Cuidados paliativos: representações sociais de profissionais intensivistas

Palliative care: social representations among critical care professionals.

Clara Maia Ventura de Morais[1]; Edclécia Reino Carneiro de Morais[2]; Maria de Fátima de Souza Santos[3]; Maria Eduarda Chaves de Mendonça Galvão[4]

RESUMO: Este estudo investigou as representações sociais de profissionais de saúde intensivistas sobre os cuidados paliativos, buscando compreender suas relações com as práticas assistenciais em unidades de terapia intensiva. A abordagem metodológica foi qualitativa, utilizando o Questionário de Evocação Livre de Palavras e entrevistas semiestruturadas como instrumentos de coleta. Participaram da primeira etapa 90 profissionais de diferentes categorias atuantes em UTI de um hospital de grande porte no Recife. A segunda etapa contou com 9 participantes, cada um representando uma categoria profissional da equipe mínima da UTI. A análise dos dados foi realizada com o *software* IRAMUTEQ, por meio das técnicas de Análise Prototípica e Classificação Hierárquica Descendente. Os resultados apontam que os cuidados paliativos são amplamente associados a valores como conforto, dignidade e qualidade de vida, compondo um núcleo consensual teórico das representações. No entanto, emergem também representações relacionadas à comunicação, aos critérios de elegibilidade e à morte, que revelam tensões entre o saber teórico e a prática cotidiana. Constatou-se que essas práticas são atravessadas por um sistema de representações sociais. O estudo destaca a necessidade de qualificação contínua dos profissionais e do fortalecimento do debate sobre cuidados paliativos nos espaços acadêmicos, institucionais e sociais.

Palavras-chaves*:* cuidados paliativos; representações sociais; profissionais intensivistas; comunicação em saúde; morte.

[1] Real Hospital Português/ Universidade Federal de Pernambuco (RHP/UFPE)
[2] Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF)
[3] Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
[4] Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

ABSTRACT: This study investigated the social representations of critical care professionals regarding palliative care, aiming to understand their relationship with care practices in intensive care units. A qualitative methodological approach was adopted, using the Free Word Association Questionnaire and semi-structured interviews as data collection instruments. The first stage involved 90 professionals from different categories working in ICUs of a large hospital in Recife. The second stage included 9 participants, each representing a professional category from the minimum ICU team. Data analysis was conducted using the IRAMUTEQ software, through Prototypical Analysis and Descending Hierarchical Classification techniques. The results indicate that palliative care is widely associated with values such as comfort, dignity, and quality of life, forming a theoretical consensual core of social representations. However, other representations also emerged, related to communication, eligibility criteria, and death, revealing tensions between theoretical knowledge and everyday practice. It was found that these practices are influenced by a system of social representations. The study highlights the need for continuous professional training and the strengthening of the debate on palliative care within academic, institutional, and social settings.

Keywords: palliative care; social representations; critical care professionals; health communication; death.

Introdução

Os Cuidados Paliativos (CP) foram definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, e reafirmado em 2017, como:

> uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

Esse tipo de cuidado muitas vezes é associado apenas ao momento de fim de vida, porém, vários autores defendem que se deve lançar mão dos CP o mais cedo possível,

desde o diagnóstico da doença, associando-o, inclusive, às terapias modificadoras da doença (Matsumoto, 2012; Cook & Rocker, 2014; Pinto et al.,2020)

A filosofia dos cuidados paliativos traz o paciente para o centro do cuidado, ao considerar o paciente um sujeito ativo e de direito, mantendo a estreita relação com os princípios da bioética, especialmente, o da autonomia (Pinto et al, 2020). Nessa perspectiva de trabalho busca-se enfatizar condutas que valorizem e resgatem ao máximo, e até onde for possível, a autonomia do doente, através da promoção qualidade de vida, o alívio da dor, dos sintomas físicos e emocionais, respeito ao curso da doença, além de uma vida digna durante o processo de finitude. As intervenções visam contemplar as diversas dimensões da vida do sujeito e se estende à sua família. (Matsumoto, 2012; ANCP, 2018).

Historicamente, em nossa cultura, é comum associarmos processos de adoecimento e terminalidade ao ambiente hospitalar e é nesse contexto que funcionam os principais serviços de CP no país. No Brasil, esse tipo de cuidado começou a se popularizar nos anos 2000, divergindo de outros países que já possuem uma maior tradição nesta área, desenvolvendo-as para além do contexto hospitalar (Rodrigues, 2012). A Agência Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) (2018) aponta que, em relação aos demais países, o cenário dos cuidados paliativos no Brasil ainda é limitado e distribuído de maneira desigual, havendo escassez de políticas públicas específicas que apoiem e fortaleçam a prática. Durante o desenvolvimento da presente pesquisa foi aprovada a Política Nacional de Cuidados Paliativos, em março de 2024, marco importante que buscará ampliar, fortalecer e qualificar os serviços de Cuidados Paliativos no Brasil. Tal política se torna essencial em um contexto em que as pessoas morrem em sofrimento e onde o acesso aos cuidados paliativos ainda é escasso, o que torna o país o terceiro pior do mundo para morrer (ANCP, 2018)

No Brasil, tradicionalmente, é na Unidade de Terapia Intensiva que ocorre o tratamento de doenças ameaçadoras da vida e as mortes hospitalares. A Resolução nº 7/2010 do Ministério da Saúde, em seu artigo XXVI, conceitua a UTI como um setor crítico em que pacientes graves recebem atenção especializada e acesso a tratamentos por meio de alta tecnologia.

Mesmo dentro de uma UTI, um espaço que tradicionalmente valoriza o combate à doença e à mortalidade, é preciso que, quando a impossibilidade de cura for identificada, seja proporcionada ao paciente qualidade de vida e uma morte digna. Entende-se a morte digna como o reconhecimento do valor humano relacionado às qualidades que preservam este valor, como o conforto físico e a autonomia. Essa dignidade, num momento tão singular da existência humana, pode ser alcançada através dos Cuidados Paliativos (Cook & Rocker, 2014)

Cook e Rocker (2014), descrevem alguns procedimentos fundamentais que devem ser realizados pela equipe de saúde desse setor para garantir uma assistência de qualidade dentro da perspectiva dos Cuidados Paliativos. Alguns deles são: investigação dos valores do paciente, procurando preservá-los; comunicação efetiva e de qualidade, buscando uma conexão com o paciente e sua família; decisões partilhadas entre família, equipe e paciente; prover prognóstico, reconhecendo sua natureza imprevisível e respeitando a esperança da família; promover o cuidado holístico, entendendo a espiritualidade como parte importante desse processo; preparação adequada, tanto dos profissionais, como do paciente e sua família, para o fase de terminalidade.

Para que todos os procedimentos descritos acima sejam garantidos é essencial uma assistência com qualidade técnico-científica e humanística por parte dos profissionais de saúde, o que inclui habilidade para lidar com as angústias, o sofrimento e a possibilidade de morte presentes nesses momentos. Em investigação realizada por Pinto et al. (2020),

evidenciou-se que a singularidade, os sentimentos, crenças e opiniões de profissionais de saúde interferem em suas práticas, principalmente pelos Cuidados Paliativos serem desenvolvidos em ambientes estressantes:

> Alguns estressores identificados como desafios às equipes que lidam com a finitude humana são: a exposição frequente à morte, a demanda de carga de trabalho, fadiga crônica, a vivência de conflitos advindos de dificuldades em comunicação, culpa da impossibilidade de oferecer terapêutica curativa aos doentes, depressão, culpa sentimentos de desamparo, tais fatores precisam ser considerados e amparados. (Pinto et al., 2020, p. 249)

Torna-se evidente a constituição dos cuidados paliativos como uma prática de cuidado em saúde que envolve, além dos conhecimentos técnico-científicos, as interações estabelecidas entre esses profissionais com seus pacientes, as crenças e conhecimentos socialmente compartilhados sobre àquelas pessoas que estão necessitando de suas intervenções. Diante disso, é possível inferir que, além do conhecimento técnico científico, outros tipos de conhecimento como as representações sociais podem ancorar as condutas adotadas pelos profissionais intensivistas diante das situações de adoecimento que ameacem a continuidade da vida e sem perspectivas curativas.

As representações sociais são conhecimentos construídos no senso comum e a partir das práticas sociais, são saberes, opiniões e crenças socialmente compartilhados e que tem como principais objetivos organizar e dar sentido a realidade, orientar condutas e comunicações, sendo fortemente influenciado pelo contexto histórico-social e ideológico. Nessa perspectiva da psicologia social, o sujeito é visto como um ser ativo na apropriação, construção e modificação do mundo ao seu redor, ele é construtor e se constitui por meio da cultura que o cerca (Santos, 2005).

Há dois processos sociocognitivos básicos, descritos por Moscovici (2003), para a construção das representações sociais. O primeiro é a objetivação, processo pelo qual o que é abstrato se torna concreto, ou seja, as ideias são percebidas como palpáveis e exteriores ao sujeito. Já o segundo é a ancoragem que se caracteriza por estabelecer uma rede de significações já existentes em torno do novo objeto, que por sua vez, ganha características dessa rede ao qual ele foi inserido. Moscovici (2003, p. 61) diz que: "Esse é um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada". Por meio da objetivação e da ancoragem, aquilo que era desconhecido se torna, então conhecido.

É importante destacar que nem todo objeto possibilita a construção de representações sociais. Santos (2005) argumenta que para ser um objeto passível de construção de representação, ele precisa ser polimorfo, ou seja, assumir diferentes formas e concepções em diferentes contextos. Também é necessário que ele esteja implicado nas práticas sociais, se tornando um objeto de relevância para diferentes grupos.

Dentro do contexto exposto no presente trabalho, pôde-se inferir que os Cuidados Paliativos podem se configurar como um objeto de representação social para os profissionais de saúde intensivistas. Torna-se, então, evidente a importância de sua investigação para compreender quais principais conteúdos socialmente compartilhados são selecionados e ganham relevo no contexto dos cuidados paliativos de profissionais intensivistas, e ainda, como as representações sociais destes profissionais podem estar permeando as práticas de CP desenvolvidas dentro do ambiente da UTI. Diante do exposto, a presente pesquisa busca investigar a relação entre as Representações Sociais dos Cuidados Paliativos e as práticas dos profissionais de saúde intensivistas.

Método

Coleta de dados

A pesquisa foi realizada em caráter qualitativo, através de Questionário de Evocação Livre de Palavras e Entrevista Semiestruturada. Optou-se pela investigação qualitativa pois através dela é possível acessarmos o senso comum e os conteúdos subjetivos que constituem o campo de construção de significados (Boni & Quaresma; 2005; Minayo, 2012). Minayo (2012) pontua que o senso comum é constituído por crenças, valores e opiniões que são apreendidos através da linguagem e das condutas do ser humano. A experiência, segundo a autora, mesmo sendo individual, se constrói dentro da história coletiva e é inserida na cultura do indivíduo. Ou seja, a partir de aspectos individuais podemos chegar a aspectos coletivos. O objetivo do presente projeto de pesquisa é congruente com a técnica pois, ao investigar as representações sociais investigam-se teorias de senso comum.

A coleta de dados ocorreu entre abril e novembro de 2024, com profissionais intensivistas de um hospital particular na cidade do Recife. O local configura-se como o maior complexo hospitalar do Norte e Nordeste do Brasil, comportando mais de 700 leitos, onde atuam mais de 6 mil profissionais, além disso, possui 11 UTI distribuídas pelos edifícios. Mantém-se também uma parceria com o Sistema Único de Saúde para a realização de cirurgias complexas e de transplante.

Procurou-se contemplar pelo menos um profissional de cada categoria que conste como obrigatória para composição de equipe mínima de UTI, que segundo a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico (2005), são elas: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, técnico de enfermagem e funcionário da limpeza. Preferiu-se por excluir da amostra a categoria "funcionário da limpeza", pois o objetivo do estudo é focado em profissionais de quais intervenções sejam feitas diretamente aos pacientes. A justificativa baseia-se no argumento descrito por Sá (1998)

de que para que um grupo desenvolva representações acerca de um objeto é necessário que ele esteja implicado em suas práticas de maneira consistente, podendo ser identificadas em discursos e comportamentos.

Na primeira fase da coleta de dados foi aplicado o Questionário de Evocação Livre de Palavras. Esta técnica buscou apreender a consensualidade do conteúdo das representações sobre cuidados paliativos. Ela consiste em pedir aos participantes que evoquem 5 termos a partir de um termo indutor sinalizado pelo pesquisador, neste caso o termo indutor foi "Cuidados Paliativos". Logo em seguida, foi solicitado que o participante atribuísse a esses termos uma ordem de importância que vai de 1º a 5º lugar, sendo o 1º o termo considerado mais importante pelo participante e 5º o termo considerado o menos importante.

Através do questionário e sua análise buscou-se compreender a estrutura da representação social, de modo a tornar possível investigar a hipótese de núcleo central e seu possível sistema periférico. O fenômeno das representações sociais pode ser observado através de diferentes abordagens, entre elas a Abordagem Estrutural, que, a partir da teoria do núcleo central permite que o pesquisador explore a organização dos conteúdos representacionais em função da frequência e importância atribuída a estes conteúdos pelos participantes da pesquisa. Esta teoria presume a existência de uma hierarquia dentro das representações em torno de um objeto, essa hierarquia lhe dá significação e determina os modos de interação dos seus elementos (Abric, 2003). Os elementos do núcleo central seriam aqueles de maior consenso entre o grupo social e mais resistentes à mudança, enquanto os elementos periféricos a esse núcleo são elementos da representação que são mais suscetíveis às mudanças de acordo com o contexto, visto que são mais ligados às práticas individuais (Wachelke & Wolter, 2011).

Para o Questionário de Evocação Livre de Palavras buscou-se uma amostra de cerca de 100 participantes, baseando-se no estudo de Wachelke, Wolter e Matos (2016), que comprova que com volumes menores de dados não se consegue chegar em uma análise estável, o que geraria configurações casuais e não confiáveis. Um total de 100 pessoas responderam ao questionário, contudo foi necessário o descarte de 10 respostas por não estarem adequadas aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos pela pesquisa. Desta forma, foram incluídos na amostra 90 profissionais de saúde intensivistas que trabalhavam em alguma UTI do hospital, dos quais as intervenções previstas em sua prática fossem feitas diretamente no paciente, tendo pelo menos 2 anos de formação em ensino superior/técnico e 1 ano de prática na UTI. Participaram do estudo 70 mulheres e 20 homens, dentro dos quais: 22 fisioterapeutas; 22 médicos; 13 enfermeiros; 10 fonoaudiólogas; 8 técnicos de enfermagem; 7 psicólogos; 3 farmacêuticos, 3 nutricionistas e 2 cirurgiões dentistas. 52 profissionais trabalhavam em UTI voltadas para o público adulto e 38 profissionais trabalhavam em UTI com perfil neonatal/pediátrico.

Chegou-se a essas pessoas através de um contato previamente estabelecido com um dos membros da equipe, pelo do aplicativo de mensagens *WhatsApp* e a partir daí foi utilizada a técnica de bola de neve. Nessa técnica o primeiro contato é o que se chama de "semente" e indicará pessoas do serviço que se encaixam nos requisitos da presente pesquisa. As pessoas indicadas podem indicar outras e assim sucessivamente até que se atinja a quantidade de amostra pretendida ou um ponto de saturação, ou seja, quando não houver mais indivíduos para indicar ou quando já se obteve material suficiente para iniciar a análise (Vinuto, 2014).

Num segundo momento ocorreu a entrevista. Esta fase foi realizada com parte do público que respondeu ao questionário, buscando aprofundar as dinâmicas das representações e as possíveis relações entre as práticas profissionais e os conteúdos

representacionais. Minayo (2009) define a entrevista como uma conversa entre duas ou mais pessoas, construída com a iniciativa do pesquisador. O seu principal objetivo é a coleta de informações e temas pertinentes ao objeto da pesquisa, essas informações dizem respeito às reflexões do entrevistado sobre sua própria realidade. A autora ressalta que é preciso se atentar para incluir, durante a análise dos dados, o contexto de produção do material.

As entrevistas foram realizadas de modo presencial ou on-line, através de chamadas síncronas pela plataforma *Google Meet*. O tipo de entrevista escolhida foi semiestruturada, essa modalidade combina perguntas abertas e fechadas. Por ter um formato flexível, essa metodologia dá oportunidade para o entrevistado falar mais abertamente sobre o tema da pesquisa sem se prender à pergunta. Segundo Alves e Silva (1992), as perguntas têm o objetivo de evocar verbalizações que expressam o modo de pensar e agir do entrevistado em relação ao tema proposto, o que dá a oportunidade para o pesquisador investigar sentimentos, crenças e valores. Algumas vantagens desse tipo de entrevista é que o entrevistador pode corrigir enganos e tirar dúvidas, o que não seria possível em um questionário. Além disso, Boni e Quaresma (2005) defendem que por ser uma entrevista com maior interação entre entrevistado e entrevistador há uma abertura e proximidade maior entre os dois, permitindo que o segundo explore melhor os temas e toque em assuntos considerados delicados.

Através da Entrevista semiestruturada pretendeu-se ampliar a reflexão da prática, estes são alguns exemplos das perguntas feitas: “Como você explicaria cuidados paliativos para um paciente ou familiar?”; “A partir de quais condições de adoecimento você considera que o paciente tenha indicação aos cuidados paliativos?”; “Na sua área em específico, como se aplicam os cuidados paliativos? (o que é possível realizar?)”; “Você acredita que a prática dos cuidados paliativos está bem consolidada dentro do seu

ambiente de trabalho na UTI?". Como essa reflexão geraria um volume qualitativo maior, inicialmente foi estipulado mais ou menos 20% dos respondentes do questionário. A amostra foi construída por conveniência e ao final da pesquisa, conseguiu-se realizar 9 entrevistas, o que totaliza 10% da amostra, com tempo de duração entre 8 e 38 minutos, uma com cada categoria profissional que compõe a equipe mínima da UTI. Apesar de o valor inicialmente estipulado não ter sido atingido, não houve prejuízos à análise tendo em vista o alto volume de dados coletados, o que contemplou os objetivos da pesquisa.

Análise de dados

Os dados obtidos através do questionário de evocação livre de palavras e da entrevista semiestruturada foram analisados com ferramentas distintas, porém ambas do universo da lexicometria. Pode-se definir a lexicometria como um conjunto de técnicas que analisam estatisticamente *corpus* textuais, permitindo, assim, diferentes formas de análise do discurso. (Sousa et al., 2020)

Para análise dos dados obtidos nas duas etapas, a pesquisadora utilizou o *software* IRAMUTEQ. Essa ferramenta permitiu o gerenciamento e tratamento estatístico das mais variadas formas de tipos textuais, incluindo entrevistas e questionários. Popular no âmbito das pesquisas qualitativas, seu acesso é gratuito e disponibiliza uma ampla variedade de procedimentos lexicométricos (Sousa et al., 2020).

A "Análise prototípica" foi a técnica utilizada com as evocações produzidas a partir do questionário. Segundo Wachelke e Wolter (2011), ela é bastante difundida em pesquisas da área que buscam compreender e diagnosticar objetos ligados a temas sociais com o objetivo de subsidiar decisões de intervenções. Essa parte da investigação inicia-se com o cálculo de duas coordenadas formuladas a partir das respostas dadas, sendo elas, a frequência de *corpus* e a ordem média de importância atribuída à evocação. Posteriormente, através dos valores de suas coordenadas, pode-se classificar as palavras

ou expressões em “alto" e “baixo” em relação ao valor de corte apresentado por cada coordenada. Por fim, faz-se o cruzamento das coordenadas, a fim de gerar as quatro zonas que correspondem à tabela de resultados da análise. Através dessas zonas é possível encontrar as palavras pertencentes à zona do núcleo central das representações e as pertencentes às zonas periféricas. Entende-se que as palavras da zona do núcleo central possuem alta frequência e baixa ordem de importância, pois, parte-se do pressuposto de que os elementos mais importantes de uma representação estão acessíveis à consciência de maneira mais fácil e intensa (Wachelke & Wolter, 2011).

Para a análise da entrevista semiestruturada foi utilizada a técnica de Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Tal método tem por objetivo final a identificação de classes de palavras que têm proximidade dentro de um *corpus* textual, desta forma é possível acessar o conteúdo das representações sociais baseando-se na hipótese de que semelhanças lexicais compartilham conjunto de ideias em comum. Essas semelhanças são identificadas através de sucessivos agrupamentos realizados pelo *software* sobre os *corpus* textuais, possibilitando ao final do processo o acesso a uma classificação estável dos textos em classes lexicais homogêneas. Ou seja, esse método permite a identificação do que é comum nas respostas emitidas pelos participantes (Sousa et al., 2020).

Aspectos Éticos

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com o nº CAEE 76724923.2.0000.9030. Os dados obtidos foram coletados após a aprovação do comitê e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado por todos os participantes da pesquisa.

Resultados

Através da análise prototípica foi possível identificar os elementos do núcleo central, os das suas periferias e os elementos de contraste (Figura 1).

Figura 1

Resultado do questionário de associação livre de palavras

<= 2.74 Rangs >2.74

<15.44 Frequences >=15.44

Zona do núcleo central

Palavra	Freq.	Ordem de importância
Conforto	46	2
Dignidade	24	2.5
Amor	21	2.2
Qualidade de vida	17	1.9

Zona da primeira periferira

Palavra	Freq.	Ordem de importância
Cuidado	30	2.9
Respeito	21	2.9
Empatia	16	3.4

Zona dos elementos de contraste

Palavra	Freq.	Ordem de importância
Atenção	5	2.6
Autonomia	5	2

Zona da segunda periferira

Palavra	Freq.	Ordem de importância
Familia	15	3.3
Acolhimento	13	3
Morte	8	3.5
Sofrimento	7	3.7
Terminalidade	7	3.7
Descanso	6	4.8
Minimizar sofrimento	6	3.8

O núcleo central contém as palavras que foram evocadas com maior frequência e baixa ordem de evocação, o que indica que possuem grande importância e centralidade no tema dos cuidados paliativos. A palavra mais frequente e central foi “Conforto” (46-2), apontando que os profissionais fazem uma forte relação entre esse conceito e os cuidados paliativos. Em seguida há “Dignidade” (24-2.5), “Amor” (21-2.2) e” Qualidade de vida” (17-1.9), tais elementos sugerem que o discurso dos profissionais ao falar sobre cuidados paliativos está ligado ao bem-estar, à qualidade do cuidado e à dignidade do paciente. É possível perceber que tais valores são extremamente alinhados aos princípios dos cuidados paliativos, sugerindo que as representações sociais dos profissionais sobre o tema ancoram-se em seus conceitos teóricos.

A primeira periferia contém os elementos que possuem alta frequência e alta ordem de importância, ou seja, são palavras salientes, mas que indicam elementos secundários da representação. A primeira palavra “Cuidado” (30-2.9) possui forte conexão com o núcleo central, e “Respeito” (21-2.9) e “Empatia” (16-3.4) parecem caracterizar o que é valorizado nos cuidados oferecidos aos pacientes em paliação.

A segunda periferia é composta por palavras com baixa frequência e alta ordem de importância, são palavras menos lembradas e que parecem complementar os demais conceitos presentes no núcleo central e na primeira periferia. A palavra “Família” (15-3.3), aponta para uma valorização desse núcleo no contexto dos cuidados paliativos e pode estar permeado pelo entendimento cultural do conceito de família e seu papel no cuidado. O “Acolhimento” (13-3) reflete uma ação do cuidado. Já as palavras “Morte” (8-3.5), “Sofrimento” (7-3.7) e “Terminalidade” (7-3.7) evidenciam que as representações são permeadas por temas relacionados com o fim de vida e que atravessam de forma inerente o tema de cuidados paliativos. Os termos “Descanso” (6-4.8) e “Minimizar sofrimento” (6-3.8) exprimem o objetivo final da paliação, que visa o alívio do sofrimento biopsicossocial.

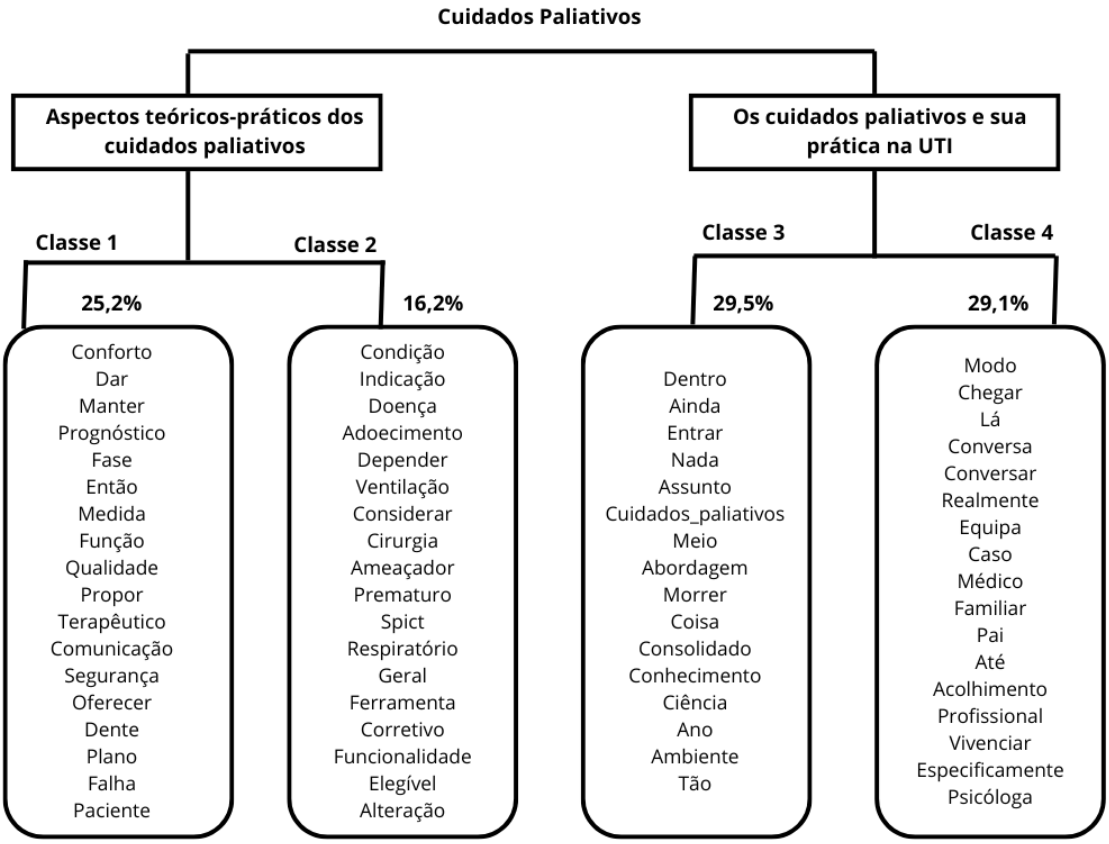
Os termos presentes na zona de contraste, são palavras com baixa frequência e baixa ordem de evocação. Essas são respostas minoritárias que podem ser interpretadas como complementos da primeira periferia e sugerem a existência de um subgrupo dentro da amostra ou um processo de mudança em curso, que enaltece elementos distintos dos demais participantes. “Atenção” (5-2.6) e “Autonomia” (5-2) são elementos complementares, pois refletem sobre o caráter do cuidado, respeitando também um dos princípios da bioética que é pilar importante do tema.

Os dados das entrevistas semiestruturadas foram analisados à luz da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), através do *software* IRAMUTEQ, como pretendido na

metodologia. Todas as nove entrevistas foram estruturadas na configuração solicitada pela plataforma, formando o *corpus* textual, e o *software* realizou a análise de 77,66% desse *corpus*. Essa análise resultou em um dendrograma (Figura 2) contendo quatro classes de sentidos divididas em dois eixos temáticos, sendo duas classes para cada eixo.

Figura 2

Resultado das entrevistas semiestruturadas



O primeiro eixo temático, que inclui as classes 1 e 2, parece discorrer sobre aspectos teórico-práticos dos cuidados paliativos. Na classe 1 encontram-se palavras que se relacionam com a definição dessa abordagem e com as possibilidades de atuação de cada profissional nesse contexto, como exemplificado pelas seguintes falas:

> A gente vai dar qualidade de vida e a gente vai começar a falar sobre finitude, porque todos nós passaremos por isso, então vamos tratar de qualidade

> de vida para a finitude, seja essa finitude em qualquer idade cronológica que a gente esteja passando, seja na fase de infância quanto na velhice, os cuidados paliativos são para qualquer idade. É entender que eu preciso cuidar dessa pessoa de outras formas não pensando só numa cura (SUJEITO 4).

Os profissionais demonstram propriedade nessas definições, sendo elas, em sua maioria, consensuais, o que também foi identificado nos dados levantados pelo Questionário de Associação Livre de Palavras. Também é possível perceber que as intervenções pensadas por esses profissionais estão de acordo com os princípios dessa abordagem.

Já a classe 2 de palavras desse eixo apontam para os critérios de elegibilidade de um paciente aos cuidados paliativos, trazendo quais condições de adoecimento tem indicação e quais não têm, e os aspectos e ferramentas envolvidos nessa avaliação. Nos trechos que correspondem a essa classe percebe-se que alguns profissionais identificam as doenças ameaçadoras da vida e as doenças crônicas como as principais condições de adoecimento que tem indicação de paliação, contudo, não há um consenso, alguns mencionam que todos os tipos de adoecimento são indicados aos cuidados paliativos, outros excluem condições agudas e outros referem que a indicação depende do contexto. Como pode ser observado por esses trechos: “Eu acho que todas as condições de adoecimento são elegíveis aos cuidados paliativos, obviamente, que vem aquela coisa da proporcionalidade são diferentes, são diferentes percepções dependendo do paciente, dependendo da doença” (SUJEITO 7);

> Acho que o paciente que tem uma doença ameaçadora ele nem sempre, só por essa doença ameaçadora, tem indicação de cuidados paliativos. A literatura traz que o paciente que pontua no *SPICT* precisa ter indicadores gerais de saúde e indicadores específicos (SUJEITO 8).

O segundo eixo temático, que inclui as classes 3 e 4, parece voltar-se a como a prática de cuidados paliativos está instituída dentro do ambiente da UTI. A classe 3 reflete sobre os desafios enfrentados pelos profissionais para aplicar os cuidados paliativos no cotidiano de trabalho. Esses desafios perpassam a escassa presença da temática na formação profissional em saúde, a falta de conhecimento e concepções equivocadas da sociedade. Isso impacta a compreensão dos pacientes e familiares, acarretando a errônea compreensão de que cuidados paliativos é sinônimo de morte. Os desafios mencionados parecem resultar em uma pouca consolidação dos cuidados paliativos nas UTI. As seguintes falas embasam tais conclusões: “De forma alguma os cuidados paliativos estão bem consolidados dentro do meu ambiente de trabalho na UTI, de forma alguma mesmo” (SUJEITO 1); “Infelizmente a gente vive numa sociedade que tem medo de falar de morte e que erroneamente o conceito de cuidados paliativos só é atribuído ao paciente se ele está morrendo (SUJEITO 2); “Em relação à formação de profissionais de saúde a gente aprendeu a cuidar de pessoas em vida e não cuidar da morte, não cuidar de pessoas que estão em processo de finitude” (SUJEITO 5).

A classe 4 manifesta o papel central da comunicação na prática de cuidados paliativos. Essa comunicação abarca tanto a escuta, como o acolhimento e o alinhamento de expectativas entre os profissionais, os familiares e o paciente. Alguns profissionais sinalizam uma melhora dessa comunicação nos ambientes de trabalho, já outros mencionam a falta desta como um importante fator prejudicial à prática. Há também reflexões relacionadas à presença de conversas sobre o tema na vida pessoal dos profissionais. Os trechos a seguir exemplificam:

> A equipe médica geralmente pergunta o que a família entende sobre esse bebê, quais as expectativas em torno desse bebê, de forma bem realista mesmo.

> Tem médicas diaristas lá que são incríveis nessa forma de comunicação mesmo, de trazer todo o detalhamento de acolher essa família (SUJEITO 1);

"Então quando se deveria ter a conversa intraútero, ainda na gestação, não se tem essa conversa, e aí fica postergando até realmente já está fazendo mais do que deveria pela criança e não ser cuidados paliativos mesmo" (SUJEITO 3); "Já conversei com médicos e já conversei com colegas residentes, também converso sobre cuidados paliativos em âmbitos da minha vida pessoal" (SUJEITO 8).

Após análise dos dados foi possível aprofundar sua discussão baseando-se na leitura de textos pertinentes ao tema.

Discussão

Teoria e prática nos cuidados paliativos

A análise dos dados provenientes das duas etapas da pesquisa revela uma forte convergência na representação dos cuidados paliativos entre os intensivistas. Ambos os instrumentos sugerem uma compreensão da abordagem centrada no conforto, dignidade e qualidade de vida, o que reforça a presença de um núcleo consensual teórico entre os profissionais. As zonas periféricas trazem sentidos que se somam aos encontrados no núcleo central, como o papel da família, a função acolhedora da equipe e a ideia de proximidade dos cuidados paliativos com temas como terminalidade e sofrimento. Tais ideias estão alinhadas com as definições científicas dessa abordagem, já explicitadas anteriormente no presente trabalho, sugerindo que as representações sociais dos profissionais de saúde sobre cuidados paliativos estão intimamente relacionadas com o conhecimento teórico sobre o tema.

Contudo, durante as entrevistas foi possível realizar uma maior investigação das práticas profissionais, os achados sugerem que essas representações sociais envolvem outros tipos de conhecimento que transcendem sua definição teórica. São concepções,

ideias e conceitos que surgem da realização do trabalho, atravessados pelo cotidiano e contexto institucionais. Santos (2021), ao analisar a relação entre representações e práticas sociais, argumenta que a passagem do trabalho prescrito, ou seja, o conhecimento teórico, para o trabalho real é atravessada pelas contingências do contexto de trabalho, induzindo o sujeito a uma reorganização de suas tarefas e à transformação das representações sociais: “Diante das dificuldades cotidianas, os profissionais buscam soluções e constroem normas e referências de trabalho que os levam muitas vezes a usar práticas aparentemente contraditórias” (Santos, 2021, p. 47).

Analisando as entrevistas é possível notar que a prática dos cuidados paliativos gera debates importantes e causa incerteza nas equipes. Um dos debates mais proeminentes nas entrevistas são os critérios de elegibilidade. Arantes (2012) chama a atenção para a existência de parâmetros médicos, como escalas, sinais e sintomas, que subsidiam a realização de um bom prognóstico, instrumento base na indicação desse tipo de cuidado. Contudo, a autora ressalta que essas análises são atravessadas por percepções subjetivas do fenômeno, seu significado, tempo e contexto. Para Floriani e Schramm (2008) esse cenário se torna mais complexo ao constatar que o avanço tecnológico, no desenvolvimento de recursos terapêuticos, consolidou-se como um tema tão central na prática médica que, frequentemente, seu uso é interpretado pela equipe de saúde e pela família como um imperativo ético. Além disso, a forte associação e tensão entre cuidados paliativos, eutanásia e distanásia revelam dilemas técnicos e legais, conflitos de valores e de modelos de cuidado.

Sendo assim, os profissionais intensivistas são cotidianamente confrontados com a necessidade de tomar decisões complexas e difíceis, envolvendo não só o seu conhecimento teórico, mas também a subjetividade e o contexto em que esses indivíduos estão inseridos. Desta forma, as representações sociais investigadas não apenas refletem

um saber técnico assimilado, como também evidenciam modos de lidar com os cuidados paliativos e com os limites do próprio ofício.

O cuidado

Ao revisitar a história, nota-se que o cuidado é inerente à existência humana, anterior a profissionalização da saúde, e é por meio dele que a vida se mantém. O ato de cuidar pode ser definido como um conjunto de ações e atitudes que visam favorecer as potencialidades do sujeito para manter ou melhorar sua condição humana no processo de viver e morrer. Esse conjunto de atitudes e ações é atravessado pelas representações sociais, habilidades, relações interpessoais e contextos em que o indivíduo está inserido (Coelho & Fonseca, 2005).

A propagação do desenvolvimento tecnológico na saúde, visando a recuperação a qualquer custo de corpos produtivos, ocasionou em um distanciamento afetivo entre profissionais, paciente e família, uma vez que o cuidador se voltou para o controle e o manejo de máquinas. Na UTI esse cenário torna-se mais acentuado à medida que o setor promove o tratamento dos seus pacientes por meio da alta tecnologia.

Atualmente há um movimento da sociedade em resgatar os sentidos do cuidar na área da saúde, exemplo disso, foi o estabelecimento da Política Nacional de Humanização (PNH), em 2003. Reconhecendo a existência de práticas desumanizadas na saúde, a política busca estabelecer processos de trabalho que se alinham aos princípios do SUS. Uma de suas diretrizes é o acolhimento, entendido como uma construção coletiva de cuidado que objetiva a construção de vínculo e confiança entre a gestão, os trabalhadores, usuários e sua rede socioafetiva (Brasil, 2013). Um estudo realizado por Steinhauser et al. (2000), com pacientes em fim de vida, médicos e outros atores do cuidado, corrobora para evidenciar a importância de uma prática humanizada ao constatar que a população estudada considerou essencial que o cuidado seja permeado pela confiança, apoio

emocional, conforto e qualidade de vida. Dessa forma, torna-se necessário a ampliação da perspectiva do cuidado, resgatando práticas que valorizem a singularidade, promovam a escuta sensível, permitam a construção de vínculos e estejam contextualizados dentro da realidade sociopolítica em que está inserido (Coelho & Fonseca, 2005)

No Questionário de Associação Livre de Palavras, o termo "Conforto" ocupou a posição mais central e frequente, seguido por "Dignidade", "Amor" e "Qualidade de vida". Tais expressões parecem se relacionar a adjetivos que os profissionais acreditam caracterizar o cuidado e seus objetivos finais, apontando para uma valorização de uma postura acolhedora por parte dos intensivistas. A centralidade desse tema para a população estudada é afirmada através das entrevistas, nas quais os profissionais frequentemente destacam a promoção do conforto e da qualidade de vida como objetivos principais da prática paliativa. Essa valorização da qualidade do cuidado e do bem-estar subjetivo do paciente é um dos principais pontos de potencialidade da prática.

Além disso, observa-se que "Respeito" "Empatia" e "Acolhimento", contidas na periferia, são palavras que se relacionam com uma postura profissional que comunica, ou seja, tais representações apontam para a valorizam da comunicação como instrumento do cuidado, seja ela verbal ou não verbal. Essas representações são reforçadas nas entrevistas, nas quais a comunicação é fortemente reconhecida como um recurso terapêutico. Contudo, há também robustas evidências que os profissionais enfrentam desafios significativos nessa comunicação.

Comunicar para Cuidar: Entraves e Potencialidades no Âmbito dos Cuidados Paliativos

Os participantes representam a comunicação como uma forma de cuidado em saúde, capaz de acolher as angústias subjetivas, promover o alinhamento de expectativas e a garantia do respeito aos desejos do paciente e seus familiares. Em paralelo, a ausência

de preparo para lidar com conversas difíceis, a dificuldade de alinhar a comunicação dentro da própria equipe de saúde e o uso de eufemismos para falar sobre cuidados paliativos, também são ideias bastante presentes e revelam fragilidades no manejo dessa ferramenta.

A comunicação, tanto verbal quanto não verbal, é instrumento fundamental na prática em saúde, tendo em vista, as relações dialéticas que se constroem num processo de cuidado. Diante de um adoecimento grave e ameaçador da vida muitos pacientes passam a sofrer de uma dor total, que se estende para além da dor física, assim, a comunicação habilidosa e a escuta ativa tornam-se elemento fundamentais nessas relações para que os profissionais possam reconhecer as necessidades subjetivas do paciente, acolher suas angústias biopsicossociais, proporcionando alívio ao sofrimento e assegurando o cuidado integral. Uma postura baseada no respeito, empatia e acolhimento, como as representações indicadas pelos intensivistas do estudo, tem o potencial de gerar sentimentos de valorização, segurança e conforto (Silva & Araujo, 2009).

Além disso, a comunicação é um meio de garantir a ética no cuidado, tendo em vista que através de um diálogo empático e uma escuta ativa é possível facilitar ao doente a compreensão do seu quadro clínico e as possibilidades terapêuticas, garantindo o exercício da sua autonomia e promovendo a beneficência através do acolhimento das angústias: “A adesão ao tratamento e a aceitação do diagnóstico e prognóstico são influenciadas pela relação estabelecida e pela forma com que os profissionais conduzem a comunicação” (Campos et al., 2020, p. 717).

Em contrapartida, num cenário cultural em que a morte é uma inimiga a ser combatida aliada à falta de formação da equipe em comunicação de notícias difíceis e aos avanços tecnológicos, que visam garantir a qualquer custo a continuidade da vida, falar sobre doenças ameaçadoras da vida e finitude se torna uma tarefa árdua. Estudos

comprovam o desejo da maioria dos pacientes em estado avançado de doença de receber informações sobre seu adoecimento, contudo, com frequência observa-se a formação da "conspiração do silêncio" (Silva & Araujo, 2009). Tal condição refere-se a um pacto implícito entre família, equipe e paciente de não abordar a realidade do quadro clínico, o prognóstico e terminalidade por medo de causar maior sofrimento no outro. O que se sucede é uma comunicação ambígua, na qual as linguagens verbal e não verbal entram em contradição (Kovács, 2005; Silva & Araujo, 2009)

Nos relatos dos intensivistas é possível identificar o emprego de eufemismos na tentativa de evitar o uso do termo "cuidados paliativos". Essa fragilidade na comunicação também é identificada em estudo proposto por Furtado e Leite (2017), na ocasião a maioria das famílias entrevistas demonstraram desconhecer ou estranhar o termo, apesar de seus parentes estarem em cuidados paliativos. Esses fatos apontam para uma defasagem na comunicação da equipe para com a família e o paciente. Ao refletirem sobre os motivos que tornam o termo estranho, mesmo em um ambiente hospitalar, os autores mencionam ser recente o destaque dos cuidados paliativos na saúde, sendo esse um tipo de cuidado que ainda não é bem aceito tanto na comunidade científica como na sociedade em geral.

Diante do exposto é possível inferir que os profissionais intensivistas consideram a comunicação como uma ferramenta terapêutica, por outro lado, nos relatos há presença de representações que apontam para desafios significativos vivenciados no manejo dessa ferramenta. É possível identificar que esses desafios se caracterizam pelo medo de causar sofrimento; pela percepção de que a sua formação não os prepara adequadamente para lidar com conversas difíceis, como aquelas que envolvem prognóstico, finitude e tomada de decisão compartilhada; e as dificuldades em lidar com a morte num setor hospitalar que culturalmente existe para salvar vidas. Em paralelo, as entrevistas evidenciam o

crescente debate entorno dos cuidados paliativos e seus temas correlacionados, especialmente a morte.

Morte: Seus sentidos e tabus

A análise prototípica aponta para a existência das representações “Morte” “Sofrimento” e “Terminalidade” na periferia do sistema. Embora esses termos apareçam de maneira menos central nesse instrumento, indicando serem representações mais dinâmicas e voláteis, elas são abundantemente discutidas pelos profissionais nas entrevistas, como pode ser observado na classe 3, onde explicita-se os desafios de se lidar com a finitude. Enquanto o questionário permite observar elementos periféricos alinhados aos princípios da abordagem paliativa, os relatos revelam a centralidade do tema e as contradições e obstáculos surgidos na execução das tarefas, como ausência de formação adequada e resistência ao tema da morte, evidenciando tensões entre os conhecimentos teóricos e os conhecimentos construídos na prática cotidiana.

Com o avanço da tecnologia e da globalização, observa-se um envelhecimento populacional aliado à redução da taxa de natalidade, consequentemente há predominância de adoecimentos crônicos e o aumento da necessidade pelos cuidados paliativos. Estes, por sua vez, se relacionam de maneira intrínseca à morte por ser um cuidado ofertado em situações de terminalidade, cronicidade e ameaça à vida, que não objetiva combater ou acelerar a finitude, mas a entende como parte fundamental do ciclo de vida.

Em contrapartida, a morte foi um tema interditado pela sociedade ocidental desde o século XX, sendo progressivamente excluída das interações sociais e dos discursos cotidianos. Essa interdição ocorre, inclusive, nos ambientes hospitalares aos quais ela é reservada e onde funcionam os principais serviços de CP no Brasil:

> uma das concepções predominantes sobre a temática é a que considera a morte como tema interdito e tabu, em que está implícita a ideia de que esta deve ser

> combatida a todo custo, pois é considerada como fracasso e vergonha. No contexto de saúde, a morte interdita oferece um poder ilusório aos profissionais, que são formados com a crença de que seu dever é combatê-la. (Fitaroni, Bousfield & Silva 2021, p. 2)

Kovács (2005) refere que a negação da morte acarreta um maior sofrimento emocional, dificultando o processo de elaboração do luto e aumentando o estresse em equipe, familiares e pacientes. A autora defende que a importância de se discutir o tema está no fato de ao refletir sobre a morte inevitavelmente reflete-se sobre a vida, o que permite ao sujeito identificar seus valores e os sentidos da sua existência.

Do ponto de vista das Representações Sociais, a maneira como nos relacionamos com a finitude é perpassada pelas crenças, ideias e conceitos que possuímos dela e que são compartilhadas socialmente. Na pesquisa de Fitaroni, Bousfield e Silva (2021) os profissionais de saúde representaram a morte como algo que faz parte da vida, como um processo biológico, como uma perda e uma passagem. Em contrapartida, ao refletirem como a sociedade em geral significa a morte, as representações suscitadas foram a morte como incógnita, medo e negação, o que indica a percepção de que a morte é um tabu. Esses resultados reforçam os achados do presente estudo onde as representações de morte apresentadas pelos intensivistas parecem permeadas por essas tensões.

Conclusão

A presente pesquisa demonstra a sua importância à medida que conseguiu identificar o conjunto de saberes teóricos e práticos que formam as representações sociais dos intensivistas sobre os cuidados paliativos. As representações centrais, ancoradas em valores como conforto, dignidade e qualidade de vida, revelam um núcleo consensual que expressa os fundamentos da abordagem paliativa. No entanto, ao adentrar a prática, emergem representações mais dinâmicas, construídas a partir da vivência, da interação

com os paciente e familiares e das contingências institucionais. Tais resultados explicitam que a prática não é guiada por uma representação, mas por um sistema de representações, além do conhecimento teórico profissional.

Esses diferentes achados revelam a importância de se considerar diferentes estratégias metodológicas na investigação das representações. O saber científico foi mais saliente ao utilizar a evocação livre de palavras, um instrumento mais diretivo, mas ao aliar a entrevista nessa investigação, onde focamos na prática profissional e os entrevistados podiam falar livremente, outros saberes se sobressaíram. Desta forma, foi possível explorar melhor o sistema representacional, investigando suas potencialidades, tensões e desafios, o que permitiu um aprofundamento teórico importante.

Os resultados encontrados explicitaram a convergência do saber teórico e prático, como no entendimento do cuidado humanizado como ferramenta terapêutico. Em paralelo, também evidenciaram tensões entre esses dois saberes, sobretudo no que se refere aos critérios de elegibilidade, à comunicação e à relação com a morte. A análise mostra que essas tensões não apenas impactam a forma como o cuidado é oferecido, mas também revelam processos de ressignificação e adaptação dos profissionais diante da complexidade das situações vividas. Os cuidados paliativos não são percebidos pela maioria dos profissionais como consolidados em seus ambientes de trabalho, contudo, não se pode negar que o debate em torno do tema tem se intensificado e se multiplicado.

Diante do exposto, afirma-se a importância do fortalecimento de mudanças na formação profissional na área da saúde. É necessário que os espaços acadêmicos reconheçam a essencialidade dos cuidados paliativos e promovam disciplinas voltadas para a temática e os temas que a atravessam. Também é importante que as próprias instituições de saúde fomentem o debate, realizando formação continuada, favorecendo as competências relacionais e reconhecendo e incorporando os cuidados paliativos como

parte essencial dos seus processos de trabalho. Ademais, observa-se necessário a ampliação da discussão para a sociedade geral, o que pode ser feito através do fortalecimento de políticas públicas, de programas de saúde específicos e da divulgação de informações pelos meios de comunicação. Conclui-se que compreender as representações sociais dos intensivistas é essencial para repensar práticas e propor reformulações políticas e institucionais.

Referências

Abric, J. C. (2003). *Metodologia da abordagem estrutural das representações sociais*. Ed. Eres.

Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). (2018). *Panorama dos cuidados paliativos no Brasil*. Recuperado de https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/10/Panorama-dos-Cuidados-Paliativos-no-Brasil-2018.pdf

Alves, Z. M. M. B., & Silva, M. H. G. (1992). Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, *2*, 61-69. https://doi.org/10.1590/S0103-863X1992000200007

Arantes, A. C. L. Q. (2012). Indicações de cuidados paliativos. In R. T. Carvalho & H. A. Parsons (Orgs.), *Manual de cuidados paliativos ANCP* (2ª ed., pp. 56-74). Academia Nacional de Cuidados Paliativos.

Boni, V., & Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Em Tese*, *2*(1), 68-80. Recuperado de https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027

Brasil. Ministério da Saúde. (2005). *Portaria nº 1.071, de 4 de julho de 2005: Institui a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da União. https://www.sobrati.com.br/ms-politica-critico.htm

Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010: Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências*. Diário Oficial da União. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html

Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização – documento base para gestores e trabalhadores do SUS* (4ª ed.). Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2024). *Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024: Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS*. Diário Oficial da União. https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.681-de-7-de-maio-de-2024-549425210

Campos, V. F., Silva, J. M., & Silva, J. J. (2020). Comunicación en cuidados paliativos: equipo, paciente y familia. *Revista Bioética*, *27*, 711-718. https://doi.org/10.1590/1983-80422019274354

Coelho, E. A. C., & Fonseca, R. M. G. S. (2005). Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *58*(2), 214-217. https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000200017

Cook, D., & Rocker, G. (2014). Dying with dignity in the intensive care unit. *The New England Journal of Medicine*, *370*(26), 2506-2514. https://doi.org/10.1056/NEJMra1208795

Fitaroni, J. B., Bousfield, A. B. S., & Silva, J. P. (2021). Morte nos cuidados paliativos: Representações sociais de uma equipe multidisciplinar. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *41*, e209676. https://doi.org/10.1590/1982-3703003209676

Floriani, C. A., & Schramm, F. R. (2008). Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, *13*, 2123-2132. Recuperado de https://www.scielo.br/j/csc/a/PvR5qPdg4RNQNLcKPngpshH/

Furtado, M. E. M. F., & Leite, D. M. C. (2017). Cuidados paliativos sob a ótica de familiares de pacientes com neoplasia de pulmão. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, *21*(63), 969-980. https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0582

Kovács, M. J. (2005). Educação para a morte. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *25*(3), 484-497. https://doi.org/10.1590/S1414-98932005000300012

Matsumoto, D. Y. (2012). Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In R. T. Carvalho & H. A. Parsons (Orgs.), *Manual de cuidados paliativos* (pp. 23-30). Academia Nacional de Cuidados Paliativos.

Minayo, M. C. S. (2009). O desafio da pesquisa social. In M. C. S. Minayo, S. F. Deslandes & R. Gomes (Orgs.), *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (pp. 9-29). Editora Vozes.

Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, *17*, 621-626. https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007

Moscovici, S. (2003). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Vozes.

Organização Mundial da Saúde. (2017). *Cuidados paliativos* [Definição]. Recuperado de http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/

Pinto, K. D. C., Cavalcanti, N. A., & Maia, E. M. C. (2020). Princípios, desafios e perspectivas dos cuidados paliativos no contexto da equipe multiprofissional: revisão de literatura. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, *10*(1), 226-257. https://doi.org/10.26864/pcs.v10.n3.10

Rodrigues, L. F. (2012). Modalidades de atuação e modelos de assistência em cuidados paliativos. In R. T. Carvalho & H. A. Parsons (Orgs.), *Manual de cuidados paliativos* (pp. 23-30). Academia Nacional de Cuidados Paliativos.

Sá, C. P. (1998). *A identificação dos fenômenos de representação social*. EdUERJ.

Santos, M. F. S. (2005). A teoria das representações sociais. In M. F. S. Santos & L. M. Almeida (Orgs.), *Diálogos com a teoria da representação social* (pp. 13-38). EdUFAL.

Santos, M. F. de S. (2021). A teoria das representações sociais no Brasil: História e evolução. In A. Nascimento, I. Gianordoli-Nascimento, & M. I. A. Rocha (Orgs.), *Representações sociais: Campos, vertentes e fronteiras* (pp. 31-57). Editora UFMG.

Silva, M. J. P., & Araujo, M. M. T. (2009). Comunicação em cuidados paliativos. In R. T. Carvalho & H. A. Parsons (Orgs.), *Manual de cuidados paliativos ANCP* (pp. 141-153). Academia Nacional de Cuidados Paliativos.

Sousa, Y. S. O., Gondim, S. M. G., Carias, I. A., Batista, J. S., & Machado, K. C. M. (2020). O uso do *software* IRAMUTEQ na análise de dados de entrevistas. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, *15*(1). Recuperado de https://seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/e3283

Steinhauser, K. E., Christakis, N. A., Clipp, E. C., McNeilly, M., McIntyre, L., & Tulsky, J. A. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA*, *284*(19), 2476-2482. https://doi.org/10.1001/jama.284.19.2476

Vinuto, J. (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, *22*(44), 203-220. Recuperado de https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977

Wachelke, J., & Wolter, R. P. (2011). Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *27*(4), 521-526. https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000400017

Wachelke, J., Wolter, R., & Matos, F. R. (2016). Efeito do tamanho da amostra na análise de evocações para representações sociais. *Liberabit*, *22*(2), 153-160. https://doi.org/10.24265/liberabit.2016.v22n2.03