

## 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.

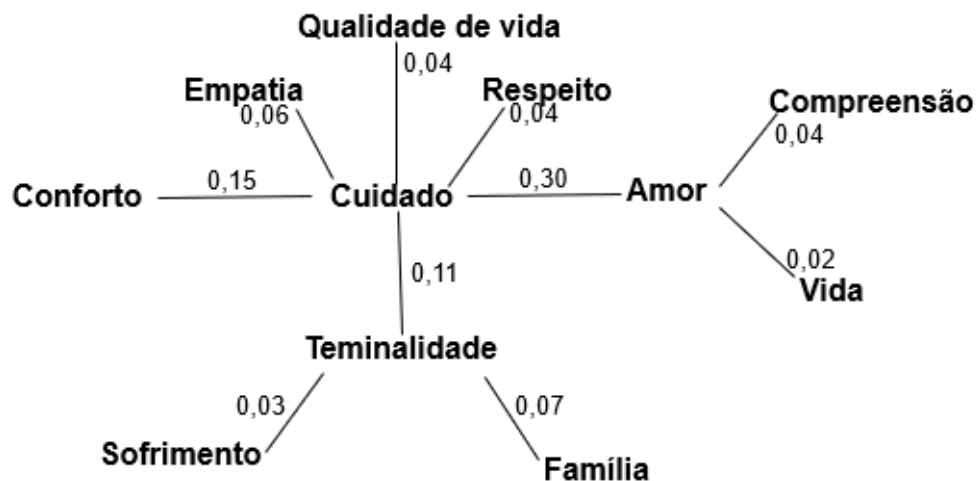
No quadrante superior esquerdo estão os termos mais relevantes e significativos, constituindo provavelmente o núcleo central da representação<sup>9</sup>. Observa-se que as palavras *conforto* e *cuidado* apresentaram uma frequência maior e foram evocadas mais prontamente, justificando estarem presentes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