders, CGS. Cicely Saunders International. Dame Cicely Saunders a brothers story. Londres, 2025 [acesso 2025 mar 02]. Disponível em: <https://cicelysaundersinternational.org/dame-cicely-saunders-a-brothers-story/early-years/>.
16. Mendes PB, Oliveira JR, Pereira AA. Perfil do médico que atua em cuidados paliativos no Brasil. Revista Bioética [internet]. 2022 [acesso 2025 mar 02]; 30(04): 837-49. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/pwRTLK7k8QTsrjDXqQQTM9x/?format=pdf&lang=pt>.
17. Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY, Lima L, Pons JJ, Clark D, Hasselaar J, Ling J, Mosoiu D, Centeno C. Atlas of Palliative Care in Europe 2019. Vilvoorde: EAPC Press; 2019 [acesso 2025 mar 02]. 199 p. Disponível em: [file:///C:/Users/Gilberto%20Alves/Downloads/Atlas%20Europa%202019\\_DEF.pdf](file:///C:/Users/Gilberto%20Alves/Downloads/Atlas%20Europa%202019_DEF.pdf).
18. Wachelke J. Social representations: a review of theory and research from the structural approach. Univ Psychol [Internet]. 2012 [acesso 2025 mar 02]; 11(3): p. 729-741. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672012000300004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672012000300004).
19. Arruda A. Meandros da Teoria: a dimensão afetiva das representações Sociais. In: A AMO; J D. **Representações Sociais**: interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas. Brasília. Thesaurus, 2009.
20. Queiroz LMP, Lazarini CA, Higa EFR, Pinto, AAM. Representações sociais de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca de cuidados paliativos para a pessoa idosa. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [Internet]. 2024. [acesso 2025 mar 02]; 27:e230170. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/KsDVHGsGVc67bnJhq6RpfyP/>.
21. Kovács MJ. Educação para a morte: quebrando paradigmas. Novo Hamburgo: Synopsis, 2021. 201 p.
22. Arantes ACQ. Cuidar até o fim: como trazer paz para a morte. 1. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2024. 223 p.
23. Pranis K, Boyes-Watson, C, Breton, D. Círculos em Movimento. [Internet]. 2022 [acesso 2025 mar 02]. Disponível em: <https://www.circulosemmovimento.org.br/downloadmanual>.
24. Dias GA, Machado JC, Pires VMMM, Gomes RM, Rodrigues VP. Círculos de construção de paz sobre luto: Relato de experiência. In: Encontro Sobre Violência Intrafamiliar: Uma Violação Dos Direitos Humanos [Internet]. 2024. [acesso 2025 mar 02]. Disponível em: <http://anais2.uesb.br/index.php/evintra/issue/view/23>.

25. Moscoso CR, Cordeiro FR, Gomes MP, Oliveira SG, Zillmer JGV. Práticas assistenciais de equipes médicas e de enfermagem às pessoas em cuidados paliativos hospitalizadas. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2023 [acesso 2025 mar 02]; 32:e20230080. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0080pt>.
26. Queiroz TA, Ribeiro ACM, Guedes MVC, Coutinho DTR, Galiza FT, Freitas MC. Cuidados paliativos ao idoso na terapia intensiva: olhar da equipe de enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2025 mar 02]; 27(1):e1420016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/WFzGhtvNyzHmq7xLffMD9pn/abstract/?lang=pt>.
27. Pires IB, Menezes TMO, Cerqueira BB, Albuquerque RS, Moura HCGB, Freitas RA, Santos ALS, Oliveira ES. Conforto no final de vida na terapia intensiva: percepção da equipe multiprofissional. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet]. 2020 [acesso 2025 mar 02]; 33:eAPE20190148. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/qGcJD9Tsy9YB9ybnfNRJjx/?format=pdf&lang=pt>
28. Maingué PCPM, Sganzerla A, Guirro UBP, Perini CC. Discussão bioética sobre o paciente em cuidados de fim de vida. *Revista Bioética* [Internet]. 2020 [acesso 2025 mar 02]; 28(1): 135-46. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/QBc3qsn7WSNN37rC99DZJQD/?lang=pt&format=pdf>
29. Arantes ACQ. *A morte é um dia que vale a pena se viver: e um excelente motivo para se olhar para a vida*. 1. ed. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016. 140 p.
30. Cardoso AA, Tomotani DYV, Mucci S. Fadiga por compaixão e estratégias de enfrentamento diante da finitude. *Revista Bioética* [Internet]. 2023 [acesso 2025 mar 02]; 1: e3271PT. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/revista\\_bioetica/article/view/3271/3224](https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/3271/3224).

## 5.2 Manuscrito 2:

### Representações Sociais de profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva sobre cuidados paliativos

#### Social Representations of Health Professionals in the Intensive Care Unit on Palliative Care

#### Representaciones sociales de profesionales de la salud de la Unidad de Cuidados Intensivos sobre cuidados paliativos

#### RESUMO

**Objetivo:** Compreender a organização da estrutura de pensamento social dos profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva sobre os cuidados paliativos.

**Método:** Pesquisa qualitativa sustentada na Teoria das Representações Sociais. Realizada nas Unidades de Terapia Intensiva de um hospital do interior da Bahia/Brasil. Participaram 100 profissionais de saúde. Os profissionais foram questionados sobre o que consideravam como mais relevante ao ouvir a expressão cuidados paliativos. As justificativas foram processadas pelo *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* sob a interface da Classificação Hierárquica Descendente.

**Resultados:** As classes foram divididas em dois eixos. Eixo 1: Ações frente aos pacientes e familiares em cuidados paliativos e Eixo 2: Cuidados paliativos e cuidados em fim de vida. O Eixo 1 agrupou a classe 1 e 3 que contiveram a dimensão atitudinal. O eixo 2 agrupou as classes 2 e 4 estando contida na classe 2 a dimensão conceitual e na classe 4 a dimensão imagética.

**Conclusão:** Os profissionais mostram desenvolver práticas de cuidado para além do aspecto físico. Entretanto, surgem dúvidas sobre condutas assertivas. Há um certo limite conceitual entre alguns dos profissionais sobre os cuidados paliativos.

**Descritores:** Cuidado Paliativo. Unidades de Terapia Intensiva. Equipe de Assistência ao Paciente.

#### ABSTRACT

**Objective:** To understand the contents of the social representations of health professionals in the Intensive Care Unit regarding palliative care.

**Method:** Qualitative research based on the Theory of Social Representations. Conducted in the Intensive Care Units of a hospital in the interior of Bahia/Brazil. 100 health professionals participated. The professionals were asked about what they considered most relevant when hearing the expression "palliative care". The justifications were processed by the software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* under the Descending Hierarchical Classification.

**Results:** The classes were divided into two axes. Axis 1: Actions towards patients and family members in palliative care and Axis 2: Palliative care and end-of-life care. Axis 1 grouped classes 1 and 3 that contained the attitudinal dimension. Axis 2 grouped classes 2 and 4, with class 2 containing the conceptual dimension and class 4 the imagery dimension.

**Conclusion:** Professionals demonstrate that they develop care practices that go beyond the physical aspect. However, doubts arise about assertive behaviors. There is a certain conceptual limit among some professionals regarding palliative care.

**Descriptors:** Palliative Care. Intensive Care Units. Patient Care Team.

## RESUMEN

**Objetivo:** comprender los contenidos de las representaciones sociales de los profesionales de la salud en la Unidad de Cuidados Intensivos sobre los cuidados paliativos.

**Método:** Investigación cualitativa basada en la Teoría de las Representaciones Sociales. Realizado en las Unidades de Cuidados Intensivos de un hospital del interior de Bahía/Brasil. Participaron 100 profesionales de la salud. Se preguntó a los profesionales qué consideraban más relevante al escuchar la expresión "cuidados paliativos". Las justificaciones fueron procesadas por el software R Interface para Análisis Multidimensional de Textos y Cuestionarios bajo la interfaz Clasificación Jerárquica Descendente.

**Resultados:** Las clases se dividieron en dos ejes. Eje 1: Actuaciones hacia pacientes y familiares en cuidados paliativos y Eje 2: Cuidados paliativos y cuidados al final de la vida. El Eje 1 agrupó las clases 1 y 3 que contenían la dimensión actitudinal. El eje 2 agrupó las clases 2 y 4, donde la clase 2 contiene la dimensión conceptual y la clase 4 contiene la dimensión de imágenes.

**Conclusión:** Los profesionales demuestran prácticas de cuidado que van más allá de la apariencia física. Sin embargo, surgen dudas sobre el comportamiento asertivo. Existe un cierto límite conceptual entre algunos profesionales respecto a los cuidados paliativos.

**Descriptor:** Cuidados Paliativos. Unidades de Cuidados Intensivos. Grupo de Atención al Paciente.

## INTRODUÇÃO

Derivado do termo em latim *pallium*, aquele que cobre, alivia e protege como um manto, os cuidados paliativos têm sua filosofia conectada à história dos *hospices*. Conhecidos como hospedarias que além de doentes abrigavam gestantes, mendigos, órfãos e outros. Os *hospices*, existem desde o período das Cruzadas. Em 1945 Cicely Saunders impulsionou a ideia dos *hospices* modernos<sup>(1-3)</sup>.

No Canadá, Balfour Mount, cirurgião urológico, após uma visita ao *St. Christopher's Hospice*, fundado por Cicely Saunders, levou a ideologia para América do Norte, dessa vez, atribuindo o termo cuidados paliativos. O termo "*hospice*" era associado a locais destinados a acolher doentes, pobres e desamparados em seus últimos dias. Para evitar esse estigma e tornar o conceito mais aceitável tanto em inglês quanto em francês, Balfour Mount criou o termo "cuidados paliativos" como uma alternativa à palavra "*hospice*"<sup>(4-5)</sup>.

A evolução histórica dos cuidados paliativos perpassa pela ideia de oferecer uma abordagem cada vez mais qualificada. Atualmente os cuidados paliativos constituem uma abordagem assistencial prestada por uma equipe multidisciplinar, com o objetivo de ofertar qualidade de vida a pacientes, sejam adultos ou crianças, e de seus familiares diante de doenças ou condições que ameaçam a vida. Essa assistência busca prevenir e aliviar o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação precisa e tratamento adequado da dor, bem como de outros sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais<sup>(6-7)</sup>.

Em 2022, houve um aumento significativo no número de serviços assistenciais em cuidados paliativos no Brasil. Foram registrados 128 novos serviços (54,7%) e realizadas 106 atualizações de cadastro (45,3%), totalizando 234. Esse avanço notável reflete o crescente reconhecimento da importância dos cuidados paliativos e o fortalecimento do engajamento nessa área em todo o país<sup>(8)</sup>.

Entretanto, ainda existe muito a se percorrer para maior avanço dos cuidados paliativos. Cerca de 40 milhões de pessoas necessitam de cuidados paliativos a cada ano, sendo que 20 milhões delas estão em fase terminal. Além disso, 18 milhões de pessoas morrem em meio a sofrimento e dores que poderiam ser evitados. Mais de 75% da população mundial não tem acesso aos medicamentos essenciais para o controle da dor<sup>(9)</sup>.

O conhecimento dos profissionais de saúde que atuam em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) sobre cuidados paliativos varia conforme a realidade de cada contexto. Um estudo identificou que esses profissionais reconhecem a importância dos cuidados paliativos e apresentam conhecimento sobre o tema, mesmo na ausência de formação específica<sup>(10)</sup>.

De maneira semelhante, outro estudo apontou que, apesar da falta de formação formal, profissionais de UTIs adulto aplicam práticas alinhadas aos princípios dos cuidados paliativos. No entanto, divergências em suas percepções indicam lacunas de conhecimento e reforçam a necessidade de maior uniformidade no entendimento e na aplicação dessas práticas<sup>(11)</sup>.

A formação dos profissionais emerge como um aspecto fundamental. Por exemplo, uma pesquisa revelou que 77,3% dos profissionais de UTIs analisadas tinham experiência em cuidados paliativos, mas apenas 12,7% realizaram cursos específicos sobre o tema<sup>(12)</sup>. Esse cenário reflete o panorama descrito por Baptista e Picanço<sup>(13)</sup>, que destacaram que, embora os profissionais compreendessem a relevância de promover qualidade de vida, muitos ainda desconheciam conceitos essenciais da abordagem paliativista. Essa lacuna no conhecimento pode contribuir para a insatisfação dos próprios profissionais em relação à prática dos cuidados paliativos na terapia intensiva<sup>(14)</sup>.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) desenvolvida por Serge Moscovici, explica como indivíduos e grupos sociais concebem determinado tema ou assunto. Essa teoria considera o conjunto de valores, crenças e pensamentos do senso comum, frequentemente influenciados por aspectos religiosos, culturais e antropológicos, que moldam as diversas perspectivas dos indivíduos sobre sua existência no mundo<sup>(15)</sup>.

Nesse contexto, a aplicação da TRS em estudos sobre cuidados paliativos pode explorar, por exemplo, como os profissionais de saúde que atuam em UTIs compreendem os cuidados paliativos e de que forma essa compreensão influencia a prática da abordagem paliativista junto aos pacientes e familiares<sup>(15)</sup>. Os resultados dessas investigações podem subsidiar o desenvolvimento de programas de capacitação mais direcionados e adaptados às necessidades de cada grupo, contribuindo para melhorias significativas na assistência paliativa.

Dessa forma, este estudo objetivou compreender a organização da estrutura de pensamento social dos profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva sobre os cuidados paliativos.

## **MÉTODO**

Estudo qualitativo tendo como aporte teórico a TRS em sua abordagem estrutural. De acordo o pensador Jean-Claude Abric a organização de uma representação social está diretamente ligada a um núcleo central, o qual é estável, coerente, rígido, resistente a mudanças definindo a homogeneidade do grupo<sup>16</sup>.

A pesquisa foi realizada em um hospital público do interior da Bahia/Brasil. Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: ser profissional de saúde das UTIs do hospital onde foi realizada a coleta; ter no mínimo seis meses de experiência em alguma UTI. Como critério de exclusão: estar afastado do trabalho por férias e/ou licença de qualquer natureza; fazer parte da equipe de cuidados paliativos do hospital.

As respostas dos membros da equipe podiam influenciar a análise da representação social dos profissionais da UTI que não integram a equipe, pois as discussões de casos e outros estudos podem moldar a representação dos membros da equipe em relação aos cuidados paliativos.

Participaram da pesquisa 100 profissionais, estando entre eles, técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e farmacêuticos. A pesquisa foi apresentada aos profissionais que, em seguida, aos que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os profissionais foram questionados sobre os dois termos que consideravam mais relevantes ao ouvir a expressão cuidados paliativos e o que os motivavam a escolher esses termos. Em seguida, aplicou-se um questionário sociodemográfico. Para evitar a influência das perguntas do questionário sob as respostas das justificativas, a aplicação seguiu a ordem justificativas seguida de questionário sociodemográfico para todos os profissionais.

Realizou-se a transcrição e submissão das justificativas ao *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), versão 0.8 alpha7, criada por Pierre Ratinaud e desenvolvida em linguagem Python, utilizando funcionalidades do *software* estatístico R. Trata-se de um *software* gratuito e de código aberto, que permite realizar diversos processamentos e análises estatísticas de *corpus* textuais, tabelas, indivíduos e palavras<sup>(17)</sup>.

Os dados foram processados sob o método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD). A CHD permite, a partir do *corpus* original, recuperar os segmentos de texto (STs) e associá-los, possibilitando o agrupamento de palavras estatisticamente significativas e a análise qualitativa dos dados. Em outras palavras, cada justificativa é tratada como um texto e subdividida em STs<sup>(17)</sup>.

Foram seguidos os critérios das resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que normatizam a pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil. Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob parecer nº 6.998.392/2024 e CAAE: 81794724.2.0000.0055.

## RESULTADOS

Dos 100 profissionais 40 eram técnicos em enfermagem, 20 enfermeiros, 14 fisioterapeutas, nove médicos, cinco psicólogos, seis nutricionistas, três assistentes sociais e três farmacêuticos. 79 dos profissionais eram do sexo feminino e 21 masculino. 44 dos profissionais tinham idade entre 20 a 30 anos; 38 entre 31 a 40 anos e 18 idade maior que 41 anos.

A maioria dos profissionais, 40, se declararam católicos e 99 dos profissionais afirmaram acreditar em Deus. 75 profissionais disseram ter menos de cinco anos de atuação na UTI. 25 acima de seis anos de atuação. 51 afirmaram trabalhar em apenas um vínculo.

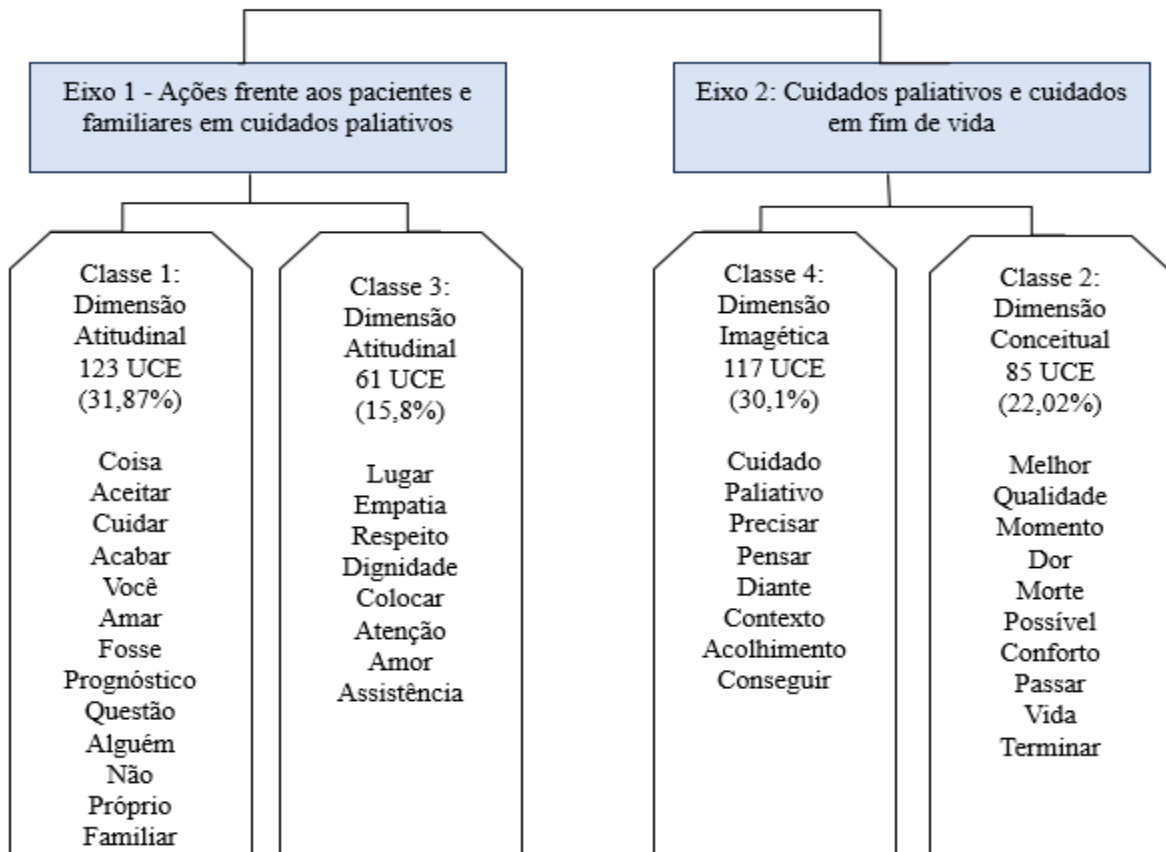
Dos 60 profissionais de nível superior 45 tinham algum tipo de pós-graduação. Nenhum profissional tinha pós-graduação em cuidados paliativos. 75 dos 100 profissionais afirmaram já ter participado de algum curso, seminário, congresso, simpósio, palestra ou algo do tipo que abordasse sobre a temática dos cuidados paliativos.

A partir da análise lexical do *software* IRAMUTEQ foram obtidos 408 segmentos de texto, destes 386 foram analisados representando um aproveitamento de 94,61%. O *corpus* apresentou 1023 formas, com 7872 ocorrências. A lematização de palavras obteve um total de

739, com 645 formas ativas e 12 formas suplementares. Os STs foram dimensionados e classificados na CHD, esta definiu quatro classes divididas em dois eixos.

A figura 1 ilustra as relações estabelecidas entre as classes que devem ser lidas da esquerda para a direita, ou seja, primeiramente o corpus foi dividido em dois subgrupos (eixo 1 e eixo 2). O eixo 1: Ações frente aos pacientes e familiares em cuidados paliativos abarca as classes 1 e 3 e o eixo 2: Cuidados paliativos e cuidados em fim de vida abarca as classes 2 e 4. Apresenta-se a Figura 1.

**Figura 1 - Distribuição das classes temáticas em eixos de acordo a CHD, Jequié, BA, Brasil, 2025.**



Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

A apresentação dos resultados da CHD se dará pela exposição do eixo 1 - Ações frente aos pacientes e familiares em cuidados paliativos e em seguida o eixo 2 - Cuidados paliativos e cuidados em fim de vida. O eixo 1 agrupa as classes 1 e 3 as quais contemplam a dimensão atitudinal dos profissionais.

O eixo 1 possibilitou a construção do pensamento sobre a dimensão atitudinal das representações sociais dos profissionais de saúde da UTI frente aos cuidados paliativos, pois

tratou principalmente sobre as ações dos profissionais de saúde direcionadas aos pacientes e seus familiares em cuidados paliativos.

Os aspectos atitudinais contidos na classe 1 representaram 31,87% do *corpus* analisado com 123 Unidades de Contexto Elementar (UCEs), as palavras que deram sustentação a esta classe foram: coisa ( $x^2 = 31.062$ ); aceitar ( $x^2 = 28.766$ ); cuidar ( $x^2 = 26.813$ ); acabar ( $x^2 = 24.89$ ); você ( $x^2 = 24.642$ ); amar ( $x^2 = 21,951$ ); prognóstico ( $x^2 = 13.032$ ); questão ( $x^2 = 13.013$ ); alguém ( $x^2 = 11.646$ ); não ( $x^2 = 10.868$ ); próprio ( $x^2 = 10.831$ ) e familiar ( $x^2 = 10.46$ ).

Nas falas, os profissionais de saúde da UTI relataram ações envolvendo os pacientes em cuidados paliativos e seus familiares. A palavra *coisas* refere-se ao que pode ou não ser feito como conduta pelo paciente, considerando seus desejos e evitando sofrimentos desnecessários. *Amar* e *cuidar* são apresentados como práticas que envolvem tratar o paciente como se fosse um membro da própria família ou até como o próprio profissional gostaria de ser tratado. O termo *fosse* destacou a importância da empatia no cuidado.

O termo *familiar* ressaltou o papel da família no processo, tanto no apoio ao paciente quanto no reconhecimento dos profissionais como parte desse vínculo. Já *aceitar* e *prognóstico* geraram questionamentos sobre as possibilidades de tratamento em cuidados paliativos, enquanto *acabar* expressou a conexão natural que os profissionais desenvolvem com os pacientes ao longo do cuidado.

Apresentam-se os STs contextualizando a dimensão atitudinal da classe 1.

*[...] então, eu acho, que quando o paciente entra em palição a palição visa muito conforto do paciente. Então, evita estímulos dolorosos, evita mais demandas e coisas desnecessárias que não vão mudar o prognóstico do paciente, porém, trazer mais medidas de conforto mesmo (Enfermeira 22; score: 21.71).*

*[...] que ela possa ter o fim dela digamos, assim, de forma mais tranquila, de forma mais calma, de forma mais serena, junto dos familiares dela, com as coisas que ela gosta de fazer e que essa passagem [...] (Fisioterapeuta 71; score: 70.286).*

*[...] a gente percebe que o sofrimento maior acaba sendo dos familiares de entender a doença, aceitar que não existe nenhuma terapêutica curativa a ser feita e que o conforto é tudo que pode ser oferecido [...] (Médica 66; score: 65.262).*

*[...] e acima de tudo ter amor ao próximo e não olhar que é só um paciente, mas como se fosse parte da sua família, porque é o que nós sentimos a partir do momento que prestamos os cuidados a uma pessoa. Nós não pensamos assim: “Ah, é apenas um paciente”. Mas sim, como se fosse família, mesmo como se fosse sangue da gente (Técnica em enfermagem 36; score: 35.150).*

*[...] e acaba desabafando com a gente. Então, você acaba tendo compaixão com aquele paciente [...] devido estar ali naquele quadro você acaba tendo compaixão, você acaba tendo um cuidado ao próximo (Técnica em enfermagem 22; score: 23.80).*

A classe 3 também trouxe aspectos atitudinais que estão em torno da posição empática. As atitudes dos profissionais de saúde da frente aos cuidados paliativos acontecem com o sentimento de se colocar no lugar do outro. O sentimento empático nas atitudes está ligado a ideais como o respeito, o amor, a dignidade e outros.

Os aspectos atitudinais contidos na classe 3 representaram 15,8% do *corpus* analisado com 61 UCEs, as palavras que deram sustentação a esta classe foram: lugar ( $x^2 = 43.525$ ); empatia ( $x^2 = 37.085$ ); respeito ( $x^2 = 33.782$ ); dignidade ( $x^2 = 26.6$ ); colocar ( $x^2 = 21.515$ ); atenção ( $x^2 = 17,917$ ); amor ( $x^2 = 16.684$ ); assistência ( $x^2 = 15.69$ ).

Apresentam-se os STs contextualizando os achados da classe 3.

*[...] a gente tem que tratar tanto com amor quanto empatia, porque é um paciente que ainda além de tudo demanda mais atenção e um cuidado ainda maior (Nutricionista 65; score: 64.257).*

*[...] então eu acho que o conforto e a dignidade daquele paciente têm que ser em primeiro lugar para você entender que você tem suas limitações, o paciente tem suas limitações, e que mesmo que não esteja fazendo o tratamento curativo, mas você está fazendo o melhor para ele naquele momento (Médica 53; score: 52.206).*

*[...] porque a gente tem que se pôr no lugar do paciente que está ali. Ter respeito, porque é uma pessoa que está ali, que a gente não conhece, porque todo dia tem uma pessoa diferente para a gente cuidar, mas poderia ter um familiar meu (Técnica de enfermagem 17; score: 15.54)*

*[...] porque geralmente são pessoas que estão em uma enfermidade já com alto risco de morte e que o mínimo que a gente pode oferecer a elas é que ela tenha esses últimos dias sem sentir dor, que estejam com cuidado, e que isso inclua a segurança, o amor e o carinho (Farmacêutica 58; score: 57.231).*

O eixo 2 consiste na construção do pensamento sobre a dimensão conceitual e imagética das representações sociais dos profissionais de saúde da UTI frente aos cuidados paliativos. O eixo 2 compreende a imagem e conceito dos profissionais frente aos cuidados paliativos e os cuidados de fim de vida. O eixo demonstra uma certa limitação dos profissionais sobre o que são e para quem são os cuidados paliativos. Este eixo é formado pelas classes 2 e 4. A classe 2 compõe a dimensão conceitual e a classe 4 a dimensão imagética.

A classe 2 representa 22,02% do corpus analisado com 85 UCE. Encontram-se na classe 2 os termos: melhor ( $x^2 = 37.696$ ); qualidade ( $x^2 = 36.354$ ); momento ( $x^2 = 34.297$ ); dor ( $x^2 = 29.706$ ); morte ( $x^2 = 27.628$ ); possível ( $x^2 = 25.246$ ); conforto ( $x^2 = 23.808$ ); passar ( $x^2 = 20.398$ ); vida ( $x^2 = 17.264$ ); terminar ( $x^2 = 14.313$ ).

A seguir, estão alguns STs que contextualizam a classe 2.

*[...] trazer conforto ao paciente em uma fase que ele está em palição. Que a gente não considera fim da vida, mas prolongar o máximo possível com conforto, com qualidade, com atenção, para que a vida dele siga com qualidade (Enfermeira 29; score: 28.98).*

*[...] a família precisa estar incluída nesse processo tanto para o paciente, para que ele consiga se sentir mais cuidado e acolhido quanto para o processo mesmo fluir melhor (Psicóloga 69; score: 68.274)*

*[...] para dar uma qualidade melhor de conforto realmente nos últimos dias de vida, porque como ele já está naquele momento final, com uma doença incurável, precisa ter uma qualidade melhor até o final da vida (Fisioterapeuta 21; score: 20.69).*

*[...] então sem amor você não consegue ofertar um trabalho de qualidade [...] principalmente a um paciente que está ali em cuidados paliativos, que está tendo que estar no seu fim, nos seus últimos dias*

*de vida [...] o que a gente tem a ofertar ao cuidado paliativo é conforto, segurança e amor* (Assistente social 92; score: 91.371).

A classe 4 representou 30,1% do *corpus* analisado com 117 UCE. Encontram-se na classe 2 os termos: cuidado ( $x^2 = 94.486$ ); paliativo ( $x^2 = 108.931$ ); precisar ( $x^2 = 18.67$ ); pensar ( $x^2 = 17.775$ ); diante ( $x^2 = 14.969$ ); contexto ( $x^2 = 13.657$ ); acolhimento ( $x^2 = 12.649$ ); conseguir ( $x^2 = 9.775$ ). Emergem os segmentos de texto contextualizando a classe 4.

*[...] quando a gente palia um paciente a gente consegue visualizar todo o contexto que ele está inserido. O contexto da doença, o impacto que isso vai gerar na vida da pessoa e a importância da família nesse processo [...]* (Enfermeira 52; score: 51.200).

*[...] pensando o contexto do cuidado paliativo eu considerei o cuidado porque muitas vezes as pessoas pensam que o cuidado paliativo é simplesmente abandonar o paciente [...]* (Farmacêutica 59; score: 58.242).

*[...] porque só consigo enxergar o cuidado paliativo no contexto de aliviar o sofrimento para o paciente [...]* (Médica 66; score: 65.258).

*[...] então, geralmente a grosso modo falando, o que se tem em mente de cuidados paliativos é a finitude da vida. São pacientes que tiveram um diagnóstico de uma doença que não tem mais tratamento [...]* (Enfermeira 72; score: 71.289).

## **DISCUSSÃO**

Os dados sociodemográficos corroboram achados já descritos na literatura. Um dos aspectos mais relevantes é a expressiva presença de profissionais do sexo feminino na área da saúde. Historicamente, existe uma percepção social de que as mulheres possuem maior habilidade para cuidar de pessoas enfermas. Além disso, destaca-se a predominância feminina nos serviços de cuidados paliativos, desde o movimento *hospice*, com as Irmãs da Caridade, passando por Cicely Saunders até os dias atuais<sup>(3,18,19)</sup>.

Outro achado relevante nos dados sociodemográficos, em consonância com a literatura, foi o reduzido número de profissionais especialistas ou com pós-graduação na área de cuidados paliativos. Neste estudo, embora 75% dos profissionais tivessem relatado participação em cursos, seminários, congressos, simpósios ou palestras sobre o tema, nenhum

dos 100 entrevistados possuía pós-graduação específica na área. Essa lacuna pode impactar diretamente a qualidade da assistência prestada aos pacientes que necessitam de cuidados paliativos<sup>(8,20,21)</sup>.

A CHD em seu eixo 1 Ações frente aos pacientes e familiares em cuidados paliativos, evidenciou a dimensão atitudinal das representações sociais dos profissionais de saúde da UTI. A dimensão atitudinal expressa a orientação geral, positiva ou negativa, em relação ao objeto da representação social. A orientação designa o comportamento que se tem sobre o objeto estudado<sup>(22)</sup>.

Neste eixo, precisamente na classe 1, os profissionais relataram sobre prestar cuidados aos pacientes em cuidados paliativos e seus familiares, tomando como princípio o amor e empatia. Esses fatores se tornam mais evidentes por meio das falas expostas na categoria 1 a qual elucida que este cuidado visa o conforto do paciente. A CHD da classe 1 reflete o pensamento social dos profissionais sobre o termo “coisas” que se traduz nas condutas e desejos a serem realizados com os pacientes em cuidados paliativos.

Uma possibilidade de tonar as condutas dos profissionais mais assertivas é a implementação de programas que visem capacitar os profissionais a compreenderem o conceito dos cuidados paliativos, a quem eles se destinam e como reconhecer a especificidade da história da doença e as questões biopsicossociais dos pacientes para desenvolverem ações assertivas. Uma possibilidade para isso seria a replicação do programa *Three Wishes* (Três Desejos), desenvolvido em várias UTIs de todo mundo e em outros serviços de saúde<sup>(23)</sup>.

O programa *Three Wishes* consiste na capacitação de profissionais de saúde para a realização de práticas assistenciais aos pacientes em cuidados paliativos baseado nos desejos que esses pacientes têm. Os desejos podem variar desde pequenos gestos, como ouvir uma música especial ou receber a visita de um animal de estimação, até ações mais elaboradas, como reuniões familiares ou celebrações simbólicas. Além de beneficiar os pacientes e suas famílias, o projeto também tem um impacto positivo sobre os profissionais de saúde, fortalecendo o vínculo com os pacientes e promovendo um ambiente mais compassivo no cuidado paliativo<sup>(24)</sup>.

Além disso, os profissionais capacitados podem capacitar novos profissionais. O número de intervenções pode ser registrado gerando indicadores para as UTIs frente ao número de condutas realizadas dentro do projeto. Quanto mais profissionais forem capacitados maior tenderá ser o número de condutas. O projeto pode ocasionar em maiores

assertividades sobre o que fazer para cada paciente uma vez que pacientes e familiares passam a ser mais escutados<sup>(25)</sup>.

A classe 3 trouxe fortemente representações sociais ligadas às atitudes dos profissionais de saúde no que concerne à posição empática. Essa ideia é reforçada e contextualizada pelas falas expostas na categoria 2. Na construção do vínculo, da sensibilidade, da empatia e do conhecimento científico, cria-se uma experiência acolhedora e assertiva diante da doença, melhorando tanto a qualidade do atendimento quanto as relações estabelecidas. Esse processo contribui para o bem-estar do paciente e de todos os envolvidos no cuidado<sup>(26)</sup>.

No entanto, a empatia é um conceito frequentemente questionado no âmbito dos cuidados paliativos. Colocar-se no lugar do outro, que possui uma história única e enfrenta uma doença ameaçadora à vida, pode ser um desafio. Por isso, alguns pesquisadores propõem substituir a ideia de empatia pelo conceito de compaixão<sup>(27)</sup>.

Enquanto a empatia envolve perceber e compreender as emoções e sentimentos do outro, a compaixão vai além: trata-se da ação gerada a partir dessa compreensão. Ou seja, é a expressão prática da empatia, motivando intervenções e atitudes que auxiliam no alívio do sofrimento, promovendo um cuidado cooperativo e altruísta<sup>(27)</sup>.

Entretanto, é importante reconhecer os limites da compaixão. O excesso desse envolvimento pode levar à fadiga por compaixão, tornando os profissionais de saúde vulneráveis à exaustão física, emocional, espiritual e social, podendo, em alguns casos, resultar em problemas de saúde graves que podem gerar até o afastamento por grande adoecimento do profissional<sup>(26)</sup>.

O eixo 2 Cuidados paliativos e cuidados em fim de vida compreende na classe 2 a dimensão conceitual e na classe 4 a dimensão imagética. Apesar de muito acreditarem que conceito e imagem têm o mesmo significado, cada uma ocupa uma representação social direcionada. O conceito se baseia no conhecimento adquirido ao decorrer de vivências sobre um objeto social aprendido por um grupo. Tal conceito pode variar de acordo com a quantidade e qualidade de informação de determinado coletivo<sup>(28)</sup>.

Já a imagem é a tendência de respostas em um grupo que engloba uma hierarquia de elementos a partir das influências que recebe no seu contexto. A imagem remete a um modelo social, sendo esse uma forma na qual os indivíduos determinam uma visão de algum objeto<sup>(28)</sup>.

Os termos elencados na classe 2 demonstraram uma representação social dos profissionais de saúde da UTI muito voltada ao conceito de cuidados em final de vida. A falas da categoria 2 reforça o conceito da terminalidade, uma vez que as nas falas dos profissionais eles conceituaram os pacientes em cuidados paliativos como pessoas em fase final da vida. Entretanto, quando analisado a partir da literatura, cuidados em final de vida são apenas uma das fases dos cuidados paliativos<sup>(29)</sup>.

As representações sociais de um grupo são formadas a partir das informações, crenças e vivências que as pessoas que compõem este grupo<sup>(28)</sup>. Historicamente há compreensão dos cuidados paliativos apenas como cuidados na terminalidade e não em sua amplitude como uma abordagem frente a uma doença ameaçadora à vida. A possível explicação desse conceito talvez esteja no processo histórico dos cuidados paliativos que perpassa por *hospices* voltados ao cuidado de pacientes fase terminal e a associação dos conceitos iniciais de cuidados paliativos em documentos que versavam em maioria na década de noventa sobre cuidados paliativos em pacientes com câncer e HIV/AIDS<sup>(3-7)</sup>.

A mudança do conceito de uma representação sob um objeto acontece a partir das novas informações ofertadas a um grupo. Capacitações, eventos, desenvolvimento de *fôlderes*, cartilhas, estímulos a pós-graduação são formas essenciais para ofertar informações sobre cuidados paliativos aos profissionais de saúde da UTI. Ressalta-se um ponto importante em relação ao momento de entrega de materiais educativos nas UTIs.

As UTIs brasileiras têm o seu funcionamento regido pela Resolução nº 7 de fevereiro de 2010. Nesse sentido, fazem parte da rotina das UTI a passagem do plantão, assistência ao paciente, momento do diário – discussão dos casos dos pacientes entre a equipe – visitas e demais especificidades de cada local<sup>(31)</sup>. A alta demanda dessas ações, principalmente durante o dia tendem a ocupar a equipe que em outros trabalhos afirmam sobre o excesso de demandas.

Nesse sentido, ações desenvolvidas no início do período noturno, como capacitações curtas *in loco*, entrega de cartilhas, *folders* e outras interações, podem propiciar mais efeitos sobre a troca de informações com os profissionais para a criação de novas representações sobre o conceito de cuidados paliativos. A ideia de maior assertividade das intervenções surtirem mais efeitos no período noturno, parte da tendência de menor demanda quando comparado ao período diurno.

A classe 4 que também compõe o eixo 3 traz a dimensão imagética das representações sociais dos profissionais de saúde da UTI sobre os cuidados paliativos. A dimensão

imagética das representações sociais dos profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva sobre cuidados paliativos revela diferentes percepções sobre esse modelo de assistência<sup>(27)</sup>.

A categoria 4 contextualiza em suas falas uma imagem uma primeira visão que enfatiza abordagem integral do paciente, considerando seu contexto de vida, o impacto da doença e o papel fundamental da família no processo de cuidado. Outra perspectiva, ressaltou a necessidade de desmistificar a ideia de que cuidados paliativos significam abandono, destacando que se trata, essencialmente, de um cuidado ativo e contínuo. Além disso, há profissionais que associaram os cuidados paliativos prioritariamente ao alívio do sofrimento, focando no bem-estar do paciente<sup>(12)</sup>.

Por fim, a relação entre cuidados paliativos e a finitude da vida aparece como uma concepção marcante, vinculando essa abordagem a pacientes sem possibilidade de tratamento curativo. Essas representações demonstraram tanto a amplitude quanto os desafios na compreensão dos cuidados paliativos dentro do ambiente da terapia intensiva<sup>(31)</sup>.

## CONCLUSÃO

As representações sociais dos profissionais de saúde da UTI frente aos cuidados paliativos estão ligadas a princípios que envolvem o cuidado ao paciente e seus familiares para além do aspecto físico. Os profissionais ancoraram suas representações em princípios de cuidado e conforto. Os achados mostraram que essa ancoragem resulta em uma objetivação que está ligada a se colocar no lugar do paciente em cuidados paliativos. Esse objetivo é visto para aspectos emocionais, sociais e espirituais, indo muito além do físico.

Este estudo chama a atenção das organizações gestoras de UTIs para a necessidade de formações, sejam por meio de capacitações ou principalmente pelo incentivo dos profissionais de saúde para a realização de pós-graduações em cuidados paliativos. A informação é considerada uma possibilidade de mudanças das representações sociais. Isso pode garantir que os profissionais de saúde devolvam uma compreensão dos cuidados paliativos para além dos cuidados em fim de vida.

Ainda, sugerem-se ações nas UTIs que permitam a maior assertividade das condutas propostas aos pacientes em cuidados paliativos e seus familiares. A escuta das vontades, histórias e realidades é um grande diferencial para o desenvolvimento da abordagem paliativista. Dessa forma, sugere-se a replicação do projeto *The Wishes* nas UTIs. O projeto é

de baixo custo e muito possível de ser replicado. As vivências desse projeto têm extremo potencial de contribuir com as representações sociais em sua dimensão atitudinal.

Por fim, destaca-se a potencialidade de informações sobre os cuidados paliativos na potencialização das representações sociais dos cuidados paliativos nas intervenções *in loco*. Para isso, reafirma-se a necessidade de se pensar o melhor momento da rotina de assistência destes profissionais. A qual foi destacada nesse trabalho que apresenta maiores chances de sucesso no período noturno.

## REFERÊNCIAS

1. Kovács MJ. Educação para a morte: quebrando paradigmas. Novo Hamburgo: Synopsis, 2021. 201 p.
2. Maciel APS, Erdtmann BK, Andrade EF, Poetin GMB, Vargas MAO, Andrade MS. Referências Históricas: Definições e princípios em cuidados paliativos. *In*: Vicensi MC. Enfermagem em Cuidados Paliativos. Florianópolis: Letra, 2016. 60 p.
3. Saunders, CGS. Cicely Saunders International. Dame Cicely Saunders a brothers story. Londres, 2025 [acesso 2025 mar 03]. Disponível em: <https://cicelysaundersinternational.org/dame-cicely-saunders-a-brothers-story/early-years/>.
4. Rodrigues, IG. Cuidados paliativos: análise de conceito. 2004. 247 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.
5. Rodrigues, IG. Os significados do trabalho em equipes de cuidados paliativos oncológico domiciliar: um estudo etnográfico. 2009. 203 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.
6. World Health Organization. Why palliative care is an essential function of primary health care. Geneva: WHO; 2018 [acesso 2025 fev 28]. 20 p. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/palliative.pdf>.
7. Brasil. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 out 31 [acesso 2025 fev 27]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041\\_23\\_11\\_2018.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html).
8. Guirro UBP, Castilho RK, Crispim D, Lucena NC. Atlas dos cuidados paliativos no Brasil. 1. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2023. [acesso 2025 fev 28]. 64 p. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2024/1/Atlas-ANCP.pdf>.
9. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. WHPCA Key Messages. Reino Unido, 2024 [acesso 2025 mar 03]. Disponível em: <https://thewhpc.org/about-us/>.

10. Andrade CEBM, Coutinho SMG. A percepção de profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva do SUS sobre os cuidados paliativos e a atuação da equipe interconsultora. HRJ [Internet]. 2022 [acesso 2025 mar 03]; 3(16). Disponível em: <https://hrj.emnuvens.com.br/hrj/article/view/572>.
11. Maia MAQ; Lourinho LA, Silva KV. Competências dos profissionais de saúde em cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva adulto. Res Soc Dev. [Internet]. 2021 [acesso 2025 mar 03]; 10(5)e38410514991. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/14991/13505/195871>.
12. Souza NC, Rodrigues TFCS, Magnabosco GT, Sala C, Barreto MS, Gil NM. Cuidados paliativos e Covid-19: percepção dos profissionais de saúde de Unidade de Terapia Intensiva. Rev Baiana Enferm. [Internet]. 2023 [acesso 2025 mar 03]; 37: e50696. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1529685>.
13. Baptista SCO, Picanço CM. Cuidados paliativos em unidade de atendimento crítico: saberes de uma equipe multiprofissional. Enfermagem Brasil [Internet]. 2019 [acesso 2025 mar 03]; 18(5). Disponível em: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2478>.
14. Barbosa APM, Santo FHE, Hipólito RL, Silveira IA, Silva RC. Vivências do centro de terapia intensiva: visão da equipe multiprofissional frente ao paciente em cuidados paliativos. Enferm Foco [Internet]. 2020 [acesso 2025 mar 03]; 11(4). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1146680>.
15. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 11. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015. 408 p.
16. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet, D. (org.). As representações sociais. Tradução: Lilian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.
17. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS.[Internet]. 2013 [2025 mar 03] Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>.
18. Vieira J, Anildo I, Calife K. Mulheres profissionais da saúde e as repercussões da pandemia da Covid-19: é mais difícil para elas? Saúde em Debate [internet]. 2022 [acesso 2025 mar 02]; 20(132): 46-62. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3trZqtP9WXKBcJ5WYzPzbKJ/?format=pdf&lang=pt>.
19. St Joseph's Hospice. Our History. Londres, 2024 [acesso 2025 mar 02]. Disponível em: <https://www.stjh.org.uk/about-us/our-history/>.
20. Mendes PB, Oliveira JR, Pereira AA. Perfil do médico que atua em cuidados paliativos no Brasil. Revista Bioética [internet]. 2022 [acesso 2025 mar 02]; 30(04): 837-49. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/pwRTLK7k8QTsrjDXqQQTM9x/?format=pdf&lang=pt>.
21. Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY, Lima L, Pons JJ, Clark D, Hasselaar J, Ling J, Mosoiu D, Centeno C. Atlas of Palliative Care in Europe 2019. Vilvoorde: EAPC

- Press; 2019 [acesso 2025 mar 02]. 199 p. Disponível em:  
file:///C:/Users/Gilberto%20Alves/Downloads/Atlas%20Europa%202019\_DEF.pdf.
22. Jesuino JC. Um Conceito Reencontrado. In: Almeida AMO, Santos MFS, Trindade ZAT. Teoria das Representações Sociais: 50 anos. Brasília: Technopolitik, 2014.
  23. Vanstone M, Neville TH, Swinton ME, Sadik M, Clarke FJ, Leblanc A *et al.* Expanding the 3 Wishes Project for compassionate end-of-life care: a qualitative evaluation of local adaptations. BMC Palliative Care [Internet]. 2020 [acesso 2025 mar 04]; 19(93). Disponível em:  
<https://bmcpalliativecare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-020-00601-5>.
  24. Vanstone M, Neville TH, Clarke FJ, Swinton ME, Sadik M, Takaoka A *et al.* Compassionate End-of-Life Care: Mixed-Methods Multisite Evaluation of the 3 Wishes Project. Annals of Internal Medicine Care [Internet]. 2020 [acesso 2025 mar 04]; 172(1). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31711111/>.
  25. Cook D, Swinton M, Toledo F, Clarke F, Rose T, Hand-Breckenridge T *et al.* Personalizing Death in the Intensive Care Unit: The 3 Wishes Project A Mixed-Methods Study. Annals of Internal Medicine Care [Internet]. 2015 [acesso 2025 mar 04]; 163(4). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26167721/>.
  26. Arantes ACQ. A morte é um dia que vale a pena se viver: e um excelente motivo para se olhar para a vida. 1. ed. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016. 140 p.
  27. Cardoso AA, Tomotani DYV, Mucci S. Fadiga por compaixão e estratégias de enfrentamento diante da finitude. Revista Bioética [Internet]. 2023 [acesso 2025 mar 02]; 1: e3271PT. Disponível em:  
[https://revistabioetica.cfm.org.br/revista\\_bioetica/article/view/3271/3224](https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/3271/3224).
  28. Sá CP. Núcleo Central das Representações Sociais. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
  29. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Sistema de Protocolos. Cuidados paliativos - Cuidados de fim de vida. [Internet]. 2023 [acesso 2025 mar 04]. Disponível em:  
<https://protocolos.hcrp.usp.br/exportar-pdf.php?idVersao=1230>.
  30. Brasil. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010 fev 24 [acesso 2025 fev 27]. Disponível em:  
[https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html).
  31. Castro MCF, PSC Fulya, Santos MLSC, Chagas MC. Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2021 [acesso 2025 mar 02]; 42:e20200311. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/TSc3FTFp8Wf4zgJ37bKnPs/?lang=pt&format=pdf>.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação buscou desde sua introdução contar a história dos cuidados paliativos mostrando a forte conexão entre o processo histórico e a formação do pensamento social por meio da Teoria das Representações Sociais. A revisão de literatura buscou evidenciar diferentes realidades dos cuidados paliativos na UTI ao redor do mundo, com o intuito de compreender o que existe lá fora e o como procedem para melhorar a assistência dos profissionais de saúde da UTI aos pacientes em cuidados paliativos e seus familiares.

Mostrou-se no referencial teórico o que são as representações sociais e o que é representado como conceito, imagem e atitude está ligado à assistência ofertada. Assim, entrega-se à sociedade um trabalho que mostra o pensamento social dos profissionais de saúde da UTI frente aos cuidados paliativos e, principalmente, demonstra-se formas de intervenções de baixíssimo custo, mas que podem suscitar grandes mudanças nas representações sociais e, conseqüentemente na assistência prestada, baseados em experiências de outros trabalhos.

Os achados tanto do manuscrito 01 quanto do manuscrito 2 mostraram que os profissionais de saúde da UTI apresentaram representações sociais sobre os cuidados paliativos que condizem com o que é preconizado pelas grandes entidades de saúde. Entretanto, chamou a atenção em ambos os manuscritos para a limitação do conceito de cuidados paliativos por muito profissionais apenas como cuidados em fim de vida.

Além disso, destacou-se a representação social dos profissionais muito ligada à empatia. A presente pesquisa mostra claramente que os profissionais de saúde buscaram se doar aos pacientes em uma perspectiva empática que impulsiona o cuidado assistencial para além do físico. Entretanto, o excesso de empatia também precisa ser trabalhado, pois pode causar sérios problemas de saúde nos profissionais.

Dessa forma, ressalta-se mais uma vez, que as representações sociais desse grupo social estão ligadas ao olhar empático e a terminalidade. Por conseguinte, é necessário cuidar de quem cuida, por meio de ambientes que oportunizem os profissionais de saúde a falarem sobre suas vivências, experiências, excessos e medos são extremamente necessários, seja em uma assistência paliativista ou curativista.

Espera-se fielmente que este trabalho seja a ponte para novas intervenções e que no futuro os profissionais de saúde tenham representações sociais ligadas ao conceito, à imagem e à atitude do melhor cuidado possível, ofertado aos pacientes em cuidados paliativos e seus familiares.

## REFERÊNCIAS

- ABRIC, Jean-Claude. **Prácticas sociales y representaciones**. 1. ed. Coyoacán: filosofía y cultura contemporânea, 2001.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Atlas dos cuidados paliativos no Brasil**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2023.
- ALSHEHRI, Hanan Hamdan; WOLF, Axel; ÖHLÉN, Joakim; OLAUSSON, Sepideh. Managerial and organisational prerequisites for the integration of palliative care in the intensive care setting: A qualitative study. **Journal of Nursing Management**, [S. l.], v. 29, n. 8, p. 2715–2723, nov./set. 2021.
- ALVES, Railda Sabino Fernandes; SANTOS, Gabriella César; CUNHA, Elizabeth Cristina Nascimento; MELO, Myriam Oliveira. Cuidados paliativos: alternativa para o cuidado essencial no fim da vida. **Psicologia: Ciência e Profissão**, São Paulo, v.39, e185734, p.1-15, set./mar. 2019.
- ANDRADE, Camila Emerenciano Berrondo Menezes de; COUTINHO, Silvia Maria Gonçalves. A percepção de profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva do SUS sobre os cuidados paliativos e a atuação da equipe interconsultora. **Health Residencies Journal**, Brasília, v.3, n.16, p.1-25, mar./jun. 2022.
- ARANTES, Ana Cláudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena se viver: e um excelente motivo para se olhar para a vida**. 1. ed. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.
- ARAÚJO, Wánderon Cássio Oliveira. Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. **Revista Convergências em Ciência da Informação**, Aracaju, v. 3, n. 2, p. 100-134, maio/ago. 2020.
- ARIAS-CASAS, Natalia; GARRALDA, Eduardo; RHEE, Jhon; LIMA, Liliana de; PONS, Juan José; CLARK, David; HASSELAAR, Jeroen; LING, Julie; MOSOIU, Daniela; CENTENO, Carlos. **Atlas of Palliative Care in Europe 2019**. Vilvoorde: EAPC Press; 2019.
- ARRUDA, Ângela. Meandros da Teoria: a dimensão afetiva das representações Sociais. In: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; Jodelet, Denise. **Representações Sociais: interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas**. Brasília. Thesaurus, 2009.
- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Diário Oficial. **Portaria nº 013/2024**. Salvador, BA, 2024. Disponível em: <https://dool.egba.ba.gov.br/buscanova/#/p=1&q=Gilberto%20Alves%20Dias&di=20241219&df=20241221>. Acesso em: 27 fev. 2025.
- BAPTISTA, Simone Conceição Oliveira; PICANÇO, Carina Marinho. Cuidados paliativos em unidade de atendimento crítico: saberes de uma equipe multiprofissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 5, p. 612–624, ago./mai. 2019.
- BAR, Barak; CREUTZFELDT, Claire; RUBIN, Michael. Palliative Care in the Neuro-ICU: Perceptions, Practice Patterns, and Preferences of Neurointensivists. **Neurocritical Care**, [S.l.], v. 32, n. 1, p. 302–305, fev. 2020.

BARBOSA, Ana Paula de Magalhães; SANTO, Fátima Helena do Espírito; HIPÓLITO, Rodrigo Leite; SILVEIRA, Isabelle Andrade; SILVA, Rachel Cardoso da. Vivências do centro de terapia intensiva: visão da equipe multiprofissional frente ao paciente em cuidados paliativos. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 10, n. 4, p.161-166, jan./jun. 2020.

BARROS, Bárbara Fernanda Melo; PASKLAN, Amanda Namíbia Pereira; Rodrigues, Natasha Fiterman; BARROS, Julia Bacelar; MOTTA, Vanise Barros Rodrigues da; LIMA, Sara Fiterman. Percepções e conhecimentos médicos sobre limitação de suporte de vida. **Revista Bioética**, Brasília, v. 31, e3387PT, p. 1-12, ago./mar. 2023.

AGRAWAL, Kritika; GARG, Rakesh; BHATNAGAR, Sushma. Knowledge and Awareness of End-of-life Care among Doctors Working in Intensive Care Units at a Tertiary Care Center: A Questionnaire-based Study. **Indian Journal of Critical Care Medicine**, Índia, v. 23, n. 12, p. 568–573, dez. 2019.

BLEICHER, Josh; PLACE, Aubrey; SCHOENHALS, Sarah; LUPPENS, Carolyn Leigh; GRUDZIAK, Joanna; LAMBERT, Laura; MCCRUM, Marta. Drivers of Moral Distress in Surgical Intensive Care Providers: A Mixed Methods Study. **Journal of Surgical Research**, Filadélfia, v. 266, p. 292–299, out./maio. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia//asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581](https://www.in.gov.br/materia//asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581). Acesso em: 27 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 3.681, de 07 de maio de 2024**. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.681-de-7-de-maio-de-2024-561223717>. Acesso em: 05 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018**. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041\\_23\\_11\\_2018.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, DF, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html).

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS. **Tutorial para uso do software de análise textual**. Santa Catarina, 2013. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 23 jan. 2025.

CARDOSO, Aline Aparecida; TOMOTANI, Daniere Yurie Vieira; MUCCI, Samantha. Fadiga por compaixão e estratégias de enfrentamento diante da finitude. **Revista Bioética**, Brasília, v. 31, e3271PT, p. 1-12, abr./nov. 2022.

CASTRO, Ricardo Vieiralves de. Prefácio. In: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fátima Santos; OLIVEIRA, Zeidi Araujo Trindade. **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2019.

SAUNDERS, Christopher Gordon Strode. Cicely Saunders International. **Dame Cicely Saunders a brothers story**. Londres, 2025. Disponível em: <https://cicelysaundersinternational.org/dame-cicely-saunders-a-brothers-story/early-years/>. Acesso em: 02 jan. 2025.

COOK, Deborah; SWINTON, Marilyn; TOLEDO, Feli; CLARKE, France; ROSE, Trudy; HAND-BRECKENRIDGE, Tracey; BOYLE, Anne; WOODS, Anne; ZYTARUK, Nicole; HEELS-ANSDELL, Diane; SHEPPARD, Robert. Personalizing Death in the Intensive Care Unit: The 3 Wishes Project A Mixed-Methods Study. **Annals of Internal Medicine Care**, [S.l.], v. 163, n. 4, p. 271-279, ago. 2015.

DIAS, Gilberto Alves; MACHADO, Juliana Costa; PIRES, Vilara Maria Mesquita Mendes; GOMES, Renara Meira; RODRIGUES, Vanda Palmarela. Círculos de construção de paz sobre luto: Relato de experiência. In: **Encontro Sobre Violência Intrafamiliar: Uma Violação dos Direitos Humanos**. 2024. Disponível em: <http://anais2.uesb.br/index.php/evintra/issue/view/23>. Acesso em: 02 mar 2025.

DURKHEIM, Émile. **As formas elementares da vida religiosa**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

DYNIWICZ, Ana Maria. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 3. ed. São Paulo: Difusão, 2014.

EPIMED. **Epimed Monitor ICU System**. Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://www.epimedolutions.com/sistema-epimed-monitor-uti/>. Acesso em: 24 janeiro. 2025.

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. **Sistema de Protocolos. Cuidados paliativos - Cuidados de fim de vida**. 2023. Disponível em: <https://protocolos.hcrp.usp.br/exportar-pdf.php?idVersao=1230>. Acesso em: 05 mar 2025.

FADAEI, Sahar; AZIZADEH FOROUZI, Mansooreh; MIYASHITA, Mitsunori; FALEH, Asmaa Jumaa; DEHGHAN, Mahlagha. Palliative care knowledge and self-efficacy: a comparative study between intensive care units and general units nurses. **BMC Palliat Care**, [S. l.], v. 23, n. 1:246, p. 1-12, out. 2024.

FAJARDO-CHICA, David. Sobre el concepto de dolor total. **Revista de Salud Publica**, Bogotá, v.22, n.3, p.368-372, abr./mai. 2020.

FITARONI, Juliana Batista; BOUSFIELD, Andréa Barbará da Silva; SILVA, Jean Paulo da. Morte nos cuidados aliativos: Representações sociais de uma equipe multidisciplinar. **Psicologia: Ciência e Profissão**, São Paulo, v. 41, e209676, p. 1-16, jul./out. 2021.

FLÔRES, Alves Ferraz Arilson. **Cartilha – A psicologia do luto: noções básicas, suas fases, seus desafios e aprendizados**. Vitória da Conquista. 2023.

GONÇALVES DE LIMA LOPES, Matheus Felipe; TENÓRIO DE MELO, Yasmim Simão; CARNEIRO DE LUCENA SANTOS, Maria Willyanne; OLIVEIRA, Diego Augusto Lopes; MACIEL, Ana Maria Sá Barreto. Vivências de enfermeiros no cuidado às pessoas em processo de finitude. **Revista Ciência Plural**, Rio Grande do Norte, v. 6, n. 2, p. 82–100, mar./jun. 2020.

GRANRUD, Marie Dahlen; GRØNDAHL, Vigdis Abrahamsen; HELGESEN, Ann Karin; BÅÅTH, Carina; OLSSON, Cecilia; TILLFORS, Maria; MELIN-JOHANSSON, Christina; ÖSTERLIND, Jane; LARSSON, Maria; HOV, Reidun; SANDSDALEN, Tuva. Health Care Personnel’s Perspectives on Quality of Palliative Care During the COVID-19 Pandemic – A Cross-Sectional Study. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, [S.l.], v. 16, p. 2893–2903, set. 2023.

HGPV. Hospital Geral Prado Valadares. **Of. nº 044/2024** – Direção Geral HGPV/SESAB, 2024.

DANTAS, Juliana. Instituto Paliar. **O que são cuidados paliativos?**. São Paulo, SP, 2023. Disponível em: <https://www.paliar.com.br/blog/o-que-sao-cuidados-paliativos>. Acesso em: 26 jan. 2025.

JANCZEWSKI, Lauren; CHANDRASEKARAN, Adithya; ABAHUJE, Egide; KO, Bona; SLOCUM, John; TESORERO, Kaithlyn; NGUYEN, My; SLOCUM, John; YANG, Sohae; STRONG, Erin; BHAKTA, Kunjan; HUML, Jeffrey; KRUSER, Jacqueline; JOHNSON, Julie; STEY, Anne. Barriers and Facilitators to End-of-Life Care Delivery in ICUs: A Qualitative Study. **Critical Care Medicine**, Estados Unidos da América, v. 52, n. 6, p. 289-298, jun. 2024.

JESUINO, Jorge Correia. Um Conceito Reencontrado. In: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fátima Souza; TRINDADE, Zeidi Araujo. **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2014.

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

KAWASHIMA, Tetsuharu; KAWAKAMI, Aki; ASHIDA, Kaoru; Tanaka, Makoto. Development of the nursing practice scale for end-of-life family conferences in critical care. **Intensive and Critical Care Nursing**, [S. l.], v. 66, 103076, p. 1-8 out./maio. 2021.

KAY, Pranis; BOYES-WATSON, Carolyn; Breton, Denise. **Círculos em Movimento**. 2022. Disponível em: <https://www.circulosemmovimento.org.br/downloadmanual>. Acesso em: 02 mar 2025.

KE, Ying-Xuan; HU, Sophia; TAKEMURA, Naomi; LIN, Chia-Chin. Perceived quality of palliative care in intensive care units among doctors and nurses in Taiwan. **International Journal for Quality in Health Care**, [S. l.], v.31, n. 10, p. 741-747, dez./jan. 2019.

KIM, Ji-Young; CHOI, Eun-Hi. Predictors of end-of-life care stress, calling, and resilience on end-of-life care performance: a descriptive correlational study. **BMC Palliative Care**, [S. l.], v. 21, n. 77, p.1-10, mai. 2022.

KOVÁCS, Maria Julia. **Educação para a morte**: quebrando paradigmas. Novo Hamburgo: Synopsis, 2021.

KURTGÖZ, Ashi; KETEN EDIS, Elif; ERARSLAN, Rumeysa. Spiritual Care Competencies and the Frequency of Spiritual Care Practices of Nurses in Turkey. **Journal of Religion and Health**, [S. l.], v. 63, n. 3, p. 1747–1760, jun./ago. 2024.

KYEREMANTENG, Kwadwo; BECKERLEG, Weiwei; WAN, Cynthia; VANDERSPANK-WRIGHT, Brandi; D’EGIDIO, Gianni; SUTHERLAND, Stephanie; HARTWICK, Michael; GRATTON, Valérie; SARTI, Aimee. Survey on Barriers to Critical Care and Palliative Care Integration. **American Journal of Hospice & Palliative Medicine**, [S. l.], v. 37, n. 2, p. 108–116, fev./ago. 2020.

LIU, Evan; CID, Miguel; MANSON, Daniel; SHINALL, Myrick; HUA, May. Palliative Care Clinicians’ Views on Metrics for Successful Specialist Palliative Care Delivery in the ICU. **Journal of Pain and Symptom Management**, [S. l.], v. 68, n. 1, p. 78-85.e4, jul. 2024.

LOBO, Suzana; CREUTZFELDT, Claire; MAIA, Israel; TOWN, James; AMORIM, Edilberto; KROSS, Erin; ÇORUH, Basak; PATEL, Pratik; JANNOTTA, Gemi; LEWIS, Ariane; GREER, David; CURTIS, Randall; SHARMA, Monisha; WAHLSTER, Sarah. Perceptions of Critical Care Shortages, Resource Use, and Provider Well-being During the COVID-19 Pandemic. **Chest**, Filadélfia, v. 161, n. 6, p. 1526–1542, fev. 2022.

MACIEL, Ana Paula da Silva; ERDTMANN, Bernadette Kreutz; ANDRADE, Elizandra Faria; POETIN, Giana Marlize Boeira; VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira; ANDRADE, Michele de Souza. Referências Históricas: Definições e princípios em cuidados paliativos. In: VICENSI, Maria do Carmo. **Enfermagem em Cuidados Paliativos**. Florianópolis: Letra, 2016.

MAIA, Maria Auxiliadora de Queiroz; LOURINHO, Lúdia Andrade; SILVA, Karliene Vieira. Competências dos profissionais de saúde em cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva adulto. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 5, e38410514991, p. 1-9, abr/maio. 2021.

MARTINS, Matheus Rodrigues; OLIVEIRA, Juliana da Silva; SILVA, Alexandre Ernesto; SILVA, Rudval Souza da; CONSTÂNCIO, Tatiane Oliveira de Souza; VIEIRA, Sheylla Nayara Sales. Assistência a pacientes elegíveis para cuidados paliativos: visão de profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 56, e20210429, 2022.

MAINGUÉ, Paula Christina Pires Muller; SGANZERLA, Anor; GUIRRO, Úrsula Bueno do Prado; PERINI, Carla Corradi. Discussão bioética sobre o paciente em cuidados de fim de vida. **Revista Bioética**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 135–146, jan./mar. 2020.

MEDIANI, Henny Suzana; SADA, Fidy; NURAENI, Aan; SUBU, Muhammad Arsyad. Healthcare Professionals’ Experiences in Providing Palliative Care in an Intensive Care Unit in Indonesia: A Phenomenological Study. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, [S. l.], v. 17, p. 4427–4439, jul./set. 2024.

MENDES, Priscilla Biazibetti; OLIVEIRA, José Ricardo de; PEREIRA, Alexandre de Araújo. Perfil do médico que atua em cuidados paliativos no Brasil. **Revista Bioética**. Brasília, v. 30, n. 04, p. 837-49, out./dez. 2022.

MENDES, Camila. **Fluxograma PRISMA para revisão integrativa**. 2022. Disponível em: <https://camilamendes.com.br/fluxograma-prisma-para-revisao-integrativa/>. Acesso em: 15 jun. 2025.

VANSTONE, Meredith; NEVILLE, Thanh; CLARKE, France; SWINTON, Marilyn; SADIK, Marina; TAKAOKA, Alyson; SMITH; BAKER, Andrew; LEBLANC, Allana; FOSTER, Denise; DHINGRA, Vinay; PHUNG, Peter; SHERRY, Xueqing; KAO, Yuhan; HEELS-ANSDELL, Diane; TAM, Benjamin; TOLEDO, Feli; BOYLE, Anne; COOK, Deborah. Compassionate End-of-Life Care: Mixed-Methods Multisite Evaluation of the 3 Wishes Project. **Annals of Internal Medicine Care**, [S.l.], v. 172, n. 1, p. 1-7, jan. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MIRANDA, Ângelo Moreira. **O trabalho de cuidados paliativos: uma sociohistória a partir de Cicely Saunders e Elisabeth Kübler-Ross**. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília. Brasília, 2020.

MOREIRA, Fabiana Araújo; MENEZES, Tânia Maria de Oliva; FREITAS, Raniele Araújo de; OLIVEIRA, Monique Carolinne Macêdo; BATISTA, Verônica Matos; CHAVES, Alinne Nogueira; ALBUQUERQUE, Rebeca Santos de. Cuidados do técnico de enfermagem a pacientes em palição na Unidade de Terapia Intensiva. **International Journal of Development Research**, [S. l.], v. 11, n. 5, p. 47058-4, maio. 2021.

MOSCOSO, Carina Rabêlo; CORDEIRO, Franciele Roberta; GOMES, Marcela Polino; OLIVEIRA, Stefanie Griebeler; ZILLMER, Juliana Graciela Vestena. Práticas assistenciais de equipes médicas e de enfermagem às pessoas em cuidados paliativos hospitalizadas. **Texto & Contexto**, Santa Catarina, v. 32, e20230080, p. 1-15, abr./ago. 2023.

MOSCOVICI, Serge. On social representations. In: FORGAS, Josep Paul. (Ed.). **Social Cognition**: perspectives on everyday understanding. London, Academic Press, 1981.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2015.

NASCIMENTO, Luciana de Cassia Nunes; SOUZA, Tania Vignuda de; OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos; MORAES, Juliana Rezende Montenegro Medeiros de; AGUIAR, Rosane Cordeiro Burla de; SILVA, Liliane Faria da. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 243-8, jan./fev. 2018.

NASSAR, Antonio Paulo; DETTINO, Aldo Lourenço Abadde; AMENDOLA, Cristina Prata; SANTOS, Rodrigo Alves dos; FORTE, Daniel Neves; CARUSO, Pedro. Oncologists' and Intensivists' Attitudes Toward the Care of Critically Ill Patients with Cancer. **Journal of Intensive Care Medicine**, [S. l.], v. 34, n. 10, p. 811–817, out./jun. 2019.

NÓBREGA, Sheva Maia. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes. **Representações Sociais: Teoria e Prática**. João Pessoa: Editora Universitária, 2003.

NOGUEIRA, Virginia Paiva Figueiredo. **As Representações Sociais da Espiritualidade e da Religiosidade para pessoas que vivem com HIV/Aids: estrutura de pensamento, enfrentamento da síndrome e cuidado de enfermagem**. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2019.

OLIVEIRA, Denise Cristina de; MARQUES, Sérgio Correia; GOMES, Antonio Marcos Tosoli; TEIXEIRA, Maria Cristina Trigueiro Veloz. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes; CAMARGO, Brígido Vizeu; JESUÍNO, Jorge Correia; NÓBREGA, Sheva Maia. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa, PB: Editora Universitária da UFPB, 2005. p. 573-603.

OLIVEIRA, Denize Cristina. A Teoria das Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; TRINDADE, Zeide Araujo. **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2014.

ORTEGA-GUERRERO, Denise; ORTEGA-CANTERO, Jonathan-Agustín; GUERRERO-CASTAÑEDA, Raúl-Fernando. Conocimientos sobre cuidados paliativos en un grupo de enfermeras en México. **Revista Colombiana de Enfermería**, Colômbia, v. 18, n.1, p. 1-8, jul./fev. 2019.

PAGE, Matthew J.; MCKENZIE, Joanne E.; BOSSUYT, Patrick M.; BOUTRON, Isabelle; HOFFMANN, Tammy C.; MULROW, Cynthia D.; SHAMSEER, Larissa; TETZLAFF, Jennifer M.; AKL, Elie A.; BRENNAN, Melanie; CHOU, Roger; GLANVILLE, Julie; GRIMSHAW, Jeremy M.; HROBJARTSSON, Asbjørn; LALU, Manu M.; LI, Tianjing; LODER, Elizabeth W.; MAYO-WILSON, Evan; MCDONALD, Steve; MCGUINNESS, Luke A.; STEWART, Lesley A.; THOMAS, James; TRICCO, Andrea C.; WELCH, Vivian A.; WHITING, Penny; MOHER, David. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **Journal of Clinical Epidemiology**, [S. l.], v. 134, n. 71, p. 178–189, jan. 2021.

PEGORARO, Martha Maria de Oliveira; PAGANINI, Maria Cristina. Cuidados paliativos e limitação de suporte de vida em terapia intensiva. **Revista Bioética**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 699–710, out./dez. 2019.

PERÃO, Odisséia Fátima; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; LAZZARI, Daniele Delacanal; HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira; KERSTENA, Mayara Ana da Cunha. Representações sociais de conforto para familiares de pacientes em cuidados paliativos na terapia intensiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 42, e20190434, p. 1-8, out./ago. 2021.

PIRES, Isabella Batista; MENEZES, Tânia Maria de Oliva; CERQUEIRA, Bruna Borges de; ALBUQUERQUE, Rebeca Santos de; MOURA, Halanna Carneiro Guimarães Bastos; FREITAS, Raniele Araújo de; SANTOS, Alana Libânia de Souza; OLIVEIRA, Emanuela

Santos. Conforto no final de vida na terapia intensiva: percepção da equipe multiprofissional. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 33, eAPE20190148, p. 1-7, jun./out. 2020.

QUEIROZ, Luciana Meneguim Pereira de; LAZARINI, Carlos Alberto; HIGA, Elza de Fátima Ribeiro; PINTO, Adriana Avanzi Marques. Representações sociais de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca de cuidados paliativos para a pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 27, e230170, p. 1-11, jul./abr. 2024.

QUEIROZ, Terezinha Almeida; RIBEIRO, Adna Cynthia Muniz; GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; COUTINHO, Daisy Teresinha Reis; GALIZA, Francisca Tereza de; FREITAS, Maria Célia de. Cuidados paliativos ao idoso na terapia intensiva: olhar da equipe de enfermagem. **Texto & Contexto**, Santa Catarina, v. 27, n. 1:e1420016, p. 1-10, jun./mai. 2017.

RIBEIRO, Aline Lima; SANTOS, Fernanda Gatez Trevisan dos; CARDOSO, Luana Cristina Bellini; RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade; FERREIRA, Andressa Martins Dias; MIGUEL, Maria Emília Grassi Busto; GIL, Nelly Lopes de Moraes. Cuidados paliativos: percepção da equipe multiprofissional atuante em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 14, n. 4, p. 1–12, jun./nov. 2021.

RIEGEL, Melissa; RANDALL, Sue; BUCKLEY, Thomas. Healthcare professionals' knowledge, skills, and role in offering and facilitating memory making during end-of-life care in the adult intensive care unit. **Australian Critical Care**, [S. l.], v. 35, n. 5, p. 491–498, jun./ago. 2022.

RODRIGUES, Inês Gimenes. **Cuidados paliativos**: análise de conceito. 2004. 247 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.

RODRIGUES, Inês Gimenes. **Os significados do trabalho em equipes de cuidados paliativos oncológico domiciliar**: um estudo etnográfico. 2009. 203 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

SÁ, Celso Pereira. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2002.

SCHALLENBURGER, Manuela; SCHWARTZ, Jacqueline; ICKS, Andrea; SCHMITTEN, Jürgen in der; BATZLER, Yann Nicolas; MEIER, Stefan; MENDEZ DELGADO, Miguel; TENGE, Theresa; NEUKIRCHEN, Martin. Triggers of intensive care patients with palliative care needs from nurses' perspective: a mixed methods study. **Critical Care**, Londres, v. 28, n. 181, p. 1-10, maio. 2024.

SCHWARTZ, Jacqueline; SCHALLENBURGER, Manuela; TENGE, Theresa; BATZLER, Yann-Nicolas; SCHLIEPER, Daniel; KINDGEN-MILLES, Detlef; MEIER, Stefan; NIEGISCH, Günter; KARGER, André; RODERBURG, Christoph; NEUKIRCHEN, Martin. Palliative Care e-Learning for Physicians Caring for Critically Ill and Dying Patients during the COVID-19 Pandemic: An Outcome Evaluation with Self-Assessed Knowledge and Attitude. **Journal of Environmental Research and Public Health**, [S. l.], v. 19, n. 19:12377, p. 1-10, set. 2022.

SEOL, Eun-Mi; KOH, Chin Kang; KIM, Eun Kyung. Critical Care Nurses' Perceptions of Parenteral and Enteral Nutrition at the End-of-Life in South Korea. **Journal of Palliative Care**, [S. l.], v. 35, n. 2, p. 110–115, abr./jul. 2020.

SESAB. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Hospital Geral Prado Valadares**. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/hospital/hospital-geral-prado-valadares/>. Acesso em: 26 fev. 2025.

SILVA, Carolina Pedra Branca Valentim; AMARAL, Taisi Soares Assis; SILVA, Valdenir Almeida da. Percepção da equipe de enfermagem sobre cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 6, p. 484–491, set./out. 2020.

SILVA, Sílvio Éder Dias da; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de; FERREIRA, Jaqueline Alves; ARAÚJO, Jeferson Santos; Rodrigues, Diego Pereira; RODRIGUES, Diana Madeira. Representações Sociais do cuidador familiar sobre cuidados paliativos em paciente terminal. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11785, p.1-6, jan./dez. 2024.

SOUZA, Ingrid Gomes de; NOGUEIRA, Valnice de Oliveira. Conhecimento do fisioterapeuta intensivista sobre cuidados paliativos. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 11, n. 16, e523111638395, p. 1-11, nov./dez. 2022.

SOUZA, Jarlan Santana De; LIMA, Jucilene Pitágora Sousa; GUERREIRO, Caroline Ferreira; MIRANDA, Roberta Barros de; SILVA, Tamires Santos da. Conhecimento da equipe multiprofissional de UTI adulto sobre cuidados paliativos. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 12, n. 12, e45121243914, p. 1-9, out./nov. 2023.

SOUZA, Nathalie Campana de; RODRIGUES, Thamires Fernandes Cardoso da Silva; MAGNABOSCO, Gabriela Tavares; SALA, Caroline; BARRETO, Mayckel da Silva; GIL, Nelly Moraes. Cuidados paliativos e Covid-19: percepção dos profissionais de saúde de Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, BA, v.37, e50696, p. 1-12, 2023.

ST CHRISTOPHER'S. **Our history**. Londres, 2025. Disponível em: <https://www.stchristophers.org.uk/about/history/>. Acesso em 02 jan. 2025.

ST JOSEPH'S HOSPICE. **Our History**. Londres, 2024. Disponível em: <https://www.stjh.org.uk/about-us/our-history/>. Acesso em: 26 jan. 2025.

TANAKA, Yuta; KATO, Akane; ITO, Kaori; IGARASHI, Yuko; KINOSHITA, Satomi; KIZAWA, Yoshiyuki; MIYASHITA, Mitsunori. Attitudes of Physicians toward Palliative Care in Intensive Care Units: A Nationwide Cross-Sectional Survey in Japan. **Journal of Pain and Symptom Management**, Estados Unidos da América, v. 63, n. 3, p. 440–448, set. 2022.

THE ECONOMIST. **The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world**: A report by The Economist Intelligence Unit. Reino Unido, 2015.

VANSTONE, Meredith; NEVILLE, Thanh; SWINTON, Marilyn; SADIK, Marina; CLARKE, France; LEBLANC, Allana; TAM, Benjamin; TAKAOKA, Alyson; HOAD, Neala; HANCOCK, Jennifer; MCMULLEN, Sarah; REEVE, Brenda; DECHERT, William; SMITH,

Orla; SANDHU, Gyan; LOCKINGTON, Julie; COOK, Deborah. Expanding the 3 Wishes Project for compassionate end-of-life care: a qualitative evaluation of local adaptations. **BMC Palliative Care**, [S.l.], v. 19, n. 93, p. 2-9, abr./jun. 2020.

VIEIRA, Julia; ANILDO, Isabela; CALIFE, Karine. Mulheres profissionais da saúde e as repercussões da pandemia da Covid-19: é mais difícil para elas?. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 132, p. 46-62, jan./mar. 2022.

WACHELKE, Joao. Social representations: a review of theory and research from the structural approach. **Universitas Psychologica**, Bogotá, v. 11, n. 3, p. 729-741, jul./set. 2012.

WIEGAND, Debra; CHEON, Jooyoung; NETZER, Giora. Seeing the Patient and Family Through: Nurses and Physicians Experiences With Withdrawal of Life-Sustaining Therapy in the ICU. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, [S. l.], v. 36, n. 1, p. 13–23, jan./set. 2019.

WOLF, Alexander; WHITE, Kenneth; EPSTEIN, Elizabeth; ENFIELD, Kyle. Palliative Care and Moral Distress: An Institutional Survey of Critical Care Nurses. **Critical Care Nurse**, [S.l.], v. 39, n. 5, p. 38–49, out. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer pain relief and palliative care**. Geneva: World Health Organization. 1990. Disponível em: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39524/WHO\\_TRS\\_804.pdf?sequence=1&isAllowed=](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39524/WHO_TRS_804.pdf?sequence=1&isAllowed=). Acesso em: 02 jan. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. Geneva: World Health Organization. 2002. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 02 jan. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Why palliative care is an essential function of primary health care**. Geneva: World Health Organization. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/palliative.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2025.

WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **WHPCA Key Messages**. Reino Unido: Worldwide Palliative Care Alliance. 2024. Disponível em: <https://thewhpc.org/about-us/>. Acesso em: 02 jan. 2025.

XIE, Peiying; LIU, Zhili; CHEN, Huiyao; Wu, Yanchun; XIE, Peijie; LIU, Hui; YING, Wenjuan. Exploring the barriers and facilitators of palliative care in the adult from nurses' perspectives in China: A qualitative study. **Nursing in Critical Care**, [S. l.], v. 29, n. 4, p. 756–764, ago./jan. 2024.

**APÊNDICES**



**APÊNDICE A – FOLHA DE ROSTO**  
**PARA A TÉCNICA DE EVOCAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS E QUESTIONÁRIO**  
**SOCIODEMOGRÁFICO E**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB**

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Campus de Jequié

1. Quais são as cinco palavras que vêm a sua mente quando eu lhe digo: **CUIDADOS PALIATIVOS**?

[colocar na ordem que o entrevistado disser]

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_

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

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_

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

Número:

Gênero: Mulher ( ) ( ) Homem Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Idade:

Religião: ( ) Evangélica ( ) Católica ( ) Espírita ( ) Candomblé ( ) Outras  
 (Qual?\_\_\_\_) ( ) Não tenho.

Acredita em Deus? ( ) Sim ( ) Não

Situação Conjugal: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) União consensual ( ) Viúvo ( ) Divorciado

Profissão:

Tempo de formação:

Tempo de serviço:

Trabalha em outro serviço: ( ) Sim ( ) Não

Quantos? \_\_\_\_\_

Possui especialização? ( ) Sim ( ) Não

Possui especialização em Cuidados Paliativos? ( ) Sim ( ) Não

Participou de algum curso, seminário, congresso, simpósio, palestra, aula ou algo do tipo que abordasse sobre a temática dos Cuidados Paliativos?

( ) Sim ( ) Não



## APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

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

CARO(A) SENHOR(A),

CONVIDAMOS o(a) senhor(a) para participar de uma pesquisa científica.

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

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

1.1. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: *Gilberto Alves Dias.*

1.2. ORIENTADORA: *Vanda Palmarella Rodrigues.*

### 2. QUAL O NOME DESTA PESQUISA, POR QUE E PARA QUE ELA ESTÁ SENDO FEITA?

#### 2.1. TÍTULO DA PESQUISA

*Representações Sociais de profissionais de Saúde da Unidade de Terapia Intensiva sobre cuidados paliativos.*

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

*Por meio desta pesquisa buscaremos contribuir com a literatura dos cuidados paliativos, auxiliando na formação de estudantes, capacitação de profissionais e assistência a pacientes.*

#### 2.3. PARA QUE ESTAMOS FAZENDO ESTA PESQUISA (Objetivo geral):

*Analisar as representações sociais dos profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva sobre os cuidados paliativos.*

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

#### 3.1 O QUE SERÁ FEITO:

*Serão feitas perguntas sobre a temática dos cuidados paliativos e aplicado um questionário sociodemográfico. Futuramente, talvez, você poderá ser convidado para uma entrevista, a qual será gravada. Seu nome não será divulgado em nenhum momento.*

#### 3.2 ONDE E QUANDO FAREMOS ISSO:

*Locais privativos do hospital, em momento oportuno do profissional, durante sua carga horária de trabalho, quando o mesmo tiver disponibilidade ante as atividades assistenciais.*

### 3.3 QUANTO TEMPO DURARA CADA SESSAO:

*Entre 20 a 30 minutos.*

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

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

MÍNIMO

MODERADO

ALTO

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

*Este estudo apresenta riscos mínimos relacionados ao(à) senhor(a) sentir-se constrangido ou desconfortável em responder alguma pergunta e será respeitada a sua vontade de não responder.*

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

*A sua participação é voluntária e a recusa em participar não causará qualquer punição ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.*

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

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

*Compartilhar experiências e compreender como ocorrem pesquisas no campo da saúde envolvendo as representações sociais.*

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

*Os benefícios indiretos deste estudo são mostrar a realidade e apontar as possibilidades para a melhoria do cuidado aos profissionais, pacientes e familiares que vivem o contexto dos cuidados paliativos.*

### 6.MAIS ALGUMAS COISAS QUE O(A) SENHOR(A) PODE QUERER SABER (Direitos dos participantes):

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

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

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

R: O pesquisador responsável precisará lhe ressarcir estes custos.

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

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

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

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

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

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

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

*R: Nenhum.*

**6.7. O que acontecerá com os dados que você fornecer nessa pesquisa?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**7. CONTATOS IMPORTANTES:**

**Pesquisador(a) Responsável:** Gilberto Alves Dias.

**Endereço:** Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Laboratório de Saúde Coletiva. Localizada na Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Jequiezinho, Jequié-BA, 45205-490.

**Fone:** (73) 3528-9607 / **E-mail:** gilbertoalvesdias2015@gmail.com.

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

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

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

Horário de funcionamento: Segunda à sexta-feira, das 08:00 às 17:00

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

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

- em participar do presente estudo;  
 com a participação da pessoa pela qual sou responsável.

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

Jequié, de de 2024

---

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



Impressão  
Digital  
(Se for o caso)

## 9. CLÁUSULA DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

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

Jequié, \_\_\_ de de 2024

---

*Assinatura do(a) pesquisador*

**ANEXOS**

## Anexo A - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

**Pesquisador:** Gilberto Alves Dias

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 81794724.2.0000.0055

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.998.392

#### Apresentação do Projeto:

Profissionais da área da saúde convivem com o processo de morrer e a morte principalmente na Unidade de Terapia Intensiva, considerada espaço de estresse e com alta incidência de pacientes graves, estes, muitas vezes, em cuidados paliativos. Tal temática é pouco abordada na formação, capacitação e até mesmo no convívio diário entre os profissionais de saúde. Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar as Representações Sociais dos profissionais de saúde das Unidades de Terapia Intensiva sobre os cuidados paliativos no desenvolvimento de suas práticas. Pesquisa quali-quantitativa tendo como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais. Será realizada nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital Geral Prado Valadares no município de Jequié-BA. Participarão da pesquisa 100 profissionais de saúde incluindo técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, farmacêuticos, assistentes sociais, nutricionistas e psicólogos. Para a coleta dos dados será aplicado um questionário sociodemográfico, a evocação livre de palavras e uma entrevista semiestruturada. Os dados provenientes da evocação livre de palavras serão processados pelo software Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations versão 2005, para análise prototípica e posteriormente análise de similitude. Os dados decorrentes das entrevistas serão analisados pela técnica de análise de conteúdo de Bardin e posteriormente pelo software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) por meio da Análise Fatorial de Correspondência (AFC), Classificação

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)  
**Bairro:** Jequezinho **CEP:** 45.206-510  
**UF:** BA **Município:** JEQUIRE  
**Telefone:** (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



Continuação do Parecer: 6.998.392

Hierárquica Descendente (CHD) e Nuvem de Palavras. Serão assegurados os preceitos éticos previstos na Resolução 466/2012 e 510/2016 em todas as etapas da pesquisa. Nesse sentido, espera-se contribuir para a melhoria da assistência à saúde ofertada pelos profissionais de saúde das Unidades de Terapia Intensiva aos pacientes eleitos a cuidados paliativos.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

- Analisar as Representações Sociais dos profissionais de saúde das Unidades de Terapia Intensiva sobre os cuidados paliativos no desenvolvimento de suas práticas.

Objetivo Secundário:

- Identificar os elementos estruturantes das representações sociais dos profissionais de saúde da UTI sobre os cuidados paliativos;
- Apreender os conteúdos das representações sociais dos profissionais de saúde da UTI sobre os cuidados paliativos;
- Descrever as práticas de cuidados paliativos dos profissionais de saúde da UTI aos pacientes.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Este estudo apresenta riscos mínimos relacionados ao constrangimento ou desconforto ao responder alguma pergunta e será respeitada a vontade do participante de não responder.

Benefícios:

- Benefícios diretos: Compartilhar experiências e compreender como ocorrem pesquisas no campo da saúde envolvendo as representações sociais.
- Benefícios indiretos: Os benefícios indiretos deste estudo são mostrar a realidade e apontar as possibilidades para a melhoria no cuidado aos profissionais, pacientes e familiares que vivem o contexto dos cuidados paliativos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de Dissertação de Mestrado do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE.

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)  
**Bairro:** Jequiezinho **CEP:** 45.206-510  
**UF:** BA **Município:** JEQUIE  
**Telefone:** (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6883 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



Continuação do Parecer: 6.998.392

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2375243.pdf 17/07/2024 10:03:40 - OK
- Folha\_de\_rosto.pdf 17/07/2024 00:01:52 - OK
- Cronograma.pdf 16/07/2024 19:27:10 - OK
- PROJETO.doc 16/07/2024 18:04:13 - OK
- TCLE.docx 16/07/2024 13:35:01 - OK
- Declaracao\_de\_compromisso.pdf 10/07/2024 15:40:20 - OK
- Autorizacao\_para\_coleta.pdf 10/07/2024 15:37:33 - OK
- Orcamento.pdf 10/07/2024 15:35:17 - OK

**Recomendações:**

Ver Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Protocolo de pesquisa aprovado. Salienta-se que:

1) Relatórios:

- Durante a execução do projeto e ao seu final, anexar na Plataforma Brasil os respectivos relatórios parciais e final, de acordo com o que consta na Resolução CNS 466/12 (itens II.19, II.20, XI.2, alínea d) e Resolução CNS 510/16 (artigo 28, inciso V).

2) Emendas

- Para realizar alterações de quaisquer sorte (acrescentar membros/assistentes, alterar um instrumento ou inserir um campo de coleta, mudar aspectos metodológicos, etc) em projetos já aprovados, você precisará submeter uma *EMENDA* para avaliação do CEP.

As instruções para tanto estão nas páginas 67 a 78 do Manual do Pesquisador da Plataforma Brasil.

Mas cuidado! Emendas não podem fazer mudanças profundas, que descaracterizem o projeto em execução. Pequenas alterações textuais podem ser informadas nos relatórios.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em reunião realizada, 08/08/2024, por videoconferência autorizada pela CONEP, a plenária deste CEP/UESB aprovou o parecer do relator.

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)  
**Bairro:** Jequiezinho **CEP:** 45.206-510  
**UF:** BA **Município:** JEQUIE  
**Telefone:** (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA**



Continuação do Parecer: 6.998.392

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2375243.pdf	17/07/2024 10:03:40		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	17/07/2024 00:01:52	Gilberto Alves Dias	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	16/07/2024 19:27:10	Gilberto Alves Dias	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.doc	16/07/2024 18:04:13	Gilberto Alves Dias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	16/07/2024 13:35:01	Gilberto Alves Dias	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_compromisso.pdf	10/07/2024 15:40:20	Gilberto Alves Dias	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_para_coleta.pdf	10/07/2024 15:37:33	Gilberto Alves Dias	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	10/07/2024 15:35:17	Gilberto Alves Dias	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JEQUIE, 11 de Agosto de 2024

Assinado por:

**Carla Patricia Novais Luz  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)  
**Bairro:** Jequiezinho **CEP:** 45.206-510  
**UF:** BA **Município:** JEQUIE  
**Telefone:** (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6883 **E-mail:** cepjq@uesb.edu.br


**Anexo B - Autorização para coleta de dados**

**AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS**  
*(Modelo aprovado em reunião plenária do Comitê de Ética em Pesquisa da UESB em 14/02/2020)*

Eu, Ana Paula de Assis Camargo Lacerda, ocupante do cargo de diretora geral do(a) Hospital Geral Prado Volodares, **AUTORIZO** a coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado Representações Sociais de Profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva sobre cuidados paliativos, dos pesquisadores Vanda Palmarella Rodrigues e Gilberto Alves Dias após a aprovação do referido projeto pelo CEP/UESB.

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


**Jequié, 14 de junho de 2024**



Ass. do(a) responsável pela autorização da coleta

Carimbo:

**Ana Paula de Assis Camargo Lacerda**  
Diretora Geral/NGPV  
COREN-BA/16714-ENF  
Cad. 19.516.994.1



Impressão Digital  
*(Se for o caso)*

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - UESB/Jequié  
(71) 3526-9727 | cep@fatech.odu.br