

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

BRENDA DE LIMA PINTO DA SILVA

**A MORTE E OS AMBIENTES DE TERAPIA INTENSIVA:
AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS PARA UM GRUPO DE PROFISSIONAIS DE
SAÚDE**

CAMPO GRANDE

2023

BRENDA DE LIMA PINTO DA SILVA

**A MORTE E OS AMBIENTES DE TERAPIA INTENSIVA:
AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS PARA UM GRUPO DE PROFISSIONAIS DE
SAÚDE**

Dissertação de mestrado apresentada no Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Psicologia, na linha de pesquisa Processos Psicológicos e suas Dimensões Socioculturais, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Social

Orientadora: Profa. Dra. Zaira de Andrade Lopes.

CAMPO GRANDE

2023

BRENDA DE LIMA PINTO DA SILVA

**A MORTE E OS AMBIENTES DE TERAPIA INTENSIVA:
AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS PARA UM GRUPO DE PROFISISONAIS DE
SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de Mestre pela Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob a orientação da Profa. Dra. Zaira de Andrade Lopes.

Campo Grande, 30 de junho de 2023.

Dissertação aprovada por:

Profa. Dra. Zaira de Andrade Lopes
Orientadora – PPGPsico/UFMS

Prof. Dr. Adriano Roberto Nascimento
Membro externo – UFMG

Prof. Dr. Alberto Mesaque Martins
Membro interno – UFMS

Profa. Dra. Renata Bellenzani
Suplente – UFPR/UFMS

Dedico a todas as pessoas trabalhadoras da saúde que, com sua resiliência, enfrentaram as sombras da pandemia de Covid-19, diante da vida e da morte.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha querida mãe, Cleuracy, pelas tantas renúncias feitas para me oferecer bons caminhos. Agradeço por tudo que sou e que ela me permitiu ser, por ser a mãe necessária para mim, por sua paciência e amor sem fim; que com sua imensa força de existir transferiu a mim a força de resistir. A ela, que com seu apoio incondicional, seus cuidados, comidinhas, chás e orações, conduziu-me em mais uma jornada e me ajudou a me manter no caminho.

Agradeço a Deus e à espiritualidade que me acompanha, guia e protege, pois sem essa sustentação este trabalho não teria sido concretizado. Tantos foram os momentos difíceis que me induziram a desistir. Entretanto, pela espiritualidade, encontrei em mim força e potencial para seguir adiante.

Agradeço ao meu marido, Danilo, que com seu coração bondoso, generoso e cheio de amor abraçou essa aventura comigo, vivendo de perto os perrengues e conquistas como se seus fossem.

Agradeço às pessoas participantes, que dedicaram seu tempo para contribuir com este estudo de forma tão sensível e profunda, presenteando minha experiência com conversas que nunca esquecerei.

Agradeço à equipe de Cuidados Paliativos, da qual já fiz parte, assim como a pacientes e familiares atendidos. Foi o nascedouro do meu interesse pela temática aqui apresentada, e que me possibilitou experiências que levarei na alma. Em especial, agradeço às minhas parceiras enfermeiras: Katiane, querida amiga com quem vivi tantas experiências significativas; e à Thaís (*in memorian*), que cedo nos deixou, mas é viva em memórias.

Agradeço à minha psicoterapeuta, Maristela, que cuidou e cuida dos elementos mais frágeis, delicados e, ao mesmo tempo, avassaladores e potentes que me habitam. Sua alquimia foi base para todo esse processo!

Agradeço à professora Zaira de Andrade Lopes, minha orientadora, pela experiência compartilhada e pelos aprendizados, mas, sobretudo, por ter abraçado esta pesquisa, dado a mim autonomia e ter, junto a mim, acreditado que seria possível realizá-la.

Agradeço aos professores Adriano Roberto Afonso do Nascimento e Alberto Mesaque Martins, pela disponibilidade, generosidade e sensibilidade presentes em suas contribuições, que possibilitaram a concretização deste trabalho.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFMS, docentes e demais envolvidos/as, pela condução de minha jornada no mestrado.

Agradeço às minhas colegas Beatryz, Kathleen e Katiuscia pela parceria que fortaleceu meu caminho, possibilitando tantas e necessárias trocas para atravessarmos esses anos.

Agradeço ao apoio financeiro para o desenvolvimento desta pesquisa, oferecido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de financiamento 001.

*A ciência pode classificar e
nomear os órgãos de um
sabiá
mas não pode medir seus encantos.
A ciência não pode calcular
quantos cavalos de força
existem
nos encantos de um sabiá.
Quem acumula muita informação
perde o condão de
advinhar: divinare.
Os sabiás divinam.*

(Manoel de Barros)

RESUMO

Este estudo se trata de uma investigação sobre as representações sociais de morte para profissionais de saúde atuantes em ambientes de terapia intensiva, buscando compreender as condições que organizam e compõem as representações sobre morte para essas pessoas. Depreende-se que a ênfase na cura e nos procedimentos técnicos, presentes na formação e na atuação em saúde, pode dificultar a reflexão sobre a dimensão subjetiva da finitude humana, permeando as práticas profissionais, no que tange às experiências com a morte, assim como a experiência de cuidado por pessoas em terminalidade. Para elucidar sobre como os profissionais de saúde interagem com a morte e a finitude humana em seu cotidiano, nesta pesquisa foram conduzidas uma investigação e uma discussão sobre a forma como a morte, enquanto um objeto de representação social, é apreendida por esse grupo. O estudo teve como objetivo analisar as representações sociais de morte para profissionais de saúde que compõem equipes multiprofissionais de ambientes de terapia intensiva. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, na qual os dados foram produzidos por meio de roteiros de entrevistas semiestruturadas e de uma ferramenta de associação de palavras. Foram realizadas cinco entrevistas, com profissionais de fisioterapia, enfermagem e psicologia que atuam em ambientes de terapia intensiva. Como metodologia de organização e análise dos dados, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo, de modo a elucidar categorias de análise. A análise das categorias, buscando indicativos de representações sociais, foi fundamentada na Teoria das Representações Sociais, de Serge Moscovici. Os resultados demonstraram, para o grupo investigado, a representação social de morte como uma passagem permeada por sofrimento e pela necessidade de construção de modos dignos de morrer. Considera-se pertencente ao mesmo sistema de RS a representação social do CTI/UTI como um ambiente complexo e de sofrimento, ambas conectadas à representação social da atuação como um árduo fazer profissional, que, diante dos intensos desafios de tal prática, objetiva-se numa atitude de afastamento do profissional em relação à pessoa atendida, denotando a tentativa de se proteger do sofrimento. Salienta-se a notável interferência das experiências vivenciadas durante a pandemia de Covid-19, visto que a pesquisa se deu durante a pandemia. Denota-se que a morte, como objeto de representação social, desafia o saber científico, impulsionando os sujeitos a ancorarem as formas como explicam os fenômenos e organizam suas práticas também em outros saberes, como o religioso. Considera-se que estudos dessa natureza auxiliem na integração à prática de elementos que delineiam as representações sociais e, portanto, as formas como tais profissionais se posicionam diante da terminalidade.

Palavras-Chave: morte; representações sociais; profissionais de saúde; psicologia social; psicologia da saúde.

ABSTRACT

This study is an investigation of the social representations of death for health professionals working in intensive care settings, seeking to understand the conditions that organize and compose the representations of death for these people. It appears that the emphasis on healing and technical procedures, present in health training and professional activities, can make it difficult to reflect on the subjective dimension of human finitude, permeating professional practices, with regard to experiences with death, as well as the experience of care for terminally ill people. To elucidate how health professionals interact with death and human finitude in their daily lives, this research carried out an investigation and discussion on how death, as an object of social representation, is apprehended by this group. The study aims to analyze the social representations of death for health professionals who make up multidisciplinary teams in intensive care settings. This is qualitative research, in which data were produced through semi-structured interview scripts and a word association tool. Five interviews were conducted with physiotherapy, nursing and psychology professionals who work in intensive care settings. As a methodology for organizing and analyzing the data, the Content Analysis technique, by Laurence Bardin, was used to elucidate categories of analysis. The analysis of the categories, seeking indicators of social representations, was based on Serge Moscovici's Theory of Social Representations. The results demonstrate, for the investigated group, the social representation of death as a passage, permeated by suffering and the need to build dignified ways of dying. The social representation of the CTI/ICU is considered to belong to the same SR system as a complex and suffering environment, both connected to the social representation of the performance as a challenging and difficult task, which, in view of the intense challenges of such practice, is aimed at an attitude of distance from the professional in relation to the person assisted, denoting the attempt to protect oneself from suffering. The remarkable interference of the experiences lived during the Covid-19 pandemic is highlighted, since the research took place during the pandemic. It is noted that death, as an object of social representation, challenges scientific knowledge, impelling subjects to anchor the ways in which they explain phenomena and organize their practices in other knowledge, such as religion. It is considered that studies of this nature help in the integration into practice of elements that delineate social representations and, therefore, the ways in which such professionals position themselves in the face of terminal illness.

Keywords: death; social representations; health professionals; social psychology; health psychology.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CTI	Centro de Terapia Intensiva
EPI	Equipamento de Proteção Individual
RS	Representações Sociais
TRS	Teoria das Representações Sociais
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	122
2 A MORTE, O MORRER E SUAS REPRESENTAÇÕES ATRAVÉS DA HISTÓRIA	155
2.1 Trajetórias das representações de morte: contextos e elucidações	155
2.2 A dimensão da morte na prática dos profissionais de saúde	222
2.3 A vida por alguns fios (e máquinas): o ambiente de terapia intensiva	277
2.4 A interação dos profissionais de saúde com o fenômeno da morte: delineando representações sociais	2929
3 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E OS SABERES QUE PERMEIAM A MORTE COMO OBJETO	345
3.1 A Teoria das Representações Sociais	345
3.2 Tecendo diálogos sobre vida e morte no ensino em saúde	39
3.3 Da formação à prática: uma perspectiva interdisciplinar	412
3.4 Saberes do senso comum, saberes científicos: a morte como objeto de interesse no campo da saúde	434
4 OS CAMINHOS METODOLÓGICOS	478
4.1 Os objetivos da pesquisa	478
4.2 Caracterização da pesquisa	478
4.2.1 Participantes e o campo empírico da pesquisa	49
4.2.2 Instrumentos de coleta de dados e aplicação	501
4.3 Os conteúdos que emergem: organização dos dados	513
4.3.1 As categorias	524
5 A CONSTITUIÇÃO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MORTE E A ATUAÇÃO NO AMBIENTE DE TERAPIA INTENSIVA: TECENDO RESULTADOS	556
5.1 O complexo ambiente de terapia intensiva	556

5.1.1 Espaço de controle	556
5.1.2 Palco dos desafios da pandemia do Covid-19	578
5.1.3 O que se leva da experiência.....	601
5.2 Uma passagem que deveria ser digna	634
5.2.1 Desta vida a outra: uma passagem	634
5.2.2 Sofrimento inevitável.....	666
5.2.3 Uma morte digna.....	688
5.3 O árduo fazer profissional	700
5.3.1 Dar suporte, mas evitar vínculo.....	711
5.3.2 Desafios da prática	733
5.3.3 A morte e o CTI/UTI na trajetória acadêmica	755
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS	811
APÊNDICE A	855
APÊNDICE B.....	866
APÊNDICE D	922
APÊNDICE E – Entrevista 1	Erro! Indicador não definido.3
APÊNDICE F – Entrevista 2	Erro! Indicador não definido.3
APÊNDICE G – Entrevista 3	Erro! Indicador não definido.59
APÊNDICE H – Entrevista 4	Erro! Indicador não definido.1
APÊNDICE I – Entrevista 5	Erro! Indicador não definido.8

1 INTRODUÇÃO

Este estudo foi construído a partir de questionamentos sobre as maneiras pelas quais os profissionais de saúde representam a morte e como essas representações se apresentam e orientam modos de ser, agir e pensar em suas práticas de trabalho. Foram elencadas discussões sobre os aspectos envolvidos nas concepções de morte entre os profissionais de saúde e assumida a Teoria das Representações Sociais (TRS), enquanto sustentação teórica que permeia diversos estudos dessa temática.

O interesse por este estudo tem como referência o período de atuação profissional da pesquisadora como psicóloga, inserida em uma equipe de Cuidados Paliativos no Hospital da Unimed, na cidade de Campo Grande – MS. Destacam-se algumas observações resultantes dessa prática: a dificuldade da maioria dos profissionais em articular em sua prática, aliadas à técnica, as questões subjetivas do paciente; a dificuldade de considerar os aspectos de ordem subjetiva que pressupõem a morte e a finitude; a dificuldade em observar e reconhecer seus aspectos pessoais que interferem no cuidar, no planejar e no convívio com a equipe; o embaraço em reconhecer um processo de morte bem assistido e amparado pela equipe, como um “caso de sucesso”; e a ausência de discussões acerca da morte e da finitude em seus percursos acadêmicos, que privilegiou a ênfase curativa.

Tal vivência suscitou curiosidade sobre as formas pelas quais os profissionais de saúde interagem com a morte e a finitude humana em seu cotidiano de trabalho. Despertaram questionamentos como: quais significados acerca da morte apresentam os profissionais de saúde? O que está implícito na forma como representam a morte e quais as interferências dessas representações nas práticas profissionais? Em que medida discussões e abordagens sobre morte se fizeram presentes nas trajetórias acadêmicas e profissionais dessas pessoas?

A discussão que segue se fundamenta em estudos que apontam os contextos que constituem os sentidos da morte para os sujeitos. As condições que organizam e compõem as compreensões dos profissionais de saúde acerca da morte denotam assumir relação com a maneira pela qual essas experiências são por eles vivenciadas. Também se expressa a conexão entre esses elementos e a forma como o cuidar é realizado, diante da possibilidade ou acontecimento da morte de um paciente.

Depreende-se que a ênfase na cura e nos procedimentos técnicos, presentes na formação e atuação em saúde, dificulta a reflexão sobre a dimensão subjetiva da morte, delineando as práticas profissionais, no que tange às experiências com a morte. É possível ponderar sobre as

formas pelas quais esses profissionais lidam com este fenômeno, inerente à vida e tão presente em seu dia a dia, sustentando a necessidade de ampliação de estudos que envolvam tal questão.

A ênfase na técnica pode ter como consequência, muitas vezes, a instalação da obstinação terapêutica (prolongamento da vida de uma pessoa que não será salva, com medidas excessivas) – sobretudo no que tange os Centros de Terapia Intensiva (CTIs) e as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), por tratar-se de um setor hospitalar com grande foco na técnica e nos recursos tecnológicos disponíveis. Tal prática inviabiliza processos de morte com dignidade, favorecendo o sofrimento humano em final de vida.

Em se tratando dos ambientes de terapia intensiva, setor hospitalar onde a tecnologia, a ênfase na técnica dos procedimentos e protocolos e o controle de parâmetros fisiológicos constituem a matriz reguladora dos processos de viver e morrer, é de grande importância a delicada relação entre os profissionais que ali trabalham e os processos de vida e morte que eles conduzem.

As compreensões sobre morte não constituem um objeto já posto, mas são produto de um momento histórico, de práticas sociais, de uma cultura, do pensamento científico, contando ainda com os aspectos individuais de cada sujeito que a representa. Todos esses elementos são fluidos, transformam-se e assim vão constituindo as representações de morte em dado grupo, em dado contexto.

A Teoria das Representações Sociais, buscando estudar as representações no âmbito dos processos psicossociais que a compõem e organizam, oferece uma sustentação teórica e metodológica para que se possa investigar as formas como a morte é compreendida por esse grupo de profissionais de saúde, bem como sua relação com aspectos pessoais e profissionais. Compreender tal fenômeno pode contribuir para a ampliação de espaços de reflexão sobre morte nos contextos de atuação em saúde, permitindo melhor elaboração por parte da equipe dos processos de perda e luto, dando espaço para experiências profissionais mais satisfatórias e humanas.

É considerável expandir e aprofundar as reflexões sobre as significações da morte para além da dimensão fisiológica, compreendendo também como elementos sociais, culturais e históricos contribuem na apreensão e simbolização desse fenômeno pelos sujeitos. As representações sociais se constituem por meio desses elementos, direcionando como as práticas se organizam e como os fenômenos são interpretados.

Investigar e discutir a forma como a morte, enquanto um objeto de representação social, é apreendida por esse grupo pode favorecer o bem-estar psicossocial e a promoção da saúde desses profissionais, evitando o adoecimento psíquico. E assim, sustentando boas práticas, pode

refletir na forma como o cuidar é realizado, ajudando a impulsionar modificações sociais e culturais cada vez mais profundas acerca da morte.

O trabalho organiza-se a partir de cinco sessões, sendo a primeira constituída por esta introdução, seguida pelas demais. Na sessão 2 – “A morte, o morrer e suas representações ao longo da história”, apresenta-se os contextos nos quais os sentidos e representações de morte delinearam-se, ao longo da trajetória da humanidade; evidencia-se a interação entre profissionais de saúde e a morte e suas práticas e articulam-se tais discussões, especificamente, às práticas nos ambientes de terapia intensiva.

Na sessão 3 – “A Teoria das Representações Sociais e os saberes que permeiam a morte como objeto”, a TRS é apresentada como sustentação teórica para o estudo, buscando demonstrar a articulação entre seus pressupostos e o objeto do estudo, qual seja, a morte, articulando saber científico e representações sociais na elaboração de conhecimentos no campo da saúde, no que se refere ao fenômeno da morte. Na sessão 4 – “Os caminhos metodológicos”, apresenta-se os passos percorridos na busca pelos objetivos do estudo, desde os delineamentos iniciais até o processo de categorização, mediante a técnica da Análise de Conteúdo.

Na sessão 5 – “A constituição de representações sociais de morte mediante a atuação no ambiente de terapia intensiva: tecendo resultados”, demonstra-se a análise dos dados mediante as entrevistas realizadas, a partir da Teoria das Representações Sociais. Por fim, as considerações finais sintetizam as indagações e inferências possíveis a partir da análise realizada.

2 A MORTE, O MORRER E SUAS REPRESENTAÇÕES ATRAVÉS DA HISTÓRIA

Ao longo da história, as compreensões referentes à morte e à finitude, expressas pelas pessoas, são permeadas por elementos sociais, culturais e religiosos, demarcando, desse modo, a maneira pela qual o ser humano se relaciona com esse fenômeno – inevitável – dentro do ciclo vital. As formas como os sujeitos interagem com a morte e o morrer revelam características de diferentes grupos, nos diferentes contextos históricos, nas variadas formas de organização social e cultural.

Kovács (1992) sustenta que cada um de nós carrega consigo uma representação de morte, à qual atribuímos qualidades, personificações e formas, amparadas seja por tradições culturais, familiares ou por uma busca pessoal. Diante disso, constituíram-se os mais diversos registros e expressões acerca da morte, seja na filosofia, nas religiões, nas artes e entre as pessoas comuns, onde circulam também formas de conhecimento.

Considerando a morte como um fenômeno que desnuda a fragilidade e finitude da existência humana, ela nos convoca e nos pressiona a pensar a seu respeito. Nesse sentido, Santos (2009, p. 13) defende que “de todas as experiências humanas, nenhuma é mais importante nas suas implicações do que a morte”. Desse modo, entendemos que os processos de morrer e a morte constituam, talvez, as questões humanas existenciais que mais levam o ser humano a refletir, movimentar-se e buscar constituir modos de lidar com as experiências que as envolvem.

Tratamos a morte aqui como um objeto de representação social, isto é, um objeto passível de processos representacionais e que, como tal, assume significados e manifestações diferentes para cada grupo que o partilha. Consideramos a potência e a complexidade da morte como objeto de representações sociais (RS), já que intima os sujeitos a pensarem e agirem diante dela.

Pensando as RS como elementos partilhados por um grupo que expressam marcas tanto do sujeito como do objeto por ele representado. Conforme explicitam Trindade, Santos e Almeida (2014), a TRS possibilita a compreensão dos contextos, movimentos e rupturas que constituem a formação das representações sociais de morte para determinado grupo.

2.1 Trajetórias das representações de morte: contextos e elucidções

Refletindo sobre os vieses sociais, históricos e culturais que atravessam a interação do ser humano com a morte, Kubler-ross (2017), propagadora de estudos sobre a morte (a

tanatologia) no ocidente, salienta que quando observamos povos antigos e seus rituais fúnebres, é possível reconhecer a morte como um fenômeno carregado de medo, assim como ainda o é. Esse elemento permanece presente na forma como ela é encarada nos dias de hoje, contudo, a nossa maneira de conviver e lidar com a morte, finitude, e com quem morre sofreu – e sofre – alterações.

Tal autora descreve costumes relegados a um passado, quando era facilitado a um paciente moribundo que passasse seus últimos dias em ambiente familiar, perto daqueles que ama, sendo atendido em algumas de suas vontades; quando crianças não eram excluídas desse momento – em contraste às tendências de uma sociedade em que a morte é significada como tabu, vivenciada em ambientes hospitalares de forma fria, desconfortável e impessoal.

A busca pelo significado da morte e de o que acontece quando morremos tem sido centro da preocupação do ser humano há milhares de anos, antecedendo a história escrita. Para ilustrar, Santos (2009 *apud* DESPELDER, 2002) expõe que achados arqueológicos indicam que na época dos Neandertais, que começaram a habitar a Europa há cerca de 150.000 anos, havia a prática de enterrar ornamentos de concha, pedra e comida com o morto, sugerindo uma crença na utilidade de tais itens na passagem do mundo dos vivos para o mundo dos mortos. Em culturas tradicionais a morte não é tomada como fim, mas como a transição do mundo dos vivos para o mundo dos mortos.

Na antiguidade, para os egípcios, a morte era uma questão central em sua cultura. Conforme refere Santos (2009), tal preocupação manifestava-se na arte, na religião e nas ciências desenvolvidas por essa civilização e pode ser observada, por exemplo, no Livro dos Mortos, que servia como um guia sobre formas de pensar, sentir e agir em relação à morte, da forma que se considerava para aquele povo adequada.

Na mitologia grega foram expressas preocupações acerca da morte, por exemplo, pelos registros de Esopo sobre Eros, Psique, Hipnos e Tanatos, que simbolizavam respectivamente o amor, a alma, o sono (considerado como uma espécie de morte) e a morte. Também ressalta Santos (2009) a importância das conversações do filósofo grego Sócrates a respeito da morte e do morrer, que se fizeram conhecidas por meio dos registros de Platão. O autor esclarece que para Sócrates a filosofia tinha como propósitos: desvendar o significado da vida no que tange à morte; compreender a natureza da alma; e entender a morte como algo que separa a alma (que continua a existir) do corpo (que deixa de existir).

Para esse filósofo, o medo da morte relacionava-se ao desconhecimento sobre o que acontece no momento da morte, contudo, esse medo perderia a razão de ser caso não houvesse tal dúvida. É possível, a partir dos elementos destacados por Santos (2009), identificar nos

pressupostos teóricos de Sócrates a necessidade de buscar familiaridade com o fenômeno da morte para então, e a partir disso, lidar diante dela na realidade. Repousando essa busca em diversas formas de conhecimento, ao longo da história, o ser humano seguiu delineando seu modo de representar a morte e o morrer.

O historiador Philip Ariès (1977) debruçou-se sobre o que chamou de “atitudes humanas em relação à morte”, no período que compreende a Idade Média e o século XX na sociedade ocidental. Nessa obra, que tem como título “História da Morte no Ocidente”, o autor evidencia as lentas transformações na relação das pessoas com a finitude e a morte, permeadas pela religião cristã.

De modo geral, Ariès (1977) descreve a trajetória dos comportamentos e práticas humanos em relação à finitude e à morte, que até meados da Idade Média eram tidos como eventos naturalizados, públicos e acompanhados de rituais. As representações desse fenômeno, passando por modificações, chegaram ao século XX assumidas como evento vergonhoso, vivenciadas às sombras. É importante observar que atitudes humanas diante da morte, descritas pelo autor, não são exclusivas de uma ou outra época, pois cada manifestação foi se consolidando, dissolvendo-se, dando lugar a um novo grupo de atitudes sem necessariamente se perder. Desse modo, não se apresentam aqui como mudanças estanques.

Ainda na Idade Média, Ariès (1977) identifica inclinações de familiaridade e proximidade diante do que denominou “morte domada”. A morte era esperada, preparada (o moribundo distribuía seus bens e pedia perdão pelos seus erros, em atitude de organização para a morte próxima) e vivenciada em cerimônias públicas; as expressões de tristeza e luto eram validadas e aceitas pela comunidade. A morte súbita era temida, pois, nesse caso, não seria possível a organização dos atos de despedida.

Ao observar o que é descrito por tais autores, sobre a morte e como ela destaca os comportamentos da sociedade em diferentes momentos e contextos históricos, é expressivo reportar-se à Teoria das Representações Sociais, formulada por Serge Moscovici (1978), sobre as dimensões das representações sociais, que envolvem a observação do comportamento, da comunicação e relações de aproximação ou distanciamento dos objetos ou fenômenos que compõem a realidade dos grupos.

Kovács (2021) destaca que uma imagem a ser associada a esses comportamentos, no período referente à Idade Média, é a do doente em seu leito de morte, acompanhado da família e amigos, expondo medos, desejos e fazendo reflexões acerca da vida. A pessoa era central, ativa em sua própria morte, que era considerada como uma fatalidade, parte da vida.

Reportando-se também a esse período, Santos (2009) destaca que era partilhada entre as pessoas uma visão do universo como uma junção entre o natural e a Lei Divina, na qual os preceitos da Igreja exerciam forte influência na forma que as pessoas morriam e mantinham esperanças para uma vida após a morte. Nesse sentido: “O fim da vida não era considerado sinônimo de morte física; mais do que isso, era vista como um sono e cabia à Igreja assegurar a ressurreição no retorno apocalíptico de Cristo” (SANTOS, 2009, p. 18).

A preocupação com o que viria após a morte – o medo do Juízo Final e da pesagem do que foi realizado em vida – delineou uma consciência de morte mais voltada a si mesmo, sendo denominada por Ariès (1977) como “Morte de Si mesmo”. A relação com a morte começou a ter o medo como elemento, com grande influência da introdução da ideia de julgamento. A religião cristã se faz central, vez que missas, orações e transmissão de bens à Igreja por meio de testamentos eram ritos que permitiam lidar com esses medos, garantindo redenção aos apegos terrenos. Caixões passam a ser usados para esconder o corpo, e túmulos são usados para demarcar o espaço do corpo morto.

Como formas de expressão coletiva desses elementos, Santos (2009) descreve que nos registros literários e pinturas a morte passa a ser representada como uma figura desfigurada, de horror, transmitindo a imagem de deterioração, muitas vezes expressa pela imagem de um esqueleto portando uma foice.

Ariès (1977) descreve que um processo de distanciamento em relação à morte se dá a partir dos avanços da indústria e das ciências naturais e médicas, e a atenção volta-se para a ruptura dos vínculos. Os funerais tornam-se mais simples, com a dor do luto sendo expressa com maior discrição. A medicina passa a influenciar a forma como a morte é percebida, por meio de seus estudos e, em contrapartida, se servindo do estudo dos cadáveres para desenvolver sua ciência. Corroborando Santos (2009) ao referir que a partir da ênfase dada à razão e ao intelecto, com o Iluminismo, há um declínio da visão religiosa, ascendendo o saber científico, desvencilhando da morte sua contemplação no âmbito do sagrado.

Destacando esse afastamento do ser humano em relação à morte, Kubler-ross (2017) indaga que toda a emancipação possibilitada ao homem pelo conhecimento científico, em vez de nos aproximar de melhores ferramentas para sustentar e preparar as nossas vivências com a morte, nos afastou deste fenômeno. É possível considerar que a negação da morte aumentou na mesma proporção dos avanços da ciência. Sobre a permanência da tendência à negação da morte, Santos (2009, p. 14) aponta que “nós tendemos a relegá-la para a periferia de nossas vidas, acreditando que se ela for colocada fora da nossa vista, também o será da nossa mente”.

Na obra de Ariès (1977), “A morte do outro”, demarca as representações que a morte assume no século XIX, revelando uma ambiguidade: embora percebida como uma morte romântica, bela, que oferecia a quem morre a promessa da eternidade, também passaram a ser incorporadas as ideias de ruptura, separação e perda de quem se ama para quem fica com a ausência de quem se foi.

Para demarcar a significativa inversão na forma como a morte passou a ser encarada, Ariès (1977) descreve a “morte invertida”, que passou a ser negada e ocultada; vista como vergonhosa, pois de fenômeno natural da vida passou a ser sinônimo de fracasso, imperícia e impotência. A necessidade que se apresenta é a de fazer com que a morte passe despercebida. A morte repentina, temida anteriormente, passa a ser a melhor forma de se morrer. A morte passa a ser interdita.

Conforme destaca Kovács (2021), o espaço de morrer também se altera; antes vivenciada no lar, agora ela é transferida para os hospitais, passando a ser também medicalizada, burocratizada, solitária e imperceptível. Diante da rotina controlada do ambiente hospitalar, os rituais de despedida deixam de acontecer. O luto também passa a ser tratado com silenciamento e repugnância.

Na morte interdita, a pessoa que morre não é mais central em seu morrer, ficando sujeita à tendência de lhe manterem alheia ao seu estado para evitar que emerja o sofrimento. Também fica exposta às tentativas obstinadas de prolongamento da vida, impedindo o processo natural de morrer.

A autora descreve que o modo de viver a partir do século XX tenta ignorar, escamotear a consciência de morte. Questiona se não seria, então, um retrocesso tentar apagar a morte de nossa realidade natural de existência, já que um dos principais fatores que nos diferencia dos animais é a consciência da própria finitude (KOVÁCS, 1992).

Articulando os aspectos do avanço técnico e científico ao âmbito psicológico, Kubler-ross (2017, p. 18) aponta que “o homem tem que se defender de vários modos contra o medo crescente da morte e contra a crescente incapacidade de prevê-la, e precaver-se contra ela”. É possível ponderar, assim, o desenvolvimento científico e tecnológico como meio de controle daqueles fenômenos que fogem ao domínio humano.

Fukumitsu (2018) sustenta que as significações do sentido de vida no século atual subordinam-se à produtividade e imediatismo, que limitam a experiência dos sujeitos. Em detrimento a um genuíno e singular sentido de ser e pertencer ao mundo, predomina a imagem de um indivíduo objetificado, descartável. Nesse sentido, Kovács (2018, p. 31) destaca: “[...]”

as mortes ocorrem de forma gradual em várias etapas. A tecnologia médica contemporânea é capaz de transformar o processo de morrer em longa e sofrida jornada”.

Todavia, ainda que disponha de meios para tentar controlar a morte, a ciência não é capaz de alcançar esse fenômeno em sua totalidade, conforme pontua Santos (2009). O autor expõe que, apesar da evolução da medicina, alguns fenômenos, como a experiência de quase morte, desafiam os modelos mecanicistas vigentes. E indaga, questionando explicações científicas:

São eles e outras vivências, como as de quase morte, meras fantasias de projeções psicológicas, de autossatisfação ou afirmação do ego ou pura e simplesmente o resultado de reações neurobioquímicas? Essas teorias conseguem dar conta de todos os fatos e de todas as anomalias? Os vários conceitos de vida após a morte têm alguma base na realidade? (SANTOS, 2009, p. 24).

Kovács (2021) expõe que em meados do século XX passa a ocorrer um processo de reumanização da morte. Termos como *humanização da morte*, *morte com dignidade* e *boa morte* ganham espaço, indo na contramão do processo de esvaziamento do sentido da morte e buscando a apropriação da mesma pela pessoa em seu final de vida. Sobre dignidade, pontua Kovács (2018), “está ligada a autonomia, sendo fundamental que o processo de morrer seja de propriedade do sujeito e não de outros”.

Como pilar do processo de reumanização da morte, pode-se citar o movimento dos cuidados paliativos, viabilizado pelas ideias, pesquisas e práticas consideradas revolucionárias de Elisabeth Kubler-ross e, sobretudo, Cicely Saunders. Em Cuidados Paliativos, quem está no centro do cuidado é o paciente – em todas as suas dimensões: física, psicológica, social e espiritual. Não se pretende eliminar todo o sofrimento, mas sim amenizá-lo enquanto vida houver. Kovács (2021, p. 83) complementa:

Na perspectiva dos cuidados paliativos, a morte não é mais vista como fracasso ou erro médico, e sim como decorrência da vida, consequência de um processo de adoecimento. A vida continua até o momento da morte, e cabe ao profissional buscar a melhor qualidade de vida possível, atendendo as demandas do paciente e favorecendo a morte com dignidade.

Para que se possa compreender a relevância dessas discussões no território brasileiro, Kovács (2021) esclarece que a filosofia dos cuidados paliativos ainda não foi aceita de forma consistente no Brasil por parte dos profissionais da área médica, que ainda têm sua prática centrada na instituição hospitalar. Conhecimento e prática em cuidados paliativos ainda são insuficientes no Brasil devido a fatores como: predominância de práticas voltadas à cura;

conflitos com interesses econômicos em procedimentos de alto custo (que não são utilizados em cuidados paliativos); obstáculos no acesso a opiáceos (importantes para o manejo da dor) por parte dos profissionais, conflitos em relação ao manejo e insegurança quanto à prática paliativa.

Sustentando o destaque necessário para religião e espiritualidade, no que se refere a finitude e morte, Pessini (2018) esclarece que a espiritualidade representa a busca do ser humano por sentidos e significados transcendentais da vida. A religião diz respeito a um conjunto de crenças, rituais, práticas e uma linguagem que são característicos de um grupo que está em busca de um significado transcendente para as questões da existência.

Considerando a religião como um caminho na busca pela espiritualidade, tem-se em consideração o que afirmam Pessini e Bertachini (2011, p. 29), ao pontuarem que importante para resgatar a pertinência da espiritualidade é distingui-la de religião, para uma “redescoberta da complexidade misteriosa da subjetividade humana”. Para os autores, as religiões configuram-se como uma das mais relevantes obras do ser humano e ocupam-se do divino, sagrado, espiritual, mas não são o espiritual.

Estes autores salientam que a espiritualidade cumpre importante função na busca do sentido para o sofrimento, algo que se perdeu em algumas sociedades com o passar do tempo. Sustenta que a dor e o sofrimento ficam sujeitos à medicalização e a técnica, destituídos de sua dimensão existencial. Nesse sentido, propõe o resgate da dimensão espiritual da existência:

Dignidade basicamente significa respeito à pessoa na sua integralidade do ser, bem como com seus valores de vida. Seria o esforço de preservar a própria identidade, mantendo-a conectada com tudo que tem sentido e valor em sua vida, mesmo diante da progressão da enfermidade, até o momento final (PESSINI E BERACHINI, 2018, p. 60).

Observando a implicação religiosa como estratégia de enfrentamento a diversos problemas da existência, Ferrari (2018) explicita as crenças transcendentais como uma forma de lidar e enfrentar questões relacionadas à saúde, adoecimento, envelhecimento e morte. A religião, nesse sentido, atua como uma maneira de dispor ao sujeito significados para a vida, além do plano terreno, na busca pelo sentido da vida e também da morte.

A autora citada sustenta que os saberes religiosos podem ser fonte de valores éticos e crenças, servindo como apoio a condutas e até mesmo como ferramenta educativa, considerando-se que estão contidos na identidade cultural de um povo. Defende como estratégia de suporte, tanto para pacientes como para a equipe hospitalar, a assistência religiosa prestada em hospitais.

Ferrari (2018) ressalta que tal grupo não apresenta como objetivo a conversão a uma ou outra doutrina religiosa, mas sim dedicar conforto espiritual dentro desse ambiente de contextos permeados pelo sofrimento, decisões difíceis e linguagem técnica. Aponta que em algumas situações o conhecimento técnico faz-se insuficiente e o amparo espiritual pode apresentar-se como uma necessidade.

A morte ser objeto de interesse do ser humano desde o princípio da humanidade reside no fato de que todos somos expostos a ela ao longo da vida – nas perdas vividas, por exemplo – e, sobretudo, de que todos morreremos. Consideramos, então, que enquanto um fenômeno da existência que nos tensiona a pensar e agir, esse tensionamento se apresenta de modo mais intenso e recorrente nas experiências cotidianas de quem atua na área da saúde. A terminalidade e a morte são elementos que permeiam as práticas dos e das profissionais de saúde, intimando-os não só a pensar, mas também a agir: assumir decisões, estabelecer relações e basear condutas.

2.2 A dimensão da morte na prática dos profissionais de saúde

“Não podemos nos esquecer que, assim como necessitamos de cuidados ao nascer, precisamos também de cuidados no momento de nos despedir da vida.”

(Léo Pessini¹)

O desenvolvimento da ciência e da tecnologia, sobretudo no ocidente, contribuiu com um declínio do olhar para a dimensão da finitude e da mortalidade, bem como para a desumanização do processo de morrer, conforme pontua Fukumitsu (2018). A morte transformou-se em tema aversivo, sendo cada vez mais afastado da cultura cotidiana e, assim, ocultando um conjunto de sentidos e representações a ela subjacentes, fundamentais para o enfrentamento da morte e do luto.

De acordo com Tonet (2013), na Era Moderna, a ascensão do capitalismo instaurou, além de todas as demais transformações na existência humana, profundas alterações na produção do conhecimento. O conhecimento científico torna-se ferramenta para atender a produção de riqueza material, promovendo modificações na natureza. Abandonando o

¹ PESSINI, 2018.

paradigma greco-medieval, as novas premissas articulavam como critérios de validade científica as necessidades de previsão e controle dos fenômenos.

Essa fase de rupturas na produção de conhecimento estabeleceu as bases do conhecimento científico tal como conhecemos hoje, pertencendo a esse movimento também as ciências naturais – assentadas primordialmente em uma perspectiva voltada a atender as necessidades materiais humanas, através de métodos de apreensão daquilo que possa ser submetido a mensuração e quantificação.

Tais colocações sustentam as aproximações que alguns autores pontuam entre a ascensão capitalista, o desenvolvimento científico e tecnológico, a produção do conhecimento e as práticas profissionais na área da saúde – de ênfase tecnicista, que pouco contribui para as vivências com a morte e finitude.

Santos e Hormanez (2013) relacionam a aquisição de poder e controle sobre a morte, destinada aos profissionais de saúde, à evolução científica e tecnológica, já que esta possibilitou antecipar ou prolongar o momento da morte de um paciente. Nesse sentido, explicita Kovács (2018, p. 31) que “a morte, fato natural da existência, passa a ser medicalizada, e nesse contexto o médico assume a responsabilidade pelo processo de morrer do paciente”.

Nesse cenário de medicalização e tentativa de controle da morte, Kubler-ross (2017, p. 13) indaga se a ênfase no cientificismo e na tecnologia não estaria a serviço de uma tentativa de afastamento das próprias limitações, impotência e mortalidade:

O fato de nos concentrarmos em equipamentos e em pressão sanguínea não será uma tentativa desesperada de rejeitar a morte iminente, tão apavorante e incômoda, que nos faz concentrar nossas ações em máquinas, já que elas estão menos próximas de nós do que o rosto amargurado de outro ser humano a nos lembrar, uma vez mais, nossa falta de onipotência, nossas limitações, nossas falhas e por último, e não menos importante, nossa própria mortalidade?

Refletindo sobre os espaços onde esse controle é exercido, Pessini (2002) nos chama a atenção para a centralidade que a instituição hospitalar assume nos dias de hoje, sendo passagem de todas as fases da vida humana, do nascer ao morrer. Nesse espaço, que representa a possibilidade de preservação da vida, onde também a dor e o sofrimento se fazem presentes, as pessoas são instigadas seja quanto à sua humanidade, seja por sua posição como profissional de saúde. Nesse cenário, as dores e doenças sem possibilidade de cura tornam-se um dos desafios mais críticos no cuidado à vida.

Conforme cita Nucci (2018), quando olhamos para o contexto da saúde, deparamo-nos com a dificuldade das equipes multiprofissionais em lidarem com a morte e diagnósticos

desfavoráveis. Ao discorrer sobre a relação entre os profissionais de saúde e a morte em seu cotidiano, Kovács (2021, p. 176) afirma:

A diferença básica entre as pessoas em geral e os profissionais da área de saúde [...] é que na vida destes, a morte faz parte do cotidiano e pode se tornar sua companheira de trabalho diária. Toda doença é uma ameaça à vida e, portanto, pode aparecer como um aceno à morte.

Como consequência de concepções fragmentadas (ou negacionistas) das significações subjetivas da morte, Santos e Hormanez (2013) destacam o âmbito da experiência de cuidado pelo paciente em processo de morte. O desenvolvimento científico e tecnológico contribuiu para o controle adquirido pelos profissionais de saúde sobre os processos de vida e morte dos pacientes, de modo que, levados por suas convicções, contribuem para que se estabeleça, muitas vezes, um processo de obstinação terapêutica.

Para Fukumitsu (2018), a morte revela a impotência humana sobre o fim da existência, o que é negado pela atual concepção mecanicista da vida, que delega à ciência e à tecnologia o poder de controlar e explicar a dimensão orgânica do homem. Amparadas nessa perspectiva do que é vida e estar vivo, são delineadas também as representações subjetivas de o que é a morte e o morrer; e o defrontamento com essa dimensão da vida humana se torna mais difícil.

É necessária uma retomada de aspectos da existência humana que possibilite também a ressignificação da morte. Nucci (2018, p. 66) fala de seu “[...] privilégio de entender que a morte é vivida, assim como a cotidianidade da vida, na singularidade, na dimensão tão própria de cada alma”. Essa ressignificação seria, então, capaz de contribuir para a reestruturação das práticas na área de saúde, no que diz respeito às vivências com a morte, na medida em que a condição finita da vida humana fosse integrada em todos os seus aspectos.

Nucci (2018) destaca a possibilidade de pensar na integração das emoções nesses contextos e pondera que isso não significa a defesa de que o profissional deva envolver-se afetivamente com o paciente a ponto de prejudicar seu trabalho. Revela, contudo, que desconsiderar as dimensões subjetivas pertencentes a esse fenômeno pode significar a repressão ou a perda da humanidade, trazendo impactos negativos para as relações que se estabelecem entre profissional e paciente.

Considerando a morte em toda sua dimensão representacional, composta por elementos sociais, culturais, psicológicos e históricos, é válido agregar a citação literária de João Cabral de Melo Neto (2003, p. 85), ao explicitar a morte em seu aspecto humano, complexo, social e universal:

E se somos Severinos
Iguais em tudo na vida
Morremos de morte igual,
Mesma morte Severina:
Que é a morte de que se morre
De velhice antes dos trinta
De emboscada antes dos vinte,
De fome um pouco por dia
(de fraqueza e de doença
É que a morte Severina
Ataca em qualquer idade,
E até gente não nascida) (NETO, 2003, p. 85).

Pessini (2002) salienta que a dor e o sofrimento humanos não podem ser cuidados apenas em uma perspectiva técnica, pois precisam ser considerados de forma integrada: física, psíquica, social e espiritualmente. O sofrimento demanda respeito e empatia, em uma atitude que reúna competências técnico-científicas e práticas humanizadas.

Estudos sobre as representações sociais de morte para profissionais de saúde indicam que essas pessoas recorrem à dimensão espiritual para lidar com esse fenômeno. Dornfeld (2018) menciona algumas dificuldades apresentadas pelos profissionais – lidar com a morte de pacientes jovens, mortes súbitas e de pessoas com quem tenham maior vínculo – e se refere a impotência, incapacidade, frustração e desespero como sentimentos suscitados. Identifica em seus entrevistados sinais da falta de um preparo consistente em torno da temática da morte no cotidiano profissional.

Diante de tal cenário profissional, refere que os profissionais de saúde dispõem de estratégias relacionadas a espiritualidade e transcendência para lidar com situações relativas à morte. Esclarece que espiritualidade e religiosidade atuam como suporte no manejo das demandas psíquicas, do desgaste físico e das dificuldades diante da terminalidade, principalmente diante da falta de preparo para a convivência com os processos de morte.

De modo semelhante, Fernandes (2017) aponta que a espiritualidade e a religiosidade favorecem a busca pelo sentido para a terminalidade, a tentativa de uma melhor convivência com esse fenômeno na realidade e auxiliam no processo de autossuperação diante dos desafios que emergem da convivência com a finitude. Destaca que o processo de buscar e atribuir sentido para as experiências vividas favorece a elaboração de sentimentos decorrentes da prática profissional diante da morte e do morrer.

Nesse sentido, os saberes espirituais e religiosos constituem recursos para explicar e lidar com tal fenômeno, diante de uma prática que convoca estes e estas profissionais, a todo o tempo, a pensar e estabelecer condutas perante a finitude e a morte. As reflexões religiosas,

elaboradas e partilhadas coletivamente, se expressam no processo de familiarização com a terminalidade, sustentando a importância dada à dimensão espiritual pelo movimento dos cuidados paliativos.

Pessini e Bertachini (2011) expõem que as religiões buscam responder às indagações básicas dos seres humanos e defendem que

Mesmo quem rejeita as religiões deve levá-las a sério, como realidade social e existencial básica. Elas tem a ver com o sentido e o não sentido da vida, com a liberdade e a escravidão das pessoas, com a justiça e a opressão dos povos, com a guerra e a paz na história e no presente, com a doença, o sofrimento e a saúde das pessoas (PESSINI, 2011, p. 26).

Trazendo para a discussão a experiência do cuidado, Santos (2010) salienta que o cuidar se configura como um dos fundamentos da natureza, que pode estar relacionado à própria manutenção da vida. Pondera que no bojo da experiência do cuidar está a sua relação com o sagrado, o transcendente, isto é, a espiritualidade. O cuidar altruísta sempre foi um elemento propagado pelas mais diversas tradições religiosas e civilizações: “O ensino budista da compaixão e o mandamento cristão da caridade são exemplos eloquentes disso” (SANTOS, 2010, p. 489).

Tal autor demonstra que centros de cura e tratamento eram também lugares religiosos em muitos períodos da história no Oriente e no Ocidente. Rememora o Templo de Asclépio (deus da medicina, cuidador e curador), na Grécia antiga, explicitando que os primeiros locais de tratamento e cuidado às pessoas eram templos religiosos. No Templo de Asclépio, as pessoas com alguma doença passavam a noite e, pela manhã, tinham seus sonhos interpretados pelos sacerdotes de Asclépio. A partir das interpretações, eram delineados tratamentos baseados em vegetais frescos, fitoterápicos, ópio, massagens entre outros.

De acordo com Hall (1994), os primeiros templos onde se cultuava o deus Asclépio foram construídos em Epidouro, na Grécia, difundindo-se para várias partes do mundo antigo. O autor salienta que era realizada uma utilização institucionalizada da interpretação dos sonhos, com vistas ao cuidado e tratamento das pessoas enfermas. Os gregos acreditavam que, ao dormir num dos templos de Asclépio, deuses enviavam sonhos que diagnosticavam doenças, indicando o tratamento. Há evidências de muitas curas, demonstradas por oferendas de agradecimento nos templos.

Esses locais posteriormente se tornaram hospitais e escolas médicas. Observa-se na Grécia antiga, a partir da medicina hipocrática, a sistematização do cuidar baseado em observação empírica. Santos (2010) enfatiza que o cuidar na área da saúde por quase 2000 anos

permaneceu associado a práticas religiosas ou espirituais. Desse modo, é possível indagar a respeito da pertinência da espiritualidade e religiosidade nas práticas em saúde, visto que demonstram se constituírem em sistemas que servem como recursos para o exercício do cuidar e para tecer explicações acerca da morte e do morrer.

2.3 A vida por alguns fios (e máquinas): o ambiente de terapia intensiva

Os avanços conquistados pela ciência médica possibilitaram o prolongamento da vida: para algumas doenças, curas foram alcançadas; para outras, foi adquirida a possibilidade de se conviver, preservando a qualidade de vida. No caso de pacientes fora de possibilidades de cura, não se observa, contudo, a mesma dedicação para lhes promover qualidade de vida como se investe em lhes prolongar a vida e eliminar sintomas. Salieta Kovács (2021) que, investindo no prolongamento da vida a todo custo, pode-se chegar à obstinação terapêutica, que é uma das formas de provocar mortes indignas.

Pessini (2018) associa a ênfase dada à analgesia ao momento cultural sócio-histórico em que vivemos, em que a fuga da dor é a atitude demandada, o caminho que se espera. E aprofunda essa reflexão:

À medida que a dor e a morte são absorvidas pelas instituições de saúde, a capacidade de enfrentar a dor, de inseri-la no ser e de vivê-la é retirada do paciente. Ao ser tratada por drogas, a dor é vista medicamente como uma disfunção nos circuitos fisiológicos, sendo despojada de sua dimensão existencial subjetiva (PESSINI, 2018, p. 53).

De acordo com Menezes (2006), em termos de assistência à saúde, à doença e à morte, na sociedade ocidental, o hospital ocupa um lugar de centralidade. A autora atribui ao CTI grande importância no funcionamento da instituição hospitalar, onde se concentram recursos tecnológicos e equipe altamente especializada voltados às demandas de pacientes críticos ou em situação limite.

Diante disso, a escolha do CTI como campo empírico desta pesquisa se faz contundente, já que pode ser considerado, conforme refere Menezes (2006, p. 98) como o âmbito de atuação em saúde que expõe o profissional a significativos dilemas bioéticos, pois “O processo de tomada de decisões médicas relativas à vida e à morte dos pacientes de CTI revela-se de extrema complexidade”.

No ambiente de terapia intensiva, busca-se promover condições ideais para amparar o tratamento e os procedimentos necessários, pois é primordial o controle de variáveis que

possam interferir nos quadros clínicos dos pacientes que ali se encontram. Por isso, prevê disciplina e sistematicidade das rotinas: o ambiente é fechado, sob baixas temperaturas e controle de iluminação (COMBINATO, 2005).

Ainda caracterizando o ambiente de terapia intensiva, Menezes (2006) o define como local difícil e solitário, que isola quem ali está, seja o paciente ou a equipe que o assiste; pressupõe vigília e controle constante dos parâmetros fisiológicos do doente; contribui para um processo de esvaziamento das individualidades das pessoas que ali se encontram – diante de tantas regras e protocolos.

A autora destaca a tecnologia como crucial, ao regular a vida, a morte e a prática dos profissionais na terapia intensiva. Muitas vezes, é aos aparelhos e máquinas que se atém o olhar dos profissionais, em detrimento do ser humano a quem os fios, tubos e sondas estão conectados. Pode-se ponderar esse comportamento como uma tendência ao afastamento (do profissional em relação ao paciente), no que se refere a complexidade e delicadeza de se lidar com o limiar da vida nesses contextos.

Em estudo sobre a presença da espiritualidade como recurso para pacientes e seus familiares mediante a internação no CTI, Vale e Libero (2017) destacam que tal experiência necessariamente expõe quem participa dela à angústia da morte. Citam que nas visitas, observa-se ser comum os familiares levarem objetos e imagens de ordem religiosa visando o fortalecimento e a proteção da pessoa internada, assim como amenizar o sofrimento que a internação nesse ambiente provoca. As autoras defendem que as angústias que emergem diante da morte podem ser amenizadas com a prática da espiritualidade, assumindo-a assim como um recurso diante da ideia da finitude humana.

Trazendo para o contexto de limiar entre vida e morte, a bioética, ela pode ser compreendida, conforme explicita Kovács (2021, p. 135), como um conjunto de orientações que “estimulam ampla reflexão e diálogo, facilitando o exercício da autonomia – tão importante na vida do ser humano –, que pode ser sequestrada em pessoas enfermas”. A bioética possibilita que o ser humano seja olhado em suas dimensões física, psíquica, social e espiritual.

A autora explica que a tecnologia médica pode favorecer a falta de limites quanto aos investimentos para salvar uma vida (envolvendo procedimentos invasivos), promovendo um prolongamento do processo de morte com sofrimento e, conseqüentemente, instalando-se a distanásia. Esse processo é facilitado pelo não cumprimento dos princípios bioéticos, quando a autonomia do paciente é ignorada.

Menezes (2006) sustenta que a atuação no CTI é desgastante tanto na dimensão física como emocional, especialmente quando todo o poder conferido pelos aparelhos,

monitoramento, controle e assepsia não são suficientes, e o objetivo de manter a vida não pode ser cumprido. Nesse sentido, corrobora Combinato (2005) ao mencionar que quando a batalha contra a adversária – a morte – é perdida, os profissionais sentem-se derrotados, impotentes, fracassados.

Diante da complexidade do manejo de situações nas quais a terminalidade humana se impõe à vida e ao aparato médico-científico disponível, é possível ponderar sobre a necessidade de investigar como se dá a interação entre profissionais de saúde com a morte. A partir das discussões elencadas neste capítulo, as significações atribuídas à morte e ao morrer denotam ser centrais para que se compreenda como tais sujeitos lidam com este fenômeno e com os elementos que o permeiam.

Assumindo as representações sociais, conforme descrito por Moscovici (2010), como ideias e elaborações constituídas e partilhadas coletivamente, por meio da comunicação e interação, que permitem compreender como os sujeitos significam a sua realidade, como atuam sobre ela e como se relacionam com os objetos que se apresentam, é possível investigar os processos pelos quais o grupo estudado representa o fenômeno da morte.

O estudo dos processos representacionais acerca da morte, manifestos pelos profissionais de saúde, possibilita esclarecer elementos que permeiam essas RS. Para Moscovici (2010), representar é uma necessidade do ser humano, para que possa se familiarizar com objetos estranhos, e nesse processo é possível assumir as RS como um sistema que orienta as maneiras como um grupo se relaciona e atua na realidade.

2.4 A interação dos profissionais de saúde com o fenômeno da morte: delineando Representações Sociais

A ciência expressa as tentativas das pessoas de explicar racionalmente a natureza; de buscar compreensão do mundo e de si mesmo. Conforme explicitam Andery *et al.* (1996, p. 13):

[...] é possível identificar a constante tentativa do homem para compreender o mundo e a si mesmo; é possível identificar, também, como marca comum aos diferentes momentos do processo de construção do conhecimento científico, a inter-relação entre as necessidades humanas e o conhecimento produzido: ao mesmo tempo em que atuam como geradoras de idéias e explicações, as necessidades humanas vão se transformando a partir, entre outros fatores, do conhecimento produzido.

Do mesmo modo como os estudos sobre morte e finitude não podem ter como base apenas a perspectiva positivista herdada da Ciência Moderna, à Teoria das Representações Sociais não coube investigar e compreender os fenômenos de forma mecanicista e reducionista. Ao compreender as RS de morte para profissionais de saúde, é possível que se compreendam também os processos que a compõem, as funções dessas representações e como essas ideias circulam nos grupos que a partilham a partir dos saberes do senso comum.

Embora tais profissionais se constituam com um significativo volume de saberes formulados cientificamente, é possível tomar as RS como um sistema que tem em seu bojo os saberes do senso comum, que orientam as práticas profissionais no que diz respeito ao fenômeno da morte, mediando a relação sujeito/objeto presente na interação entre profissionais de saúde e as vivências com a morte.

Visando elucidar tal questão, nesta sessão delinearemos essa relação a partir de produções que investigaram as representações sociais da morte na interface das práticas dos profissionais de saúde. Como principais sistemas que atuam na formação das RS de morte para profissionais de saúde, é possível destacar nos achados a religiosidade, a espiritualidade e o modelo de formação acadêmica no campo da saúde, conforme se explicita a seguir.

Em estudo das representações sociais da morte dos profissionais de saúde que atendem mulheres no período gravídico-puerperal, Oba, Tavares e Oliveira (2002) concluíram que os participantes do estudo, predominantemente, concebem a morte como “terrível”, difícil de ser aceita. Denota ser percebida também como um conflito diante da finalidade de sua profissão, o que os faz tentar encontrar falhas nos procedimentos que possam justificar a morte.

As autoras destacam alguns sentimentos associados, como insegurança, incapacidade, constrangimento, culpa, angústia, sofrimento e dor. Também citam a ênfase no profissionalismo e a técnica. Ainda, identificaram que prevalecem no exercício de relações impessoais o isolamento afetivo e a fragmentação das experiências, bem como a prevalência do olhar para morte apenas em sua esfera orgânica e técnica.

Borges e Mendes (2012), em seu estudo das representações sobre a morte e o processo de morrer para profissionais que prestam assistência a pacientes fora de possibilidades terapêuticas, identificaram representações sociais sobre a morte e o morrer constituídas a partir do modelo de formação profissional e de aspectos individuais dos participantes. As autoras pontuam que a atitude defensiva diante da morte se expressa na prática profissional, com destaque a um enfoque fragmentado e tecnicista pautado pelo modelo biomédico, prevalecendo o olhar para a cura e a doença em detrimento do cuidado da pessoa doente.

Expõem que os alunos, durante a graduação, são orientados para a prevenção, cura e salvamento de vidas, num contexto em que a assistência técnica prevalece enquanto forma de cuidado. Referem que na academia raramente ocorre a criação de oportunidades para reflexão sobre a perda de pacientes, não sendo permitida a identificação de reações emocionais e sentimentos próprios dos pacientes e familiares destes. Pontuam que o resultado é a emergência do sentimento de fracasso e o favorecimento da instalação de doenças ocupacionais.

Góis *et al.* (2018), em seu estudo acerca do olhar da enfermagem sobre a morte e morrer de pacientes com HIV, identificaram que, inseridos no modelo biomédico, voltado à cura, diante do fenômeno da morte, os profissionais de saúde achavam-se impotentes e falhos nos recursos ofertados aos pacientes quando da morte destes. Apuraram que, diante da perda, os profissionais denotam sentimento de impotência, fracasso, tristeza e sensação de terem sido insuficientes em seu compromisso profissional de salvar a vida do paciente.

Abrão *et al.* (2013) realizaram estudo acerca das representações sociais de enfermeiros sobre a religiosidade ao cuidar de pacientes em processo de morte em uma Unidade de Terapia Intensiva e Oncologia. Apuraram a presença de significativa influência da religiosidade nas RS dos enfermeiros acerca do processo de morte dos pacientes, desvelando a atuação do divino e do místico na constituição das RS e das práticas profissionais. Nesse sentido, verificaram as influências socioculturais e religiosas no que tange ao fim do corpo, alma e espírito.

As autoras observaram ainda a vinculação das representações de morte aos conceitos e concepções biológicas, baseados em critérios fisiológicos e com referência nos protocolos hospitalares, excluindo assim do fenômeno da morte seus fatores sociais, culturais e psicológicos, bem como seu caráter de fase do ciclo vital.

Emparelham essas concepções à ênfase fisiológica ofertada na academia, contemplando currículos essencialmente técnicos em detrimento da valorização dos aspectos psicossociais. Elencaram também a associação entre dificuldade em lidar com os processos de morte à falta de preparo para tal, e nesse sentido salientam a necessidade de estudos sobre a tanatologia.

Um outro achado deste estudo foi a representação de alívio, em alguns casos, dos enfermeiros em relação à morte de pacientes; um alívio do sofrimento, tanto para paciente e familiares quanto para enfermeiros. Identificaram a expressão de sentimentos positivos, como calma e tranquilidade, afirmando que são possibilitados pela elaboração de mecanismos de enfrentamento, em que se destacam os religiosos, sendo estes então elementos estruturantes das práticas desses profissionais no que se refere aos processos de morte e morrer.

Por outro lado, constataram também a experimentação de reações como sofrimento, frustração e impotência. As autoras defendem que esses sentimentos apontam para a concepção

de morte como tabu e defendem que a religiosidade assume importante função no enfrentamento da morte pelos profissionais.

Outro estudo que investigou a religiosidade como estruturante das RS de morte é o realizado por Nascimento e Roazzi (2007), sobre a estrutura da representação social da morte na interface com as religiosidades em equipes multiprofissionais de saúde. Identificaram substancial interferência das crenças religiosas na estruturação da RS de morte dos participantes. De forma mais específica, estes autores compararam as representações de morte mediante três religiões distintas, sendo elas: católica, protestante e espírita.

Apuraram uma aproximação entre as RS de morte e as questões relacionadas à vida após a morte, que se distinguem em cada uma dessas religiões. Os participantes de orientação espírita denotam representar a morte de forma mais leve e menos ansiogênica. Católicos se aproximam mais da categoria “abstrata”, demonstrando conforto na crença e no poder protetor da Igreja. Os protestantes se aproximam das categorias “mistério” e “macabra”, denotando maior angústia e modelização mais medonha da morte.

Em investigação das representações sociais de morte para equipes de Centros de Terapia Intensiva, Faria (2014) explicita a morte significada, no prisma profissional, como ausência de sinais vitais e morte encefálica, interrompendo a vida orgânica; pela perspectiva pessoal, significam como uma passagem da vida terrena para uma vida espiritual. Também foram demonstradas em seu estudo as compreensões de morte natural – aquela que ocorre com pacientes idosos, com maior debilidade da saúde e/ou sujeitos em longa internação no CTI – e de morte não natural – aquela que acomete crianças e jovens.

Essa autora descreve a manifestação de alguns participantes, de que só no momento da entrevista se puseram a refletir sobre a morte, demonstrando a falta de espaços para a expressão daquilo que se pensa e sente sobre a morte e a terminalidade. Quanto à formação acadêmica destes profissionais, verificou a insuficiência ou ausência de abordagens em relação a morte. O contato com a finitude humana, assim, se dá apenas a partir das práticas.

Destaca que apresentam a experiência de um sentimento velado, ligado ao esgotamento, irritabilidade, sentimento de impotência e frustração, relacionados aos processos de luta contra a morte, comum nos CTIs. Refere que as experiências profissionais neste ambiente, com a morte dos pacientes, fazem emergir a reflexão sobre a própria finitude e de pessoas próximas a si.

Nesse sentido, pontua a influência da convivência com as demandas do CTI na vida pessoal dos participantes, que buscam equilibrar o trabalho e a vida pessoal tentando se desligar desse ambiente quando não estão lá, pois há dificuldade de desvincular-se do cotidiano

profissional no dia a dia. Cita consequências emocionais e psicológicas que perpassam as vidas desses profissionais para além do ambiente hospitalar: sentimentos como tristeza, angústia e aflição, desgaste emocional, depressão, esgotamento e irritabilidade.

A respeito de representações mais voltadas a fatores fisiológicos, o estudo de Kurtz (2012), sobre representações sociais da doação de órgãos na saúde, identificou a divergência entre a morte representada como parada cardiorrespiratória e como morte encefálica. A autora sustenta que tal divergência é geradora de conflitos, pois permeia condutas da equipe no que tange à doação de órgãos. Esta tem como condição um diagnóstico de morte encefálica, que implica a manutenção de medidas de suporte vital para que o transplante possa ser realizado. Identificou, assim, que para aqueles profissionais, apesar de o diagnóstico de morte encefálica ser, na prática técnica, validado como morte, a morte era concebida, na realidade, como a parada dos batimentos cardíacos, entendendo-se o potencial doador (mantido pelos aparelhos) como alguém ainda com vida.

A autora pondera que, considerando que as aspirações dos profissionais médicos e enfermeiros se constituem em torno de restabelecer a saúde do paciente, trabalhar com a morte se faz complicado. Em seu estudo, fez-se clara a dor dos profissionais ao conversar sobre o processo de morrer – dor essa que se privam de manifestar. Descreve que, diante de tais dificuldades, lançam mão de artifícios para lidar com ela e destaca a analgesia do paciente como um deles. Nesse sentido, “ela parece servir para, além de retirar a sensibilidade, diminuir a dor do próprio profissional, com dificuldade, inclusive, de confrontar o paciente com seu fim” (KURTZ, 2012, p. 108).

Partindo da finalidade das RS, conforme descreve Moscovici (2010), de tornar familiar o não familiar, a partir dos resultados desses estudos, é possível ponderar acerca das dificuldades dos profissionais de saúde em familiarizar o objeto morte e reconhecê-lo para além de um evento biológico – e assim poder atuar em sua realidade profissional quando ela se apresenta.

Apontam para aspectos espirituais e religiosos como elementos constituintes da formação das RS de morte e remetem a uma reflexão sobre as formas como a terminalidade é abordada nos espaços onde se constitui a formação profissional das pessoas da área da saúde. Nesse sentido, deparamo-nos com saberes que participam da constituição das RS de morte para profissionais de saúde, que serão delineadas a partir da TRS no próximo capítulo.

3 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E OS SABERES QUE PERMEIAM A MORTE COMO OBJETO

Considerando a interação entre sujeito e objeto descrita pela Teoria das Representações Sociais, depreende-se que essa teoria visa investigar de forma integral os processos pelos quais os sujeitos interagem com os objetos, os fenômenos que compõem a vida social e o que resulta dessas interações. De acordo com Boeing e Machado (2021), mais importante que ter pertinência para o pesquisador, o objeto de Representação Social a ser investigado tem de ser relevante para o grupo estudado, de modo que as interações sociais e históricas dessa relação sujeito-objeto de RS sejam evidenciadas.

Posto isso, compreende-se a relevância da investigação das RS de morte para profissionais de saúde atuantes em ambientes de terapia intensiva, visto que ela se constitui como elemento inerente ao cotidiano deste grupo, podendo ser considerada um objeto intrínseco a tal prática. A morte e o morrer, mediante sua complexidade enquanto objeto de estudo, requerem um caminho de investigação que rompa com explicações amparadas unicamente pelo saber científico.

A relação que vem se delineando entre a morte e aqueles que com ela convivem cotidianamente aponta para a necessidade de uma investigação de tal fenômeno que possa compreendê-lo como produto de um conhecimento social e culturalmente partilhado, cabendo, assim, à Teoria das Representações Sociais fornecer caminhos para tal neste estudo.

3.1 A Teoria das Representações Sociais

O conceito de representação social foi desenvolvido por Moscovici (2010) a partir de seu estudo pioneiro das maneiras pelas quais a psicanálise penetrou o pensamento popular francês. Esse trabalho foi descrito em sua obra *La psychanalyse: Son image et son public*, que foi publicada pela primeira vez na França, em 1961. No Brasil, a primeira publicação se deu em 1976.

Seu trabalho sobre representações sociais situa-se num contexto amplo, da construção de uma abordagem teórica da psicologia social, que, para Moscovici (2010), deve voltar-se para o estudo das formas pelas quais as pessoas partilham conhecimento e o que está subjacente a esses processos; para como as ideias ganham materialidade e tornam-se práticas sociais e culturais.

Assim, entende-se que representações sociais, de acordo com Moscovici (2010), são as elaborações construídas e partilhadas coletivamente, que se movimentam na vida social por meio da interação e comunicação entre os sujeitos; constituídas seja nas diferenças ou identificações sociais, seja nas transformações, rupturas ou conservação de hábitos, crenças, comportamentos e pensamentos socialmente partilhados.

A partir de seus estudos acerca da assimilação dos conceitos psicanalíticos pela sociedade francesa, Moscovici (2010) depreendeu a necessidade de buscar conhecimentos que pudessem explicar os fenômenos psíquicos, assumindo o caráter social ou simbólico das representações – propondo, assim, uma valorização do senso comum.

Moscovici recusou dualismos entre mundo interno e externo ao sujeito, concebendo a TRS como uma teoria da Psicologia, com contribuições da História, Antropologia e Sociologia. Assim, destacam Trindade, Santos e Almeida (2014, p. 140): “Consideramos que não há uma ruptura dada entre universo exterior e interior do indivíduo, que o sujeito e o objeto não são fundamentalmente heterogêneos em seu campo comum”.

Demarcando a importância da superação da dicotomia sujeito-objeto, Abric (1998, p. 27) sugere que não existe, à priori, uma realidade objetiva, pois toda realidade é representada, isto é, ela é “reapropriada pelo indivíduo ou pelo grupo, reconstruída no seu sistema cognitivo, integrada no seu sistema de valores, dependente de sua história e do contexto social e ideológico que o cerca”.

Evidenciando o espaço ocupado pelas representações em uma sociedade, onde as formas de conhecimento pressupõem uma divisão da realidade, Moscovici (2010) explicita duas dimensões, as quais expressam modos diferentes de se reconhecer e atuar na realidade. São elas: *Universo Consensual* e *Universo Reificado*. Tais construções descrevem como os sujeitos explicam, interagem e operam na realidade a partir de duas dimensões distintas.

O universo reificado abrange o saber científico, dimensão onde prevalece a evidência empírica e o pensamento lógico, em busca de uma precisão e regulação da realidade por meio de sistemas preestabelecidos, sólidos, invariáveis e indiferentes à individualidade. Em contraste, o universo consensual corresponde a uma dimensão na qual a sociedade é uma criação contínua, acompanhada de sentido, finalidade; nela é significativa uma consciência coletiva, “explicando os objetos e acontecimentos de tal modo que eles se tornam acessíveis a qualquer um e coincidem com nossos interesses imediatos” (MOSCOVICI, 2010, p. 52). Nessa perspectiva, podemos referir as compreensões pautadas pelas representações sociais.

Cabe destacar tal construção descrita pela TRS – que expressa duas perspectivas diferentes no que tange a apreensão e explicação da realidade e, assim, dos fenômenos – como

significativo elemento na discussão sobre a constituição das representações de morte. Delineamentos de diferentes concepções de realidade, diferentes formas de conhecimento, considera-se, nesse sentido, o caráter imprevisível e complexo da morte enquanto objeto de investigação e, portanto, escapável a uma perspectiva puramente reificada.

Desse modo, conforme explicitam Trindade, Santos e Almeida (2014), a Teoria das Representações Sociais busca explicitar como a realidade é constituída pelas pessoas e os caminhos percorridos para a apreensão de dado objeto, permitindo a investigação e compreensão de como se dá a significação do real pelo sujeito. Ainda nesse sentido:

As RS, entendidas como uma forma de conhecimento de senso comum e socialmente partilhado, têm em seu bojo a ideia de um conhecimento construído por um sujeito ativo em íntima interação com um objeto culturalmente construído, que revela as marcas tanto do sujeito como do objeto, ambos inscritos social e historicamente (TRINDADE; SANTOS; ALMEIDA, 2014, p. 135).

O próprio conceito de representações assume um caráter dinâmico: refere-se tanto ao processo de elaboração das representações quanto às estruturas de conhecimento, que se estabelecem nessa operação. As mesmas operações que constroem um objeto também são constitutivas do sujeito.

Os conceitos concernentes à TRS visam explicitar os “processos requeridos para a construção do conhecimento, quando a representação de um objeto por um sujeito se produz em uma relação dialética, tão estreita entre ambos, que sujeito e objeto se fundem e se transformam” (TRINDADE; SANTOS; ALMEIDA, 2014, p. 135).

Considerando essa interação entre sujeito e objeto – que é produtora e produto da realidade – descrita pela Teoria das Representações Sociais, depreende-se que essa teoria busca compreender a forma como os sujeitos interagem com os objetos, os fenômenos que compõem a vida social e cultural e o que resulta dessas interações.

Moscovici (1978) esclarece que “representações sociais” não se trata de um conceito que considera os grupos de maneira estática, enquanto selecionam e operam informações, mas sim estes são considerados na medida em que criam, interagem, comunicam-se, variam suas ideias e se transformam.

Desse modo, o autor salienta que as RS não são meras reproduções, nem se constituem num conceito raso, pois implicam transformação de ideias e práticas, modificações subjetivas e posição ativa do sujeito perante o objeto. E descreve:

As representações sociais são conjuntos dinâmicos, seu *status* é de uma produção de comportamentos, e de relações com o meio ambiente, de uma ação de modifica aqueles e estas, e não de uma *reprodução* desses comportamentos ou dessas relações, de uma relação a um dado estímulo exterior (MOSCOVICI, 1978, p. 50, grifo do autor).

A forma como as pessoas representam esses objetos e fenômenos é dependente de diversas variáveis. Abric (1998) descreve a representação como uma organização significativa dependente tanto de circunstâncias mais imediatas ao sujeito (natureza, limites e finalidade da situação, contexto direto) como de fatores mais amplos (contexto social e lugar do indivíduo no coletivo, história do indivíduo e do grupo, sistemas de valores entre outros).

Nessa perspectiva, as representações que constituímos sobre determinado objeto não se referem a um mero reflexo da realidade, mas a um sistema (constituído por diversos fatores) que direciona os processos pelos quais apreendemos a realidade, como organizamos nossas práticas e comportamentos e como interpretamos os fenômenos que nos rodeiam.

Moscovici (2010, p. 21) aponta que uma Representação Social é estrutura e processo, por meio dos quais algo não familiar possa se tornar familiar, não sendo apenas meio para compreensão de um objeto específico, “mas também uma forma em que o sujeito (indivíduo ou grupo) adquire uma capacidade de definição, uma função de identidade”.

Dois mecanismos permitem que algo não familiar se torne familiar e, assim, se forme uma representação: a *ancoragem* e a *objetivação*. Ao ancorar, buscamos classificar e dar nome a uma nova ideia. Ao entrar em contato com tal ideia, por ser estranha, buscamos aproximá-la, de forma coerente, ao nosso sistema particular de categorias, ou seja, nós as classificamos de acordo com as ideias pré-existentes, familiares. A segunda parte do processo, a objetivação, pressupõe que a ideia ancorada ganhe materialidade, seja reproduzida e expressa no mundo físico. É a materialização de uma abstração que agora pode ser expressa por uma imagem.

É possível descrever duas funções para as representações sociais: convencionalizar pessoas, situações, objetos – na medida em que estes são categorizados ou identificados a partir de um modelo. Também possui função prescritiva, uma vez que nos são impostas elaborações e construções edificadas ao longo do tempo, em sucessivas gerações, exercendo certo controle sobre a realidade (MOSCOVICI, 2010).

Ao afirmar que nossas experiências são permeadas por convenções e condicionamentos impostos, Moscovici (2010, p. 35) salienta que:

Nós pensamos através de uma linguagem; nós organizamos nossos pensamentos de acordo com um sistema que está condicionado, tanto por nossas representações, como por nossa cultura. Nós vemos apenas o que as convenções subjacentes nos permitem

ver e nós permanecemos inconscientes dessas convenções (MOSCOVICI, 2010, p. 35).

A respeito do caráter prescritivo das representações sociais, afirma Moscovici (2010, p. 36, grifo do autor) que “elas se impõem sobre nós com uma força irresistível. Essa força é uma combinação de uma estrutura que está presente antes mesmo que nós comecemos a pensar e de uma tradição que decreta *o que* deve ser pensado”.

De modo semelhante, Abric (1998) descreveu quatro funções essenciais das Representações Sociais, quais sejam: 1) Função de saber – permitem a compreensão e explicação da realidade por meio de um sistema de saberes práticos do senso comum consoante ao funcionamento cognitivo e valores de um grupo; 2) Função Identitária – concede ao indivíduo um lugar dentro do campo social, que lhe possibilita uma identidade compatível ao grupo; 3) Função de orientação – o sistema de pré-decodificação da realidade constitui um guia para as condutas; 4) Função justificadora – permite que as condutas sejam explicadas e justificadas diante dos parceiros de seu grupo social.

Observa-se que a Teoria das Representações Sociais tem servido de sustentação para diversas investigações sobre como a morte é representada por profissionais de saúde. A TRS, buscando estudar as representações no âmbito dos processos psicossociais que a compõem e organizam, mostra-se substancial em investigações dessa natureza, vez que permite não só o reconhecimento dos processos que compõem as representações, mas busca compreender seus contextos, seus condicionantes, sua constituição e sua variação nos grupos sociais.

3.2 Tecendo diálogos sobre vida e morte no ensino em saúde

Para Carvalho e Ceccim (2006, p. 143), pelo prisma da Saúde Coletiva, “uma formação profissional em saúde não será adequada se não trabalhar pela implicação dos estudantes com seu objeto de trabalho”. Salientam que a coerência entre formação e as demandas esperadas da prática profissional e a garantia de acesso da sociedade à educação e à saúde são aspectos indispensáveis.

Entende-se, desse modo, ser substancial pensar um ensino no qual o que direciona o processo de aprendizagem são as necessidades, competências e dificuldades diante das contingências reais do campo prático. No contexto do ensino em saúde, o defrontamento com a morte e o morrer constitui-se um elemento da realidade e cotidiano da vida profissional.

No que confere aos cursos de formação na área da saúde, destacando Medicina e Enfermagem, Mortiz (2005) sustenta que os aspectos relacionados à morte são pouco ou nada apresentados, restringindo-se aos aspectos éticos e técnicos da morte e morrer, com significativa atenção aos processos de prolongamento e recuperação da vida. Problematisa o espaço dado aos processos de morrer, diante desses contextos: o foco na técnica não integra, por exemplo, o aspecto psicológico do paciente terminal, tornando o hospital um espaço que manifesta uma constante luta entre vida e morte.

Sartori e Battistel (2016) citam que falta espaço para que o acadêmico possa elaborar expectativas e receios diante da função profissional de cuidar do outro, considerando os aspectos técnico-científicos, preconizados na formação em saúde. As necessidades pessoais dos alunos não são levadas em conta, levando a sentimentos de desamparo, solidão ou desespero diante de situações de mais difícil elaboração.

Nos cursos de Enfermagem, Medicina e Terapia Ocupacional, estes autores identificaram a precária tratativa da temática nos programas das disciplinas. Discorrem que as universidades abordam essa temática superficialmente, com pouca abertura para que seja discutida a realidade prática e sem a integração dos aspectos emocionais, espirituais e sociais que possam compor as representações de morte.

Assim, enfatizam que, de modo geral, os/as estudantes encontram sozinhos/as a maneira com a qual vão lidar com a morte, nas experiências práticas, o que muitas vezes, acontece apenas após a finalização do curso, distante do espaço acadêmico. Na impossibilidade de integrar e refletir sobre os sentimentos suscitados ao lidar com a morte, podem desenvolver mecanismos de resistência, fuga e frieza.

Diante dessa perspectiva, Machado, Medeiros e Alvarenga (2015) citam a importância do estudo da tanatologia nos cursos de formação em saúde. Essa ciência interdisciplinar consiste no estudo dos eventos que compõem o processo de morte e morrer, apreciando seus aspectos biológicos e sociais, de modo que o processo de morrer possa também ser conduzido de forma integral e humanizada.

Ao defenderem que as universidades deveriam aprofundar a direção dos saberes no que concerne à morte, rompendo com as abordagens superficiais dessa temática, afirmam que

Assim, o estudo da tanatologia contribui de forma incisiva para que discentes do curso de enfermagem e futuros profissionais de saúde sintam-se seguros diante de pacientes à beira da morte, e não ignorem ou tratem o fato de forma leviana ou corriqueira (MACHADO; MEDEIROS; ALVARENGA, 2015, p. 3).

Averiguando as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, é possível observar que o curso preconiza competências e habilidades como atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. Evidencia-se uma lacuna quanto a instrumentos que incorporem melhor suporte pedagógico aos acadêmicos no que tange aos processos de morte (BRASIL, 2002 *apud* MACHADO; MEDEIROS; ALVARENGA, 2015).

Sobre isso, Santos, Corral-Mulato e Bueno (2014) sugerem a importância de que se faça um investimento pedagógico superando propostas educativas que preparem os estudantes para “enfrentar” a morte – prisma pelo qual o morrer é considerado algo a ser vencido, destituindo assim a morte como um aspecto da condição humana. Nesse sentido, a introdução de abordagens sobre a morte se faz necessária, permeando os conteúdos de diversas disciplinas.

Esses autores se referem à abordagem da morte deve transpor aulas expositivas e exposição de filmes sobre o tema; é necessário que se abra um real espaço de reflexão para que seja integrado às práticas técnicas, o sentido da morte e do morrer. Desse modo torna-se possível o cuidado respeitoso e integral de pacientes que venham a estar sob os cuidados de profissionais nos contextos de tratamento de suas doenças.

Para demonstrar tal possibilidade, vale fazer alusão à disciplina optativa criada pela psicóloga brasileira Maria Julia Kovács (1992, p. 238), “Psicologia da Morte”, no curso de Psicologia da USP, do qual é docente. A autora salienta que, dado o conteúdo da disciplina, as estratégias envolvem uma facilitação para o envolvimento de “matizes emocionais”, nos quais, pela relação professor-aluno, os acadêmicos são constantemente chamados a se engajarem nos temas.

A autora citada explica que, para abordar os temas e atingir os objetivos propostos, se vale de diferentes estratégias, como aulas expositivas, discussões em pequenos grupos, dramatizações, *role-playing*², análises de filmes, livros e peças de teatro; e cita Bleger (1980 *apud* KOVÁCS, 1992, p. 238) ao expor que “a aprendizagem efetiva envolve o pensar, implicando numa abertura de possibilidades e a necessidade de repensar estereótipos”.

Ao relatar vivências de sua experiência docente, Nucci (2018, p. 64) afirma que acreditava e continua acreditando “na intersubjetividade do processo ensino-aprendizagem, na exigência do autoconhecimento para poder reconhecer e respeitar o outro para nutrir-se e nutrir, cuidar-se e cuidar”.

² O *role-playing* é uma técnica com origem no psicodrama, entretanto tem sido empregada por terapeutas e pesquisadores à luz de outras abordagens teóricas (SOUZA; ORTI; BOLSONI-SILVA, 2012).

3.3 Da formação à prática: uma perspectiva interdisciplinar

É possível observar uma descontinuidade entre as necessidades curriculares do ensino em saúde e a prática dessas profissões, já que a morte – enquanto objeto intrínseco a essas práticas – não denota receber no âmbito acadêmico atenção necessária para que seja integrada aos processos de ensino-aprendizagem.

Esta lacuna nos convida a repensar as bases curriculares no campo do ensino em saúde. Tempesk e Borba (2009, p. 319) destacam os desafios enfrentados na educação médica no final do século XX: escapar dos modelos hegemônicos, de cunho biologista e cartesiano, com foco na doença e não no ser humano e sua realidade, na direção de uma formação que favoreça as práticas “de integralidade da atenção, com ações de promoção e prevenção da saúde, com compromisso social e que atenda as demandas de saúde da comunidade”.

As autoras referem a criação do Sistema único de Saúde (SUS), em 1988, que ocupou, à época, lugar ao lado de outras mudanças no cenário internacional, no que se refere à ascensão das ideias de prevenção e promoção da saúde, de integralidade do ser humano e seus processos de adoecimento, de multicausalidade das doenças e de articulações educacionais entre instituições formadoras e serviços de saúde.

Assim, o SUS constituiu-se a partir dos princípios ideológicos de universalidade, integralidade e equidade da assistência e dos princípios organizacionais de descentralização, regionalização e hierarquização. Cabe ao SUS, além de outras atribuições e a partir dos mesmos princípios, sistematizar a formação profissional na área da saúde.

Vasconcelos e Gouveia (2011) situam, no campo da saúde, uma mudança de paradigmas, na qual o conceito de Saúde Pública deu espaço à concepção de Saúde Coletiva, buscando superar a ênfase biologicista da primeira. A ideia de Saúde Coletiva apresenta-se como uma abordagem ampla, um campo interdisciplinar, em que a dimensão social da relação saúde-doença é considerada. Os autores destacam que, embora essa mudança de paradigmas tenha mobilizado importantes transformações na maneira de pensar a saúde, isso só pode ser concretizado a partir de uma reestruturação do processo de formação dos profissionais.

Cabe destacar alguns marcos conceituais da Saúde Coletiva, que, conforme citam Carvalho e Ceccim (2006), constitui-se num campo de produção de conhecimento e intervenção profissional – especializada e interdisciplinar, integrando diferentes perspectivas e fazeres em saúde. São eles:

[...] o cruzamento entre diferentes saberes e práticas; a ênfase na integralidade e equidade na lógica do SUS; a superação do biologicismo e do modelo clínico hegemônico; a valorização do social e da subjetividade; a valorização do cuidado e não só da prescrição; o estímulo à convivência e ao estabelecimento de laços entre a população e os profissionais de saúde; a atenção à saúde organizada com base na lógica do cuidado e não da doença; a crítica à medicalização e ao “mercado da cura”, entre outros (CARVALHO; CECCIM, 2006, p. 139).

Fernandes e Boemer (2005), ao discutirem o pouco investimento pedagógico acerca da morte nas escolas da área da saúde, preconizado pelas práticas hegemônicas de ensino, indagam quanto à emergência do paradigma do cuidado, que vem dissolver o paradigma da cura. Para as autoras, nessa nova perspectiva, o fazer em saúde é pautado na pessoa em detrimento da doença e a morte é assumida como integrante da condição humana.

Desse modo, observa-se a relação entre o espaço destinado à dimensão da morte nos processos do ciclo vital, na formação em saúde, e os paradigmas nas ciências da saúde vigentes a cada época. Denota-se que a saúde, considerada pelo prisma da Saúde Coletiva, tende a aproximar mais a temática da morte na formação e nas práticas na área da saúde.

Carvalho e Ceccim (2006) explicitam que as necessidades sociais, no que tange à saúde, são o que ordena as ações em Saúde Coletiva. Ocupam-se da saúde de indivíduos, grupos étnicos, gerações, classes sociais e populações, estimulando coletiva e socialmente “uma maior e mais efetiva participação da sociedade nas questões da vida, da saúde, do sofrimento e da morte” (CARVALHO; CECCIM, 2006, p. 139).

Estes autores salientam que, entre rupturas, reformas e lutas no Brasil, a Saúde Coletiva não se ocupou da preocupação com diplomas, mas sim com o alcance das profissões de saúde na qualidade de vida das populações. Ao profissional de saúde cabe investir recursos técnicos e científicos para assistir ao outro em suas necessidades, dentro de uma relação ética com a vida.

Observa-se, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a amplitude do conceito de qualidade de vida, incorporando de modo complexo saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relações com o meio circundante. A expressão foi definida, a partir de 1998, como as “percepções dos indivíduos de sua posição na vida, no contexto cultural, no sistema de valores no qual vive, seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1998).

Ainda demarcando a necessidade de superação de concepções biologicistas, Carvalho e Ceccim (2006) nos relembram a definição de saúde elaborada pela OMS, como a condição que expressa um bem-estar global: físico, mental e social. Nesse sentido, é preciso indagarmos se

uma articulação pautada da integralidade da pessoa e das populações tem sido, de fato, o eixo que organiza as formações e práticas em saúde.

3.4 Saberes do senso comum, saberes científicos: a morte como objeto de interesse no campo da saúde

Observando o que referem os estudos citados acerca da influência dos vieses acadêmicos na forma como profissionais de saúde lidam com a terminalidade e a morte, esta sessão pretende apresentar e discutir delineamentos a respeito dessa relação, percorrendo e ponderando os saberes que permeiam as RS de morte para profissionais de saúde.

Boeing e Machado (2021) explicitam que explorar condições socioculturais que constituem a formação das diversas formas de conhecimentos favorece a compreensão do processo de gênese, desenvolvimento e compartilhamento de uma representação social sobre um objeto.

Assumindo a TRS como uma teoria social que, incorporada pelo campo da saúde, conforme propõe Oliveira (2014), aponta para contornos mais complexos desse campo de conhecimento, ficamos diante da problematização do saber em saúde. Somos convocados a percorrer caminhos que vêm se fazendo nesse campo do conhecimento, mirando a superação de uma dimensão clínico-biológica e a construção de uma dimensão interdisciplinar.

Levando em conta a pertinência de investimentos pedagógicos acerca da morte nos cursos superiores de saúde, apresenta-se a indagação de Kubler-Ross (2017, p. 22): “Se pudséssemos ensinar aos nossos estudantes o valor da ciência e da tecnologia, ensinando a um tempo a arte e a ciência do inter-relacionamento humano, do cuidado humano e total ao paciente, sentiríamos um progresso real”.

Para Kovács (2021), a morte faz parte do cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, e negá-la apenas omite a finitude e a vulnerabilidade inerentes à vida. A autora aponta que a depressão tem acometido os profissionais de saúde e que a impossibilidade de expressão e elaboração do sofrimento torna o luto mal elaborado um problema de saúde pública. Quando as perdas não são precedidas de elaboração do luto, a consequência é a possibilidade de adoecimento.

Santos e Hormanez (2013, p. 2.758) citam que estudantes de Medicina e Enfermagem “durante as aulas de anatomia, são levados a lidar com a morte pela via da negação, por meio da despersonalização do paciente, que é significado como cadáver, órgãos e tecidos desvitalizados”. Prevalece, na formação em saúde, um fazer tecnicista, sendo que a

terminalidade é pouco abordada. Persiste a ênfase voltada à cura, tida muitas vezes como única finalidade do tratamento e associada à onipotência da ciência e dos aparatos tecnológicos, que conferem aos profissionais de saúde certo poder diante da vida e da morte.

Os profissionais constituem-se em uma formação de compromisso exclusivo com a vida, sentindo-se capacitados apenas para a preservação desta. Desse modo:

[...] os acadêmicos e profissionais de enfermagem, diante da ocorrência da morte de um paciente, sentem não ter cumprido seu objetivo de salvar vidas. A morte, desse modo, é significada como insucesso, gerando reações e sentimentos disfóricos como: tristeza, decepção, inconformismo, insatisfação, culpa, angústia, ansiedade, depressão, fragilidade, auto reprovação, baixa autoestima, dor, injustiça, desamparo, derrotismo, fracasso [...] (SANTOS; HORMANEZ, 2013, p. 2.763).

Quanto à psicologia, Kovács (1992) sustenta que a morte deveria ser área de preocupação primordial dessa área do conhecimento, seja nos currículos acadêmicos, enquanto campo de estudo, ou prática profissional. Esse profissional se defronta com a morte nos diversos contextos de atuação, pois processos naturais do ciclo vital, como mudanças ou perdas significativas, guardam analogia com a morte. Nesse sentido, Nucci (2018, p. 66) defende que a sustentação de um desenvolvimento profissional em saúde integral, em Psicologia, necessita de uma “articulação entre cuidar e educar para a vida e para a morte, com saberes técnicos amparados pela criatividade, ética e humanidade”.

Os contextos social, histórico e cultural atravessam a forma como a finitude humana é simbolizada, variando, assim, seus significados nos diferentes cenários. Combinato e Queiroz (2006) expõem o ato de morrer, em sua dimensão simbólica, não sendo apenas um fato orgânico, mas um fenômeno penetrado por significados socioculturais e históricos que direcionam a forma como se manifesta e como é apreendido pelas pessoas.

A pouca relação dos acadêmicos da área da saúde com abordagens sobre a morte é refletida nos campos práticos, onde emergem as dificuldades no defrontamento de situações em que a morte (ou a ideia de morte) se concretiza. A repercussão desse despreparo se materializa negativamente, tanto na assistência prestada aos pacientes como nos sentimentos vinculados a essas experiências (BANDEIRA, BISOGNO, 2011).

O insuficiente contato com as questões que permeiam a morte deixa uma lacuna que passa a ser preenchida pela ênfase na técnica. Fukumitsu (2018) salienta ser necessária, em nossa atualidade, uma retomada da memória de aspectos fundamentais da condição humana para, desse modo, permitir a integração de toda a dimensão de nosso processo de existência, sustentando a possibilidade de morte acompanhada de sentido de existir.

Nesse sentido, Oliveira (2014) aponta que o prisma biomédico sintetiza a saúde e a doença a uma esfera biológica e individual, apartando o sujeito de sua dimensão social. Assim, sustenta, pela perspectiva das representações sociais – que não constituem conceitos isolados, mas relacionados entre si, enredados em interdependência –, a interação das representações de saúde e doença atuando em concepções de necessidades humanas e de saúde.

A autora sustenta que, entre outros aspectos, as concepções de saúde e doença, que são socialmente construídas, determinam a forma que se manifestam as necessidades de saúde e doença. Essas necessidades são expressas pelos sujeitos de acordo com o que compreendem ser resolutivo de sua demanda. Esclarece:

Para alguns sujeitos e grupos sociais não existe contradição entre ir ao médico e procurar uma benzedeira ou “pai de santo”, já que cada um desses “agentes de saúde” responde a diferentes necessidades identificadas pelos sujeitos individuais e coletivos (OLIVEIRA, 2014, p. 799).

Pensando na intervenção em saúde, Oliveira (2014, p. 800) ressalta que ela precisa ser redirecionada do corpo em desarmonia (sob o olhar do modelo biomédico) para “sujeitos em suas expressões coletivas e individuais, a partir das suas condições concretas – objetivas e subjetivas – de existência”. Isso necessariamente implica avançar da valorização da perspectiva biológica para a perspectiva psicossocial do ser humano.

Oliveira (2014) aponta para a relação entre o senso comum e o saber técnico-profissional no campo da saúde e explica que, nesse sentido, trabalhar com representações sociais implica reconhecer o senso comum – como uma forma específica de saber – e sua relação com a construção de um saber técnico-profissional específico. Considera a autora que intervenção e cuidado em saúde decorrem, entre outros componentes, de representações sociais.

A autora sustenta assim que participam das conexões e relações que constituem o campo da saúde tanto o saber reificado quanto o saber consensual:

A proposição de existência de um diverso campo de constituição de representações, não mais oposta ao conhecimento científico, mas que o incorpora e transforma, a partir de um processo de ancoragem no senso comum, constituído na história de vida dos profissionais, parece aí encontrar espaço fecundo (OLIVEIRA, 2014, p. 815).

A complexidade da morte enquanto objeto de estudo desafia os padrões estabelecidos pelo saber científico, que não se mostram suficientes para que estudantes e profissionais de saúde lidem no cotidiano com os processos de terminalidade e morte. Tal assertiva pode ser

observada nos estudos anteriormente citados, apontando para a religiosidade e a espiritualidade como elementos nos quais repousam as representações sociais de morte.

Conquanto o Universo Reificado forneça ferramentas para a atuação técnica, não se faz suficiente para conhecimentos cotidianos no campo da saúde. Contudo, conforme expõe Oliveira (2014), podemos compreender que o conhecimento científico ocupa um espaço na constituição das representações sociais nesse campo do conhecimento.

É possível indagarmos sobre a necessidade da integração do fenômeno morte ao processo de construção do conhecimento e dos saberes em saúde. Construção essa que deve ser apoiada por um paradigma interdisciplinar, com perspectiva psicossocial. Embora o ensino em saúde possa ser insuficiente para a apropriação desse objeto pelos profissionais de saúde, considera-se a relevância desse espaço como disparador de reflexões e modificações socioculturais.

4 OS CAMINHOS METODOLÓGICOS

Nesta sessão estão descritos os caminhos percorridos para a realização deste estudo, evidenciando os aspectos metodológicos contemplados.

4.1 Os objetivos da pesquisa

Considerando a questão norteadora “quais e como se organizam as representações sociais de morte para profissionais de saúde?”, que orientou os caminhos deste estudo, a pesquisa teve como objetivo geral analisar as representações sociais de morte para profissionais de saúde que compõem equipes multiprofissionais de ambientes de terapia intensiva (CTIs e UTIs) em hospitais de Campo Grande – MS.

Salienta-se que, posteriormente, diante da dificuldade de inclusão de participantes, que será descrita nos tópicos que seguem, a pesquisa passou a não se restringir ao território de Campo Grande – MS, possibilitando a inclusão de participantes de outras localidades do Brasil. Considera-se a possibilidade de interferência de tal dimensão grupal e contextual das pessoas participantes nos resultados da pesquisa. Contudo, assumiu-se tal questão como menor prejuízo em detrimento da quantidade de pessoas incluídas, dada a dificuldade de adesão ao estudo.

Para o alcance do objetivo geral, foram propostos os seguintes objetivos específicos:

- a) Identificar quais as representações sociais de morte para profissionais de saúde que trabalham em CTI/UTI;
- b) Conhecer as representações sociais sobre o ambiente de terapia intensiva que permeiam a prática destes profissionais;
- c) Conhecer o processo de formação profissional em saúde no que tange às questões relativas à finitude humana, adoecimento e morte;
- d) Identificar os elementos que compõem as representações sociais de morte dos profissionais de saúde participantes da pesquisa.

4.2 Caracterização da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que, de acordo com Minayo (2019, p. 20), se ocupa da dimensão dos significados, práticas, aspirações, crenças, valores e atitudes – entendidas como parte da realidade social, uma vez que “o ser humano se distingue não só por agir, mas

também sobre pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e compartilhada com seus semelhantes”.

De acordo com a autora referenciada, o objeto da pesquisa qualitativa é a produção humana quando as pessoas se relacionam, representam, direcionam suas intenções e ações, tratando-se de um nível da realidade não visível. Para tanto, dispôs-se de métodos e técnicas adequados, consoantes ao tipo e objetivos da pesquisa, assim como os pressupostos epistemológicos que fundamentam o estudo.

Quanto à pesquisa social, Gil (2008, p. 26) a define como o processo que “permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social”, por meio da metodologia científica. Entendendo, desse modo, a realidade social em seu aspecto mais amplo, comportando as questões relativas ao ser humano e seus relacionamentos com as pessoas e instituições sociais.

O fio condutor a permear esta investigação na produção e análise dos dados se constituiu pelas ideias estabelecidas por Moscovici (2010), que constituem a Teoria das Representações Sociais. Esses pressupostos buscam compreender como fenômenos e pensamentos sendo socialmente partilhados se movimentam, convertem-se em ações e adquirem materialidade nas interações dentro dos grupos sociais.

4.2.1 Participantes e o campo empírico da pesquisa

Os participantes incluídos nesta pesquisa foram profissionais de saúde que atuam em ambientes de terapia intensiva da rede pública e/ou privada e que compõem equipes multiprofissionais de saúde. Como critérios de inclusão, foram considerados: profissionais de fisioterapia, psicologia, nutrição, serviço social, terapia ocupacional, fonoaudiologia, medicina e técnicos de enfermagem que tivessem mais de um ano de atuação no CTI e mais de três anos de formação acadêmica. Como critérios de exclusão, assumiram-se: profissionais que não atuem nas áreas citadas; que tivessem menos de um ano de atuação no CTI e menos de três anos de formação acadêmica.

A escolha pelo CTI como campo de atuação dos participantes para a realização desta pesquisa se deu, após revisão de literatura, por compreender-se a forma estreita pela qual as pessoas que trabalham nesse setor hospitalar convivem com a morte. De acordo com Menezes (2006), o CTI constitui um espaço de difíceis decisões, no que concerne à bioética, diante da complexidade da posição dos profissionais que ali atuam. Nesse aspecto, essas posturas

tangenciam significativamente as questões de vida e morte, tornando esse espaço um importante campo de investigação para as representações de morte.

O procedimento de seleção dos participantes ocorreu por busca ativa e indicação de participantes, por meio da divulgação de convite (Apêndice A) para participação no estudo, mediada pela rede social WhatsApp. O número de participantes não fora estabelecido a priori, visto que estava sujeita à adesão voluntária mediante uma busca ativa por indicação.

A seleção e os critérios para inclusão dos participantes citados se sustentam na vinculação significativa que todas essas práticas profissionais guardam com o problema a ser investigado. Dessa forma, tem-se em vista o que explicita Minayo (2019), de que o grupo de participantes da pesquisa possa contemplar uma abrangência multidimensional do problema de pesquisa que norteia o estudo.

Salienta-se que, embora se esperasse maior adesão por meio da divulgação do estudo e dos convites realizados, esta se deu de forma incipiente. Percebendo tal dificuldade, a pesquisadora reformulou os critérios de inclusão, retirando o critério de três anos de formação acadêmica e reduzindo de um ano para seis meses o tempo de atuação em ambientes de terapia intensiva, assumindo que tal redução não implicaria significativas alterações para a pesquisa, pois possibilita um tempo expressivo de prática profissional. Ademais, ampliou-se o alcance dos convites para participantes residentes em outras regiões do país, não se restringindo apenas a Campo Grande – MS.

O convite foi enviado em grupos de WhatsApp e para pessoas conhecidas atuantes na área da saúde, além de hospitais que pudessem repassar o convite a profissionais de ambiente de terapia intensiva. Para a maioria das mensagens não houve retorno. Foram convidados diretamente pela pesquisadora três fisioterapeutas, quatro enfermeiras, três técnicas em enfermagem, dois médicos, uma médica e três profissionais de psicologia.

Dentre as pessoas convidadas, apenas as três fisioterapeutas, um psicólogo e uma enfermeira se fizeram disponíveis, totalizando cinco participantes no estudo. Uma enfermeira e uma psicóloga agendaram dia e horário, mas não compareceram; a outra psicóloga contactada informou que só poderia contribuir caso se tratasse de um questionário (assim como os colegas com quem trabalha, a quem repassou o convite); uma médica intensivista aceitou participar da entrevista em conversa informal e interrompeu contato com a pesquisadora quando lhe foi enviado convite para agendamento. Os demais não deram retorno às mensagens.

As entrevistas foram realizadas por meio dos instrumentos de coleta de dados que serão descritos no tópico a seguir, em local, data e horário à escolha dos/das participantes. Com o psicólogo entrevistado, residente em Teresina – PI, a entrevista se deu via Google Meet.

As entrevistadas e o entrevistado apresentaram idades entre 27 e 38 anos, com tempo de formação acadêmica entre quatro e 17 anos; atuação em ambiente de terapia intensiva entre três e nove anos. Duas delas fizeram residência hospitalar, uma está concluindo o mestrado e duas são mestres, sendo que uma delas está cursando doutorado. Para cada pessoa entrevistada, de modo a preservar suas identidades, foram escolhidos nomes de pedras naturais, considerando serem elementos da natureza de significativa resistência e que, a partir de suas propriedades específicas, possuem características singulares. A seguir, essas pessoas serão caracterizadas conforme as informações fornecidas.

Quadro 1 – Participantes da pesquisa

Nome fictício	Profissão	Idade/anos	Formação acadêmica	Religião
Sodalita	Fisioterapeuta	29	Graduação, residência em terapia intensiva, mestrado em andamento	Protestante
Cornalina	Fisioterapeuta	30	Graduação, residência em terapia intensiva, mestrado, doutorado em andamento	Católica
Larimar	Fisioterapeuta	39	Graduação, especialização em acupuntura, especialização em terapia intensiva, mestrado	“Eclética” – Identifica-se mais com religiões orientais
Citrino	Psicólogo	27	Graduação, pós-graduação em psicologia da saúde e psicologia hospitalar, curso em cuidados paliativos e outros na área hospitalar	Espiritualista
Crisocola	Enfermeira	31	Graduação, pós-graduação em neonatologia	Católica, mas se identifica com espiritismo e budismo

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

4.2.2 Instrumentos de coleta de dados e aplicação

O projeto de pesquisa referente a este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e aprovado por

meio do parecer de número 5.113.200. O estudo somente foi iniciado mediante aprovação deste. Todo o processo da pesquisa foi realizado consoante aos preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. (BRASIL, 2012).

Os participantes foram informados quanto a todos os aspectos que se referem à pesquisa e cada entrevista só foi realizada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). Conforme consentido pelas participantes, as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas.

Ressalta-se que no período das entrevistas, devido à pandemia de Covid-19, ainda eram necessários cuidados de biossegurança, e foram obedecidos os protocolos da Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde, bem como da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que orientavam e direcionavam a condução de pesquisas no contexto de pandemia.

Como estratégias de coleta de informações, foi utilizada uma entrevista semiestruturada (Apêndice C) e aplicada uma ferramenta projetiva de associação de palavras (Apêndice D) para complementar a organização de conceitos pertinentes ao problema de pesquisa. Ambas foram elaboradas pela pesquisadora, de modo a complementar a entrevista na elucidação de conteúdos.

Minayo (2019) considera que entrevistas são conversas com finalidade, visando a coleta de informações sobre um tema científico. A autora descreve a entrevista semiestruturada como uma combinação de perguntas fechadas e abertas que permite ao entrevistado desenvolver o tema proposto sem que fique preso a perguntas específicas.

Os instrumentos selecionados para a produção de dados descritos anteriormente permitiram, entre pesquisadora e participantes, uma conversa direcionada, cumprindo os objetivos da pesquisa e, ao mesmo tempo, dando a cada pessoa entrevistada flexibilidade para trazer conteúdos de forma fluida e não arbitrária. Observa-se que nas entrevistas a pesquisadora optou por facilitar a espontaneidade no emergir dos conteúdos.

Após a realização individual das entrevistas, estas foram transcritas na íntegra para que os discursos pudessem ser submetidos ao processo de análise. Ao transcrever as entrevistas, os modos de comunicação e expressão das participantes, vícios de linguagem e concordâncias gramaticais foram conservados, de modo a evitar interferência pessoal da pesquisadora nos discursos, bem como equívocos na análise a ser feita posteriormente.

4.3 Os conteúdos que emergem: organização dos dados

Foram realizadas, no total, cinco entrevistas (Apêndices E, F, G H e I). As duas primeiras entrevistas foram transcritas inteiramente de forma manual. Para a transcrição das demais, contou-se com uma ferramenta digital de transcrições chamada Reshape, de modo a tornar mais ágil tal processo. Ela faz uma transcrição do conteúdo da entrevista, demandando uma posterior conferência detalhada para corrigir falhas, elencar pausas, risos e outras reações.

Com a sustentação dos pressupostos da Análise de Conteúdo e da Teoria das Representações sociais, o conteúdo foi organizado e analisado a partir da ordenação de núcleos temáticos e processo de categorização, que possibilitam identificar as representações de morte para profissionais de saúde atuantes em ambientes de terapia intensiva.

Os métodos de análise utilizados objetivaram esclarecer os processos de elaboração das RS dos profissionais de saúde relacionadas à morte e como se manifestam em suas práticas e vida social, baseando-se também no compromisso com a credibilidade e autenticidade dos discursos, experiências e significados expressos pelos participantes.

Como metodologia de organização e análise do conteúdo das entrevistas, utiliza-se a técnica da análise de conteúdo, a partir de Laurence Bardin (2011), que propõe organização e análise baseadas em categorias empíricas, a partir das experiências contidas nos discursos dos entrevistados. De acordo com Franco (2003), essa técnica trata da investigação dos conteúdos que compõem discursos expressos por um grupo, permitindo a produção de inferências relativas a informações simbólicas e/ou verbais que contribuam para os objetivos da pesquisa.

A análise de conteúdo é capaz de explicitar efeitos que direcionam comportamentos e ações distintos, condições históricas e sociais enquanto realidades mutáveis que orientam crenças, ideias e representações sociais elaboradas e transmitidas por discursos e mensagens no contexto de uma coletividade (FRANCO, 2003).

De acordo com Lopes (2009), as representações sociais envolvem mecanismos que evidenciam como as pessoas constituem a realidade sociocultural, uma vez que é resultante das atividades mentais de um coletivo de sujeitos. Desse modo, a produção de dados foi organizada a partir de procedimentos detalhados, elencando os elementos presentes nos discursos, observando convergências e divergências e identificando aquilo que havia de comum, que pudesse indicar a emergência de representações sociais relacionadas à morte.

4.3.1 As categorias

A partir de minucioso processo de escuta e leitura das entrevistas, os conteúdos foram organizados em categorias de análise, de acordo com o que propõe a técnica de Análise de

Conteúdo mencionada no capítulo anterior. Conforme explicita Franco (2003), no processo de categorização, as categorias podem ou não ser criadas a priori. A pesquisadora recorreu à segunda opção, não as estabelecendo a priori.

Desse modo, as categorias vão se expressando na medida em que se manuseia o material de análise, a teoria e os objetivos da pesquisa, com vistas a uma categorização por critério semântico que, segundo a autora mencionada, possibilita o agrupamento das ideias de acordo com a semelhança de significações. Assim, procedeu-se com as seguintes etapas:

- a) Transcrição das entrevistas na íntegra;
- b) Escuta acompanhada de leitura de cada entrevista;
- c) Leitura da transcrição, com objetivo de evidenciar elementos centrais nos discursos das pessoas participantes;
- d) Segunda leitura para identificar ideias e temas comuns nas entrevistas;
- e) Listagem dos temas indicativos de núcleos temáticos;
- f) Terceira leitura para identificar, dentro dos temas comuns que emergiram nas falas, unidades de registro, indicativas de categorias e de representações sociais;
- g) Organização de categorias, subcategorias e unidades de registro identificadas;
- h) Levantamento das unidades de contexto referentes a cada categoria.

A partir de uma captura inicial dos temas que foram se revelando na leitura e dos sentidos e significados atribuídos pelos/as participantes, recorreu-se a um código para leitura a partir das duas primeiras entrevistas (tomando-as como amostra). A partir desse código, flexível e aberto a novas categorias, procedeu-se com a continuidade da leitura. Desse processo emergiram, inicialmente, nove categorias, que analisadas com mais afinco foram reorganizadas e redistribuídas em três categorias principais, com suas respectivas subcategorias.

O quadro a seguir apresenta os resultados de tal organização, relacionando também as unidades de registro que, conforme explicita Franco (2003), incidem de acordo com as categorias observadas e correspondem à menor parte do conteúdo analisado – compondo junto das unidades de contexto as unidades de análise.

No capítulo a seguir, serão descritas e analisadas as categorias e subcategorias identificadas, mediante os fragmentos significativos que conferem significado as unidades de análise, quais sejam, as unidades de contexto.

Quadro 2 – Categorias, subcategorias e unidades de registro

Categorias	Subcategorias	Unidades de registro
O complexo ambiente de terapia intensiva	Espaço de controle	Controle; sincronia; trabalho em equipe; pacientes graves; atenção; sofrimento; procedimentos invasivos; cansativo.
	Palco dos desafios da pandemia de Covid-19	Difícil; pacientes graves; muitas mortes; desgaste; falta de recursos; o desconhecido; repercussões emocionais.
	O que se leva da experiência	Reconsiderar vida e morte; a própria fragilidade; a própria saúde; saúde dos familiares.
Uma passagem que deveria ser digna	Desta vida à outra: uma passagem	Milagres; fé; vida após a morte; batizar; rezar; o que não se explica; Deus; uma passagem
	Sufrimento inevitável	Sufrimento/sofrido; o fim; mais tranquilo ou mais difícil; triste; não se acostuma; como se morre.
	Uma morte digna	Cuidados paliativos; proporcionar conforto; sem dor; clareza; vontade do/da paciente; a família; limite terapêutico.
O árduo fazer profissional	Dar suporte, mas evitar vínculo	O cuidar; dar conforto/alívio; o melhor de si; evitar vínculo; paciente sedado/dormindo; dar suporte; informações claras; o sofrimento.
	Desafios da prática	Prognósticos ruins; paciente jovem; sofrimento prolongado (obstinação terapêutica); divergências com colegas.
	A morte e o CTI/UTI na trajetória acadêmica	Tema inexistente na graduação; foco na técnica; buscas além da academia; cuidados paliativos como ferramenta; estágio em CTI; identificação pessoal com CTI.

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

5 A CONSTITUIÇÃO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MORTE E A ATUAÇÃO NO AMBIENTE DE TERAPIA INTENSIVA: TECENDO RESULTADOS

“Quando eu comecei a trabalhar na terapia intensiva, e eu vi a morte de perto... eu trabalho com a morte o tempo inteiro, sabe? Então assim, com a morte, com a vida, com a superação, com a derrota, com o fracasso, com a tristeza, com a alegria [...]”

(Participante Cornalina)

Nesta sessão, serão exploradas as categorias e subcategorias de análise que emergiram na organização e análise das entrevistas, evidenciando elementos que permeiam e possam ser indicativos das representações sociais de morte para o grupo pesquisado. Serão apresentadas as formas pelas quais as ideias sobre morte, o ambiente de terapia intensiva e a atuação profissional ganham materialidade e se tornam objetivações.

5.1 O complexo ambiente de terapia intensiva

Na categoria “O complexo ambiente de terapia intensiva”, são explicitados elementos relacionados aos ambientes de terapia intensiva (CTIs e UTIs). Suas significações distribuem-se nas subcategorias “espaço de controle”, “palco dos desafios da pandemia de Covid-19” e “o que se leva da experiência”, demonstrando características, particularidades e implicações da atuação neste setor.

5.1.1 Espaço de controle

Nos relatos das pessoas participantes, a expressão “controle” foi predominante ao referirem-se ao ambiente de terapia intensiva, à rotina e aos procedimentos intrínsecos a este setor.

Os relatos apresentados indicam a compreensão de que este é um ambiente pautado na monitorização intensa dos sinais vitais dos pacientes, que depende de um trabalho harmônico, em sincronia e atendendo a protocolos por parte da equipe multidisciplinar que ali atua – esta precisa guardar entre si boa articulação teórica e técnica em relação às condutas, para que o

atendimento seja eficiente. Isso se dá devido à demanda de pacientes críticos, muitas vezes em estado grave, requerendo dos profissionais atenção e monitorização constantes.

Difícilmente você vai num CTI onde o médico não se dá bem com o fisio e enfermeiro, que são os três que têm que se dar bem, pelo menos. [...] Mas a direção sempre tenta manter uma equipe que tem sincronia (informação verbal³, grifo nosso).

É um ambiente de tensão; dependendo dos pacientes, é um ambiente de pacientes gravíssimos, você tem que ter cuidado, atenção o tempo inteiro. E cansa, né? (informação verbal⁴, grifo nosso).

[...] Apesar de ser uma rotina muito parecida, assim... mas os pacientes cada dia estão de um modo diferente, então a gente tem que estar acompanhando, uma avaliação mais crítica todo dia. Mesmo se o paciente, às vezes ele está melhor, no outro dia ele está pior, então a gente tem que estar sempre atento, estar estudando. E eu gosto desse ritmo dentro de um hospital (informação verbal⁵, grifo nosso).

Referem que a internação em um CTI/UTI implica investimento em procedimentos invasivos nos pacientes atendidos, de modo que se possa garantir a estabilização dos sinais vitais ou recuperação de alguns comprometimentos. Associam a este ambiente o sofrimento e padecimento dos pacientes e familiares, assim como da própria equipe, em algumas situações, bem como a sobrecarga e o cansaço para a última. Tais elementos remetem a evidências do estudo de Faria (2014), que destacou sentimentos de esgotamento, impotência e frustração, por exemplo, relacionados às demandas diante da morte, presentes no CTI.

[...] eu falo que o hospital, UTI, é igual uma prisão, você não pode sair, você não pode estar de alta [...]. Mas é muito sofrimento, é ambiente de sofrimento, você fica longe de sua família, você fica passando por procedimentos dolorosos, você não dorme na hora que você quer, você não come o que você quer, nem a hora que você quer, então tudo isso me fez mudar muito, sabe? [...] Você ficar com sonda, aquele negócio da garganta, você ser aspirado... É horrível, é horrível. Então, assim, eu acho que ninguém merece passar por isso, sabe? (informação verbal⁶, grifo nosso).

[...] que é um ambiente um pouco pesado, porque às vezes tem intercorrência, às vezes você não consegue lidar bem com aquilo, às vezes não tem o que fazer, você tem que lidar com frustração também (informação verbal⁷, grifo nosso).

Tem muito colega meu que, eles veem um paciente, paciente deu uma melhoradinha, eles ficam felizes, mas eles não... [gaguejou]. Talvez eles não prestem atenção ou neguem, mas foi um de nove que melhorou (informação verbal⁸, grifo nosso).

Não me vejo longe dali. Só que também eu não me vejo daqui 10 anos ali também, porque é um ambiente que desgasta, tanto fisicamente quanto mentalmente. [...]

³ Informação fornecida por Sodalita.

⁴ Informação fornecida por Cornalina.

⁵ Informação fornecida por Larimar.

⁶ Informação fornecida por Cornalina.

⁷ Informação fornecida por Larimar.

⁸ Informação fornecida por Sodalita.

Então isso aí, esse negócio de não ter sábado, domingo, é o que mais cansa, é a rotina (informação verbal⁹, grifo nosso).

Os elementos relacionados ao controle do ambiente de terapia intensiva denotam assumir, para os participantes, um caráter de segurança e conforto, visto que, além de oferecer monitorização a todo tempo, tal setor dispõe de recursos imediatos quando há intercorrências.

Na rotina... porque o ambiente é bem controlado. Então você tem um número fixo de pacientes e, apesar de eles serem graves, você tem toda uma monitorização contínua, então minuto a minuto você controla pressão, controla oxigênio, controla medicação, temperatura. O médico tá sempre presente, a equipe de enfermagem tá sempre presente. Eu gosto desse controle, de estar continuamente monitorando o paciente, seja ele grave ou um paciente menos grave, todos eles são monitorados constantemente. Eu gosto desse controle. [...] Os monitores ficam tudo a mostra. Então você está sentado, mas você tá vendo (informação verbal¹⁰, grifo nosso).

É um lugar que eu não me vejo longe, eu me sinto em casa ali, sabe? Eu sei o que vai acontecer, eu tenho o domínio da situação. E a gente se sente bem quando ele está seguro naquele lugar, né? Eu estudei muito para isso, estudo constantemente para isso, mas eu já me sinto mais à vontade, muito à vontade na terapia intensiva (informação verbal¹¹, grifo nosso).

[...] que o paciente está estável, já está monitorizado, é o ambiente mais seguro até para gente profissional trabalhar, que já está tudo... A equipe é uma equipe que já está mais especializada, então às vezes quando tem uma intercorrência numa enfermaria, tudo dá ruim, tudo tem erro, tudo... que ninguém tem aquele costume, né, dessa prática. No CTI é tudo muito rápido, tudo muito fácil, tem tudo na mão (informação verbal¹², grifo nosso).

Diante de tal referência ao controle, é válido reportarmo-nos a Menezes (2006) ao situar a tecnologia como crucial, por regular a vida e a morte na prática da terapia intensiva. A autora pontua que muitas vezes, em detrimento da vida humana que ali está, é aos aparelhos e máquinas que se atém o olhar dos profissionais, podendo favorecer uma atitude de afastamento diante da complexidade e delicadeza das demandas cotidianas que tangenciam a vida e a morte.

5.1.2 Palco dos desafios da pandemia de Covid-19

Essa subcategoria emergiu dos discursos como um elemento intrinsecamente relacionado à prática no ambiente de terapia intensiva. É possível sugerir que se constitua um fator marcador, instalando referência de uma rotina de atuação durante a pandemia e fora dela.

⁹ Informação fornecida por Cornalina.

¹⁰ Informação fornecida por Sodalita.

¹¹ Informação fornecida por Cornalina.

¹² Informação fornecida por Larimar.

Antes da pandemia, os pacientes eram maioria idoso, cirurgia e mais problemas respiratórios. Não era tão grave. Quando chegou a pandemia, era muito paciente jovem, muito paciente grave. Ficava grave... em 24 horas a maioria já estava morrendo, então a agilidade tinha que ser outra. A pressa tinha que ser outra. E o número de casos aumentou muito rápido, que os profissionais não davam conta de todos os pacientes (informação verbal¹³, grifo nosso).

Então, assim, pra mim foi uma realidade muito difícil porque, assim como em todo o Brasil, em todo o mundo, estava uma questão mesmo da própria morte, do próprio ambiente, totalmente diferente de uma realidade que a gente vive atualmente com outros tipos de adoecimento (informação verbal¹⁴, grifo nosso).

As narrativas manifestam o ambiente de trabalho dessas pessoas, marcado pela intensa e difícil convivência com o enfrentamento da pandemia de Covid-19. Atuando na linha de frente em tal contexto de emergência em saúde pública, a experiência vivida nesse período parece ser um marco na história desses/as profissionais no âmbito dos CTIs/UTIs.

Eu achava que... Mas é que assim, era caótico, assim, né. A gente tava em situação de guerra, né. Eu achava que eu ia morrer, ou que a minha família toda ia morrer. Eu tinha, tipo, eu fiquei bem paranoica, assim, nesse sentido, mas acho que todo mundo ficou. Porque colegas de trabalho pegavam Covid, ficavam muito graves, ficavam entubados, morriam, né. A gente teve colegas que morreu, deixou a família. E qual que é a certeza que eu teria que não seria uma dessas também, sabe? (informação verbal¹⁵, grifo nosso).

Na época da pandemia, a gente sofria muito, porque tinha os áudios, e daí a gente ouvia aqueles áudios, assim, tristes. Meu Deus do céu, desespero mesmo dos familiares. Então, tudo isso mexe, impacta mesmo com a gente, sabe? (informação verbal¹⁶, grifo nosso).

Observa-se que essa experiência trouxe uma outra forma de exposição à finitude e à morte e acarretou, devido ao alto risco de contaminação, o medo da perda da própria vida, dos familiares e dos amigos, bem como o medo de retomar atividades que eram comuns no dia a dia antes da pandemia.

Acho que vai ficar pro resto da vida. Não digo que é um trauma, sabe. Mas tipo... Você começa a repensar na sua vida, sabe. Eu lembro que logo quando teve as vacinações e começou a melhorar o nível de casos de Covid. Eu não via meus pais. Meus pais não moram aqui, né... Então você poder se encontrar com a sua família. Ainda era uma coisa meio que... Não sei se é certo. (informação verbal¹⁷, grifo nosso)

¹³ Informação fornecida por Sodalita.

¹⁴ Informação fornecida por Citrino.

¹⁵ Informação fornecida por Crisocola.

¹⁶ Informação fornecida por Cornalina.

¹⁷ Informação fornecida por Crisocola.

As pessoas participantes relatam ter sido uma realidade muito difícil, associando as dificuldades a fatores como: a gravidade e rápida evolução dos casos; medo de perder familiares; e a falta tanto de recursos materiais – como equipamentos de proteção individual (EPIs) e leitos – quanto humanos – profissionais capacitados para a demanda.

A gente tinha que dar suporte além do... do que a gente era capaz fisicamente. E também foi a questão de recursos. Antes a gente tinha sempre... por serem casos graves, mas esporádicos, os recursos sempre davam conta. Quando começou a pandemia, depois de um mês, dois meses, já não tinha mais medicação para todo mundo. Não tinha luva para o profissional. Às vezes a gente tinha que usar a mesma máscara por um mês, porque não tinha. [...] Você percebe que as pessoas estavam morrendo por falta de coisas muito básicas, te deixava frustrada, porque no caso do Covid, nem tudo foi o Covid que matou. Foi muita falta de recurso que matou as pessoas (informação verbal¹⁸, grifo nosso).

[...] E assim, ele estava muito grave e foi a óbito, né. E ele era meu paciente. E aí a gente arruma o corpo, né, e daí a gente colocava no saco e ninguém mais via. Ele era enterrado desse jeito. E aí você saber que você é a última pessoa que está vendo aquele ser, sabe, é meio pesado, assim. Então, essas coisas, depois quando eu saí, eu ainda fiquei com essa coisa de que a qualquer momento eu ia perder meu pai, minha mãe, foi bem pesado (informação verbal¹⁹, grifo nosso).

Faltou equipe especializada, faltou equipe, porque daí muitos pegavam atestado, pegavam atestado por conta de ter contaminado do Covid, ou atestado psiquiátrico porque tava desgastado mentalmente, emocionalmente. Muita gente pegou porque não tinha condição mais (informação verbal²⁰, grifo nosso).

Os participantes destacam o desafio do contato com o aspecto “desconhecido” da realidade que enfrentavam, na qual experienciaram a morte de muitas pessoas em um contexto de intenso desgaste físico e emocional. A ausência de referenciais teóricos e técnicos para guiar as práticas e condutas denota constituir-se significativo fator de desgaste, além de significativo elemento que tensiona essas pessoas a pensarem, posicionarem-se e representarem o ambiente de terapia intensiva.

[...] Eu estava entrando dentro de um contexto que era um contexto de uma realidade que ninguém sabia como lidar, né? E a gente sabe que apesar de a gente ter minimamente, digamos assim, uma experiência de formação voltada às questões subjetivas de uma ordem, eu posso dizer, mais sensível, né? Mas não deixa de nos afetar (informação verbal²¹, grifo nosso).

Nossa, muito triste. Cada vez mais era uma perda. Teve uma época que teve umas duas semanas que todo mundo morreu, todo mundo morreu. E daí a gente falava, todo mundo, os médicos começaram a se questionar, a gente começava assim, “será estamos fazendo um tratamento adequado?” (informação verbal²², grifo nosso).

¹⁸ Informação fornecida por Sodalita.

¹⁹ Informação fornecida por Crisocola.

²⁰ Informação fornecida por Larimar.

²¹ Informação fornecida por Citrino.

²² Informação fornecida por Cornalina.

[...] essa questão de contaminação, de contágio, a gravidade, né? Não tinha muito ainda estudo. Foi bem tenso, assim, esse início de como começou a vir os pacientes [...]. E a gente não tinha noção de como que ia ser esse atendimento, a gente teve treinamento tudo, né, de paramentação e tudo, mas era tudo novo, então a equipe estava muito apreensiva também (informação verbal²³, grifo nosso).

Considerando o ambiente de terapia intensiva como espaço que oferece controle e previsibilidade das situações e intercorrências, as narrativas indicam que a pandemia pode constituir-se um elemento desestabilizador da regulação e previsibilidade características desse local. É possível inferir que a nova realidade imposta pela pandemia os tenha defrontado mais intensamente com suas próprias limitações técnicas e teóricas.

Essa pandemia veio pra mostrar tanto profissional que se contaminou, tanto profissional que até morreu ou levou a doença para seus familiares. E a gente é limitado, apesar de todas essas... assim, tecnologia, avanço da ciência, ainda a gente é muito limitado, sabe? (informação verbal²⁴, grifo nosso).

Tal questão revalida o que considera Menezes (2006) ao sustentar que a atuação no CTI é desgastante física e emocionalmente, sobretudo quando todos os aparatos tecnológicos e intelectuais envolvidos não permitem que o objetivo de manter a vida seja cumprido. Dada a dimensão da instabilidade imposta pela pandemia ao sistema de saúde, é possível depreender o proporcional desgaste que afetou os trabalhadores da saúde – especialmente nos ambientes de terapia intensiva.

5.1.3 O que se leva da experiência

Esta subcategoria descreve os reflexos da experiência profissional no CTI/UTI na vida pessoal das pessoas participantes. São relatadas mudanças de postura diante da vida a partir da atuação nesse contexto, como mudanças nos valores e prioridades, assim como na forma de encarar situações de adoecimento, perda e morte no âmbito pessoal, e a tentativa de não levar para a vida privada o que vivenciam no trabalho.

Os achados de Faria (2014) corroboram essas questões, sobretudo quanto à tentativa de se desligarem do CTI quando saem de lá. O estudo evidencia consequências psicológicas e emocionais associadas a essa tentativa que a atuação no CTI acarreta, como depressão, angústia e esgotamento. No presente estudo, embora tais consequências da atuação não tenham emergido

²³ Informação fornecida por Larimar.

²⁴ Informação fornecida por Cornalina.

das falas de forma direta, é relevante considerar a atitude de desvincular-se do cotidiano de trabalho como tentativa de resistir mediante as dificuldades da atuação profissional nesse contexto.

Graças a Deus, eu dei muito mais valor à minha saúde, e daí você começa a valorizar pequenas coisas. Por exemplo: você poder ser livre, andar, passear, conversar, falar, dormir na sua cama, na sua casa, tomar um banho de chuveiro. Nossa, é muito, assim, são pequenas coisas, mas que os pacientes estão privados... (informação verbal²⁵, grifo nosso).

Você fica triste pela pessoa que você perdeu... a pessoa não está sentindo mais, não fica triste. Eu tinha um sentimento mais... mais leve. “Morreu, morreu”. Depois que eu entrei no hospital, que eu tomei conhecimento dessas fases de todo o processo, eu tive um olhar mais dramático por fora também (informação verbal²⁶, grifo nosso).

A gente fica meio, eu falo que o profissional de saúde tem muito... termo que a gente usa de coração peludo [risos]. Que a gente fica, vai ficando meio, cria uma situação né, pra gente tolerar, passar por tanto processo assim, de fim de... sofrimento, de ver o sofrimento. A gente vai se... se blindando, né, pra não ficar tão sensível, pra aguentar fazer as coisas que tem que fazer (informação verbal²⁷, grifo nosso).

E o outro modo, que eu acredito que seja o modo mais importante, é de não considerar todos esses aspectos que existem ali, trazendo para a minha vida pessoal, porque senão aí eu não consigo nem estar ali (informação verbal²⁸, grifo nosso).

Expressam atitude de defesa mediante as demandas que se apresentam, o que pode estar relacionado com o defrontamento com a própria fragilidade, diante do contato constante com a fragilidade dos pacientes, sendo possível considerar também o defrontamento com a própria humanidade e, assim, com a própria finitude.

De modo semelhante, o estudo de Faria (2014) manifestou a reflexão sobre a própria finitude e de pessoas próximas a si como uma questão relacionada ao trabalho no CTI, o que permite indagarmos o quão significativo é o processo de identificação com a finitude das pessoas atendidas.

De entender que a questão da finitude, ela está para todos, e aí entra uma questão mais pessoal mesmo, porque eu entro em contato com realidades, como eu falei, que são realidades que, se eu não estivesse no ambiente hospitalar, eu estaria vivendo minha vida e achando que sou inatingível, nada acontece, o sofrimento está distante. [...] Quando eu entro em contato com uma realidade, [...] que toma o corpo de uma proporção tão grandiosa como alguns casos dentro do ambiente hospitalar e principalmente na UTI, eu consigo dar conta da minha fragilidade (informação verbal²⁹, grifo nosso).

²⁵ Informação fornecida por Cornalina.

²⁶ Informação fornecida por Sodalita.

²⁷ Informação fornecida por Larimar.

²⁸ Informação fornecida por Citrino.

²⁹ Informação fornecida por Citrino.

“Por que que eu não vou morrer e aquela pessoa vai morrer?” A gente tem a mesma idade, mesmo... mesmas coisas. Por quê? Então... não me senti melhor do que ninguém, especial do que ninguém, todos estamos passíveis de morrer (informação verbal³⁰, grifo nosso).

Nas narrativas, demonstram que a postura profissional é levada hospital afora no que se refere ao olhar para a própria saúde e das pessoas com quem convivem.

Acho que a gente muda em tudo; assim, a gente fica, tem um olhar diferente em todas as áreas. Eu falo, a minha irmã mesmo fala assim, que eu sou muito dura às vezes pra falar, às vezes, que eu sou da área da saúde [...] a gente tendência a assustar as pessoas [risos], ela fala, né? Mas assim, eu acho que dá a gente leva isso pro dia a dia mesmo, né? De esse olhar mesmo com os outros, né? De cuidado... e se me perguntam, eu já sou muito direta... eu já falo “olha, pode acontecer isso, isso e isso” (informação verbal³¹, grifo nosso).

[...] A maioria das coisas que eu vejo dá para controlar, então eu aplico tudo na minha vida e na vida da minha família. Só que sai do meu controle. Não consigo controlar o que meu pai, não consigo controlar as decisões dos meus irmãos [...] (informação verbal³², grifo nosso).

Os elementos presentes nos discursos indicam que a constituição de representações sociais do ambiente de terapia intensiva é complexa e repleta de sofrimento, ancorando-se no controle, previsibilidade e regulação dos fenômenos que a permeiam, justificados pela gravidade dos casos atendidos e necessidade de agilidade e acurácia nos procedimentos e atendimentos.

É significativo reportarmos-nos à função que a tecnologia, característica deste ambiente, assume para a constituição das RS deste objeto. É possível inferir que ao referirem segurança e conforto ao caráter de controle inerente a este ambiente, indicam o aparato tecnológico como ferramenta à qual recorrem para tentar lidar com a imprevisibilidade dos processos presentes nas UTIs/CTIs.

Já que o controle só pode ser exercido por meios tecnológicos, denota-se ser ele um importante elemento ancorador das RS da UTI/CTI como complexo e de sofrimento para este grupo. Ao reportarmos-nos à Teoria das Representações Sociais, é possível considerar, assim como descreve Oliveira (2014), a presença de elementos do Universo Reificado na constituição de objetos do campo da saúde, como aqui se discute.

Tal complexidade também denota ancorar-se no desgaste físico e mental referido nos discursos, bem como ao sofrimento, como elemento inerente a esse ambiente. É possível inferir

³⁰ Informação fornecida por Sodalita.

³¹ Informação fornecida por Larimar.

³² Informação fornecida por Sodalita.

que o fator sofrimento, muito presente nas falas, vincula-se não só às situações difíceis e dolorosas as quais presenciam como também às demandas em que se deparam com limitações da tecnologia e saber técnico.

As vivências na linha de frente da pandemia da Covid-19 também demonstram constituir fator significativo de ancoramento das RS do ambiente de terapia intensiva, vez que desafiaram as práticas em termos do conhecimento científico e técnico disponíveis, intensificando o referido desgaste dos profissionais. Se no contexto normal de atuação a tecnologia e o conhecimento científico possibilitam certo controle dos processos presentes neste espaço, na pandemia sua insuficiência ficou escancarada.

Observando os movimentos desenhados pela formação da representação social do ambiente de terapia intensiva como complexo e de sofrimento, o grupo pesquisado denota objetivar esse processo em atitudes que vão para além do dia a dia hospitalar. Ponderamos que tamanha complexidade deste ambiente tensiona os sujeitos a se posicionarem, representarem e agirem.

Ao citarem mudanças operadas na vida pessoal, como ressignificação de valores e prioridades, mudanças nas formas de lidar com adoecimento e morte de pessoas próximas e atitudes de defesa (como expressa Larimar ao utilizar o termo “coração peludo” e “blindar”) indicam esses elementos como objetivações desse processo.

5.2 Uma passagem que deveria ser digna

À categoria “Uma passagem que deveria ser digna” são atribuídos significados relacionados a “Desta vida à outra: uma passagem”, “Sofrimento inevitável” e “Uma morte digna”, explicitando as formas pelas quais a morte é representada e explicada por estes participantes.

5.2.1 Desta vida à outra: uma passagem

Ao discorrerem sobre vida, morte e finitude, as pessoas participantes denotam sustentar suas narrativas numa perspectiva espiritual e religiosa. Conceitos e ideias de ordem espiritual são trazidos como formas de explicação daquilo que foge ao conhecimento científico, conferindo significados para situações difíceis vividas, assim como para experiências da prática. A busca pelo sentido para a morte e para as experiências que a permeiam também se

observa no estudo de Fernandes (2017), confirmando assim a pertinência desses elementos para a atuação desses profissionais.

E eu acho que quando chega o dia, quando chega aquele momento, vai acontecer alguma coisa pra pessoa morrer. Eu acho que tem o dia, tem a hora da pessoa morrer. [...] Pra mim morreu, acabou a vida aqui na Terra, mas eu acredito que tenha uma vida pós, assim, sabe? Ou o paraíso ou alguma outra coisa, pra perto de Deus... mas que é pra vida eterna (informação verbal³³, grifo nosso).

Eu quis fazer o mais respeitoso possível. Não só pro bebê, mas pra mãe. Pra ela chegar e, se for pegar, ver que o bebê tá de fraldinha, sabe? Que ele tá bonitinho, assim, sabe? Tentar dar dignidade. [...] Então, normalmente já é um paciente que, se você puder, se você falar assim: “Deus leva ele”. Porque ele está sofrendo demais, sabe. Então eu me sinto triste pela família, mas eu sei que pra ele foi melhor. [...] Tipo, quando o bebê tá muito feio e sabe que ele vai morrer, a gente batiza. A gente pega uma aguinha lá, reza, sabe? (informação verbal³⁴, grifo nosso).

Daí eu saí da Santa Casa, [...] fui à missa, rezei por ela à noite, pensei nela e ela acabou indo ao óbito. Então, assim, tem coisas que mexem muito (informação verbal³⁵, grifo nosso).

É o CTI. Os que entram bem sabe que vão sair bem, o que entra muito mal sai muito mal. Tem milagres... falo sempre com minha mãe, tem milagre, mas a maioria tragédia (informação verbal³⁶, grifo nosso).

Eu acredito em algumas coisas espíritas. A gente vê muita coisa também no hospital [risos]. A gente vê muita história. Muita coisa que não dá pra explicar. [...] eu tenho uma colega, uma físió que trabalha comigo, que ela é espírita. E aí ela fala que, tipo assim, “qual que é a explicação que você tem para um bebê vir e ficar dois dias e morrer?”. E aí ela fala que, tipo assim, ele veio pra isso. Ele precisa passar esses dois dias aqui, sabe. Então... Ele está cumprindo a missão dele. Às vezes porque a mãe dele precisa passar por isso. E às vezes porque ele precisa passar por isso pra reencarnar, por exemplo. E eu acredito nisso, sabe? Que a gente vem pra ficar o tempo que tem que ficar, sabe? Por algum motivo. [...] Tipo, por exemplo, às vezes tem paciente muito grave e do nada a gente começa a sentir cheiro de flor [risos]. Aparecem uns vultos, as coisas mexem. Ela vê coisas, tem gente que vê, sabe? Então, tipo assim, já teve casos de mãe que morreu e vê lá cuidando da criança, sabe? Então, tipo, é muita coisa que acontece no hospital, né? (informação verbal³⁷, grifo nosso).

O estudo de Dornfeld (2018) indica que a espiritualidade e religiosidade serviriam como suporte mediante o desgaste físico e psíquico, o que também se observa no presente estudo, no qual saberes de ordem espiritual e religiosa denotam atuar como elementos de sustentação subjetiva para o cotidiano difícil do ambiente de terapia intensiva. Fernandes (2017) associa que a busca por sentidos favorece a elaboração das dificuldades vivenciadas.

³³ Informação fornecida por Cornalina.

³⁴ Informação fornecida por Crisocola.

³⁵ Informação fornecida por Cornalina.

³⁶ Informação fornecida por Sodalita.

³⁷ Informação fornecida por Crisocola.

Eu fiquei na linha de frente... Eu sempre fui muito tranquila, acho que também essa vivência de religião mesmo, de ter fé, de acreditar numa coisa maior, que existem propósitos maiores mesmo para a gente estar passando por essas situações, eu sempre tentei me tranquilizar (informação verbal³⁸, grifo nosso).

Eu acho que a questão espiritual nossa... Tem que estar muito bem resolvida. Porque senão você pira. Então, acho que você tem que ter alguma coisa pra você... Se agarrar, sabe? Porque senão você... Realmente, as pessoas piram (informação verbal³⁹, grifo nosso).

Outros estudos como o de Nascimento e Roazzi (2007) e Abrão *et al.* (2013) também reconhecem os componentes de natureza espiritual e religiosa na formação das representações de morte para profissionais de saúde, apontando para estes como elementos estruturantes das práticas.

A descrição da morte como passagem, relacionada à ideia da existência de outras vidas, se manifesta de forma significativa nas falas, o que corrobora o estudo de Faria (2014) que aponta para a significação da morte como uma passagem da vida terrena para uma vida espiritual. No presente estudo, as pessoas participantes demonstram compreender a morte como fim de algo que se vive aqui nesta vida e que, contudo, abre passagem para outra existência ou outra forma de vida.

A morte, pra mim, é uma passagem. Eu acredito que a gente não finaliza a vida só nessa experiência de vida. Eu acredito que a gente vai ter outros tipos de vidas depois. Então assim, pra mim não é o fim da vida, é só uma passagem (informação verbal⁴⁰, grifo nosso)

Bem associação livre pra mim... a morte é uma passagem. É uma passagem, né, uma passagem, assim, que se tu me perguntar: “(Citrino), mas é uma passagem boa ou é uma passagem ruim?”. Eu não sei. Não sei te dizer porque isso só quem está vivenciando essa passagem é que pode definir alguma coisa, né (informação verbal⁴¹, grifo nosso).

Ai gente, morte... Ah, eu acho que a morte é uma passagem. Eu acho que nós estamos numa passagem. E eu acredito que a gente tem nossa vida, só que aqui nada é nosso. Então eu acho assim que ninguém sabe o nosso futuro, a gente não sabe o que vai acontecer daqui uma hora na nossa vida, a gente não sabe nada (informação verbal⁴², grifo nosso).

[...] eu não tenho medo da morte, eu tenho medo do sofrimento antes de morrer, igual eu falei pra você. E o que fico mal quando eu penso na morte é de deixar as pessoas que eu amo, mas não de eu deixar as pessoas, de como elas vão ficar, porque eu acho que eu vou pra um lugar muito bom (informação verbal⁴³, grifo nosso).

³⁸ Informação fornecida por Larimar.

³⁹ Informação fornecida por Crisocola.

⁴⁰ Informação fornecida por Larimar.

⁴¹ Informação fornecida por Citrino.

⁴² Informação fornecida por Cornalina.

⁴³ Informação fornecida por Cornalina.

O que é a morte... Acho que é o fim, né, o fim de tudo. (...)É o fim pra quem vai, né, pra quem morre, e pra quem fica a vida continua, né. Você normalmente passa um tempo e as pessoas meio que se acostumam a viver sem você, né. Eu acho que, assim, o fim que eu digo é o fim do que a gente vive aqui. Porque, assim, você não vai ver mais essa pessoa, sabe? Né? Agora, assim, eu creio que a gente tem uma vida depois daqui, sabe? (informação verbal⁴⁴, grifo nosso).

5.2.2 Sofrimento inevitável

Em suas falas, as pessoas participantes também referem a ideia de sofrimento, associada às perdas de pacientes, o processo de adoecimento que antecede a morte e a perda vivenciada pela família de quem morre. Referem-se ao tempo de atuação no ambiente de terapia intensiva e o dia a dia da prática como fatores que facilitam a convivência com o sofrimento e a morte.

Então, no início eu me doía muito assim. Eu até assim... nossa né, como... Se eu tenho esse entendimento que é uma passagem, mas mesmo assim era doído pra mim essa fase de fim de vida de um paciente. Dentro do hospital, dentro do CTI, entubado, grave, piorando, sabe? Aquilo me gerava um mal-estar, eu não era muito confortável. Depois a gente vai entendendo os contextos, né? E aí vai ficando mais fácil. [...] Mas hoje eu já fico mais tranquila, hoje não me dói tanto assim, eu sinto pela situação de pe... de... de fim de vida nesse tipo assim, né? Todo entubado, às vezes sedado, não tá nem mais ali, né? Conscientemente o paciente, né? Longe da família, isso... falo “por que, né? Finalizar a vida assim, né?”. Mas é a vida dele, o contexto da vida dele (informação verbal⁴⁵, grifo nosso).

E daí você... O paciente se encontra lá, acamado, traqueostomizado, se alimentando por sonda, com dor, fazendo diurese, evacuação em fralda. Então, assim, aquilo ali é triste, é desumano. A pessoa... A maioria das pessoas, assim, cansa daquilo, sente vergonha. A sua privacidade é exposta (informação verbal⁴⁶, grifo nosso).

Então, você vê que, às vezes, por exemplo, que nem eu te falei, o bebê fica três meses lá. Aí vai, fica dois meses e morre, sabe. Ou então, assim, nasceu e por algum motivo foi a óbito, sabe. É bem triste, assim. Nossa, muito triste ver uma mãe sofrendo por causa do filho, assim. E a gente se apega também aos pacientes, né (informação verbal⁴⁷, grifo nosso).

Ah, a gente fica triste. É uma perda, é um vazio, porque você conhece, você tem a rotina, você gosta da pessoa, você cria laços, você cria vínculos. Ou com o paciente, com a família. É ruim, é um sentimento de perda (informação verbal⁴⁸, grifo nosso).

[...] foi bem difícil entrar em contato com isso, porque a gente vê a morte no real, no real da palavra mesmo, então você entrar em contato com isso, com um sofrimento que é tão avassalador mesmo, pra aquela família, pra aquele paciente, se você não tiver outro lugar pra você falar desse real, vai ser difícil realmente você conduzir até uma escuta, né (informação verbal⁴⁹, grifo nosso).

⁴⁴ Informação fornecida por Crisocola.

⁴⁵ Informação fornecida por Larimar.

⁴⁶ Informação fornecida por Cornalina.

⁴⁷ Informação fornecida por Crisocola.

⁴⁸ Informação fornecida por Cornalina.

⁴⁹ Informação fornecida por Citrino.

Então, processo da morte para mim é sempre doloroso. Não consigo ver como as outras pessoas: descansou, não sofreu. Depois que morreu, não consigo pensar... tipo, sofreu, sofreu (informação verbal⁵⁰, grifo nosso).

Manifestam uma distinção na forma de considerar as mortes que acompanham, havendo processos de adoecimento e mortes com os quais consigam conviver com menos sofrimento e, talvez, aceitar mais facilmente. Pontuam situações como pacientes de idade mais avançada, pacientes de longa internação, pacientes sem perspectiva de cura – mas que não estejam recebendo investidas terapêuticas obstinadas.

Achado semelhante é apresentado do estudo de Faria (2014), ao elencar as concepções de morte natural, que acomete pessoas idosas, mais debilitadas ou em longa internação; e morte não natural, que acomete crianças e jovens, denotando a primeira ser mais facilmente aceita. Nesse sentido, a ideia da morte como descanso emerge nos discursos deste estudo também como o cessar do sofrimento. Paralelamente, Abrão *et al.* (2013) apresentam em seu estudo a ideia de alívio associada à morte de pessoas em sofrimento.

Agora, paciente que é mais idoso, que já tava numa finitude, eu sabia que prognóstico ia ser aquele, aí pra mim já é tranquilo. Tipo, ah, obitou, graças a Deus, descansou. Já vai pra esse lado, assim, já não é tão sofrido (informação verbal⁵¹, grifo nosso).

Olha, quando já está bem definido que realmente é um paciente paliativo, é tranquilo. Assim, o ruim é quando você sabe que o paciente não tem perspectiva de vida e ainda continua a intervenção nesse paciente, sabe. [...] quando o paciente está sofrendo, a gente entende que ele descansou, né. Porque realmente é muito sofrido. Muito sofrimento mesmo, assim, sabe (informação verbal⁵², grifo nosso).

A gente queria que o quê? Ele andasse, voltasse a falar, comer, tirasse a tráqueo. Mas são situações, assim, que você vai se compadecendo daquela história, sabe? Não que você vai ficando frio, que você deseja a morte, de maneira alguma, mas também você não quer aquele sofrimento da pessoa, sabe? (informação verbal⁵³, grifo nosso).

No que se refere ao fator sofrimento, Abrão *et al.* (2013) atribuem como causa a concepção da morte como tabu, o que não é acolhido pelo presente estudo. Consideramos, a partir dos movimentos representacionais acerca da morte elucidados, que este se constitui um fenômeno que mobiliza e sempre mobilizará o ser humano em seus mais profundos afetos e fragilidades. Assim, o sofrimento decorrente da convivência intensa com a morte, como é o caso das pessoas trabalhadoras em CTIs/UTIs, não pode se reduzir apenas à problemática da morte como tabu.

⁵⁰ Informação fornecida por Sodalita.

⁵¹ Informação fornecida por Larimar.

⁵² Informação fornecida por Crisocola.

⁵³ Informação fornecida por Cornalina.

5.2.3 Uma morte digna

A expressão “morte digna” destaca-se nos discursos das pessoas entrevistadas, conferindo ao processo de final de vida o caráter de respeito com quem morre e com a família. Apresenta-se como elemento que oferece maior conforto, mesmo em situações tão difíceis, não só a pacientes e familiares, mas aos profissionais que acompanham esse momento.

Mas quando tá lá naquele sofrimento, quando eu vejo que o paciente tá muito mal, que ele não tá respondendo, que a chance dele morrer é muito clara, muito óbvia, eu quero que ele descanse. Então assim, eu quero que ele não sinta dor, que ele não sinta falta de ar, que ele tenha dignidade na sua morte. [...] Aquele paciente que às vezes tá ali só sofrendo, não tá melhorando, se decompondo, por exemplo, paciente que já tem úlcera por pressão, paciente que já era acamado e ainda tá ali naquele sofrimento, eu acho assim, merece descanso, sabe? Então quando eu vejo que o paciente tá muito naquela fase, eu tento fazer mais do que eu posso pra ter conforto (informação verbal⁵⁴, grifo nosso).

Eu procuro entender se aquela passagem aconteceu, né, ali, de uma maneira digna. [...] procuro entender se foi de uma forma digna, eu procuro entender se aquela família que vem acompanhando realmente estavam ali com informações dignas de entender que havia aquele risco, de que aquilo poderia acontecer, de que eles tinham informações. [...] Então, eu procuro me articular com a equipe, de entender realmente o que foi que aconteceu, como é que aconteceu, quais foram as possibilidades que aquela pessoa teve, né, ou tinha, pra que a gente consiga fazer com que essas informações, quando chega até a família, apesar daquele que esteja mais preparado que vai sofrer, ele consiga entender que, opa, realmente se findou algo, mas se findou algo dentro das possibilidades naturais e possíveis de acontecer (informação verbal⁵⁵, grifo nosso).

Nestes fragmentos das entrevistas de Cornalina e Citrino referem-se às ideias disseminadas pelos cuidados paliativos, como: limites terapêuticos e restrição/cautela quanto a procedimentos invasivos; rompimento com a lógica curativa; integração da família no processo; partilha de comunicações claras; e a importância de proporcionar conforto, amenizar dores e quaisquer sofrimentos e preservar a autonomia do/da paciente em fase final de vida.

Pra mim seria perfeito, sabe? Ele não sentir dor, que a gente já acha que não tá sentindo dor, né? Não tá sentindo dor, não tá sentindo falta de ar e a família se despedir. Pra mim seria a melhor coisa, sabe? [...] Hoje eu já vejo... O cuidado paliativo me fez enxergar isso, né? Nossa, muito, muito, muito mesmo. Morrer de forma digna, sabe? Assim, a pessoa não merece passar por aquilo. Ela tem que... A vontade da pessoa acima de tudo (informação verbal⁵⁶, grifo nosso).

⁵⁴ Informação fornecida por Cornalina.

⁵⁵ Informação fornecida por Citrino.

⁵⁶ Informação fornecida por Cornalina.

Existe ainda muita discussão sobre isso na UTI por conta dos cuidados paliativos, agora tá trazendo mais nessa... Do que fazer, do que não fazer com o paciente, até onde investir em relação a medicamentos, a procedimentos invasivos, né? Isso tem uma, tá tendo mais discussão dentro da UTI, então os médicos também já falam “ah, isso é conversado com a família”, então essa questão da família também entender que o paciente tá num processo de fim de vida [...] (informação verbal⁵⁷, grifo nosso).

Aí você se questiona: “o que que eu estou fazendo? Eu estou fazendo bem ou estou fazendo mal pra ele?”, sabe. [...] Porque quando entra no processo paliativo a gente não faz nada, tipo assim, a gente dá conforto. Então assim, a gente não coleta exames, né, a gente não passa sonda. Então, é um paciente que você tá ali só pra dar o conforto pra ele partir, né (informação verbal⁵⁸, grifo nosso).

[...] Acho que você tem a dignidade de estar ali, mas estar ali não só porque você visa a cura de um adoecimento, você visa ali qualquer estratégia de enfrentamento pra aquilo, você ter outras formas de enfrentar aquilo de uma maneira digna, se você está consciente de saber o que está acontecendo, de saber realmente por que aquilo está acontecendo daquela forma, de você participar ativamente daquele processo, da família também da mesma forma (informação verbal⁵⁹, grifo nosso).

Observa-se que, embora as ideias de morte digna e de cuidados paliativos não tenham emergido como aqui se observa, nos estudos consultados na revisão de literatura, as medidas propostas pelos cuidados paliativos demonstram, neste grupo pesquisado, ser também um modo de amenizar o sofrimento dos profissionais. Todavia, ainda que se sintam melhores ao atuar mediante essas condutas, dependem da figura do médico/a para que possam ser efetivadas.

É uma coisa que eu gosto bastante, quando o paciente tá previsível que ele vai morrer, de a equipe conversar com a família, chamar pra conversa familiar, explicar a situação, às vezes libera pra família ver o paciente, então isso também me conforta (informação verbal⁶⁰, grifo nosso).

Tudo é conversado e a gente segue o plano que o médico programa, né? Mas hoje eu já fico mais tranquila, hoje não me dói tanto assim, eu sinto pela situação de pe... de... de fim de vida nesse tipo assim, né? [...] E aí vai ao óbito e já pra mim já é tranquilo. Descansou, pelo menos essa parte de fim de vida acabou, né? (informação verbal⁶¹, grifo nosso).

Porque se o colega, né, médico, que precisa ir, dar uma informação, uma comunicação, até apresentar possibilidades dentro de uma realidade diagnóstica que já tá ali dentro do seu limite, não consegue repassar essa informação pra uma família e ser claro, objetivo nesse sentido, pra que a gente consiga dar ali o suporte também pra aquele familiar, a gente realmente fica praticamente de mãos atadas. A gente não pode tomar a frente a essa conduta (informação verbal⁶², grifo nosso).

⁵⁷ Informação fornecida por Larimar.

⁵⁸ Informação fornecida por Crisocola.

⁵⁹ Informação fornecida por Citrino.

⁶⁰ Informação fornecida por Cornalina.

⁶¹ Informação fornecida por Larimar.

⁶² Informação fornecida por Citrino.

Os relatos sugerem a constituição da representação social de morte para tal grupo como uma passagem que deveria ser digna. Essa RS denota se ancorar, sobretudo, em saberes de ordem espiritual e religiosa, no sofrimento inerente aos processos de morrer e em elementos dos cuidados paliativos.

O grupo demonstra recorrer a um conjunto de conhecimentos de ordem espiritual e religiosa tanto para explicar fenômenos que permeiam os processos de terminalidade e a própria morte como para servir de sustentação para enfrentar a complexidade do ambiente de terapia intensiva. Significam a morte como passagem, reportando-se a conceitos religiosos como vida após a morte, outras formas de vida e o fim do que se vive nesta vida. Manifestam a compreensão desta passagem como algo que foge a explicações e de que não se tem controle.

Considerando os processos de ancoragem e objetivação, tomamos a narrativa de Crisocola, denotando a objetivação desses elementos em uma prática na qual a equipe batiza um bebê já sabendo que ele não vai sobreviver. Segundo esclarece, é algo comum na terapia intensiva neonatal e consiste em uma forma de garantir dignidade para a morte daquela criança.

O relato de Cornalina, ao referir situação na qual foi à missa e rezou por uma paciente que estava sob seus cuidados, também é sugestivo da objetivação de tal processo no ato de rezar. Crisocola cita experiências sensoriais vivenciadas no CTI, apontando situações que “não se explicam”, objetivando, contudo, tal relato em uma explicação religiosa, considerando a existência de uma vida após a morte. Recorrem a saberes religiosos quando a explicação ou solução para um fenômeno não pode ser contemplado pelo saber científico.

As RS de morte também se expressam transpostas pelo sofrimento que presenciam em sua prática, sendo possível considerá-lo como um significativo componente de ancoramento das representações sociais de morte para este grupo. Observam-se as objetivações desse componente nas várias falas em que vinculam aos processos que acompanham o sofrimento vivenciado pelos pacientes diante de condições de privações, dores, desconforto e sujeição a procedimentos invasivos.

Nesse sentido, as ideias de dignidade, respeito, conforto e autonomia do paciente, por exemplo, que são ligadas aos princípios dos cuidados paliativos, demonstram que o sofrimento vivenciado pelo grupo não se relaciona apenas com a morte concretizada, mas com a forma como se morre. Denotam, assim, recorrer a esses princípios como fundamentos para uma morte digna para quem morre, e que poderia lhes causar menos sofrimento em seu cotidiano.

5.3 O árduo fazer profissional

“O árduo fazer profissional” emerge como uma categoria que expõe elementos da prática profissional, distribuindo suas significações nas subcategorias “Dar suporte, mas evitar vínculo”, “Desafios da prática” e “A morte e o CTI/UTI na trajetória acadêmica”. No tópico que segue, será descrita a análise realizada, mediante as categorias e subcategorias mencionadas.

5.3.1 Dar suporte, mas evitar vínculo

Tal categoria expõe a forma pela qual são conduzidas as práticas e como relações entre profissionais de saúde e pacientes/familiares se estabelecem. O “cuidar” se destaca ao referir suas práticas, condutas e modos de lidar com os pacientes e seus familiares.

O quanto, por exemplo, uma comunicação de uma notícia difícil é importante, que haja um acolhimento também dessa comunicação, que essa comunicação ela seja clara, que essa comunicação ela seja acolhedora (informação verbal⁶³, grifo nosso).

Então eu penso assim... Eu sempre penso, né? Que eu gostaria de cuidar como se fosse alguém da minha família (informação verbal⁶⁴, grifo nosso).

Então todo paciente que chega, eu tento dar o meu melhor, fazer o que eu posso pra ele tentar sair de lá. Mesmo quando a gente sabe que é uma situação grave. [...] Mas assim, é ruim você participar dessa fase da vida da pessoa. Graças a Deus que a maioria deles tá sedado, não tá acordado, não tá falando. E acho que seria muito pior pra gente lidar assim, com aquela dor, com aquele sofrimento (informação verbal⁶⁵, grifo nosso).

Que no começo era mais “nossa, o paciente teve uma intercorrência”, ou tava... aquilo me dava um mal-estar. “Meu Deus, e agora vou mexer com esse paciente, ele vai...”. Então, eu tinha uma coisa. Agora não. Eu atendo normal, a gente dá um conforto, dá um atendimento até o fim da vida, né? (informação verbal⁶⁶, grifo nosso).

O modo como esse cuidar é realizado remete a uma relação de preocupação com as condutas em proporcionar conforto, alívio e dar o melhor de si, associado a tendência de evitar o estabelecimento de vínculo com as pessoas atendidas. Nesse sentido, referem maior conforto em lidar com o paciente desacordado, com o qual não estabelecem interação, indicando uma atitude defensiva; atitude esta, também citada nos estudos de Oba *et al.* (2002) e Borges e Mendes (2012).

⁶³ Informação fornecida por Citrino.

⁶⁴ Informação fornecida por Crisocola.

⁶⁵ Informação fornecida por Cornalina.

⁶⁶ Informação fornecida por Larimar.

E ali no CTI, a gente... na enfermaria, a gente cria um vínculo maior com o paciente, no CTI, por eles estarem sedados, entubados, a gente não tem aquele... não forma um vínculo, assim, de depois se acontecer uma piora, você não tem aquela... aquele peso, nossa, perdi uma pessoa, né? (informação verbal⁶⁷, grifo nosso).

É... eu geralmente não gosto muito de conhecer o paciente acordado. É que às vezes ele chegou no CTI e acordado, e aí eu ouço a voz dele, vejo ele de olhos abertos, conheço características dele, né. E, se vai para um CTI, geralmente está grave, acaba sendo intubado, sendo sedado, e aí você perde... eu, no meu caso, fico lembrando da voz dele, lembro do olhar dele acordado, lembro da expressão. [...] Então ficava uma sensação estranha, tipo “poxa, aquela voz, fui a última pessoa que ouviu; aquele pedido, eu fui a última pessoa que ouviu”. Tinha paciente que na hora que entubava, parava e morria. Ele nunca mais vai acordar... Tinha paciente que ficava dois, três meses entubado, voltava sequelado, cognitivo zero. Então, era... essa... essa relação com o paciente, eu preferia... Sabe como você tenta ficar neutro? [...] Eu sempre falava para as meninas: “eu dou o meu melhor, mas quando eu saio daqui eu esqueço”. Senão, fico dia inteiro nisso (informação verbal⁶⁸, grifo nosso).

De modo semelhante, a formação de vínculos com familiares e acompanhantes dos pacientes também denota ser evitada, conforme os relatos.

Eu não gosto muito de ficar pela proximidade, porque às vezes o familiar faz algumas perguntas que você sabe que a resposta vai ser ruim [...]. Então, às vezes eu me sinto mais confortável em não ficar próximo da família. Mas eu já vi casos de fisio dar o próprio celular e falar “me liga”. Eu acho que é se doar além do que você pode oferecer. [...] É como se fosse um meio de preservação, preservação de mim mesma. [...] E aí isso começava a consumir um pouco de mim. E minha própria paz, sabe. Muitas vezes eu também evitava de dar nome (informação verbal⁶⁹, grifo nosso).

Até isso para mim no CTI é uma coisa que eu acho positiva [risos], porque na enfermaria a gente tem o contato direto, tem acompanhante, né? Então dentro do CTI a gente fica muito protegido em relação à família, assim, você fica só entre o paciente e a equipe, né? [...] É um momento assim que... eu particularmente não gosto, até eu saio quando é a hora da visita (informação verbal⁷⁰, grifo nosso).

[...] se me chamassem, eu ia lá conversar com a família, falava “ele tá bem, né? Ele tá estável, ele tá sendo bem atendido”, né? Eu tentava ir pra esse lado mais do atendimento. Não... tentava não criar esse vínculo, assim, mais afetivo com a família, porque daí se eu ver uma pessoa chorando, eu já quero chorar junto [...] (informação verbal⁷¹, grifo nosso).

É diferente você atender um paciente... que você sabe da história, pelo prontuário, pelo que a gente colhe informações, e do que você vê aquele familiar, aquele sofrimento. É difícil, é difícil. Eu me comovo assim. Então quando eu posso eu evito. [...] o paciente fica exposto, invadido, fica inchado. Então, assim, eles não reconhecem, choram. É difícil lidar (informação verbal⁷², grifo nosso).

⁶⁷ Informação fornecida por Larimar.

⁶⁸ Informação fornecida por Sodalita.

⁶⁹ Informação fornecida por Sodalita.

⁷⁰ Informação fornecida por Larimar.

⁷¹ Informação fornecida por Larimar.

⁷² Informação fornecida por Cornalina.

Considerando o movimento de afastamento em relação a pacientes e familiares, é possível assumir tal atitude defensiva como um modo de preservação de si, mediante todo o sofrimento presente nos processos de terminalidade. Também legitimando tal sofrimento e tentativa de proteger-se, Kurtz (2012) menciona em seu estudo a analgesia do paciente como, metaforicamente, uma analgesia do próprio profissional, na tentativa de amenizar a própria dor, retirar a sensibilidade diante da confrontação com a finitude da vida.

5.3.2 Desafios da prática

Os diálogos apontam para algumas questões como desafiadoras para a prática desses profissionais, refletindo sobre como se sentem diante das condutas do cotidiano.

A gente teve o caso de uma menina de 31 anos com Linfoma não-rodgkin. [...] Eu cheguei, ela já estava assim, numa situação que ela não ia mais ter vida mesmo [...] E daí essa me mexeu bastante. Principalmente o marido, o esposo na hora da visita chorou bastante. Daí eu fico pensando, 31 anos, quase nossa idade. Há seis meses atrás, a vida dela era normal, ela descobriu aquela doença e ia morrer. E realmente, à noite ela acabou indo ao óbito. Foi até no domingo. Nossa, fiquei o dia inteiro com ela, ela morreu à noite (informação verbal⁷³, grifo nosso).

Tais diálogos demonstram significativa dificuldade em lidar com pacientes que possuem prognósticos ruins (ou sem prognóstico, como também citam); com pacientes jovens ou que remetam a alguma identificação pessoal; com pacientes com quem se formou um vínculo e com pacientes sem possibilidades de cura, submetidos a investidas terapêuticas sem possibilidades de melhora (obstinação terapêutica). De forma semelhante, Dornfeld (2018) apurou em seu estudo maiores dificuldades ao defrontarem-se com a morte de pacientes jovens, mortes súbitas e de pessoas com quem se tinha maior vínculo.

Mas é pesado quando você vê um paciente jovem que vai para uma piora e não tem prognóstico, quando você acompanha mais tempo um paciente que fica mais tempo no setor, que daí cria o vínculo, né? Então isso também é mais difícil (informação verbal⁷⁴, grifo nosso).

Mas, assim, é claro que existem momentos e existem casos que não tem como, a gente vai ser atravessado, né? A gente vai ser atravessado por algum paciente jovem, por exemplo, que a gente pode muitas vezes se ver naquela realidade, e aí entra uma condição difícil, mesmo, e aí é onde eu busco recurso mesmo, na minha supervisão, na minha análise pessoal, pra dar conta disso (informação verbal⁷⁵, grifo nosso).

⁷³ Informação fornecida por Cornalina.

⁷⁴ Informação fornecida por Larimar.

⁷⁵ Informação fornecida por Citrino.

Então, no início eu me doía muito assim. Eu até assim... nossa né, como... Se eu tenho esse entendimento que é uma passagem, mas mesmo assim era doído pra mim essa fase de fim de vida de um paciente. [...] E quando é um paciente por exemplo, oncológico, que é um paciente que tá lúcido, né? Aí é mais difícil (informação verbal⁷⁶, grifo nosso)

Foi porque eu fiz estágio e, engraçado que assim, eu não gosto de pediatria. Eu gosto de neonatal. Porque a pediatria, eu sou muito coração mole, assim, com as crianças chorando e falando “por favor”. Eu já, tipo, o bebê chora, mas não fala, né? (informação verbal⁷⁷, grifo nosso).

É ruim. É muito impactante. A gente se põe no lugar. Ainda mais quando tem uma pessoa, um familiar da nossa idade (informação verbal⁷⁸, grifo nosso).

É difícil quando é esses pacientes de longa internação, esses pacientes que a gente cria um vínculo maior, aí é mais difícil. A gente sofre, já chorei com o paciente, já chorei com o paciente principalmente na pandemia, assim, às vezes, tava indo numa melhora, e aí eu saí, fui e voltei no outro plantão, tava grave, já vai obitar, obitou, e assim a gente sente, assim, sofre. É sofrido (informação verbal⁷⁹, grifo nosso).

Os participantes do estudo expressam desconforto ao deparar-se com a limitação terapêutica de um paciente, em que os recursos técnicos se fazem insuficientes. Demonstrem, assim, a relevância do que já discutia Kubler-ross (2017) ao apontar para a tendência ao cientificismo e à técnica como tentativas de escapar às próprias limitações, à impotência, e assim à própria mortalidade. Paralelamente, também apontam para a afirmação de Nucci (2018) de que as doenças sem possibilidade de cura se tornam um dos desafios mais críticos no cuidado à vida.

Eu tinha muito essa questão no início, dessa relação mesmo, do, do pacien... dessa frustração do paciente que não ia é... progredir para uma alta, para uma melhora, ele ia ter uma piora, né? E aí isso mexia muito, depois que você vai trabalhando e vai entrando no ritmo de atendimento. Entendendo também que tem paciente que não vai ter mesmo prognóstico e você vai começando a... ficar mais fácil essa, a lidar com isso dentro do hospital (informação verbal⁸⁰, grifo nosso).

Assim, apesar de eu ter trabalhado no cuidados paliativos, hoje melhorou muito a minha visão sobre isso... Mas é difícil você olhar pro paciente e ver que ele não vai sair. Ele não vai sair, não tem mais o que eu posso fazer. Então isso me angustia, sabe? Quando eu fico limitada, não tem mais o que eu fazer pra ele melhorar. Isso é muito ruim, sabe? (informação verbal⁸¹, grifo nosso).

Também citam desafios com a equipe e o serviço como um todo, incluindo rotina e relações.

⁷⁶ Informação fornecida por Larimar.

⁷⁷ Informação fornecida por Crisocola.

⁷⁸ Informação fornecida por Cornalina.

⁷⁹ Informação fornecida por Larimar.

⁸⁰ Informação fornecida por Larimar.

⁸¹ Informação fornecida por Cornalina.

Então eles falavam, “ah, não, tenta fazer uma VNI, vamos segurar mais um pouco”, e a gente sabendo que não ia resolver. Então a gente teve muito estresse, assim, com o médico, em relação a isso, de tempo de fazer algumas condutas, e daí, quando vinha o paciente já chegava numa intercorrência, às vezes de... E aí é tudo mais difícil, né? (informação verbal⁸², grifo nosso).

A gente ainda tem momentos e tem colegas que têm dificuldade de realmente entrar com aspectos mais subjetivos do adoecimento, até mesmo do próprio paciente, até mesmo de uma condição de tratamento que talvez precisa ser direcionado de uma realidade, não mais só pela intervenção à cura, mas seguindo uma outra lógica (informação verbal⁸³, grifo nosso).

Aí, tem todo um processo, né, de protocolo, pra avaliar tudo, e lá eles fazem doação, né, eles têm a equipe que trabalha com doação de órgãos, né, conversa com a família, vê se vai autorizar, né. Quando é jovem, né, aí tem família que autoriza, tem família que não, né, então, é difícil, aí fica lá o paciente mo... óbito já, né, só respirando por aparelho, pra segurar. É uma situação chata também (informação verbal⁸⁴, grifo nosso).

5.3.3 A morte e o CTI/UTI na trajetória acadêmica

Esta subcategoria explana as formas como o tema morte e CTI/UTI atravessaram as vidas acadêmicas das pessoas participantes da pesquisa. Na trajetória universitária, relatam o contato com o ambiente de terapia intensiva ou o hospital por meio dos estágios, surgindo daí a identificação com tal prática.

E aí, quando eu fui pra estágio, eu também tive ótimos professores. Que também, tipo, dá aquela afirmação pra você, sabe? Então, eu acho que foi a questão de professores mesmo. E aí, quando eu fiz o meu estágio, eu já caí direto na parte de neonatal [...]. É porque eu fiz estágio e eu me apaixonei, assim. E aí, também o jeito que foi me mostrado, assim, então... E hoje, eu não me vejo fazendo outra coisa. Tipo, parece que era pra mim ser isso (informação verbal⁸⁵, grifo nosso).

Porque na graduação o último ano é estágio, e o estágio envolve fazer dentro do hospital. Especificamente no CTI, inclusive o estágio é em CTI. Eu já fiz o estágio, gostei e saí com a cabeça de especializar nisso. [...] Foi uma afinidade, foi um gosto que eu não sei de onde vinha. Eu gosto de ler, gosto de estar no CTI. Nunca me assustei. Porque às vezes as pessoas chegam e veem aquele monte de cabos, a gravidade dos casos e ficam assustadas. Eu não. Sempre gostei, entrei com gosto (informação verbal⁸⁶, grifo nosso).

E no último ano a gente passa pelos estágios, e eu me identifiquei muito com o hospital, porque ali parece que eu estou fazendo... não que as outras áreas não sejam importantes e que o paciente não precise, mas ali ele está precisando muito de ajuda.

⁸² Informação fornecida por Larimar.

⁸³ Informação fornecida por Citrino.

⁸⁴ Informação fornecida por Larimar.

⁸⁵ Informação fornecida por Crisocola.

⁸⁶ Informação fornecida por Sodalita.

O que eu fizer ali vai melhorar muito ele, tudo que eu fizer ali vai ser para melhorar (informação verbal⁸⁷, grifo nosso).

Demonstram a ausência ou superficialidade de discussões acerca da terminalidade ao longo da graduação e pós-graduação, sendo que apenas uma participante relatou ter tido contato ainda na graduação com a temática da morte. Faria (2014) também reconheceu tal questão em seu estudo, informando que os participantes de sua pesquisa tinham contato com os aspectos da finitude humana apenas na prática profissional.

Considerando essa lacuna percebida na formação em saúde, assim como no presente estudo, Sartori e Battistel (2016) verificaram em sua pesquisa a superficialidade da tratativa da temática sobre a morte e o morrer, indicando pouca abertura para que a realidade vivenciada na prática seja discutida, isto é, englobando aspectos emocionais, espirituais e sociais inerentes aos processos de terminalidade.

Não foi falado sobre isso, nem no estágio de hospitalar. [...] Não se falava “esse paciente vai morrer” ou “esse paciente é paliativo”. A gente nem chegava perto. [...] Foi na minha especialização, residência. Teve uma matéria sobre, só que a maioria era prática. A matéria sobre morte que era mais relacionado à religião e espiritualidade, eutanásia e distanásia. [...] Ela foi com uma assistente social, ela explicou toda a parte de bioética, eutanásia, distanásia, ela falava sobre aborto, falava sobre como nós lidaríamos com a morte. Só que ela foi quase depois de um ano e meio, então ela chegou muito atrasado. A gente já tinha passado por tudo aquilo. [...] Parecia muito em vão, sabe? Tipo, precisamos falar, vamos falar sobre (informação verbal⁸⁸, grifo nosso).

Nada, nada. Na residência, a gente teve uma aula muito básica de cuidados paliativos, mas nada abordando sobre morte, sobre finitude. [...] Não estudei nada sobre morte, sobre nada. Quando eu trabalhei na Unimed, nos cuidados paliativos, a gente fez um curso... (informação verbal⁸⁹, grifo nosso).

Ao rememorar a vida acadêmica, referem um processo de construção de conhecimento com foco em técnica, fisiologia e cura, o que pode ser observado no estudo de Borges e Mendes (2012), em que mencionam a formação para um cuidado tecnicista, pautado na prevenção e cura. Abrão *et al.* (2013) corroboram e salientam que tal modelo acadêmico desvaloriza os aspectos psicossociais da morte e do morrer.

Os participantes deste estudo relatam contato com a temática da finitude e morte, além da prática, em outros contextos, por buscas pessoais. Demonstram considerar os conhecimentos inerentes aos cuidados paliativos como fonte de saberes que oferece condições para atuar nesses contextos.

⁸⁷ Informação fornecida por Cornalina.

⁸⁸ Informação fornecida por Sodalita.

⁸⁹ Informação fornecida por Cornalina.

Não, porque eu falei antes, né. Eu acho que falta, não sei hoje, atualmente, como está nas universidades, mas na minha época, em 2004, não, nem se falava disso, assim, de cuidados paliativos, de fim de vida. Nem quando tinha essa disciplina de CTI, de UTI, por exemplo. Na parte hospitalar também não, era mais essa parte é... tecnológica do que o que o físico faz, o que o físico pode fazer, o que o físico não faz. [...] As técnicas... Não tinha em relação a esse fim, essa finitude, o prognóstico de paciente, essa questão não, nunca teve. [...] Tipo patologia, era tipo “ah você vai estudar DPOC, você vai estudar infarto do miocárdio”. Eram patologias... e a fisiopatologia. Não tinha essa questão do contexto do paciente, que podia o prognóstico ser ruim; como seria isso, lidar com isso. Não, nunca teve, não tinha isso não. Na pós também não tive. Agora, lembrando assim, que foi uma pós específica né, de terapia intensiva, foi muito voltada também para técnicas [...] (informação verbal⁹⁰, grifo nosso).

Porque eu não tive na minha formação. Infelizmente, hoje eu vejo assim: precisa muito falar sobre isso, sobre morte, sobre fase final de vida, sobre cuidados paliativos mesmo, na formação acadêmica. [...] O mestrado e doutorado, como é em saúde, eu acho que eles deixam um pouco a desejar essa questão de cuidados paliativos, essa questão de fase final de vida, de paciente crônico; é muito voltado para cura [...] É muita inovação científica, metodologias, inovações, reabilitação, cura [...] (informação verbal⁹¹, grifo nosso).

Eu acho que foi um pouco nessas aulas de cuidados paliativos que veio um pouco desse negócio de respeito. De dignidade. De dignidade... já faz tanto tempo. Eu acho que foi um pouco disso, e aí eu acho que eu devo ter levado isso comigo (informação verbal⁹², grifo nosso).

Não. É que eu sempre gostei muito do holístico, de ver o todo, então até... [...] eu vi alguém indicando o livro daquela médica brasileira, “A morte é um dia que vale a pena viver”, e eu comprei e falei “ ah, eu quero ver esse livro”. Mas eu de curiosa, assim. [...] inclusive eu achei... Amei o livro dela, o livro dela é muito bom, deu até vontade na época de fazer a pós dela lá em São Paulo, ela tem né a pós de cuidados paliativos. [...] E eu acho muito legal o jeito de como ela fala da finitude, desse fim, né? (informação verbal⁹³, grifo nosso).

Quando eu trabalhei na Unimed, nos cuidados paliativos, a gente fez um curso [...]. Um curso muito dinâmico, era muito dinâmico. Tinha as questões éticas que eles passavam, mas era muito de atividade em grupo, encenação de teatro, então assim, situações de casos mesmo, da notícia da morte do familiar, de você se... Era um curso assim, que você falava muito, dividia em grupos, então era muito dinâmico. Então foi excelente, foram situações realísticas, isso aí. [...] E daí, como eu gostei do assunto, não cheguei a fazer a pós-graduação em cuidados paliativos, mas comecei a estudar mais sobre o tema, e daí eu comecei a seguir em redes sociais pessoas que eram da área (informação verbal⁹⁴, grifo nosso).

Os elementos que emergiram das falas indicam a representação social da prática profissional para esse grupo como um árduo fazer profissional, que se ancora nas dificuldades das relações estabelecidas, da atuação e na ausência de referenciais mais contundentes sobre o trabalho diante da morte durante a formação acadêmica.

⁹⁰ Informação fornecida por Larimar.

⁹¹ Informação fornecida por Cornalina.

⁹² Informação fornecida por Crisocola.

⁹³ Informação fornecida por Larimar.

⁹⁴ Informação fornecida por Cornalina.

Conforme citam, as adversidades da prática residem em situações específicas, como a convivência com o adoecimento e morte de pacientes jovens; pacientes de idades parecidas com a do/da participante ou que retrate uma identificação pessoal (fisionomia, parentesco, história); pacientes em longa internação e sem perspectivas de cura ou melhora submetidos a obstinação terapêutica e pacientes com os quais construíram vínculos.

Os participantes também referem algumas dificuldades no dia a dia com colegas, ressaltando conflitos com a conduta médica, sobretudo quando este/esta profissional não acolhe limitações terapêuticas de pacientes terminais ou se faz reticente quanto à introdução de uma conduta paliativa e acaba por prolongar o sofrimento do paciente.

Assim, denota-se que o árduo trabalho no ambiente de terapia intensiva os expõe diretamente ao sofrimento humano, processos delicados de adoecimento e morte. Tais elementos denotam constituir componentes de ancoramento das RS da atuação profissional.

Acerca da formação acadêmica, referem a ausência do tema da finitude humana que, quando mencionado, é trabalhado de forma superficial e insuficiente. Citam sua vida acadêmica direcionada para a técnica e cura, e desse modo demonstram conferir aos cuidados paliativos uma esfera do conhecimento que oferece condições mais adequadas para atuar num contexto de intensa convivência com os processos de terminalidade.

Diante de tal configuração de formação e atuação profissionais, as RS da atuação profissional para tal grupo objetivam-se na atitude de afastamento quanto ao sofrimento da pessoa atendida e sua família. Também podem ser observadas ao citarem maior conforto ao lidarem com pacientes sedados ou dormindo e a dificuldade em atender um paciente consciente de seu sofrimento. Nesse sentido é possível identificar o movimento dessa representação social, a partir do exercício de um cuidado que precisa ser exercido com certo distanciamento para autopreservação, diante desse cenário de padecimentos físicos e subjetivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As histórias vivenciadas pelas pessoas participantes desta pesquisa nos ambientes de terapia intensiva onde atuam são construídas no dia a dia da prática, na singularidade de cada demanda, em cada caso atendido, cada contato relacional estabelecido e cada desafio imposto, como foi o caso da pandemia de Covid-19. São atravessadas pelo que trazem em suas experiências pessoais, crenças, aprendizados prévios e interesses.

Todos esses elementos atuam na formação das representações sociais dos objetos com os quais lidam em seu cotidiano. Em suas práticas, essas partículas que constituem uma representação social são manifestas, alteradas, reorganizadas e, nesse movimento constante, oferecem subsídios para que possam explicar e atuar em seu entorno – nesse caso, o ambiente de terapia intensiva.

Consideramos, com este estudo, que o grupo pesquisado organiza suas práticas e explica os fenômenos que permeiam a morte e o morrer a partir da representação social da morte como uma passagem, que deveria ser digna, de modo que o sofrimento (difícil de ser contornado) pudesse ser amenizado. Denotam ancorar essas representações em conceitos e explicações religiosas e princípios dos cuidados paliativos (que preveem a morte digna).

É possível considerar que a representação social de CTIs/UTIs como ambientes complexos seja um componente que caminha lado a lado dos processos de constituição das representações sociais de morte, visto que ambas as representações se cruzam nessa prática profissional.

Esses elementos em interação se materializam na representação social de um árduo fazer profissional, objetivando-se, sobretudo, em uma postura de afastamento diante do sofrimento, finitude e morte, portanto, dos/das próprios/as pacientes atendidos/as e seus familiares. Indagamos aqui a possibilidade de que o saber científico – que também possui um lugar na constituição das RS de morte para tal grupo – assuma o papel de proteger esse grupo da angústia a qual a terminalidade e a morte os expõe.

A morte, a finitude e a terminalidade são ideias que confrontam o saber científico que ampara a prática no campo da saúde, sobretudo nos ambientes de terapia intensiva, locais de alta complexidade tecnológica e científica. A necessidade de familiarização com a morte pressiona os sujeitos a buscarem explicações e ferramentas em outras formas de conhecimento para operar no cotidiano profissional e social – como explicitamos, os saberes religioso e espiritual.

Observa-se neste estudo que, embora a prática profissional diante da finitude e a morte seja permeada pelo sofrimento, há indicativos de que a preservação dos processos de terminalidade, por meio de condutas como as referidas nos cuidados paliativos, pode oferecer melhores condições de atuação para os profissionais e processos de morrer mais dignos e humanos para pacientes terminais.

Conquanto a formação em saúde não seja suficiente para subsidiar uma forma de lidar com a morte, é possível pensá-la como impulsionadora de novas reflexões e paradigmas. O conceito de morte digna denota ser valioso não só para pacientes, mas também para os profissionais participantes deste estudo. Assim, os cuidados paliativos, por se tratarem de um conjunto de conhecimentos interdisciplinares que favorece a integração da subjetividade e seus aspectos culturais, sociais, psicológicos e espirituais, podem facilitar também a integração dos saberes do senso comum às práticas em saúde, conforme se demonstrou neste estudo ser contundente para esse campo do conhecimento.

REFERÊNCIAS

- ABRÃO, F. M. da S. *et al.* Representações Sociais de enfermeiros sobre a religiosidade ao cuidar de pacientes em processo de morte. **Rev. Bras. Enferm.**, vol. 66, n. 5, Brasília, 2013.
- ABRIC, Jean Claude. A abordagem estrutural das Representações Sociais. *In*: MOREIRA, Antonia Silva Predes (org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998.
- ANDERY, Maria Amália *et al.* **Para compreender a ciência: uma perspectiva histórica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo: São Paulo: EDUC, 1996.
- ARIÈS, Philip. **História da Morte no Ocidente**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- BANDEIRA, Danieli; BISOGNO, Silvana Bastos Cogo. A abordagem da morte e morrer na graduação em enfermagem: um relato de experiência. **Revista Contexto & Saúde**, IJUÍ, v. 11, n. 21, p. 11-15, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BOEING, Flávia Tocci; MACHADO, Patrícia Fernandes Lootens. Investigações em Representações Sociais: socialização de um caminho teórico-metodológico. **Research, Society and Development**. Vol. 10, nº 4, 2021.
- BORGES, M. S.; MENDES, N. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, Vol. 65, nº 2, p. 324-331, 2012.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012.
- CARVALHO, Yara Maria de; CECCIM, Ricardo Burg. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. *In*: **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- COMBINATO, Denise Stefanoni. **Concepção de morte e atuação de profissionais de saúde em unidade de terapia intensiva**: implicações educacionais. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.
- COMBINATO, Denise Stefanoni; QUEIROZ, Marcos de Souza. Morte: uma visão psicossocial. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 11, n.2, 2006.
- DORNFELD, Raquel Lima. **Percepção dos profissionais de enfermagem frente a processos de morte**: influência da espiritualidade. 2018. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberada, 2018.
- FARIA, Carla Vieira Gomes de. **As representações sociais da morte para equipes de saúde de dois Centros de Terapia Intensiva**. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

FERNANDES, Fernanda de Souza. **Representações Sociais dos profissionais de saúde sobre terminalidade infantil juvenil**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2017.

FERNANDES, Maria Lúcia Brondi; BOEMER, Magali Roseira. **O tema da morte em sua dimensão pedagógica: um enfoque fenomenológico**. Londrina: Eduel, 2005.

FERRARI, Renata Rodrigues. **Morte, religião e bioética na formação dos profissionais de saúde**. Repositório da faculdade Unida de Vitória. 2018.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise de Conteúdo**. Brasília: Plano Editora, 2003.

FUKUMITSU, Karina Okajima (org.). **Vida, morte e luto: atualidades brasileiras**. São Paulo: Summus, 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São PAULO: Atlas, 2008.

GÓIS, A. R. S. *et al.* Morte/ morrer de pessoas com HIV: o olhar da enfermagem. **Rev. Enferm.** UFPE online., Recife, Vol. 12, nº 12, 2018.

HALL, James A. **Sonhos: Símbolos Religiosos do Inconsciente**. São Paulo: 1994

KOVÁCS, Maria Júlia (Coord.). **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Educação para a morte: quebrando paradigmas**. Novo Hamburgo: Sinopsys Editora, 2021.

KOVÁCS, Maria Julia. Morte com dignidade. *In*: FUKUMITSU, Karina Okajima (orgs.). **Vida, morte e luto: atualidades brasileiras**. São Paulo: Summus, 2018.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. 10.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2017.

KURTZ, Carina Teixeira Leite. **Doação de órgãos: um estudo em representações sociais na saúde**. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012.

LOPES, Zaira de Andrade. **Representações sociais acerca da violência de gênero: significados das experiências vividas por mulheres agredidas**. 2009. 241f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

MACHADO, L. O. C. L.; MEDEIROS, M. M.; ALVARENGA, M. R.M. **A Educação e a Morte: A formação de profissionais de saúde**. Educação em saúde e Educação em ciências – X Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências. X ENPEC Águas de Lindóis, SP. 2015

MELO NETO, João Cabral de. **Melhores Poemas**. São Paulo: Global, 2003.

MENEZES, Rachel Aisengart. **Difíceis decisões**: etnografia de um centro de tratamento intensivo. (Coleção antropologia e saúde). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2019.

MORITZ, Raquel Duarte. Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. **Revista Bioética**, vol. 13, nº 2, p. 51-63. 2005

MOSCOVICI, Sergé. **A Representação Social da Psicanálise**. Título original “La psychanalyse – Son Image et son public. 2. Ed., Paris, Presses Universitaires de France, 1976. Edição para o Brasil, traduzido por Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais**: investigações em psicologia social / Serge Moscovici; editado em inglês por Gerard Duveen; traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. 7. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

NASCIMENTO, A. M. do; ROAZZI, A. A estrutura da representação social da morte na interface com as religiosidades em equipes multiprofissionais de saúde. **Rev. Psicologia: Reflexão e crítica**, Recife, 20 (3), p. 435-443, 2007.

NUCCI, Nely Aparecida Guernelli. Educar para a morte: cuidar da vida. *In*: FUKUMITSU, Karina Okajima (org.). **Vida, morte e luto**: atualidades brasileiras. São Paulo: Summus, 2018.

OBA, M. das D. V.; TAVARES, M. S. G.; OLIVEIRA, M. H. P. de. A morte mediante as representações sociais dos profissionais de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.55, n.1, p. 26-30, jan./fev. 2002.

OLIVEIRA, Denize Cristina de. A Teoria das Representações Sociais como grande leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. *In*: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira *et. al* (orgs.). **Teoria das Representações Sociais**: 50 anos. Brasília: Technopolitik, 2014.

PESSINI, Léo. Espiritualidade, finitude humana, medicina e cuidados paliativos. *In*: FUKUMITSU, Karina Okajima (org.). **Vida, morte e luto**: atualidades brasileiras. São Paulo: Summus, 2018.

PESSINI, Léo. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Revista Bioética**, v.10, nº 2, p. 51-72, 2002.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. Espiritualidade e cuidados paliativos. *In*: MORITZ, Rachel Duarte. **Conflitos bioéticos do viver e do morrer**. Câmara técnica sobre a terminalidade da vida e cuidados paliativos no Conselho Federal de Medicina. Brasília, 2011.

SANTOS, Franklin Santana. Perspectivas Histórico-culturais da morte. *In*: INCONTRI, Dora. (org.) **A arte de morrer**: Visões plurais. 2ª ed. São Paulo: Editora Comenius, 2009.

SANTOS, Franklin Santana; INCONTRI, Dora. Arte de cuidar: saúde, espiritualidade e educação. **O mundo da saúde**. Vol. 34, nº 4, p. 488-497. São Paulo, 2010.

SANTOS, J. L. dos; CORRAL-MULATO, S.; BUENO, S. M. V. Morte e luto: a importância da educação para o profissional de saúde. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v.18, n.3, p. 199-203, set./dez. 2014.

SANTOS, Manoel Antônio dos; HORMANEZ, Marília. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.9, p. 2.757-2.768, 2013.

SARTORI, A. V.; BATTISTEL, A. L. H. T. A abordagem da morte da formação de profissionais e acadêmicos da enfermagem, medicina e terapia ocupacional. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v.25, n. 3, p. 497-508, 2017.

SOUZA, Vivian Bonani de; ORTI, Natália Pinheiro; BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini. Role-playing como estratégia facilitadora da análise funcional em contexto clínico. **Rev. bras. ter. comport. cogn.** v.14, n.3, p. 102-122, 2012.

TEMPSK, Patícia; BORBA Mayla. O SUS como escola. **Revista brasileira de educação médica**. Vol. 33, nº 3, p.319-320. 2009

TONET, Ivo. **Método Científico**: uma abordagem ontológica. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

TRINDADE, Zeidi Araujo; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; ALMEIDA, Angela Maria de. Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. *In*: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira *et al.* (orgs.). **Teoria das Representações Sociais**: 50 anos. Brasília: Technopolitik, 2014.

VALE, Carla Cristina Soares de Oliveira; LÍBERO, Ana Carolina Abreu. A espiritualidade que habita o CTI. **Revista de Saúde Mental e Subjetividade**. Vol 11, nº 21, jul./dez. 2017.

VASCONCELOS, Samara Sousa; GOUVEIA, Guilherme Pertinni de Moraes. Saúde Coletiva e desafios para a formação superior em saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Vol. 35, nº 2, p.498-503. 2011.

WHOQOL Group 1995. **The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL)**: position paper from the World Health Organization. Social Science and Medicine.

APÊNDICE A

Convite para participação em pesquisa

Caro(a) profissional de saúde,

Lhe convidamos a participar da pesquisa “O sentido da morte para profissionais de saúde: uma perspectiva das representações sociais”, por meio da qual pretendemos compreender as representações sobre a finitude humana no contexto de trabalho de um Centro de Terapia Intensiva.

Para que possa contribuir com nosso estudo, pedimos que observe se atende aos seguintes critérios:

- Ser profissional de saúde – enfermeiro/a, técnico/a de enfermagem, fisioterapeuta, médico/a, nutricionista, psicólogo/a, fonoaudiólogo/a, assistente social, terapeuta ocupacional;
- Ter idade entre 25 e 55 anos;
- Ser formado/a em sua área há mais de 3 anos;
- Atuar em CTI há mais de 1 ano;
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Sua contribuição consistirá em participar de uma entrevista com a pesquisadora responsável, que abordará as questões: representações do cotidiano no CTI, representações acerca da morte/finitude humana e aspectos do processo de formação profissional.

Esclarecemos que a entrevista só acontecerá após anuência de participação, mediante assinatura do TCLE; e que lhe é garantido o direito de não responder a qualquer pergunta ou de se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos e sem que necessite se justificar.

Para manifestar seu interesse em participar ou esclarecer dúvidas:

Pesquisadora responsável: Brenda de Lima Pinto da Silva – mestrandia em Psicologia pela UFMS

E-mail: psicologabrendalima@gmail.com

Telefone/WhatsApp: 67 996823248

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Prezado (a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “O sentido da morte para profissionais de saúde: uma perspectiva das representações sociais”, desenvolvida pela pesquisadora Brenda de Lima Pinto da Silva. Tal estudo tem por objetivo central analisar as representações sociais da morte para profissionais de saúde que compõem equipes de Centros de Terapia Intensiva. As representações sociais de morte serão analisadas, sob o alicerce da Teoria das Representações Sociais, abarcando suas dimensões cognitivas, sociais, econômicas, sociais, psicológicas e políticas.

O convite para participação se deve à sua atuação como profissional de saúde em um CTI há mais de um ano, graduado em sua área há mais de três anos, considerando-se esta atividade profissional como importante no entendimento da temática desta pesquisa. Sua participação é voluntária, isto é, não é obrigatória. Você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento, sem que lhe incorram quaisquer prejuízos. Caso alguma solicitação ou pergunta lhe pareça inadequada, poderá deixar de responder, e até mesmo desistir de participar da pesquisa.

Ressalta-se que sua colaboração será respaldada pela confidencialidade das informações; e se faz importante para a execução da pesquisa, pois o presente estudo pode contribuir para futuros projetos de pesquisa, elaboração de políticas públicas, intervenções psicossociais quanto a equipes de saúde, bem como revisão dos currículos acadêmicos no sentido de integrar a temática morte em suas múltiplas dimensões, contribuindo para experiências saudáveis desse fenômeno nas práticas profissionais.

Rubrica do participante: _____

Rubrica do pesquisador: _____

A participação será possibilitada por meio de sua anuência, mediante assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, do qual lhe será entregue uma via. Sua participação consistirá em responder a uma série de perguntas e dialogar com a pesquisadora a partir de uma entrevista semiestruturada e do TALP (Técnica de Associação Livre de Palavras) que abordarão temas relacionados a morte.

O encontro entre pesquisadora e participante ocorrerá em local e horário convenientes à disponibilidade do/da participante; apropriado e reservado, preservando do sigilo das informações e identidade do/da participante e integridade de ambos. Decorrerá pelo tempo de 50 minutos aproximadamente e será gravado. A gravação se faz condição indispensável, para que se possa realizar a análise adequada do conteúdo exposto.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e lhes são garantidos o anonimato, a preservação de sua imagem e o sigilo das informações. Não será divulgada a sua voz, tampouco dados que permitam sua identificação. Todas as informações obtidas nesta entrevista serão utilizadas para fins exclusivamente acadêmicos, voltados aos objetivos da pesquisa citada. Ninguém além da pesquisadora saberá de suas respostas, sendo que apenas pesquisador e participante terão acesso a este documento.

Todos os dados oriundos da coleta de dados (entrevista, TALP, transcrições e gravações) ficarão armazenadas nos departamentos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob responsabilidade da pesquisadora (Brenda de Lima Pinto da Silva), pelo período de cinco anos, conforme a resolução CNS nº 466/2012. A qualquer momento dentro deste período a população participante poderá solicitar as informações. Após este período os dados serão incinerados.

Esta pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes, os quais se relacionam à possibilidade de serem suscitadas emoções ligadas a experiências de perdas pessoais ou de pacientes, no decorrer da entrevista. Caso seja necessário, a pesquisadora envolvida se compromete a prestar suporte psicológico aos participantes da pesquisa, bem como facilitar encaminhamentos que se façam necessários, auxiliando na busca de profissionais qualificados da psicologia ou psiquiatria, na rede pública, privada ou convênios, que possam lhe prestar atendimento (de acordo com as possibilidades e vontade do/da participante). Os/as participantes terão direito a tal assistência, seja no decorrer ou mesmo posterior ao encerramento da pesquisa.

Rubrica do participante: _____

Rubrica do pesquisador: _____

Ademais, considerando a pandemia de Covid-19, toma-se o encontro presencial para a realização da coleta de dados como risco subjacente a este estudo. Nesse sentido, compromete-se a pesquisadora a possibilitar segurança nos encontros, adotando medidas de prevenção a riscos e prejuízos, provendo a integridade dos/das participantes.

Para tanto, respalda-se nas seguintes ações: a) Ofertar, para o momento do encontro, local arejado – a céu aberto, distante de aglomerações ou local fechado, com janelas abertas – assegurando também o sigilo e confidencialidade das informações; b) Manter o distanciamento social; c) Uso de máscara tipo cirúrgica ou PFF-2; d) Manter à disposição álcool em gel 70°; d) Higienização do local de encontro, em caso de local fechado; e) Higienização de objetos a serem manuseados pelo participante.

Ressalta-se que tais ações são consoantes ao Plano de Biossegurança da UFMS (versão 3.0) disponível no site da instituição. Este documento provê orientações e diretrizes para a realização das atividades da Universidade neste período de emergência em saúde pública, devido à pandemia de Covid-19.

Em caso de gastos decorrentes de sua participação na pesquisa, você será ressarcido. Em caso de eventuais danos decorrentes de sua participação na pesquisa, você será indenizado.

A pesquisadora se compromete a apresentar a você os resultados da pesquisa, caso seja solicitado, por meio de relatórios dirigidos aos participantes. Os resultados também poderão ser publicados em revistas científicas, artigos científicos e no formato de dissertações e teses, bem como apresentados em eventos científicos, sendo preservadas a identidade e privacidade (sua e das demais pessoas envolvidas).

Salientamos que, caso concorde em participar, sua participação tem caráter voluntário e não resultará em qualquer tipo de remuneração ou custos com esta entrevista.

Em caso de gastos decorrentes de sua participação na pesquisa, você será ressarcido. Em caso de eventuais danos decorrentes de sua participação na pesquisa, você será indenizado.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma do/da participante da pesquisa e outra da pesquisadora. Em caso de dúvidas quanto à sua participação, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável das seguintes formas: E-mail psicologabrendalima@gmail.com; através de contato telefônico, pelo número (67)3345-3587 ou no endereço: Cidade Universitária, Avenida Costa e Silva, s/n, CEP: 79.070-900, Bairro Universitário, Prédio do Mestrado em Psicologia.

Rubrica do participante: _____

Rubrica do pesquisador: _____

Caso necessite de esclarecimentos sobre os direitos como participante e a condução ética do estudo, poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (67)3345-7187 ou no endereço, Cidade Universitária, Avenida Costa e Silva, s/n, CEP:

79.070-900, Bairro Universitário, Prédio das Pró-Reitorias – Hércules Maymone, 1º andar, E-mail: cepconep.propp@ufms.br, com atendimento ao público das 07h30 às 11h30 e das 13h30 às 17h30.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, visando contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos. Dessa forma, o CEP tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que o estudo atenda aos princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Brenda de Lima Pinto da Silva
Pesquisadora responsável

Assim, você: declara estar ciente de todos os esclarecimentos dispostos no presente termo, compreendendo os objetivos, implicações, benefícios e riscos em participar da pesquisa; entende que sua participação é totalmente voluntária e que, durante a realização da entrevista, poderá interrompê-la quando desejar, sem sofrer quaisquer prejuízos.

Você autoriza que seja gravada, em áudio, a sua entrevista?

Sim

Não

Você autoriza que seja gravada, em vídeo, a sua entrevista?

Sim

Não

_____, _____ de _____ de _____.

Local e data

Assinatura do participante da pesquisa

APÊNDICE C

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

1. Dados de Identificação

Nome fictício:

Idade:

Estado civil:

Filhos (quantidade e idade):

Religião:

Profissão:

Escolaridade:

Tempo de formação acadêmica:

2. Representação Social do cotidiano no CTI

Tempo de atuação em CTI:

Tempo de atuação no CTI em que trabalha atualmente:

Carga Horária diária/semanal no CTI:

Apresentação das situações que o entrevistado (a) considere difícil de vivenciar, na rotina do CTI:

Em relação aos pacientes:

Em relação aos familiares dos pacientes:

Em relação aos colegas da equipe:

Descrição de como é um dia de trabalho no CTI:

3. Representação Social de morte

O que a morte significa para você?

Como é para você cuidar de um paciente que está em processo de morte? Como se sente? E em relação aos familiares deste?

Você acha que seu cotidiano profissional influencia nos outros aspectos da sua vida? De que forma?

Como você lida com a morte de um paciente que estava sob seu cuidado profissional?

4. O processo de formação profissional em saúde

Quando foi seu período de formação acadêmica?

Onde (se aqui em Campo Grande ou não) se deu seu processo de formação acadêmica?

Você realizou especializações ou cursos nessa área em que atua hoje?

De que maneira sua formação profissional contemplou questões referentes à morte nas práticas profissionais?

Você considera que a formação que realizou em (citar área) lhe forneceu um espaço de reflexão sobre a morte em sua totalidade (não apenas do ponto de vista teórico-técnico)?

APÊNDICE D**Ferramenta projetiva para associação de palavras**

Se eu lhe digo a palavra **CTI**, o que lhe vem à mente. Diga-me as palavras que rapidamente você associa a CTI.

1: _____

2: _____

3: _____

4: _____

5: _____

Se eu lhe digo a palavra **morte**, o que lhe vem à mente. Diga-me as palavras que rapidamente você associa a morte.

1: _____

2: _____

3: _____

4: _____

5: _____