



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

# IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 08, pp. 49463-49468, August, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.22588.08.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

## REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA SOBRE O PROCESSO DE MORRER E A MORTE

Gilberto Alves Dias, Juliana Costa Machado, Benedito Fernandes da Silva Filho, Tatiane Dias Casimiro Valença and Vanda Palmarella Rodrigues\*

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Campus de Jequié. Bahia – Brasil

### ARTICLE INFO

#### ArticleHistory:

Received 10<sup>th</sup> May, 2021

Received in revised form

24<sup>th</sup> June, 2021

Accepted 03<sup>rd</sup> July, 2021

Published online 29<sup>th</sup> August, 2021

#### Key Words:

Atitude Frente a Morte; Unidades de Terapia Intensiva; Cuidados Paliativos; Pessoal de Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente.

#### \*Corresponding author:

Vanda Palmarella Rodrigues

### ABSTRACT

**Objetivo:** Analisar as estruturas das representações sociais dos profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva sobre o processo de morrer e a morte. **Métodos:** Pesquisa quanti-qualitativa, baseada na abordagem estrutural da Teoria das Representações Sociais. Utilizou-se questionário sociodemográfico e a Técnica de Associação Livre de Palavras. Os dados foram processados pelo software *Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations versão 2005* sendo analisados pela análise prototípica e análise de similitude por coocorrência. **Resultados:** O principal perfil dos profissionais é feminino, jovem, casado, evangélico e nunca participou de curso relacionado à temática da morte e do morrer. O núcleo central do estímulo morrer conteve sua dimensão conceitual e imagética nos termos *descanso e fim*. A dimensão atitudinal foi contida na evocação *medo*. O núcleo central do estímulo morte conteve a dimensão imagética nas evocações *dor e tristeza*. As análises de similitude tanto validam quanto apresentam outras possibilidades de núcleo central para ambos os estímulos. **Conclusão:** Os profissionais não diferenciam o morrer da morte, o que afeta diretamente as práticas de cuidados paliativos. A aproximação cotidiana com pacientes graves, problemas na formação e capacitação causam dificuldades no lidar dos profissionais com a morte e o morrer.

Copyright © 2021, Gilberto Alves Dias et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Gilberto Alves Dias, Juliana Costa Machado, Benedito Fernandes da Silva Filho, Tatiane Dias Casimiro Valença and Vanda Palmarella Rodrigues. "Representações sociais de profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva sobre o processo de morrer e a morte", *International Journal of Development Research*, 11, (08), 49463-49468.

## INTRODUCTION

Entre as diversas questões da vida, o processo de morrer e a morte são as únicas certezas humanas. Entretanto, mesmo com tal certeza e proximidade, muitas pessoas não se encontram preparadas para lidar com a perda. Apesar de muitos compreenderem os termos morte e morrer como palavras do mesmo campo semântico, cada qual contém um conceito ocupando diferentes experiências (Kübler-Ross, 2008). O conceito de morte varia de acordo ao contexto. Por exemplo, psicologicamente a morte pode ocorrer em vida, quando um indivíduo coloca em conflito a sua própria existência. Todavia, no aspecto biológico, a morte é compreendida como o fim da vida física. No campo da ciência, a morte biológica é uma experiência única, o que pode assustar ainda mais as pessoas frente ao desconhecido (Kübler-Ross, 2008; Bromberg, 2011; Kübler-Ross, 2005). Diferente da morte, o processo de morrer é vivenciado cotidianamente estando o mesmo atrelado ao viver. Ou seja, morrer e viver são processos simultâneos. A partir do momento em que se nasce inicia-se o processo de morrer.

Entende-se que o morrer é o caminho percorrido para se chegar até a morte, o qual é vivenciado diariamente, diferente da morte que no campo científico, pode ser experimentada apenas uma vez (Keleman, 1997). O avanço da tecnologia proporcionou muitas mudanças ao processo de morrer e à morte. No passado, sem as grandes e equipadas instituições de saúde, era comum que os moribundos tivessem seus últimos dias de vida em suas residências, com a constante presença dos familiares. Atualmente, a morte e o morrer passaram a ocupar os espaços hospitalares. São nos hospitais, mais precisamente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) principalmente nas grandes cidades, que ocorrem os últimos momentos de vida de muitas pessoas, sob o som de alarmes e a luz de monitores (Kübler-Ross, 2008; Monteiro, 2016). Muitas vezes os assuntos morte e morrer têm sido negligenciados no período de formação dos profissionais de saúde. Dessa forma, nota-se despreparo quando os mesmos se deparam com o processo de morrer e a morte de seus pacientes. Tal situação pode gerar condutas inapropriadas, sofrimento, sentimento de incapacidade ou até mesmo indiferença frente à morte (Vicensi, 2020). Apresenta-se como questão de pesquisa deste estudo: Quais as representações sociais dos

profissionais de saúde da UTI sobre o processo de morrer e a morte? Este trabalho baseou-se na Teoria das Representações Sociais (TRS) a qual consiste em um conjunto de conceitos, opiniões e explicações ligadas às vivências culturais que se manifestam por meio de questões ligadas ao senso comum (Moscovici, 1981). Estudos embasados na TRS são de grande relevância para a melhor compreensão desse contexto, posto que as representações sociais dos profissionais direcionam as práticas de cuidado na UTI ou até mesmo nas diferentes formas de visualizarem e compreenderem determinadas questões psicológicas e/ou sociais do cotidiano (Almeida, 2014). Este trabalho teve como objetivo analisar as representações sociais dos profissionais de saúde da UTI sobre o processo de morrer e a morte.

## MÉTODOS

Pesquisa quanti-qualitativa, tendo como referencial a TRS sob o enfoque estrutural da Teoria do Núcleo Central (TNC) a qual compreende que as representações sociais são organizadas em um Núcleo Central (NC) consistente, mas que depende de complementos indispensáveis, sendo esses: a primeira periferia (PP), segunda periferia (SP) e os elementos de contraste (EC) (Abric, 2001). Participaram do estudo 80 profissionais de saúde de três UTI de um hospital da Bahia, região nordeste do Brasil.

dezembro de 2019, por meio de questionário sociodemográfico e da técnica de associação livre de palavras. Para a organização dos dados sociodemográficos utilizou-se o *software Excel Office 365*. Em relação à técnica de associação livre de palavras, solicitou-se a cada participante que evocasse as cinco primeiras palavras que surgissem em sua mente após escutar o termo morte. Em seguida, pediu-se ao participante que dissesse as cinco primeiras palavras que vinham em sua mente ao escutar a palavra morrer. As evocações foram analisadas pelo *software Ensemble de Programmes Permettant l'Analyses des Evocations* (EVOC), versão 2005, proposto por Pierre Vergès. Realizou-se a análise prototípica das representações sociais a qual organiza as evocações coletadas tendo como princípio a frequência e a ordem média de evocações. Os valores obtidos pelo *software* estabelecem a localização das evocações em um quadro de quatro casas (Sá, 2002). A fim de validar o possível NC, realizou-se a análise de similitude por meio da árvore máxima. As conexões entre os elementos das RS são utilizadas como segundo indicativo do possível NC. Portanto, a análise de similitude vislumbra um recurso metodológico que muito contribui para a validação do NC (Sá, 2002). A análise de similitude consiste na relação entre o número de coocorrências sob dois itens específicos. Ou seja, as coocorrências contemplam ligações entre diferentes evocações existentes em uma mesma linha.

**Tabela 1. Dados sociodemográficos pessoais dos profissionais da UTI**

| Variáveis         |                  | Téc. em enf. |      | Enf. |      | Fis. |      | Méd. |      | Psi. |      | Far. |      | Total |      |
|-------------------|------------------|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|------|
|                   |                  | N            | %    | N    | %    | N    | %    | N    | %    | N    | %    | N    | %    | N     | %    |
| Sexo              | Feminino         | 33           | 76,7 | 14   | 93,3 | 9    | 60,0 | 2    | 66,7 | 2    | 100  | 2    | 100  | 62    | 77,5 |
|                   | Masculino        | 10           | 23,3 | 1    | 6,7  | 6    | 40,0 | 1    | 33,3 | -    | -    | -    | -    | 18    | 22,5 |
|                   | Total            | 43           | 100  | 15   | 100  | 15   | 100  | 3    | 100  | 2    | 100  | 2    | 100  | 80    | 100  |
| Faixa etária      | 20-30            | 17           | 39,5 | 6    | 40,0 | 7    | 46,7 | 2    | 66,7 | 1    | 50,0 | 1    | 50,0 | 34    | 42,5 |
|                   | 31-40            | 14           | 32,6 | 6    | 40,0 | 7    | 46,7 | 1    | 33,3 | 1    | 50,0 | 1    | 50,0 | 30    | 37,5 |
|                   | 41->50           | 12           | 27,9 | 3    | 20,0 | 1    | 6,7  | -    | -    | -    | -    | -    | -    | 16    | 20,0 |
|                   | Total            | 43           | 100  | 15   | 100  | 15   | 100  | 3    | 100  | 2    | 100  | 2    | 100  | 80    | 100  |
| Situação conjugal | Casado           | 20           | 46,5 | 9    | 60,0 | 6    | 40,0 | -    | -    | 1    | 50,0 | 1    | 50,0 | 37    | 46,3 |
|                   | Solteiro         | 13           | 30,2 | 5    | 33,3 | 8    | 53,3 | 2    | 66,7 | 1    | 50,0 | 1    | 50,0 | 30    | 37,5 |
|                   | União Consensual | 7            | 16,3 | 1    | 6,7  | 1    | 6,7  | -    | -    | -    | -    | -    | -    | 9     | 11,3 |
|                   | Divorciado       | 3            | 7,0  | -    | -    | -    | -    | 1    | 33,3 | -    | -    | -    | -    | 4     | 5,0  |
|                   | Total            | 43           | 100  | 15   | 100  | 15   | 100  | 3    | 100  | 2    | 100  | 2    | 100  | 80    | 100  |
| Religião          | Evangélica       | 21           | 48,8 | 3    | 20,0 | 4    | 26,7 | 1    | 33,3 | -    | -    | -    | -    | 29    | 36,3 |
|                   | Católica         | 12           | 27,9 | 8    | 53,3 | 8    | 53,3 | 1    | 33,3 | -    | -    | 2    | 100  | 31    | 38,8 |
|                   | Espírita         | 1            | 2,3  | 2    | 13,3 | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | 3     | 3,8  |
|                   | Acredita em Deus | 9            | 20,9 | 2    | 13,3 | 3    | 20,0 | 1    | 33,3 | 2    | 100  | -    | -    | 17    | 21,3 |
|                   | Total            | 43           | 100  | 15   | 100  | 15   | 100  | 3    | 100  | 2    | 100  | 2    | 100  | 80    | 100  |

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

**Tabela 2. Características profissionais dos profissionais da UTI**

| Variáveis                            |             | Téc. em enf. |      | Enf. |      | Fis. |      | Méd. |      | Psi. |      | Far. |     | Total |      |
|--------------------------------------|-------------|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-----|-------|------|
|                                      |             | N            | %    | N    | %    | N    | %    | N    | %    | N    | %    | N    | %   | N     | %    |
| Tempo de formação                    | <1-5 anos   | 16           | 37,2 | 7    | 46,7 | 8    | 53,3 | 3    | 100  | 2    | 100  | 2    | 100 | 38    | 47,5 |
|                                      | 6-10 anos   | 11           | 25,6 | 4    | 26,7 | 1    | 6,7  | -    | -    | -    | -    | -    | -   | 16    | 20,0 |
|                                      | 11->20 anos | 16           | 37,2 | 4    | 26,7 | 6    | 40,0 | -    | -    | -    | -    | -    | -   | 26    | 32,5 |
|                                      | Total       | 43           | 100  | 15   | 100  | 15   | 100  | 3    | 100  | 2    | 100  | 2    | 100 | 80    | 100  |
| Tempo de atuação                     | <1-5 anos   | 24           | 55,8 | 7    | 46,7 | 8    | 53,3 | 3    | 100  | 2    | 100  | 2    | 100 | 46    | 57,5 |
|                                      | 6-10 anos   | 4            | 9,3  | 6    | 40,0 | 1    | 6,7  | -    | -    | -    | -    | -    | -   | 11    | 13,8 |
|                                      | 11->20 anos | 15           | 34,9 | 2    | 13,3 | 6    | 40,0 | -    | -    | -    | -    | -    | -   | 23    | 28,8 |
|                                      | Total       | 43           | 100  | 15   | 100  | 15   | 100  | 3    | 100  | 2    | 100  | 2    | 100 | 80    | 100  |
| Tempo de atuação em UTI              | <1-5 anos   | 38           | 88,4 | 13   | 86,7 | 10   | 66,7 | 3    | 100  | 2    | 100  | 2    | 100 | 68    | 85,0 |
|                                      | 6->10 anos  | 5            | 11,6 | 2    | 13,3 | 5    | 33,3 | -    | -    | -    | -    | -    | -   | 12    | 15,0 |
|                                      | Total       | 43           | 100  | 15   | 100  | 15   | 100  | 3    | 100  | 2    | 100  | 2    | 100 | 80    | 100  |
| Número de vínculos                   | 1 vínculo   | 22           | 51,2 | 7    | 46,7 | 5    | 33,3 | -    | -    | 1    | 50,0 | 2    | 100 | 37    | 46,3 |
|                                      | ≥2vínculos  | 21           | 48,8 | 8    | 53,3 | 10   | 66,7 | 3    | 100  | 1    | 50,0 | -    | -   | 43    | 53,8 |
|                                      | Total       | 43           | 100  | 15   | 100  | 15   | 100  | 3    | 100  | 2    | 100  | 2    | 100 | 80    | 100  |
| Participou de curso sobre a temática | Sim         | 16           | 37,2 | 10   | 66,7 | 8    | 53,3 | 1    | 33,3 | 1    | 50,0 | 2    | 100 | 38    | 47,5 |
|                                      | Não         | 27           | 62,8 | 5    | 33,3 | 7    | 46,7 | 2    | 66,7 | 1    | 50,0 | -    | -   | 42    | 52,5 |
|                                      | Total       | 43           | 100  | 15   | 100  | 15   | 100  | 3    | 100  | 2    | 100  | 2    | 100 | 80    | 100  |

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

Compuseram a amostra: 43 técnicos em enfermagem, 15 enfermeiros, 15 fisioterapeutas, três médicos, dois psicólogos e dois farmacêuticos. Como critérios de inclusão dos profissionais foram estabelecidos: ser profissional de saúde da UTI e ter no mínimo seis meses de experiência na área de terapia intensiva. Como critério de exclusão: afastamento do trabalho por férias e/ou licença de qualquer natureza. O termo de consentimento livre e esclarecido foi apresentado e assinado pelos profissionais. Os dados foram coletados no mês de

Ressalta-se que, cada linha existente no *corpus* representa um participante da pesquisa. Assim, são retiradas as linhas que não apresentam coocorrência. O resultado de cada coocorrência provém do valor de cada ligação dividido pelo número de linhas mantidas no *corpus* (Sá, 2002). Esta pesquisa contemplou os requisitos éticos da Resolução 466/2012 (Brasil, 2012). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE: 11417419.8.0000.0055, sendo aprovado sob o parecer nº 3.461.276/2019.

# RESULTADOS

Para melhor apresentação dos dados sociodemográficos, os mesmos foram divididos em duas tabelas, sendo o primeiro relacionado aos dados sociodemográficos dos profissionais e o segundo às questões de formação, atuação e capacitação dos mesmos. Dos 80 profissionais da UTI, 77,5% eram do sexo feminino e 22,5% do sexo masculino. A maioria dos profissionais 42,5% tinha idade na faixa etária dos 20 a 30 anos de idade; sendo 46,3% casados e 36,3% evangélicos Table 1. Em relação ao tempo de formação, a maioria dos profissionais 47,5%, tinha entre <1-5 anos. Já no que diz respeito ao tempo de atuação 57,5% dos profissionais afirmaram ter entre <1-5 anos. Na perspectiva da atuação no contexto da UTI 85% dos profissionais tinham tempo de atuação <1-5 anos. Por fim, 53,8% dos profissionais declararam trabalhar em ≥2vínculos, e 52,5% nunca participou de curso sobre a temática morte e morrer.

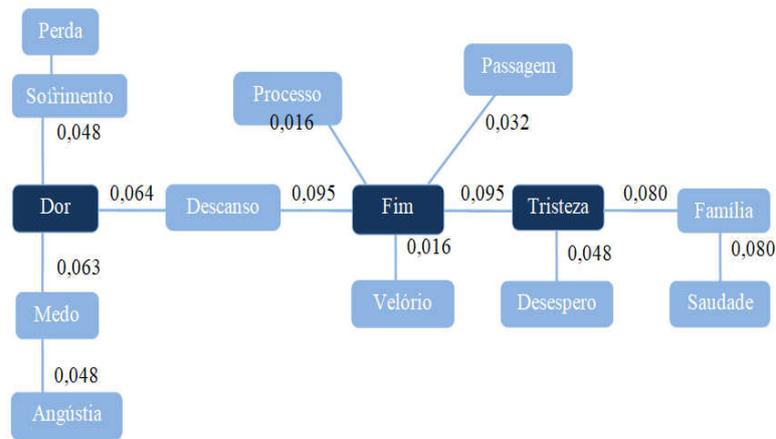
Apresenta-se a Tabela 2 com maiores detalhes segundo as características profissionais. Frente ao termo morrer o conjunto dos participantes evocaram 378 palavras, sendo 92 palavras diferentes, gerando um quadro de quatro casas com uma frequência mínima de oito, frequência média de 16 e a ordem de prontidão média de 2,90. Expõe-se, o Quadro 1. Da análise das conexidades dos elementos evocados frente ao estímulo morrer decorre a seguinte árvore máxima:

Compõem o NC do estímulo morrer, por ordem decrescente de frequência, os termos: *fim*, *medo* e *descanso*. Apesar do termo *fim* conter a maior frequência, ele foi o termo mais tardiamente evocado, enquanto *medo* o mais prontamente evocado. Os profissionais conceituam o termo morrer como um processo de *fim* e *descanso*, entretanto o processo de morrer não é compreendido como um fim ou um descanso, mas sim a morte. Portanto, nota-se que os profissionais não compreendem a diferença entre o processo de morrer e a morte.

**Quadro 1. Quadro de quatro casas: identificação dos possíveis elementos do núcleo central das representações sociais sobre o processo de morrer dos profissionais da UTI, Bahia, 2020**

| Frequência > 16 / Rang < 2,90 |       |       | Frequência > 16 / Rang > 2,90 |       |       |
|-------------------------------|-------|-------|-------------------------------|-------|-------|
|                               | Freq. | Rang. |                               | Freq. | Rang. |
| Descanso                      | 22    | 2,591 | Dor                           | 22    | 3,318 |
| Fim                           | 32    | 2,594 | Família                       | 22    | 3,136 |
| Medo                          | 22    | 2,000 | Saudade                       | 21    | 3,190 |
|                               |       |       | Tristeza                      | 21    | 3,048 |
| Frequência < 15 / Rang < 2,90 |       |       | Frequência ≤ 8 / Rang > 2,90  |       |       |
|                               | Freq. | Rang. |                               | Freq. | Rang. |
| Angústia                      | 10    | 2,900 | Desespero                     | 11    | 3,000 |
| Passagem                      | 10    | 2,200 | Processo                      | 9     | 3,000 |
| Perda                         | 11    | 2,818 | Velório                       | 8     | 3,750 |
| Sofrimento                    | 13    | 2,462 |                               |       |       |

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

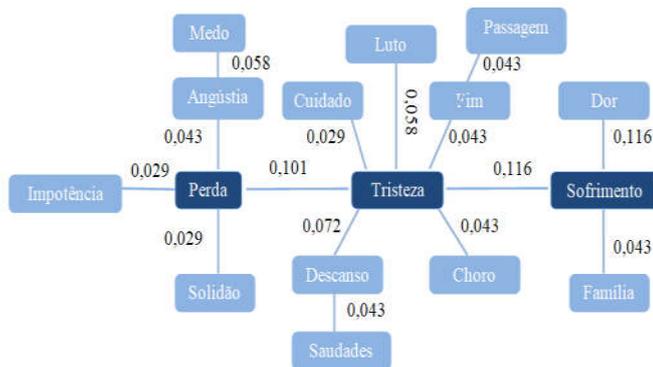


**Figura 1. Análise de similitude por meio das evocações dos profissionais da UTI frente ao estímulo morrer Bahia, 2020**

**Quadro 2. Quadro de quatro casas: identificação dos possíveis elementos do núcleo central das representações sociais sobre o processo de morte dos profissionais da UTI, Bahia, 2020**

| Frequência > 16 / Rang < 2,90 |       |       | Frequência > 16 / Rang > 2,90 |       |       |
|-------------------------------|-------|-------|-------------------------------|-------|-------|
|                               | Freq. | Rang. |                               | Freq. | Rang. |
| Dor                           | 20    | 2,25  | Descanso                      | 22    | 2,682 |
| Tristeza                      | 36    | 2,139 | Família                       | 17    | 3,294 |
|                               |       |       | Fim                           | 19    | 2,579 |
|                               |       |       | Perda                         | 18    | 2,500 |
|                               |       |       | Sofrimento                    | 31    | 2,516 |
| Frequência ≤ 12 / Rang < 2,90 |       |       | Frequência ≤ 13 / Rang > 2,90 |       |       |
|                               | Freq. | Rang. |                               | Freq. | Rang. |
| Medo                          | 9     | 1,778 | Angústia                      | 12    | 3,417 |
| Passagem                      | 12    | 2,417 | Choro                         | 9     | 2,556 |
|                               |       |       | Cuidado                       | 12    | 3,000 |
|                               |       |       | Impotência                    | 5     | 3,800 |
|                               |       |       | Luto                          | 6     | 3,667 |
|                               |       |       | Saudade                       | 13    | 2,923 |
|                               |       |       | Solidão                       | 7     | 3,857 |

O termo *medo* coloca as representações sociais dos profissionais em confronto, pois mesmo o morrer sendo vislumbrado como uma forma de descanso, ele também perpassa por um sentimento de medo. Tanto a dificuldade de compreensão dos conceitos entre morte e morrer quanto o sentimento de medo, podem afetar os profissionais em relação às formas de lidar com esses fenômenos. A PP e SP contemplam termos com menores frequências quando comparadas ao NC, entretanto, ambas são de grande importância para a contextualização do mesmo. Compõem a PP, por ordem decrescente de frequência, as evocações: *dor*, *família*, *saudade* e *tristeza*. Tais termos contemplam sentimentos e questões ligadas ao processo de morrer, apesar dos mesmos também poderem ser vivenciados na perspectiva da morte.



**Figura 2. Análise de similitude das evocações dos profissionais da UTI frente ao estímulo morte**

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

Todavia, a palavra *saudade* está ligada diretamente às questões relacionadas à morte e não ao processo do morrer. Na SP, encontram-se, por ordem decrescente de frequência, os termos: *desespero*, *processo* e *velório*. Semanticamente percebe-se que o termo *processo* retrata bem o contexto do morrer, entretanto, a evocação *velório* constitui um evento relacionado à morte. Já o *desespero* pode transitar tanto na perspectiva da morte quanto do morrer, apesar de ele contextualizar de melhor forma questões ligadas à morte. Os EC representam o quadrante com menores frequências e com as palavras mais tardiamente evocadas. No entanto, os EC auxiliam na interpretação do NC e muitas vezes podem contemplar as representações sociais de um grupo reduzido de participantes<sup>9</sup>. Formam este quadrante, por ordem decrescente de frequência, os termos: *sofrimento*, *perda*, *passagem* e *angústia*. Nota-se, mais uma vez, termos como *perda* e *passagem* os quais conceituam o estímulo morte e não o morrer. Porém, sentimentos como *sofrimento* e *angústia* transitam tanto no contexto do morrer quanto da morte.

Em relação à análise de similitude apresentada pela árvore máxima, percebe-se como conexão mais forte de toda análise as ligações entre os termos *fim*, *tristeza* e *dor*. O termo *fim* é validado como NC das evocações frente ao estímulo morrer, enquanto *tristeza* e *dor*, apesar de serem elementos da PP no quadro de quatro casas, possuem alta possibilidade de se tornarem elementos do NC segundo a análise de similitude. A estrutura das evocações frente ao estímulo morte resultou em 378 palavras, sendo 101 palavras diferentes. O quadro de quatro casas contemplou uma frequência mínima de cinco, uma frequência média de 15 e uma ordem de prontidão média de 2,50. A análise das conexões dos elementos evocados pelos profissionais da UTI frente ao estímulo morte vislumbra a seguinte árvore máxima. Por ordem decrescente de frequência, compõem o NC do estímulo morte as evocações *dor* e *tristeza*. As evocações contemplam sentimentos carregados em muitas culturas, pelas experiências do luto. Esses sentimentos contemplam as diversas representações sociais contidas nas vivências dos profissionais. Os profissionais da UTI caracterizam e conceituam melhor a morte do que o morrer. Tal perspectiva pode ser observada frente à contextualização do NC por meio dos demais quadrantes. Formam a PP, em ordem decrescente de frequência as evocações *sofrimento*, *descanso*, *fim*, *perda* e *família*. Já a SP é composta, sendo apresentados em ordem decrescente de

frequência, pelas evocações *saudade*, *angústia*, *cuidado*, *choro*, *solidão*, *luto* e *impotência*. Ambas as periferias contemplam a contextualização do NC, nas quais representações sociais ligadas aos sentimentos do luto, as perspectivas da morte como forma de descanso e alívio do sofrimento, como também o medo da perda de algum familiar, podem ser observadas. Nos EC destaca-se com maior frequência a evocação *passagem*, logo seguida pela evocação *medo*. A evocação *passagem* reflete representações sociais sobre a religião, a religiosidade e a espiritualidade. Percebe-se que parte dos profissionais da UTI compreende a morte como uma passagem para outra vida. Por ora, o medo contempla representações sociais ligadas ao desconhecido, no qual não se sabe as formas como cada pessoa vivenciará a sua finitude. A análise de similitude valida a evocação *tristeza* como pertencente ao NC. Tristeza se destaca como o termo com mais conexões reforçando as representações sociais que contextualizam as angústias, aflições, receios e decepções na perspectiva da morte. A análise de similitude aponta que, apesar de fazerem parte da PP as evocações *perda* e *sofrimento* possuem tendência em se tornarem evocações pertencentes ao NC.

## DISCUSSÃO

As diferenças entre as quantidades de profissionais por categoria na amostra são explicadas tanto pelos critérios de inclusão e exclusão, adesão à pesquisa, quanto pela Resolução nº 7 de 24 de fevereiro de 2010. Propõem-se no mínimo: um técnico em enfermagem para cada dois leitos em cada turno, além de um técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno; um médico e um fisioterapeuta para cada 10 leitos e um enfermeiro para cada oito leitos. Profissionais como farmacêuticos e psicólogos devem ser contratados caso a coordenação hospitalar avalie como necessários (Brasil, 2010). Quase 80% da amostra deste estudo é composta pelo sexo feminino, estando presente neste trabalho uma amostra de profissionais jovens. De modo geral, o trabalho hospitalar é majoritariamente feminino e jovem. A maioria dos profissionais declararam ser casados e evangélicos (Borges, 2020). Além disso, a maioria dos profissionais tem dois ou mais vínculos empregatícios. Essa realidade tem se tornado cada vez mais comum devido os baixos salários oferecidos à maioria das categorias profissionais. Mais da metade dos profissionais nunca participou de algum evento relacionado ao tema morrer e a morte, demonstrando que tal temática é negligenciada desde o período de formação (Vicenzi, 2016; Gomes, 2017). O NC pode ser construído por três dimensões: a conceitual, a qual configura o conceito de um grupo com determinado tema; a imagética, que estabelece uma imagem sobre um assunto; e a atitudinal, a qual contempla as ações e julgamentos dos grupos frente ao objeto de pesquisa.

O NC do estímulo morrer desnuda como dimensão conceitual e imagética as evocações *descanso* e *fim*. Entretanto, essas dimensões apontam uma forma equivocada que os profissionais de saúde conceituam e imaginam o processo de morrer, uma vez que, diferente da morte, o morrer não é um fim e muito menos um descanso (Kübler-Ross, 2008; Bromberg, 2011; Kübler-Ross, 2005; Keleman, 1997; Abric, 2001). O morrer é compreendido como um processo contínuo que se inicia a partir do nascimento e tende a se manifestar com maior intensidade com a aproximação da morte. Assim, por exemplo, quando um paciente é considerado eleito para cuidados paliativos, entende-se que o mesmo não tem chances de alcançar uma cura, mas também não terá sua vida findada no mesmo momento. Ou seja, pacientes em cuidados paliativos vivenciam o ápice do processo de morrer, não gozando de um descanso, muito menos de um exato fim, pois ainda não alcançaram a morte (Keleman, 1997; Coelho, 2020; Hua, 2020; Oliveira, 2020). Nesse estudo, foi possível observar a compreensão equivocada do processo morrer, a qual é claramente identificada nos conceitos e imagens dos profissionais da UTI, o que pode ocasionar danos às práticas dos cuidados paliativos. Um dos grandes desafios dos cuidados paliativos é possibilitar que os profissionais de saúde passem a entender que, diferente do que se pensa, muito pode ser feito por um paciente em fase terminal. Não mais na perspectiva da cura, mas sim de um processo de morrer digno

e sem sofrimento (Keleman, 1997; Manchola, 2020; Girbau, 2020). Conceituar e imaginar o processo de morrer como um descanso ou fim pode desencadear na equipe multiprofissional o desestímulo de investir nos cuidados paliativos ao paciente, posto que os profissionais de saúde sempre foram treinados para salvar. É preciso entender que o processo de morrer não pode ser evitado, mas que o paciente pode vivenciá-lo com mais conforto e tranquilidade (Sanchiz, 2020; Flores *et al.*, 2020; Chagas *et al.*, 2020).

A evocação *medo* presente no NC contempla a dimensão atitudinal dos profissionais. Estes achados coadunam com a literatura, ao evidenciar que o medo frente ao morrer carrega representações sociais de julgamentos sobre como cada qual vivenciará o processo. Nessa direção, supõe-se que as representações sociais dos profissionais se baseiam muito mais em como eles irão morrer do que como acontecerá a morte, considerando que no processo de morrer os acontecimentos são conhecidos, podem ser imaginados e vistos nos próprios pacientes em fase terminal. Diferente da morte que pouco se sabe sobre o que há para além dela (Bitbol, 2016; Pawlowytsch, 2017). Na situação dos profissionais de saúde da UTI, os julgamentos frente ao medo de como o morrer irá se proceder pode ser ampliado. A convivência com altas incidências de pacientes vivenciando o ápice do morrer provoca os profissionais a refletirem mais vezes sobre esse processo, pois eles podem imaginar nesse processo de morrer dos pacientes, as formas como eles, não mais como profissionais, mas como seres humanos irão morrer (Schneide, 2017).

Nota-se, portanto, que, o medo, as frustrações e inseguranças dos profissionais frente ao morrer precisam ser escutadas, compartilhadas, compreendidas e estudadas. Evidencia-se como um dos aspectos negativos, o fato de a presença de profissionais como, psicólogo na UTI ser facultativa. Além disso, quando presentes, a sobrecarga com as demandas relacionadas aos pacientes e familiares impede que seja realizada também a escuta dos profissionais pela equipe de psicologia (Brasil, 2020; Praxedes, 2018). Em relação aos demais quadrantes, existe a menos uma palavra ligada ao termo morte em cada. Na PP destaca-se a evocação *saudade*; na SP *velório*; nos EC *passagem e perda*. Tais termos parecem reafirmar que os profissionais não diferenciam o processo de morrer da morte. Os demais termos remetem às angústias vivenciadas na UTI relacionadas ao morrer. Ressalta-se, que as representações sociais dos demais termos transitam tanto no processo de morrer quanto na morte. Apesar de os profissionais colocarem as evocações frente ao morrer, eles podem nem sequer ter distinguido o processo de morrer da morte no momento das respostas frente ao estímulo em questão.

A análise de similitude do estímulo morrer revalida a evocação fim com pertencente ao NC. Isso reafirma as RS dos profissionais ao tratarem o processo de morrer equivocadamente como um fim. A análise de similitude aponta que as evocações *tristeza e dor* possuem alta possibilidade de se tornarem pertencentes ao NC. Tais evocações desnudam mais uma vez os diversos conflitos que os profissionais vivenciam em seu cotidiano ao lidarem com o morrer e a morte. O NC do quadro de quatro casas do estímulo morte é formado pelas evocações *dor e tristeza* as quais compreendem uma dimensão imagética. O NC de morte não contempla dimensão conceitual e atitudinal. Segundo a TNC isso indica que as representações sociais dos profissionais sobre a morte ainda estão em construção. A falta de discussões sobre a temática seja na formação ou capacitação dos profissionais, os diversos tabus e demais lacunas podem ser explicações relacionadas a estes achados do NC (Abric, 2001; Seiffert, 2020). Todavia, quando o NC é contextualizado frente aos demais quadrantes, percebem-se inúmeras evocações ligadas a sentimentos e questões de frustrações, medo, insegurança e negação. Essas evocações reforçam os paradigmas e tabus que muitas culturas, principalmente ocidentais têm em relação à morte. No contexto dos profissionais, esses sentimentos podem causar adoecimento mental, físico, espiritual podendo impactar diretamente nas práticas de cuidado ao paciente (Kübler-Ross, 2008). Alguns profissionais elucidam a morte como um descanso. Essa perspectiva no contexto da UTI e em demais outros se baseia no pensamento de que a morte é o alívio do sofrimento em muitos casos.

Nesse sentido, por mais que a morte seja temida, em alguns casos, ela se torna uma forma de alívio<sup>28,29</sup>. Outros já a percebem com uma questão de impotência. O que pode ser explicado em virtude de os profissionais serem sempre preparados para salvar, sendo a morte um fator negado desde a formação dos mesmos (Kübler-Ross, 2008; Bastos, 2018). A análise de similitude reafirma a evocação *tristeza* como pertencente ao NC e aponta para a alta tendência em sofrimento e perda se tornarem parte do NC. Portanto, nota-se como as evocações relacionadas ao sofrimento estão ligadas à morte.

## CONCLUSÃO

A análise das representações sociais dos profissionais de saúde da UTI aponta que eles têm dificuldades em distinguir o processo de morrer e a morte. O processo de morrer em parte não é compreendido pelos profissionais de saúde, o que pode interferir nas práticas de cuidados aos pacientes. Ainda, as representações sociais apontam que cotidianamente os profissionais de saúde imaginam como ocorrerá o próprio processo de morrer, o que suscita sentimentos de medo, angústia e aflição interferindo tanto na saúde psicológica quanto física dos profissionais. O que possivelmente está relacionado a alta incidência de pacientes em fase terminal no ambiente da UTI. Além disso, as representações sociais dos profissionais de saúde UTI, direcionam a inúmeros sofrimentos ante ao processo de morrer e a morte. Apesar de a morte ser uma certeza, ainda é um acontecimento que se evita falar. Entretanto, as representações sociais mostraram os inúmeros conflitos que a negação ao processo de morrer e à morte influenciam nas pessoas, ainda mais quando os envolvidos lidam cotidianamente com tais questões. As lacunas na formação, a falta de capacitações e os diversos tabus em se falar do processo de morrer e da morte é nítido nos achados do estudo. A dificuldade de lidar e compreender a morte são eminentes quando se constata que dimensões relacionadas ao conceito e atitudes não são encontradas nas evocações dos profissionais. Evidencia-se que a morte e morrer precisam ser estudados e debatidos no contexto de saúde, para que sejam entendidos e se tornem fenômenos mais fáceis de serem lidados. Como limite deste estudo, vislumbra-se a falta de entrevistas que contextualizem as evocações. Ressalta-se que as mesmas foram impedidas de serem realizadas em decorrência da pandemia ocasionada pela Covid-19.

## REFERÊNCIAS

- Abric JC. Prácticas sociales y representaciones. 1ª ed. Cidade do México: Coyoacán; 2001.
- Almeida AMO, Santos MFS, Trindade ZA. Teoria das representações sociais: 50 anos. 2ª ed. Brasília: Technopolitik; 2014.
- Bastos RA, Quitana AM, Carnevale F. Angústias Psicológicas Vivenciadas por Enfermeiros no Trabalho com Pacientes em Processo de Morte: Estudo Clínico-Qualitativo. Trends Psychol. 2018 [citado em 08 de setembro de 2020]; 26 (2): 795-805. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tpsy/v26n2/2358-1883-tpsy-26-02-0795.pdf>
- Bitbol M. Medo da morte e experiência do tempo. Rev. UFMG. 2016 [citado em 08 de setembro de 2020]; 23 (1): 20-35. Disponível em: [https://www.ufmg.br/revistaufmg/downloads/23/01\\_Bitbol\\_Michel\\_MedoMorte\\_pags20a35.pdf](https://www.ufmg.br/revistaufmg/downloads/23/01_Bitbol_Michel_MedoMorte_pags20a35.pdf)
- Borges TMB, Detoni PP. Trajetórias de feminização no trabalho hospitalar. Cad Psicol Soc Trab. 2017 [citado em 01 de setembro de 2020]; 20 (2): 143-57. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-37172017000200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172017000200004)
- Brasil. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução de Diretoria Colegiada – RCD nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010 [citado em 31 de agosto de 2020]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html)
- Brasil. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília:

- Ministério da Saúde, 2012 [citado em 31 de agosto de 2020]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
- Bromberg MHPF, Kovács MJ, Carvalho MMMJ, Carvalho VAC. Vida e morte: laços de existência. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011.
- Chagas MS, Abrahão AL. Produção de cuidado em saúde centrado no trabalho vivo: existência de vida no território da morte. Interface. 2017 [citado em 08 de setembro de 2020]; 21 (63): 857-67. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832017005009102&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832017005009102&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Coelho CBT, Yankaskas JR. Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2017 [citado em 07 de setembro de 2020]; 29 (2): 222-30. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103507X2017000200222&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103507X2017000200222&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Flores G, Roxana C, Quipildor R. Actitud del personal de Enfermería ante la muerte de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos. Duazary. 2019 [citado em 08 de setembro de 2020]; 19 (34): 26-36. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-31222019000200180](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222019000200180)
- Girbau MB, Monedero P, Centeno C. El buen cuidado de pacientes que fallecen en unidades de cuidados intensivos en España. Un estudio basado en indicadores internacionales de calidad asistencial. An. Sist. Sanit. Navar. 2017 [citado em 08 de setembro de 2020]; 40 (3): 3389-49. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272017000300339&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272017000300339&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Gomes RS, Coqueiro JFR. Qualidade de vida relacionada à carga de trabalho dos profissionais de saúde com enfoque nos problemas desencadeados. Id on Line Rev Psic. 2017 [citado em 01 de setembro de 2020]; 10 (33): 249-61. Disponível em: <file:///C:/Users/Samsung/Downloads/617-1858-1-PB.pdf>  
<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2758406#:~:text=Compared%20with%20hospitals%20that%20never,01>
- Hua M, Lu Y, Ma X, Morrison S, Li G, Wunsch H. Association Between the Implementation of Hospital-Based Palliative Care and Use of Intensive Care During Terminal Hospitalizations. JAMA network open. 2020 [citado em 07 de setembro de 2020]; 3 (1): e1918675: 1- 13. Disponível em:
- Júnior FJGS, Santos LCS, Moura PVS, Melo BMS, Monteiro CFS. Processo de morte e morrer: evidências da literatura científica de Enfermagem. Rev Bras Enferm. 2011 [citado em 08 de setembro de 2020]; 64 (6): 1122-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a20.pdf>
- Keleman S. 1997. Viver o seu morrer. 1ª ed. São Paulo: Summus.
- Kübler-Ross E. 2005. Viver até dizer adeus. 1ª ed. São Paulo: Pensamento.
- Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 9ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
- Manchola C, Brazão E, Pulschen A, Santos M. Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada. Rev. Bioét. 2016 [citado em 07 de setembro de 2020]; 24 (1): 165-75. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422016000100165](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000100165)
- Monteiro MC, Magalhães AS, Féres-Carneiro T, Machado RN. 2020. Terminalidade em UTI: Dimensões emocionais e éticas do cuidado do médico intensivista. Psicol em Estud. 2016 [citado em 31 de agosto de 2020]; 21 (1): 65-75. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/307850449>
- Moscovici S. On social representations. In: J. P. FORGAS (Ed.). Social Cognition: perspectives on everyday understanding. London, Academic Press, 1981.
- Oliveira SG, Pacheco STA, Nunes MDR, Caldas CP, Cunha AL, Peres PLP. Aspectos bioéticos dos cuidados em saúde às pessoas idosas ao fim da vida. Rev enferm UERJ. 2020 [citado em 07 de setembro de 2020]; 28:e47321: 1-9. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/47321>
- Pawlowytsch PWM, Kowalski E. O entendimento da morte para profissionais de saúde de um hospital geral de Santa Catarina. Saúde & Meio Ambiente. 2017 [citado em 31 de agosto de 2020]; 6 (2): 28-38. Disponível em: <https://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/1107>
- Praxedes AM, Araújo JL, Nascimento EGC. A morte e o morrer no processo de formação do enfermeiro. Psic., Saúde & Doenças. 2018 [citado em 08 de setembro de 2020]; 19 (2): 369-76. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v19n2/v19n2a16.pdf>
- Sá CP. Núcleo central das representações sociais. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
- Sanchiz OR, Pascual LV. Limitación de soporte vital. Cuidados paliativos y final de vida en UCI. Rev. Bioética y Derecho. 2020 [citado em 08 de setembro de 2020]; 48: 81-93. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872020000100006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100006)
- Schneide AMB, Moreira MC. Psicólogo Intensivista: Reflexões sobre a Inserção Profissional no Âmbito Hospitalar, Formação e Prática Profissional. Trends Psychol. 2017 [citado em 08 de setembro de 2020]; 25 (3): 1225-39. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tpsy/v25n3/2358-1883-tpsy-25-03-1225.pdf>
- Seiffert CSLC, Freitas KO, Monteiro GO, Vasconcelos EV. O processo de morte e morrer para equipe de enfermagem do centro de terapia intensiva. Rev Fun Care Online. 2020 [citado em 08 de setembro de 2020]; 12: 364-372. Disponível em: [http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7242/pdf\\_1](http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7242/pdf_1)
- Vicensi MC. Reflexões sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. Rev Bioética. 2016 [citado em 31 de agosto de 2020]; 24 (1): 64-72. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422016000100064](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000100064)

\*\*\*\*\*