

Representações sociais de morte para equipes de saúde de centros de terapia intensiva

Social Representations of Death for Health Care Teams in Intensive Care Centers

Carla Vieira Gomes de Faria (orcid.org/0000-0003-1395-7058)¹

Thiago Mikael Silva (orcid.org/0000-0001-5626-9955)²

Adriano Roberto Afonso Nascimento (orcid.org/0000-0002-7752-0114)³

Resumo

Este estudo teve como objetivo analisar as representações sociais da morte para a equipe de saúde de dois Centros de Terapia Intensiva de um hospital de Belo Horizonte/MG. Para tal, foram entrevistados 18 profissionais intensivistas de dois CTIs, localizados em um hospital que atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Os resultados mostraram que, embora a maioria dos profissionais tivesse dificuldades de lidar com a morte, ora ela era vista como continuidade da vida, ora como fim. Essas visões revelaram duas perspectivas distintas acionadas na ancoragem das representações sociais da morte: uma pessoal e subjetiva – na qual a morte era objetivada como “vida em outro lugar” – e outra técnica e profissional, na qual a morte era o “inimigo a ser vencido”. Longe de serem concorrentes, essas perspectivas e os afetos e sentimentos por elas evocados se interseccionavam com crenças e experiências pessoais, prevalecendo flexivelmente conforme o contexto.

Palavras-chave: Representações Sociais. Morte. CTI. Equipe de Saúde.

Abstract

This study aimed to analyze the social representations of death for the health care team of two Intensive Care Centers in a municipal hospital in Belo Horizonte / MG. A total of 18 intensive care professionals from two intensive care units located in a hospital that exclusively serves patients from the Unified Health System (SUS) were interviewed. The results showed that although most of the professionals had difficulties in dealing with death, they sometimes saw it as a continuation of life and sometimes as an end to it. These visions revealed two different perspectives activated in the anchoring of social representations of death: a personal and subjective one—in which death was objectified as “life in another place”—and a technical and professional one—in which death was the “enemy to be defeated.” Far from being in competition, these perspectives and the affection and feelings they evoked intersected with personal beliefs and experiences, prevailing flexibly depending on the context.

Keywords: Social Representations. Death. CTI. Health Team.

Para ser compreendida, a morte deve ser considerada em um dado contexto social, buscando-se as representações simbólicas que norteiam o seu significado, bem como os elementos que, ao longo da história, participaram da construção dessas representações. A compreensão da morte, dos comportamentos e das atitudes relacionados a ela sofreram mudanças significativas ao longo da história (Schmitt, 2010). Na sociedade ocidental do século XX, esse conjunto de mudanças resultou na percepção da morte como inimiga oculta, vergonhosa e interdita (Ariès, 1982).

¹ Hospital Municipal Odilon Behrens / Prefeitura Municipal de Nova Lima / Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Brasil. E-mail: cvfaria@hotmail.com

² Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Brasil. E-mail: thiagomikhael@hotmail.com

³ Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Brasil. E-mail: nascimentopsi72@gmail.com

Nos dias atuais, paradoxalmente, a morte permanece presente no cotidiano das pessoas – nas telecomunicações, produções cinematográficas e noticiários, contando com pouca reflexão –, porém é cada vez mais institucionalizada (Kovács, 2005). A partir do século XX, intensificou-se a tentativa de administração da morte pela Medicina, que, mediante o desenvolvimento de novas tecnologias, promoveu a redução das taxas de mortalidade infantil e neonatal, contribuindo para o prolongamento da vida (Menezes & Barbosa, 2013). Por meio das medidas de prevenção e controle da saúde e da doença, a Medicina desempenhou um papel central no crescente afastamento da morte da cena pública, transformando o hospital num lugar privilegiado para o seu acontecimento (Rodrigues, 2011). Nos hospitais, o moribundo é decomposto em peças (órgãos), perde sua individualidade e passa a ser chamado pelo número do leito que ocupa ou pela patologia que o acomete; é, ainda, cercado por linguagens incompreensíveis e controlado por máquinas, tubos e aparelhos. A morte passa a ser regulável e ocorre de forma processual, por intermédio de sucessivas frustrações do tratamento médico proposto (Souza, Soares, Costa, Pacífico, & Parente, 2009). Como crítica a essa perspectiva, é importante frisar que o surgimento dos cuidados paliativos, inicialmente difundidos pela médica, enfermeira e assistente social Cicely Saunders, por meio do trabalho com indivíduos com enfermidades fora das possibilidades de cura, tem provocado, desde o período após a II Guerra Mundial, profunda reflexão sobre as práticas tradicionais da Medicina no cuidado de pessoas com doenças graves, progressivas e incuráveis (Fitaroni, 2016).

Não obstante, a morte ainda é um acontecimento recorrente no cotidiano de profissionais de saúde, especialmente daqueles que atuam nos Centros de Terapia Intensiva (CTI). Criados, em 1946, nos Estados Unidos, em meio a uma epidemia de poliomielite e ao advento dos respiradores artificiais, os CTIs caracterizam-se por apresentarem as mais avançadas modalidades terapêuticas e alternativas de sobrevivência, de modo que sua equipe é treinada e organizada para oferecer assistência na luta contra a morte, sendo o lugar de máximo recurso para manter a vida (Menezes, 2000; Hermes & Lamarca, 2013).

Embora os CTIs tenham contribuído para o prolongamento da vida, sobretudo de portadores de doenças crônicas e/ou graves disfunções cardiorrespiratórias, circulatórias e neurológicas (Castro, Barbosa, Alves, & Najberg, 2016; Vieira *et al.*, 2019), novos desafios surgiram. A rotina intensa de trabalho no CTI comumente compromete o tempo/espço para vivência do luto ou da dor após a morte de um paciente. Devido à alta demanda por leitos no CTI, o leito no qual um paciente morreu é rapidamente ocupado por outra pessoa e, raramente, fica vazio por algumas horas (Combinato & Queiroz, 2011; Afonso & Minayo, 2013; Shimizu & Ciampone, 2002; Costa & Lima, 2005). Além disso, em meio ao embate entre o arsenal de recursos biomédicos e a gravidade de casos, a morte do paciente pode acarretar, nos profissionais da equipe de saúde, sentimentos de impotência e de fracasso (Marques, Veronez, Sanches, & Higarashi, 2013; Kovács, 2005). Não raro, imbuídos por expectativas do saber biomédico e da própria sociedade em salvar vidas, os profissionais

enfrentam grande dificuldade de interagir e comunicar a morte aos familiares dos pacientes (Souza, Giacomini, Arendes, & Firmo, 2018).

Assim, a maneira de pensar, representar e lidar com a morte e a finitude humanas pode ser determinante no sofrimento da equipe de saúde no CTI. Essa parece ser uma realidade cada vez mais corroborada pela literatura, que, sistematicamente, vem apontando que a experiência dos profissionais diante da morte no âmbito hospitalar é perpassada por sentimentos de fracasso, angústia, perda, tristeza, desespero, estresse e raiva (Souza & Conceição, 2018; Salomé, Cavali, & Espósito, 2009; Dantas, Alves, Araújo, & Araújo, 2016; Mortiz & Nassar, 2004; Marques *et al.*, 2013; Souza *et al.*, 2018; Alves, Scudeler, Bronzatto, Nitsche, & Toso, 2012). Essas reações podem manter estreita relação com as percepções e representações sociais compartilhadas por esses profissionais quanto à morte.

Considerando essa possibilidade, esta pesquisa teve como objetivo analisar as representações sociais da morte para a equipe de saúde de dois Centros de Terapia Intensiva de um hospital de Belo Horizonte/MG.

A Teoria das Representações Sociais

O presente estudo tomou como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS). As representações sociais (RS) são “teorias” sobre saberes populares e do senso comum elaboradas e partilhadas socialmente para construir e interpretar o real (Oliveira & Werba, 2005). As RS, portanto, são geradas socialmente a partir das interações, orientando condutas e maneiras de organizar o ambiente (Moscovici, 2005).

Enquanto uma forma de saber do senso comum, diferentemente do conhecimento científico, por exemplo, Jodelet (2001, p. 22) define as RS como “Uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. As RS são importantes, na medida em que guiam os membros de um grupo em relação à forma de interpretar a realidade, tomar decisões e até mesmo posicionar-se de forma defensiva em relação a esses aspectos. Essas definições compartilhadas “constroem uma visão consensual da realidade para esse grupo” (Jodelet, 2001, p. 21).

Para esta pesquisa, optou-se pela abordagem processual das representações sociais. Mais próxima das proposições iniciais de Moscovici, a corrente teórica denominada processual preocupa-se com o processo de gênese, formação e partilha das RS (Sá, 2001). Em suma, esse processo ocorre a partir de dois mecanismos: ancoragem e objetivação. Na ancoragem, o objeto social é associado a uma rede de significações e conexões já existentes. Assim, torna-se possível aproximar objetos ameaçadores de um contexto familiar (Moscovici, 2005). Já a objetivação permite que ideias e conceitos sejam transformados em uma imagem concreta. O abstrato é transformado em algo tangível, possibilitando que o não familiar se torne acessível (Moscovici, 2012). Pelo menos três etapas compõem esse processo: 1. *Construção seletiva*: ocorre a seleção e descontextualização de elementos de

uma mensagem mediante critérios culturais e normativos. 2. *Esquematisação*: a partir dos elementos selecionados, um núcleo figurativo e uma estrutura imagética são elaborados. 3. *Naturalização*: os elementos do núcleo figurativo são naturalizados, transformando a percepção do grupo em realidade (Jodelet, 1984; Vala, 2004).

Toda RS pressupõe um grupo e um objeto, dependendo de uma condição determinante chamada pressão à inferência. A pressão à inferência deriva da busca incessante dos indivíduos pela elaboração de consenso com seu grupo e de ações que requerem respostas às exigências momentâneas, desembocando em respostas que garantem a comunicação e a validade da RS (Santos & Almeida, 2005).

Na sociedade ocidental, ao mesmo tempo que a morte é revestida de mistério e tabu, direta ou indiretamente, em algum momento da vida, todas as pessoas terão que lidar com esse assunto, contando com diversas racionalidades, como a religião, a ciência, a arte e a Filosofia, as quais tentaram construir respostas sobre a morte (Costa & Lima, 2005; Marques et al., 2013; Kovács, 2005). Em se tratando do cotidiano de profissionais de saúde que lidam com a morte e o morrer, estudos vêm crescentemente investigando as RS da morte para esses atores, apontando tanto para elementos de ancoragem associados aos modelos biomédicos e tecnicistas, à religião e, com menor frequência, à Filosofia paliativa, quanto para elementos de objetivação relacionados ao fracasso, ao luto e à vida espiritual (Borges & Mendes, 2012; Fernandes, Ferraz, Salvaro, Castro, & Soratto, 2018; Fitaroni, 2016; Nascimento & Roazzi, 2007).

Método

A presente pesquisa constitui um estudo qualitativo realizado com profissionais de dois CTIs adultos, um clínico e um cirúrgico, com dez leitos em cada unidade, localizados em um hospital de Belo Horizonte/MG que atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram realizadas entrevistas com 18 participantes (o total de profissionais das duas equipes), sendo 12 mulheres e 6 homens, com idade entre 30 e 65 anos. Segundo a categoria profissional, entrevistamos quatro técnicos de Enfermagem, quatro enfermeiros, quatro médicos, dois fisioterapeutas, dois nutricionistas e dois psicólogos. O tempo de formado dos entrevistados variou entre 5 e 30 anos. Já o tempo de atuação em terapia intensiva, entre 2 e 26 anos, enquanto o tempo de atuação no CTI, entre 1 e 18 anos.

As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho, sendo guiadas por roteiro semiestruturado com itens que procuraram explorar os significados da morte, bem como os valores e práticas a ela relacionados nos contextos pessoal e profissional, segundo os entrevistados. A duração das entrevistas variou entre 26 e 45 minutos. Todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Depois de transcritas integralmente, as entrevistas foram submetidas à Análise de Conteúdo (Bardin, 1977; Bauer, 2002): a) leitura sistemática das transcrições; b)

identificação em cada unidade básica (frase) de um conteúdo/unidade temática; c) reorganização das entrevistas a partir dos conteúdos/unidades temáticas identificados; d) criação de um primeiro conjunto de categorias considerando os conteúdos/unidades temáticas comuns (mais do que uma entrevista); e) releitura das entrevistas, a partir desse primeiro conjunto (ajuste); f) criação de conjunto final de unidades temáticas e apuração de frequência segundo cada entrevistado; g) elaboração do quadro final de unidades temáticas. Desse processo, obtivemos as seguintes unidades temáticas: significado de morte; sentimento despertado em relação ao paciente que está morrendo; forma de lidar com a morte do paciente que está sob os cuidados do profissional entrevistado.

No texto aqui apresentado, para preservar o sigilo, mudamos os nomes dos entrevistados. Esta pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e do hospital ao qual estão vinculadas as duas equipes. Parecer do comitê de ética em pesquisa da UFMG número 248.886 e Parecer do comitê de ética em pesquisa do hospital número 625.375. Caso a entrevista gerasse algum desconforto/sofrimento psíquico no participante, havia a garantia do oferecimento de apoio psicológico. Felizmente, não houve casos em que esse apoio foi necessário.

Resultados

Sobre o significado de morte, dos 18 entrevistados, 11 relataram dificuldade em pensar ou lidar com a morte, sendo que seis desses profissionais mencionaram dificuldade em falar sobre esse tema. Como principais sentimentos relativos a tal dificuldade, foram citados saudade/falta (4), perda (3), angústia (2), tristeza (2) e medo da perda de pessoas próximas (2).

Mas morte é sempre um assunto muito difícil, é um assunto que me angustia, que me faz refletir. E quando eu vejo situações assim, eu transfiro pra minha família, medo da perda dos meus familiares. Isso é uma coisa muito comum. Isso me deixa angustiada por um período longo até eu tentar retomar e entender que isso é uma coisa que faz parte do processo natural da vida. Mas isso é uma coisa complicada. (Jenifer, médica, 38 anos).

Para metade dos entrevistados (9), a morte é vista como uma continuidade da vida. Estão relacionados a essa resposta principalmente conceitos advindos da religiosidade. Como afirma Débora (técnica de Enfermagem, 65 anos), a morte é “transformação”: “a gente sai dessa vida e passa pra outra. Eu considero que a gente vai viver muito, né. No céu ou no inferno, sei lá onde é que for. Eu acho é que tem continuidade, eu acredito na continuidade”.

Também metade dos entrevistados (9) considera a morte como um acontecimento “natural”, que faz parte da vida. A fala de Pedro (enfermeiro, 41 anos) exemplifica essa visão: “Então, determinadas situações, que você tem fatores como doenças já crônicas, a idade avançada, e que o enfrentamento disso vai ser mais natural, porque a morte é um processo natural, né”.

Ao contrário dos entrevistados que acreditam na continuidade da vida após a morte, sete participantes conceituaram a morte como o fim. Essa concepção está relacionada principalmente aos fenômenos orgânicos que definem a morte, tais como ausência de sinais vitais (2), não funcionamento do organismo (1) e a morte encefálica (1): “Difícil. Em termos fisiológicos, ausência de sinais vitais, mas é muito maior. Assim, acho que é muito maior que isso. [...] Difícil falar, deixa eu pensar [pausa]. É deixar, é a inexistência daquela pessoa. A partir daquele momento, aquela pessoa não existe mais, né” (Fernando, enfermeiro, 30 anos).

Sobre os sentimentos em relação ao paciente em processo de morte, 15 participantes citaram alguma dificuldade em pensar e lidar com o paciente moribundo. Essa situação, segundo os entrevistados, desperta “tristeza” (4), “impotência” (4), “chateação” (3), “pena” (2), “frustração” (2) e “angústia” (2), entre outros sentimentos. “É como se eu não tivesse feito o suficiente, entendeu? É como se você... Como é que é a palavra, gente? É como se você... você tá com as mãos e os pés amarrados, tipo assim, você não pode fazer mais nada, acabou, né...” (Joana, técnica de Enfermagem, 41 anos).

Dos 18 entrevistados, 15 indicam estratégias para lidar com as dificuldades em relação ao contato com o paciente que está morrendo. Podemos dividir as estratégias utilizadas pelas equipes de saúde em: a) estratégias técnicas, citadas por 8 participantes; e b) estratégias emocionais, citadas por 12 entrevistados. Como exemplos de estratégias técnicas, temos a tentativa de fazer tudo o que se pode do ponto de vista assistencial e a tentativa de se preparar melhor, aumentando o seu conhecimento técnico sobre saúde e doença: “Agora, eu faço, e também eu fico mais tranquila também porque eu faço tudo que eu posso fazer, tudo que eu sei fazer, pra ajudar, né, ajudar a salvar. Então, é por isso que eu fico tranquila também, né” (Sônia, técnica de Enfermagem, 36 anos).

Como estratégias emocionais para lidar com as dificuldades são citadas, entre outras, a tentativa de não se envolver (5), racionalizar a sua prática com o paciente (2) e não ter muito contato com o paciente e sua família (2): “Uma maneira que eu arrumei de conseguir trabalhar na área de saúde sem me afetar muito é eu pegar, eu trabalhar com paciente em terapia intensiva. Por quê? Porque eu não me envolvo muito, porque eu não tenho contato com família, o paciente tá entubado, o paciente tá sedado” (Vera, nutricionista, 38 anos).

Dez entrevistados não apresentaram dificuldade em lidar com o paciente moribundo, percebendo essa situação com certa “tranquilidade” (6), com certo “alívio” quando ele morre (2), sensação de “dever cumprido” (1).

Olha, quando normalmente esse quadro são pessoas que já estão muito tempo aqui, sabe, que já estão sofrendo muito... Então, assim, eu não vou falar pra você que eu sinto é, ah, um pesar, porque eu acho que, quando uma pessoa tá sofrendo muito, pra ela é um alívio, já é hora dela, já chegou já, basta, é um basta, entendeu? (Cíntia, fisioterapeuta, 32 anos).

Em relação à forma como os entrevistados lidam com a morte do paciente que se encontra sob seus cuidados, destacamos que, dos 18 entrevistados, 13 relatam que “lidam bem” com a situação de morte. Esses profissionais afirmam que não ficam abalados, veem a morte como um acontecimento tranquilo, encarando-a com naturalidade, pois percebem que ela não está sob seu controle. “Ah, normal, eu não, normal assim, no sentido que eu não, eu não fico, é, emocionada, emocionada assim, sabe. Aquilo não me atrapalha, né? Eu trabalho bem com aquela situação, eu não tenho: ‘ah, o paciente tá morrendo, e tal, acabou’ ” (Lúcia, técnica de Enfermagem, 30 anos).

Ainda sobre esse tema, dez participantes também relatam que, quando o paciente que está sob seus cuidados morre, eles pensam se fizeram tudo o que deveriam ou poderiam ter feito. Quando percebem que foi feito tudo que podiam, aceitam melhor a morte. Entretanto, quando percebem que não foi oferecida ao paciente uma assistência adequada, surgem a frustração, a culpa e a sensação de derrota.

Quando é paciente que a gente sabe que é um paciente que realmente foi feito tudo, que é irreversível, que a doença dele não, que aquela doença, naquele momento é o mecanismo de morte dele, que, por aquilo que ele tem naquele momento, ele não vai, não vai sobreviver... É, eu tenho, eu tenho tranquilidade de acompanhar e vê-lo, né, de vê-lo morrer e tudo. Agora, nas situações que a gente sabe que algo a mais poderia ter sido feito, e, e que, às vezes, ele tinha uma chance, e por uma coisa que não tá disponível, sei lá, ou outro fator não aconteceu, né, eu fico um pouco frustrado, né, de: “Pô, poderia sair dessa”, né. (Fernando, enfermeiro, 30 anos).

Nove entrevistados afirmam explicitamente que a morte do paciente que está sob seus cuidados os afeta. Como reações a tal situação, citam, por exemplo, além dos já mencionados, sentimentos de “culpa” (2) e de “derrota” (1), a “tristeza” (1), a “angústia” (1) e a dificuldade de aceitação (1).

Eu já tive assim, às vezes, de ter que sair do box, porque eu tava chorando. No princípio, quando meu pai morreu, uns dois, três meses, assim, quando era um senhor, que, às vezes, assim, que eu lembrava, às vezes tinha as características do meu pai, assim, eu... Você acabava chorando. (Joana, técnica de Enfermagem, 41 anos).

Por fim, quatro profissionais relatam que a forma como irão lidar com a morte do paciente, quando este está sob os seus cuidados, pode variar, dependendo do caso e do contexto do paciente, ressaltando uma dificuldade maior quando o paciente é jovem, quando tem uma piora súbita, ou quando o vínculo dele com a equipe é maior. “Então, assim, isso é individual, depende de caso pra caso. Não tem jeito de eu generalizar e falar assim: ‘ah, eu lido com a morte do meu paciente dessa e dessa maneira’, porque cada um vai ser de uma maneira, dependendo do contexto” (Jenifer, médica, 38 anos).

Discussão: significado de morte

A concepção de morte, para os participantes desta pesquisa, pode ser entendida a partir de duas perspectivas não mutuamente excludentes: uma profissional e outra que chamaremos de “pessoal”. A seguir, serão explicitadas as características de cada uma delas.

Na perspectiva profissional, a morte é compreendida por meio de fenômenos orgânicos, tais como morte encefálica e ausência de sinais vitais. A morte, sob esse ponto de vista, é entendida como o fim. Depois dela, a pessoa deixa de existir. Esse “deixar de existir” se refere à não continuidade da vida, que se traduz pelo fim da vida orgânica, bem como se associa ao fim da realização do trabalho profissional dispensado àquele paciente, o que significa que, após a morte do paciente, o corpo é retirado do CTI, encerra-se aquela história e o leito é automaticamente ocupado por outro paciente. Desse modo, o investimento da equipe no paciente que morreu deverá ser dissolvido, pois há um imperativo de cuidado de outros pacientes graves no CTI.

Já na concepção pessoal de morte, ela é considerada predominantemente como uma passagem. Após a sua ocorrência, segundo os entrevistados, há uma continuidade da vida. Nesse sentido, a morte é vista como uma transformação, ou seja, passa-se de uma vida terrena para uma vida espiritual. Percebe-se aqui claramente a influência de concepções religiosas. Ao falar dessa continuidade, os entrevistados evidenciam as experiências pessoais relacionadas à morte de pessoas próximas a eles, bem como o medo da própria morte, que pode estar associado ao caráter desconhecido e misterioso do seu significado como passagem ou transição (Salomé *et al.*, 2009).

Em suma, essas duas concepções parecem não ser incomuns aos profissionais que atuam em CTIs. Em Belém do Pará, por exemplo, o estudo de Seiffert, Freitas, Monteiro e Vasconcelos (2020) buscou descrever as percepções de 15 enfermeiros no CTI de um hospital universitário sobre o processo de morte e morrer. Os resultados mostraram que 53,33% dos profissionais associaram a morte e o morrer a termos como “final do pulsar”, “fim da vida”, “processo natural”, “deixar de existir”, “passagem que todos farão”, “transição” e “descanso”. Como se pode perceber, são termos que podem facilmente ser organizados segundo as duas perspectivas que identificamos nas falas dos nossos entrevistados.

Emoções despertadas pela morte do paciente

As emoções despertadas pelo contato cotidiano com a morte não encontram espaço para serem expressadas, compartilhadas e acolhidas pelos profissionais de saúde; porém, nas entrevistas realizadas para esta pesquisa, elas foram explicitadas e podem ser admitidas como um sofrimento velado das equipes de saúde. Alguns entrevistados relataram que, apenas no momento da entrevista, pararam para refletir sobre a morte, por mais rotineira que ela seja em seu cotidiano de trabalho. Essa realidade converge com o que Kovács (2005) denomina *conspiração de silêncio*. Trata-se de um distúrbio na comunicação sobre a morte que atinge pais, professores e especialmente profissionais de saúde, que ao ter seus empenhos em salvar a vida do paciente frustrados, têm dificuldade de comunicar a morte

aos familiares. Também no estudo de Souza *et al.* (2018), no qual foram entrevistados 43 médicos, em um dos maiores hospitais públicos de emergência da América Latina, a morte era percebida como um assunto tabu para muitos desses profissionais.

Quanto ao sofrimento velado, estudo com profissionais de Enfermagem, numa unidade de emergência, em São Paulo, também observou que muitos entrevistados não compartilhavam seus sentimentos com colegas, o que aumentava a tensão no trabalho (Salomé *et al.*, 2009). Numa Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (Utip), em Curitiba, Souza e Conceição (2018) também notaram que, à primeira vista, os enfermeiros entrevistados não admitiam seu próprio sofrimento. Essa postura pode comprometer a vivência necessária do luto. Foi o que também observaram Costa e Silva (2005), ao investigar o processo de luto em 26 profissionais de Enfermagem, os quais não se permitiam vivê-lo. Segundo os autores, os entrevistados acreditavam que o profissional deveria ser “frio” e indiferente na situação de morte de pacientes. Essas ideias podem estar sendo reforçadas durante a formação, que frequentemente promove o não envolvimento com o paciente e com a família do doente como ação que protege o profissional de saúde (Fernandes *et al.*, 2018).

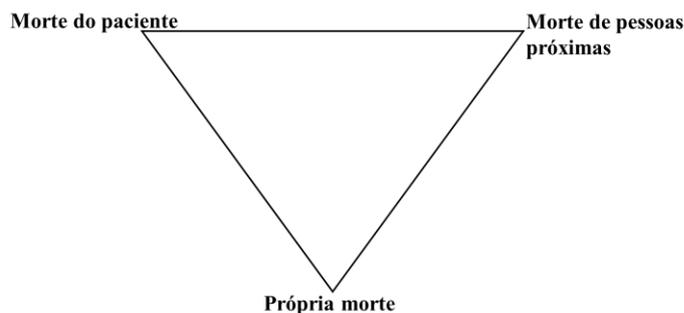
Com relação às emoções despertadas pela morte, do ponto de vista profissional, a sua ocorrência provoca, nos profissionais entrevistados, sentimentos de impotência e frustração. Tais sentimentos podem ser compreendidos a partir da própria percepção sobre o objetivo do CTI, que é o de salvar a vida do paciente, cuja morte faz com que os esforços profissionais pareçam ter sido em “vão”. Essa percepção também foi identificada em outros estudos (Marques *et al.*, 2013; Salomé *et al.*, 2009; Dantas *et al.*, 2016; Mortiz & Nassar, 2004). Assim, apesar de se ter no CTI os recursos mais avançados de assistência, a morte poderá acontecer e, dessa forma, escapar de todo controle para que ela não ocorra.

Já as emoções despertadas e associadas aqui à perspectiva pessoal (angústia, aflição, saudade e medo da perda de pessoas próximas) dizem respeito a experiências pessoais vividas tanto no contexto do trabalho como, principalmente, fora dele. Destaca-se aqui que as experiências de morte de pessoas próximas influenciam o modo como a assistência é oferecida pelo profissional. Nesse aspecto, as emoções e sentimentos podem ser considerados uma intercessão entre o profissional e pessoal. Sentimentos de perda e de chateação se confundem em uma dimensão que mescla o profissional e o pessoal (Souza *et al.*, 2018; Borges & Mendes, 2012).

Morte do paciente, morte de pessoas próximas e a própria morte

Uma questão que merece destaque neste estudo, e que talvez perpassasse todas as outras ressaltadas, é o que chamaremos de *Tríade morte do paciente, própria morte e morte de pessoas próximas*, ilustrada na Figura 1.

Figura 1. Tríade morte do paciente, própria morte e morte de pessoas próximas



Fonte: Elaborada pelas autoras.

Percebe-se aqui três elementos que influenciam e são influenciados uns pelos outros. A morte do paciente desperta, segundo os entrevistados, pensamentos e sentimentos relacionados à possibilidade da própria morte, bem como experiências prévias ou medo da perda de pessoas próximas. No estudo de Silva *et al.* (2015), sobre as RS de cuidados paliativos oncológicos de 15 enfermeiros atuantes em Serviço de Clínica Médica, no Rio de Janeiro, percebeu-se que, ao se colocarem no lugar dos familiares dos pacientes, tal movimento os levou a reflexões e indagações sobre a própria vida e escolhas.

Na nossa pesquisa, alguns entrevistados citaram, por exemplo, que, após a morte de pessoas próximas, houve uma mudança na forma de sentir e de lidar com a morte do paciente no cotidiano de trabalho, seja por meio de uma maior sensibilidade e disponibilidade para acolher e auxiliar o paciente e seus familiares, por se colocarem no lugar dessas pessoas, seja por um maior distanciamento, adotando estratégias de certa evitação para conseguir “dar conta” de lidar com a morte. Estas estratégias serão mais bem descritas no próximo tópico.

Práticas advindas da representação de morte para a equipe estudada

De modo claro, a forma como a equipe de saúde dá significado à morte, bem como os sentimentos que são despertados no convívio cotidiano, influenciará as práticas de assistência ao moribundo e seus familiares. Iremos expor, a seguir, os modos como os entrevistados dizem agir em relação à morte no CTI.

A morte no CTI é algo que ocorre com frequência devido à gravidade do quadro clínico de seus pacientes (Castro *et al.*, 2016; Vieira *et al.*, 2019). Assim, também são frequentes as situações nas quais os profissionais precisam lidar com a perda de pacientes e com o impacto dessa perda para os familiares daquele que faleceu. Também para essas situações os entrevistados apresentam algumas estratégias, que dividimos entre recursos técnicos e recursos subjetivos para lidar com o paciente e seus familiares.

Assim, para lidar com a morte do paciente, do ponto de vista profissional, a equipe pesquisada lança mão de recursos técnicos, utilizando algumas estratégias, tais como: fazer tudo o que é possível na assistência ao paciente; aprimorar os conhecimentos técnicos e utilizar a experiência profissional adquirida para lidar com o cotidiano de trabalho. Esse tipo

de recurso promove atuação predominantemente técnica voltada para a Medicina curativa e no corpo biológico e fisiológico, colocando em segundo plano a dimensão contextual, filosófica e social do processo de saúde/doença (Souza & Conceição, 2018). Por vezes, esse tipo de atuação funciona como justificativa e “escudo” para não interagir e criar vínculos com o paciente e seus familiares (Souza et al., 2018).

Do ponto de vista pessoal, os profissionais utilizam recursos subjetivos. Nesse sentido, foram elencados quatro movimentos: 1. *Aproximação* – colocar-se no lugar do outro. 2. *Afastamento* – tentar não se envolver, mantendo relativo distanciamento emocional, ou seja, tentar se separar emocional e fisicamente dos problemas do paciente, uma vez que alguns dos entrevistados admitem que evitam ter contato com o paciente e familiares além daquilo que é imprescindível. Essa última estratégia é significativamente relatada pela literatura, que também a associa aos mecanismos de negação e de racionalização, os quais limitam os laços afetivos com o paciente e, por conseguinte, minimizam o impacto de sua perda (Alves et al., 2012; Marques et al., 2013; Costa & Lima, 2005; Dantas et al., 2016; Borges & Mendes, 2012; Fernandes et al., 2018). 3. *Enfrentamento* – não desanimar com as dificuldades, tentar gerenciar seus sentimentos. 4. *Ressignificação* – entender o CTI não como um ambiente de morte, mas como um ambiente de luta pela vida.

Procurando agora tratar esse conjunto maior de informações sob um prisma mais teórico, entendemos ser apropriado considerar o conceito de polifasia cognitiva (Moscovici, 2012), que diz respeito à coexistência de diversas racionalidades, ou seja, formas distintas de se pensar determinado objeto, que ocorrerem num mesmo indivíduo (Jovchelovitch, 2008).

Ainda segundo Jovchelovitch (2008), essas diferentes formas de pensamento têm a função de responder a objetivos diversos. Investigações mais recentes postulam três tipos de polifasia cognitiva: 1. *Prevalência seletiva* – sistemas de conhecimento são armazenados conjuntamente, mas são utilizados separadamente, dependendo do contexto. 2. *Hibridização* – os vários sistemas de conhecimento são combinados dando origem a um campo representacional misto. 3. *Deslocamento* – um sistema de conhecimento é priorizado em detrimento de outro (Jovchelovitch & Priego-Hernández, 2015). Na presente pesquisa, os entrevistados apontaram claramente as diferentes racionalidades relativas a duas concepções de morte: uma do ponto de vista profissional e outra pessoal, baseadas em crenças e experiências pessoais.

Segundo Moscovici (2012), na polifasia cognitiva, o indivíduo lançaria mão de um ou outro saber, conforme as circunstâncias e os interesses. Fazendo uso da *prevalência seletiva*, no contexto do CTI, prevalece o ponto de vista profissional, que responde aos interesses e exigências de assistência ao corpo gravemente doente no CTI. A partir dessa concepção de morte, os entrevistados nesta pesquisa se organizam para pensar, sentir e atuar claramente do ponto de vista assistencial, de cuidados com o corpo. Já a morte do

ponto de vista pessoal estaria relacionada à exigência de se lidar com esse objeto que também diz respeito a eles mesmos (própria morte). Inevitavelmente, ao falar da morte, os profissionais entrevistados falam também de si mesmos, de suas crenças pessoais e do lugar do homem no Cosmos (Nascimento & Roazzi, 2007).

Assim, tal coexistência de racionalidades tem evidente relação com os processos de ancoragem e de objetivação das RS de morte no contexto investigado. No contexto do CTI, os entrevistados aproximam a morte simultaneamente do “fim” (ponto de vista profissional) e de uma passagem (ponto de vista pessoal). Na objetivação, ideias e conceitos são transformados em uma imagem concreta. Para o nosso grupo de entrevistados, a morte, do ponto de vista profissional, é “o inimigo a ser vencido”; do ponto de vista pessoal, ela pode ser “a vida em outro lugar”.

Na literatura sobre as RS de morte, outros estudos também vêm identificando essa dinâmica. Estudando as RS de morte e morrer para cinco profissionais de saúde de um hospital-escola, em Brasília, Borges & Mendes (2012) identificaram dois eixos. No primeiro, predominavam elementos tecnicistas ligados à dimensão profissional e ao saber biomédico, estimulando atitudes defensivas e sentimentos de angústia em relação à morte; no segundo eixo, prevaleciam referências individuais que mantinham estreita relação com as crenças religiosas dos entrevistados que associavam a morte à “passagem”, “descanso” e “libertação”. A dicotomia entre morte como “fim” ou “passagem” também foi relatada por Nascimento & Roazzi (2007) em estudo sobre RS de morte em amostra com 80 profissionais de saúde.

Esses aspectos também foram observados por Fernandes *et al.* (2018), em estudo sobre as RS da terminalidade infantojuvenil para dez profissionais de saúde, em Criciúma/SC. Especialmente, as objetivações da morte como um “até logo” e um “ido viajar” vinculadas à religiosidade subsidiavam estratégia de autossuperação, sobretudo da morte de crianças, as quais eram associadas às imagens celestiais, como “anjinhos”. Outro estudo que se soma a esses é o de Fitaroni (2016). Além de identificar que as RS de morte para 20 profissionais de uma equipe multidisciplinar de cuidados paliativos se ancoravam tanto em interpretações do contexto profissional como em experiências pessoais, a autora encontrou evidências de que a RS de morte pode estar em transformação, devido à inserção de outras Filosofias paliativistas em alternativa à óptica exclusivamente curativa.

Uma última contribuição da Teoria das Representações Sociais pode nos auxiliar na compreensão dos nossos resultados. Segundo Moscovici (2005), uma parte considerável do conhecimento em nossa sociedade se organiza no que considera adequado caracterizar como dois universos (o universo consensual e o universo reificado). Conforme a caracterização por ele proposta, no universo consensual, “a sociedade é uma criação visível, contínua, permeada com sentido e finalidade, possuindo uma voz humana, de acordo com a existência humana e agindo tanto como reagindo, com um ser humano” (Moscovici, 2005, pp. 49-50). No universo reificado, por sua vez, “a sociedade é transformada em um sistema

de entidades sólidas, básicas, invariáveis, que são indiferentes à individualidade e não possuem identidade” (Moscovici, 2005, p. 50).

Na presente pesquisa, no CTI, o universo reificado procura “tecnicizar” a morte, por meio dos recursos técnicos e tecnológicos no cuidado com o paciente crítico que está morrendo. Há um objetivo concreto, como visto, de combater, evitar, retardar, impedir a morte. Busca-se, portanto, o controle biomédico da morte.

Ao mesmo tempo, e para essa mesma equipe, a forma de pensar e lidar com a morte no ambiente de trabalho também é fruto das vivências, crenças e percepções pessoais dos entrevistados. Nesse sentido, o objetivo aqui é, como é próprio do universo consensual, a busca pela compreensão do objeto morte, principalmente do ponto de vista subjetivo. Destarte, as racionalidades próprias desses dois universos – consensual e reificado – fornecem elementos que são apropriados pelos profissionais durante o processo de elaboração e partilha das representações sociais sobre a morte.

Considerações finais

Conforme indicaram os resultados deste estudo, no contexto específico do trabalho em um CTI – o que, não obstante, pode ser válido para outros contextos também –, não é possível desvincular o saber científico das experiências e sensações pessoais vivenciadas por profissionais que atuam nesses espaços. Tal fato já havia sido indicado, por exemplo, por Oliveira (2011), também discutindo o impacto das RS no contexto das práticas, inclusive institucionais, em saúde.

O convívio com um objeto complexo como a morte exige dos profissionais estratégias de enfrentamento variadas. Ao mesmo tempo que esse objeto se encontra presente no cotidiano profissional, também se reafirma rotineiramente como a lembrança de uma ameaça para os próprios indivíduos e para as pessoas no seu entorno. Nesse contexto, nossos entrevistados têm de lidar com uma gama diversificada de sentimentos, quase todos negativos, a fim de desempenhar de forma adequada as suas funções e, ao mesmo tempo, suportar, no nível individual, o desgaste resultante do gerenciamento desses sentimentos. Aqui parece sensato supor que, caso pudessem rotineiramente compartilhar entre si as vivências pessoais dolorosas relativas ao seu cotidiano também profissional, haveria algum espaço para que percebessem o enfrentamento da morte como um processo menos solitário. Infelizmente, não é o que ocorre. Segundo os relatos, também no CTI a morte deve ser silenciada. As reações a ela devem ser comedidas. Contudo, se o seu enfrentamento está no campo da técnica, suportar a sua proximidade continua sendo um processo de construção de significados. Como vimos, e procuramos mostrar, ainda que os entrevistados não percebam, uma construção coletiva de significados.

Para finalizar, precisamos reconhecer que há um conjunto considerável de aspectos que justificariam a realização de outras investigações. Entre eles, poderíamos indicar: a) há variações no pensar/agir sobre a morte, dependendo da idade do paciente?; b) há variações

sobre as estratégias para lidar com a morte do paciente, em função do tempo de trabalho no CTI ou de alguma outra variável que se refira à experiência profissional?; c) quais são, se é que existem, os fatores que podem contribuir para a mudança e para a manutenção das representações sociais de morte no contexto do trabalho em CTIs?; e, finalmente, d) há diferenças entre as representações sociais desses profissionais e aquelas compartilhadas por profissionais de outros setores de um mesmo hospital? Se sim, quais seriam e onde estariam ancoradas? Como visto, o plano de trabalho é extenso e promissor, sendo a pesquisa aqui apresentada, mesmo que já relevante por si, apenas um ponto de partida.

Referências

- Afonso, S. B. C., & Minayo, M. C. S. (2013). Notícias difíceis e o posicionamento dos oncopediatras: revisão bibliográfica. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2747-2756. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900030>.
- Alves, M. V. M. F. F., Scudeler, D. N., Bronzatto, C. H. L., Nitsche, M. J. T., & Toso, A. L. R. (2012). Morte e morrer em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: percepção dos profissionais de saúde. *Cogitare Enferm*, 17(3), 543-548. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i3.29296>.
- Ariès, P. (1982). *O homem diante da morte* (Vol. II, (L. Ribeiro, Trad.)). Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bauer, M. W. (2002). Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Orgs.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (pp. 189-217). Petrópolis: Vozes.
- Borges, M. S., & Mendes, N. (2012). Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. *Rev Bras Enferm*, 65(2), 324-331. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a19.pdf>.
- Castro, R. R., Barbosa, N. R., Alves, T., & Najberg, E. (2016). Perfil das internações em Unidades de Terapia Intensiva adulto na cidade de Anápolis - Goiás. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 5(2), 115-124. Recuperado de <https://doi.org/10.5585/rgss.v5i2.243>.
- Combinato, D. S. (2005). Concepção de morte e atuação de profissionais de saúde em Unidade de Terapia Intensiva: implicações educacionais. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Costa, J. C., & Lima, R. A. G. (2005). Luto da equipe: revelações dos profissionais de Enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13(2), 151-7. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000200004>.
- Dantas, M. A. A., Alves, M. J., Araújo, G. M. R., & Araújo, M. Z. (2016). Enfrentamento da morte: Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. *Congresso Brasileiro de*

- Ciências da Saúde*, 2016. Recuperado de http://www.editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV055_MD4_SA4_ID380_28042016111028.pdf.
- Fernandes, F. S., Ferraz, F., Salvaro, G. I. J., Castro, A., & Soratto, J. (2018). Representações sociais dos profissionais de saúde sobre a terminalidade infantojuvenil. *Rev. CEFAC*, 20(6), 742-752. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620182062618>.
- Fitaroni, J. B. (2016). *Morte nos cuidados paliativos: representações sociais da equipe multidisciplinar*. Dissertação de mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Grutcki, D. M., Ferreira, M. S., Sanvicente, C. T., Tetelbom, P. S., & Kluck, M. M. (2009). Mortalidade no CTI adulto do HCPA: análise dos anos 2002 a 2008. *Revista HCPA*. Recuperado de <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/21707/000733288.pdf?sequence=1>.
- Hermes, H. R., & Lamarca, I. C. A. (2013). Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2577-2588. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>.
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet. *As representações sociais* (pp. 17-44). Rio de Janeiro: Uerj.
- Jodelet, D. (1984). *Représentations sociales: phénomènes, concepts et théories*. In S. Moscovici (Ed.). *Psychologie sociale* (pp. 357-378). Paris: PUF.
- Jovchelovitch, S. (2008). *Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura*. Petrópolis: Vozes.
- Jovchelovitch, S., & Priego-Hernández, J. (2015). Cognitive Polyphasia, Knowledge Encounters and Public Spheres. In G. Sammut, E. Andreouli, G. Gaskell & J. Valsiner (Eds.). *The Cambridge Handbook of Social Representations*. Cambridge University Press.
- Kovács, M. J. (2005). Educação para a morte. *Psicologia Ciência e Profissão*, 25(3), 484-497. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932005000300012>.
- Marques, C. D. C., Veronez, M., Sanches, M. R., & Higarashi, L. H. (2013). Significados atribuídos pela equipe de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica ao processo de morte e morrer. *REME Rev Min Enferm.*, 17(4), 823-830. Recuperado de <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130060>.
- Marková, I. (2006). Tríade dialógica e processos de três componentes. In I. Marková. *Dalogenicidade e representações sociais: as dinâmicas da mente* (pp. 206-241). Petrópolis: Vozes.
- Menezes, R. A., & Barbosa, P. de C. (2013). A construção da “boa morte” em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. *Revista Saúde Coletiva*, 18(9), 2653-2662. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900020>.

- Menezes, R. A. (2000). Díficeis decisões: uma abordagem antropológica da Prática Médica em CTI. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 10(2), 27-49. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0103-73312000000200002>.
- Mortiz, R. D., & Nassar, S. M. (2004). A atitude dos profissionais de saúde diante da morte. *RBTI - Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 16(1), 14-21. Recuperado de http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/107.
- Moscovici, S. (2005). Representações sociais: investigações em psicologia social (3a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Moscovici, S. (2012). *A Psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis: Vozes.
- Nascimento, A. M., & Roazzi, A. (2007). A estrutura da representação social da morte na interface com as religiosidades em equipes multiprofissionais de saúde. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 435-443. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722007000300011>.
- Oliveira, D. C. (2011). A teoria das representações sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos & Z. A. Trindade (Orgs.). *Teoria das representações sociais: 50 anos* (pp. 585-624). Brasília: Tchnopolitik.
- Oliveira, F. O., & Werba, G. C. (2005). Representações sociais. In F. O. Oliveira & G. C. Werba. *Psicologia Social Contemporânea* (9a ed., pp. 104-117). Petrópolis: Vozes.
- Rodrigues, J. C. (2011). *Tabu da morte* (Coleção Antropologia e Saúde, 2a ed., 1a reimpr.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Sá, C. P. (2001). Prefácio à edição brasileira. In D. Jodelet (Org.). *As representações sociais* (pp. 7-10). Rio de Janeiro: Uerj.
- Salomé, G. M., Cavali, A., & Espósito, V. H. C. (2009). Sala de emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. *Rev Bras Enferm*, 62(5), 681-6. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000500005>.
- Santos, M. F. S., & Almeida, L. M. (2005). *Diálogos com a Teoria da Representação Social*. Editora Universitária UFPE.
- Schmitt, J. (2010). *Mortes vitorianas: corpos, luto e vestuário*. São Paulo: Alameda.
- Shimizu, H. E., & Ciampone, M. H. T. (2002). As representações sociais dos trabalhadores de Enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de Enfermagem) sobre o trabalho em Unidade de Terapia Intensiva em um hospital-escola. *Revista da Escola de Enfermagem*, 36(2), 148-155. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0080-62342002000200007>.
- Seiffert, C. S. L. C., Freitas, K. O., Monteiro, G. O., & Vasconcelos, E. V. (2020). O processo de morte e morrer para equipe de Enfermagem do Centro de Terapia Intensiva. *Rev Fun Care Online*. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7242>.

- Silva, V. X. P., Ramos, R. S., Mariz, R. G. A., Oliveira, O. V. S., Nunes, L. M. P. N., Santos, E. I., & Gomes, A. M. T. (2015). As representações sociais de enfermeiros de clínica médica sobre cuidados paliativos oncológicos. *Revista HUPE*, 14(1), 42-49. Recuperado de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/download/17926/13458>.
- Souza, D. M., Soares, E. O., Costa, K. M. S., Pacífico, A. L. de C. & Parente, A. C. M. (2009). A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, 18(1), 41-47. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000100005>.
- Souza, G. A., Giacomini, K., Arendes, J. S., & Firmo, J. O. A. (2018). Comunicação da morte: modos de pensar e agir de médicos em um hospital de emergência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28(3), 1-19. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280324>.
- Souza, P. S. N., & Conceição, A. O. F. (2018). Processo de morrer em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. *Rev. bioét. (Impr.)*, 26(1), 127-134. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1983-80422018261234>.
- UTIs Brasileiras (2020). *Principais desfechos: taxas de mortalidade em UTI e no hospital*. Recuperado de <http://www.utibrasileiras.com.br/uti-adulto/principais-desfechos/#!/taxas-de-mortalidade-na-uti-e-no-hospital>.
- Vala, J. (2004). Representações Sociais e Psicologia Social do conhecimento cotidiano. In J. Vala & M. B Monteiro (Orgs.). *Psicologia Social* (6a ed., pp. 457-502). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vieira, A. M., Parente, E. A., Oliveira, L. S., Queiroz, A. L., Bezerra, I. S. A. M., & Rocha, H. A. L. (2019). Características de óbitos dos pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva de hospital terciário. *J. Health Biol Sci.*, 7(1), 26-31. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000500005>.

Recebido em: 15/05/2020

Aprovado em: 9/10/2020