

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**DÉBORA RODRIGUES GUERRA**

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA MORTE E DO PROCESSO DE**  
**MORRER PARA PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM EM UNIDADE**  
**DE TERAPIA INTENSIVA – UTI**

**NATAL - RN**

**2005**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

DÉBORA RODRIGUES GUERRA

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA MORTE E DO PROCESSO DE  
MORRER PARA PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM EM UNIDADE DE  
TERAPIA INTENSIVA – UTI

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na assistência à saúde.

Linha de pesquisa: Atenção à saúde.

**ORIENTADORA:**

Profª. Dra. Maria Francinete de Oliveira

DÉBORA RODRIGUES GUERRA

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA MORTE E DO PROCESSO DE MORRER  
PARA PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM EM UNIDADE DE TERAPIA  
INTENSIVA – UTI**

Dissertação aprovada em: 09/ 12 / 2005.

**BANCA EXAMINADORA:**

Dra. Maria Francinete de Oliveira  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Dr. Francisco Arnaldo Nunes de Miranda  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Dra. Raimunda Medeiros Germano  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Dra. Maria de Célia Freitas  
Universidade Estadual do Ceará

Divisão de Serviços Técnicos

Catálogo da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede

Guerra, Débora Rodrigues.

As representações sociais da morte e do processo de morrer para profissionais que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva - UTI / Débora Rodrigues Guerra. – Natal, RN, 2005.

100 f. : il.

Orientadora: Maria Francinete de Oliveira.

Dissertação (Mestrado)– Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Morte – Dissertação. 2. Unidade de Terapia Intensiva (UTI) – Dissertação. 3. Morrer – Dissertação. I. Oliveira, Maria Francinete de. II. Título.

RN/UF/BCZM

CDU| 612.013(043.3)

***Dedico***

*A Nelson, meu pai,  
Como tem sido difícil seguir a estrada,  
Mas tu me ensinaste que não devo ficar parada,  
Preciso continuar a viver,  
Lembro que é necessário não temer,  
Dedico-lhe esta dissertação,  
Que também é tua construção,  
O melhor ensino deixado a mim,  
É que o amor não tem fim,  
E que para conseguir o que se quer  
É preciso agir e ter fé.*

*A Darcy, minha mãe,  
Fico feliz em estar o lado seu,  
Em saber que apesar de tudo lhe doeu,  
estais forte a prosseguir,  
Trilhas o teu caminho a sorrir,  
Embora lágrimas dos teus olhos ainda teimem em cair:  
Sinto-me mais forte contigo por perto,  
Já cresci, mas nunca perderei contigo um elo.  
E quando chegar a hora de nos despedirmos  
Estarei certa que fomos sinceras em tudo que sentimos.*

*Amo-os!*

*“Não, não, a Morte não é algo que nos espera no fim. É companheira silenciosa que fala com voz branda, sem querer nos aterrorizar, dizendo sempre a verdade e nos convidando à sabedoria de viver”.*

*Rubem Alves*

*“Quando alguém se vai pela morte, fica em nós um profundo corte e não adianta nos fazermos de fortes. Sabemos que deste alguém não vamos esquecer, Temos de nos refazer, contudo o luto é preciso viver.*

*Não me refiro ao luto formal, Que exige da vestimenta um preto total, mas falo da dor, quase fatal, da tristeza e da saudade que do outro ficou, dos bons momentos que ele nos proporcionou, dos afetos e palavras que nos deixou! Sofrer?! Um pouco, mas não deixemos de sorrir, pois a morte do outro nos convida a refletir, que um dia todos vamos nos despedir. Se há um outro lado, saber ainda vamos, quem sabe existem outros planos e ainda nos reencontramos...”*

*Débora Guerra*

## **AGRADECIMENTOS**

O agradecimento à realização deste estudo inclui os citados e alguns que certamente a memória não foi capaz de ser fiel, portanto, eis alguns:

Ao Grande Pai, pelo presente da vida e pela oportunidade do aprendizado contínuo,

A Nelson Virgolino, mais que um pai, foi fonte de amor, amizade, companheirismo e teve de se ausentar da Terra durante a construção deste estudo, ensinando-me que a morte não é capaz de destruir sentimentos nobres. Ainda sinto viva sua presença,

A Darcy, mãe dedicada, afetuosa, amiga e companheira de todas as horas, que tem me ensinado a cada momento que sua força é inesgotável e precisamos sempre aprender com as dores da alma,

A Margarida, mais que tia, agradeço-lhe por ser exemplo vivo de fé e por mostrar que ainda tenho muito a aprender,

Às minhas irmãs, Denise e Diana, que sempre se disponibilizam em fazer mais que o possível, a fim de colaborar com o meu aprendizado na vida e por me darem o sentido a palavra IRMÃ,

Aos meus sobrinhos, Nelsinho e Lela, por darem sempre demonstrações de grandiosidade de espírito, embora ainda crianças,

Ao meu cunhado, Adriano, por ser um grande irmão,

A minha eterna professora Dra. Maria Vilani Cavalcante Guedes, suas palavras por vezes ainda ecoam em meus ouvidos,

A minha orientadora, Dra. Maria Francinete de Oliveira, por me ensinar que precisamos observar sempre além, que todos têm sempre o que nos acrescentar,

Aos membros da Banca Examinadora: Dr. Francisco Arnaldo Nunes de Miranda, Dra. Raimunda Medeiros Germano, Dra. Maria de Célia Freitas, pela disponibilidade em aceitar compor essa banca e pelas contribuições ao estudo,

Aos professores da Pós-Graduação, por todas as lições compartilhadas,

Aos funcionários: Sebastião, Aparecida, Josefa, Lúcia, Graça e Liliane, pela disposição e disponibilidade,

Aos meus amigos e companheiros de mestrado, sem os quais, sem dúvida, não teria prosseguido, especialmente a Niedja, Renata, Djailson e Ana Tânia,

Aos meus amigos e amigas que se fizeram e se fazem presentes nas horas certas e incertas, especialmente à Ana Paula, Márcia, Cláudia, Ana Virginia, Laína, Mary Anne, Carla, Érica, Josafias, Nicelha, Sheila, Sani, Fatoca, Cileide, D. Graça, Lidiane, Dalma, Rainete, Iara, Irinaide, Sérgio, Iná, Lu, Van, Wal,

Aos meus colegas de trabalho por toda a força nos momentos de dificuldades,

A todos que contribuíram com a minha formação pessoal e profissional,

A todos os pesquisados e pesquisadas envolvidos neste trabalho, pelo respeito e pelo muito que me ensinaram com suas histórias de vida e que me inspiraram a construir esta história que hoje também é minha,

Às pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo.

## **AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS**

Ao Natal Hospital Center, nas pessoas do presidente Dr. Eimard Fernandes, da Coordenadora de Enfermagem Dra. Sheila Gomes, da Coordenadora Médica das UTIs, Dra. Maria José Pacheco, e da Coordenadora de Enfermagem das UTI, Dra. Nicelha Guedes, pelo acesso ao campo e aos membros da pesquisa.

A Universidade Federal do Rio Grande do Norte, pela oportunidade de vivenciar o mestrado.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN, na pessoa da coordenadora, Dra. Soraya, pelos grandes ensinamentos.

## RESUMO

GUERRA, D. R. As Representações Sociais da morte e do processo de morrer para profissionais que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva – UTI. Natal, 2005. 100 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.

O presente estudo teve como objetivo geral apreender as representações sociais de médicos (as) e enfermeiros (as) que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva – UTI sobre a morte e o processo de morrer. Tivemos ainda como objetivos conhecer as representações sociais desses profissionais em relação à morte e o processo de morrer de pessoas que estão sob os seus cuidados, identificar os fatores que influenciam na construção dessas representações e identificar convergências e divergências entre as duas profissões. O estudo foi realizado sob a ótica da Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici e do Núcleo Central de Jean-Claude Abric. A pesquisa foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva do Natal Hospital Center, instituição da rede privada da cidade de Natal – Rio Grande do Norte. Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva e exploratória. Para atender os objetivos propostos entrevistamos 24 (vinte e quatro) profissionais, sendo 12 (doze) enfermeiros (as) e 12 (doze) médicos (as). Os dados foram coletados através de dois instrumentos: Teste de Associação Livre de Palavras e entrevista semi-estruturada. Posteriormente, foram codificados, categorizados e analisados de acordo com a Análise de Conteúdo de Bardin (1977). As palavras evocadas após o uso das palavras-indutoras – morte e morrer –, bem como as entrevistas, deram origem a três categorias temáticas: Morte e morrer como evento biológico; Morte e morrer como evento psicossocial; Morte e morrer como evento transcendental. Como considerações finais, entendemos que as Representações Sociais do grupo estão objetivadas na morte e morrer como eventos biológico e psicossocial e ancoradas nos aspectos transcendentais; não percebemos divergências evidentes nos depoimentos de médicos(as) e enfermeiros(as); e os fatores que interferem na construção destas representações é o cultural, especialmente, a religião.

**PALAVRAS-CHAVE:** Morte; morrer; UTI

## **ABSTRACT**

GUERRA, D. R. The Social Representations death and the process of dying for professionals working in the Intensive Care Unit - ICU. Natal, 2005. 100 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.

This study aimed to seize the general social representations of doctors and nurses who work in ICUs on the process of death and dying. We also aimed to know the social representations of these professionals in relation to death and the process of dying of people who are under their care, identify factors that influence the construction of these representations and identify similarities and differences between the two professions. The study was conducted from the perspective of the Theory of Social Representations of Serge Moscovici and the Central Nucleus of Jean-Claude Abric. The study was conducted in the Intensive Care Unit of Natal Hospital Center, a private hospital of the city of Natal - Rio Grande do Norte. This is descriptive and exploratory research. Twenty-four (24) professionals were interviewed, twelve (12) nurses and twelve (12) doctors. Data were collected through two instruments: Test of Free Association of Words, semi-structured interview. Later, they were coded, categorized and analyzed according to Content Analysis of Bardin (1977). The words evoked after the use of inducing words - death and dying - and the interviews, led to three thematic categories: Death and dying as a biological event, death and dying as a psychosocial event, death and dying as a transcendental event. As final considerations, we believe that the social representations of the group are translated in death and dying as biological and psychosocial events and anchored in the transcendental aspects, we do not see obvious differences in the testimonies of doctors and nurses, and the factors that interfere the construction of these offices is the culture, including religion.

**KEYWORDS:** Death; dying; ICU

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	14
<b>CAPÍTULO 1 – DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E DA CONTRUÇÃO DO OBJETO SOCIAL DE ESTUDO</b> .....	18
<b>CAPÍTULO 2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA GERAL</b> .....	23
2.1 ASPECTOS GERAIS DA MORTE E O PROCESSO DE MORRER .....	24
2.2 A HOSPITALIZAÇÃO DA MORTE .....	29
2.3 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SUA IMPORTÂNCIA PARA O ESTUDO DO SIGNIFICADO DA MORTE E DO MORRER .....	33
<b>CAPÍTULO 3 – PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	38
3.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO .....	39
3.2 O CENÁRIO DO ESTUDO .....	40
3.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	42
<b>3.3.1 Teste de Associação Livre de Palavras – TALP</b> .....	42
<b>3.3.2 Roteiro de entrevista semi-estruturado</b> .....	42
3.4 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA.....	43
<b>CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b>	45
4.1 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	46
4.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA MORTE E DO PROCESSO DO MORRER .....	49
<b>4.2.1 Morte e morrer como evento biológico</b> .....	54
<b>4.2.2 Morte e morrer como evento psicossocial</b> .....	57
<b>4.2.3 Morte e morrer como evento transcendental</b> .....	74
<b>CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	78
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	81
<b>APÊNDICES</b> .....	87
<b>ANEXOS</b> .....	97

## LISTA DE QUADROS

**QUADRO I** – Distribuição de profissionais que trabalham na UTI estudada, segundo os turnos de trabalho. Natal – RN, 2005.

**QUADRO II** – Síntese da caracterização dos (as) entrevistados (as). Natal – RN, 2005.

**QUADRO III** – Síntese das respostas dos (as) entrevistados (as) referentes do Teste de Associação Livre de Palavras – TALP diante dos estímulos *morte e morrer*. Natal – RN, 2005.

**QUADRO IV** – Frequência de palavras evocadas com as palavras indutoras *morte e morrer*. Natal – RN, 2005.

**QUADRO V** – Dados referentes à construção das categorias de análise frente aos estímulos *morte e morrer*. Natal – RN, 2005.

**QUADRO VI** – Dados referentes ao Ciclo Terreno de Morte construído a partir das Representações Sociais dos entrevistados. Natal– RN, 2005.

## **APRESENTAÇÃO**



A morte e o processo do morrer, para mim, sempre foram envolvidos por mistérios e dúvidas. Quando criança percebia que os adultos não faziam alusão ao assunto na minha presença, bem como na de outras crianças, aguçando a curiosidade e, por vezes, provocando a oportunidade em fantasiar sobre o tema. Ao morrer algum familiar ou pessoa conhecida, tratavam imediatamente de definir quem se responsabilizaria pelos “mais novos”; não podíamos ir a velórios ou sepultamentos e naquele período tínhamos que falar em um tom mais baixo.

A primeira vez que pude acompanhar a morte de alguém próximo e vivenciar o ritual pós-morte (velório, sepultamento, missa de sétimo dia, missa de trigésimo dia) tinha 12 (doze) anos de idade e aconteceu por ocasião da morte da minha avó paterna, que tinha câncer. Há alguns meses já ouvia comentários de que ela estava com metástase, não sabia o que era, mas entendia que era grave. O tempo passou, ela foi piorando, sendo depois encaminhada para uma capital próxima a fim de realizar um tratamento mais especializado, onde faleceu internada em uma UTI. Os questionamentos nesta ocasião se multiplicaram: Por que levaram minha avó para esta tal de UTI? O que significava morrer em uma UTI? O que sentiam aquelas pessoas que presenciavam tantas mortes de desconhecidos?

Lembro-me dos sentimentos de pesar, luto, dor, saudades, todos negativos diante da morte. Contudo, nesta ocasião já acreditava que tudo deveria ter sempre o lado bom, não sabia qual, mas precisava compreender.

Assim, a realização deste estudo foi motivada pelas interrogações sobre o processo do morrer e da morte, vindas desde a infância, marcadas pelo advento do falecimento da avó paterna, as quais se fortaleceram anos depois quando a Enfermagem surgiu como profissão escolhida.

Durante a minha formação acadêmica elaborei uma monografia para final de curso, tendo por base a abordagem fenomenológica, intitulada “Morte na UTI: compreensão de enfermeiras”, quando pude compreender melhor a experiência vivenciada em sua singularidade por enfermeiras intensivistas ao lidar com a morte do outro. Muitas respostas foram obtidas através da construção desse estudo e novas dúvidas começaram a aparecer.

Anos depois, a Unidade de Terapia Intensiva surgiu como local de exercício da prática profissional. Assim pude presenciar muitas mortes, observando que umas aconteciam de maneira tranqüila (já esperado pela família, pela equipe de trabalho e, por vezes, pelos próprios pacientes), outras subitamente (as quais geralmente surpreendiam tanto familiares, quanto profissionais).

A cada situação de morte, uma nova maneira de compreendê-la, um novo aprendizado, uma reação diferente das famílias, dos entes queridos e dos membros da equipe. Aconteceram mortes que, talvez pelo não-envolvimento dos profissionais com a pessoa doente ou mesmo com seus familiares não tenham interferido tanto no prosseguimento do plantão. No entanto, existiram outras que provocavam grandes mudanças, que interferiam (in) diretamente no modo dos profissionais conduzirem seus plantões e, houve casos, nos quais as transformações ultrapassaram o ambiente profissional.

Em muitos momentos, ouvia pessoas da equipe questionarem se aquela perda fosse em alguém da sua família ou do seu ciclo de amizades “como seria sua reação?”. Os assuntos conversados após a morte de algum enfermo, por vezes, deixavam o ambiente da UTI para “passar” pelo doméstico. As comparações feitas em relação a pessoas que se tinham o vínculo afetivo era inevitável, recordo-me de uma criança que tinha 8 (oito) anos de idade e faleceu subitamente, com diagnóstico médico de meningite, após todos os cuidados prestados ao corpo e à família. Boa parte dos profissionais procurou manter contato com seus entes e saber como estavam as crianças.

A construção deste estudo foi marcada por muitas questões que envolviam a temática na vida íntima: a morte paterna de maneira súbita, devido a um infarto fulminante, e a descoberta de neoplasia de mama materna, entre outras experiências. Assim, em muitos momentos, tive de reler várias vezes o que foi escrito a fim de minimizar a influência da minha experiência pessoal na construção das Representações Sociais da morte e do processo de morrer para profissionais que trabalham em UTI. Contudo, compreendo que tudo o que foi vivenciado teve grande suporte nos conhecimentos adquiridos através dos subsídios teóricos.

A presente dissertação propõe contribuir nas discussões acerca da morte e do processo do morrer. Utilizamos a Teoria das Representações Sociais enquanto suporte teórico consistente no que tange aos estudos relacionados em níveis individual e social. Para tanto, o referido estudo encontra-se estruturado do seguinte modo:

O primeiro capítulo trata da Delimitação do Problema e da Construção do Objeto Social de Estudo em que pontua de forma específica o objeto de estudo, a partir de questões norteadoras de interesse à realização deste, configurando-se, assim, os objetivos pretendidos.

O segundo capítulo aborda a Fundamentação Teórica Geral, encontrando-se subdividido em três partes: Aspectos gerais da morte e o processo de morrer, A hospitalização da morte, As representações sociais e sua importância para o estudo do significado da morte e do morrer.

O terceiro capítulo refere-se ao Percorso Metodológico, onde se destaca a natureza e tipo de estudo, o cenário do estudo, os instrumentos de coleta de dados e os procedimentos da pesquisa.

O quarto capítulo Apresentação e Análise dos Resultados, dispõe sobre os resultados encontrados, sendo subdividido em Participantes do estudo, quando são caracterizados os profissionais que participaram do estudo e Representações Sociais da morte e do processo do morrer, momento em que são expostas as categorias de análise: Morte e morrer com evento biológico, psicossocial e transcendental.

O quinto capítulo Considerações Finais trata-se de alguns pontos sobre os resultados encontrados na perspectiva simbólica das Representações Sociais.

**CAPÍTULO 1**  
**DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E DA CONSTRUÇÃO DO OBJETO**  
**SOCIAL DE ESTUDO**



Desde os primórdios da humanidade, o cuidar faz parte da vivência humana, pois o ser humano sempre necessitou de cuidados, sejam eles preventivos, curativos ou paliativos. Com o passar dos anos, dispomos de novos recursos tecnológicos. Aparelhos, fórmulas, máquinas são criados ou recriados freqüentemente, a fim de possibilitar melhor prestação de cuidados às pessoas.

Crossetti; Buógo; Kohlrausch (1998) afirmam que os hospitais se transformaram em instituições profissionais, onde são enfatizadas a tecnologia de ponta e as competências técnico-científicas dos seus trabalhadores. Pitta (1991) comunga com isto, afirmando que o hospital tem percorrido um caminho tortuoso e complexo em busca do tecnicismo científico adequado às suas funções. Desta maneira, são as inovações tecnológicas e as qualidades profissionais que representam condições essenciais para a qualidade do tratamento. Contudo, nada disso tem valor se, no contexto dessas aplicações, considerarem a pessoa doente como objeto dessa ação e não como agente da mesma.

Nos nosocômios, um dos setores que dispõe de grande quantidade de recursos tecnológicos é a UTI: camas eletrônicas, monitores de múltiplos parâmetros, ventiladores mecânicos a volume, bombas de infusão contínua de medicamentos, entre outros recursos, os quais têm favorecido atendimento mais especializado, permitindo um maior tempo de vida às pessoas que estão usufruindo dos mesmos. Neste setor especializado do hospital são encaminhadas pessoas com quadro clínico grave ou as consideradas em estado de risco. No primeiro caso, apresentam instabilidade de algum de seus sistemas orgânicos, por alterações agudas ou agudizadas e, no segundo, têm alguma condição potencialmente determinante a uma complicação.

Segundo Orlando (2001, p. 3-4), são competências da UTI:

- Prevenir o surgimento, ou evitar a progressão, de estados deletérios prejudiciais ao equilíbrio corporal;
- Promover a recuperação completa ou parcial de estados mórbidos que comprometeram agudamente a saúde de paciente previamente hígido;
- Restabelecer, temporária e parcialmente, a harmonia orgânica afetada por intercorrências agudas em indivíduos cronicamente doentes;
- Prolongar vidas, desde que a qualidade seja compatível com dignidade dos seres humanos;
- Zelar pelo bem-estar e conforto dos pacientes terminais, evitando a prática da distanásia.

O desempenho de atividades na UTI consiste na realização integral e abrangente de assistência aos pacientes por profissionais de saúde preparados, atualizados e com habilidades no manejo de técnicas, e no uso e aplicação dos princípios científicos. Conforme Cintra;

Nishide; Nunes (2000), na atualidade, as UTI devem dispor de recursos materiais e humanos adequados para lidar com pessoas com maior nível de comprometimento de sua saúde. Hudak; Gallo (1994) concordam ao exprimirem a idéia de que a pessoa internada na UTI necessita de cuidados de excelência, dirigidos não apenas aos problemas fisiopatológicos, mas, também às questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente interligadas à doença física. A essência dos cuidados intensivos não está nos ambientes ou nos equipamentos especiais, mas no processo de tomada de decisões, baseado na sólida compreensão das condições fisiológicas, psicológicas, sociais e culturais.

O ser humano, costumeiramente, ao deparar-se com a UTI, é acometido de medo do desconhecido e da finitude, além de apresentar preocupações em relação a sua vida extra-hospitalar: questões financeiras, responsabilidades familiares, compromissos sociais e laborais, por exemplo. Necessitar de internamento nesse setor é, por vezes, entendido como o recebimento de um atestado de morte antecipado e certo. Além disso, há uma separação das pessoas, do “seu mundo”, seus amigos e familiares, seu cotidiano social, o que interfere em sua vida e nas dos seus entes.

Diante desse contexto, as pessoas que trabalham neste setor necessitam estar preparadas para favorecer um tratamento humanizado e individualizado, entendendo cada paciente como ser humano, ou seja, portador de especificidades individuais e coletivas. Atualmente, vemos que, em muitas situações, as relações interpessoais nas instituições de saúde mostram-se prejudicadas em decorrência da falta de uma visão holística, retratando a falta de preparo para o desenvolvimento de um bom relacionamento. Outra questão relevante nesse processo é a preparação dos profissionais para compreender e aceitar o morrer e a morte, como parte integrante do seu fazer. É freqüente que este assunto seja afastado das discussões, devido à dificuldade em lidar com o mesmo.

Durante a formação acadêmica, geralmente, os profissionais de saúde são preparados para lidar com a vida, cuidar, curar, tratar. Por vezes, há sentimento de fracasso frente a situações de pesar, dor e morte. A necessidade em “vencer” a morte a qualquer custo pode levar o profissional a se afastar de tudo o que a represente, citamos aqui a convivência com os pacientes na iminência de morte. Podemos perceber durante a prática profissional que é comum se adiar ao máximo a “afirmação do óbito” e, em muitos casos, o uso de recursos pode ultrapassar o limite do que poderia ser feito: como exemplo, o uso exagerado de drogas vasoativas a fim de se evitar um óbito no seu horário de trabalho.

Entendemos que, em muitos casos, o fato de acreditarem que a vida de pacientes depende dos seus conhecimentos, da sua capacidade de observação e da sua atuação exata e

rápida, esses profissionais sentem-se ainda mais responsáveis pela vida e sentem-se fragilizados frente a situações de morte e morrer, podendo, com isto, desenvolver problemas físicos e emocionais.

Rezende *et al* (1996) descrevem a morte como a mais insondável experiência existencial e, para o profissional de saúde a compreensão da morte e do morrer coloca-se como de suma relevância; contudo, é paradoxal. A formação profissional, marcada pelo modelo médico-biológico hegemônico, confere a este profissional algum poder explicativo sobre os fenômenos da saúde-doença, vida e morte, mas não facilita o seu entendimento, visto que a racionalidade científica procedeu à mutação dos rituais mortuários e os avanços tecnológicos, assim como os de conhecimentos médicos determinaram a medicalização do social, tornando o ser humano consumidor de serviços de saúde do nascimento à morte. Em um processo circular de oferta e demanda, o morrer passa a ser “medicalizado”, hospitalizado.

Rezende *et al* (1996) afirmam ainda que na sociedade ocidental moderna a morte é silenciada e omitida, revestindo-se das características de tabu. No Brasil, diante de sua diversidade cultural, vamos encontrar vários ritos ligados à morte, contudo, podemos observar que quanto mais urbana, maior a dificuldade em considerar a morte como algo normal.

De acordo com Pitta (1991, p. 28), “a morte não é mais vista como um limite natural para o sofrimento humano; morte e sofrimento são construídos paralelamente, causando, quando juntos, perplexidade, até porque são concebidos separadamente pelo próprio homem”. Frequentemente, nas sociedades urbanas, os doentes ditos “terminais” são afastados do convívio com seus parentes e amigos. Isso pode acontecer pelo medo de perder tal ente, com o intuito de realizar tudo o que for possível para mantê-lo vivo ou mesmo por haver desprezo em relação as pessoas que estão em processo de morrer. Assim, um dos locais para onde as pessoas são encaminhadas para morrer é o hospital, onde muitas vezes acontecem mortes solitárias ou mesmo cercada de pessoas desconhecidas.

Como já afirmamos, o modo como a morte é tratada, geralmente, é cultural, passando de gerações a gerações, mudando em algumas situações, de acordo com a urbanização, religião e com os modelos econômicos adotados em uma sociedade. Além disso, a maneira pela qual as pessoas constroem suas representações sociais da morte e do morrer sofrem influências filosóficas, doutrinárias, bem como dos meios de comunicação. Os profissionais de saúde de UTI, que lidam com a morte do outro em seu ofício, trazem para sua realidade profissional aquilo o que foi absorvido durante a sua trajetória pessoal. Assim, em muitos momentos, os mesmos não estão preparados para aceitar a morte como parte da vida, existindo situações laborais que exigem do profissional segurança para lidar com tal situação,

dar apoio ao ser humano que está morrendo, seus familiares, além de manter equilíbrio emocional para continuar prestando atendimento às outras pessoas que se encontram sob os seus cuidados.

Diante do exposto, considerando a UTI como um local onde se caminha pela polaridade vida e morte e onde profissionais de saúde são elementos chaves dessa situação, pretendemos com a presente pesquisa responder os seguintes questionamentos:

- Quais as representações sociais de enfermeiros (as) e médicos (as) que trabalham em UTI sobre a morte e o morrer?
- Quais as representações de enfermeiros (as) e médicos (as) que trabalham em UTI em relação ao morrer e a morte de uma pessoa que está sob os seus cuidados?
- Quais os fatores que influenciam na construção destas representações?
- Há convergências e divergências dessas representações de morte e morrer para enfermeiros (as) e médicos (as)?

Para responder tais questionamentos, este estudo propõe os seguintes objetivos:

- Aprender as representações sociais de médicos(as) e enfermeiros(as) que trabalham em UTI sobre a morte e o processo de morrer;
- Conhecer as representações sociais de enfermeiros(as) e médicos(as) que trabalham em UTI em relação à morte e o processo de morrer de pessoas que estão sob os seus cuidados;
- Identificar os fatores que influenciam na construção das representações sociais de enfermeiros(as) e médicos(as) que trabalham em UTI sobre a morte e o processo de morrer;
- Identificar convergências e divergências das representações sociais de enfermeiros(as) e médicos(as) que trabalham em UTI em relação à morte e o processo de morrer.

Consideramos a pesquisa como essencial para profissionais de saúde, bem como para as instituições de saúde que lidam cotidianamente com essas situações de morte e de morrer, de modo que possamos, com os resultados da investigação, elaborar ações que permitam melhorias na qualidade da assistência prestada, preparando seus trabalhadores, principalmente quanto aos aspectos emocionais e psicológicos a fim de que possam entender melhor a morte e aceitá-la como parte da vida.

## **CAPÍTULO 2**

### **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA GERAL**



## 2.1 ASPECTOS GERAIS SOBRE A MORTE E O PROCESSO DE MORRER

Neste estudo, reportamo-nos a Keleman (1997), ao afirmar que morrer e morte não são sinônimos, são eventos distintos e separados. O morrer é um processo que se chega até a morte, contudo, nem sempre é duradouro.

A palavra morte, principalmente nas sociedades ocidentais, de um modo geral, soa mal aos ouvidos, assusta e perturba os equilíbrios emocionais das pessoas, individual ou coletivamente, visto envolver muitos mitos e tabus. Comungamos com D'Assumpção (2002), ao dizer que o temor à morte é cultural e em nossa cultura a morte é um tema “tabu”. Afirma também que a morte sempre está ao nosso lado, não sendo possível pensar na vida sem ela. Desta maneira, é importante que saibamos conviver com ela, pois quem a teme, teme a vida, e quem não vive a vida plenamente apavora-se com a idéia da morte. Conforme Kovács (1992), o ser humano é um único animal consciente de sua mortalidade e finitude. No entanto, a sociedade capitalista ocidental favorece a ele permanecer inconsciente e privado de sua própria morte.

O termo Tanatologia, ciência que estuda a morte tem origem grega: *Thánatos*, que representa o deus da morte e *logos*, estudo. Considerada tão antiga quanto à humanidade, o termo, entretanto passou a ser mais usado entre os profissionais da saúde e de áreas afins na década de 60 com Elisabeth Kübler-Ross, uma psiquiatra suíça, radicada nos Estados Unidos, que realizou atividades junto a pessoas que estavam vivenciando o processo do morrer (D'ASSUMPCÃO, 2002).

Desde os primórdios a contemplação reflexiva do fenômeno morte já se fazia de maneira significativa, “prova maior está no comportamento do Homem de Neanderthal que viveu há mais de 100.000 anos. Esse nosso ancestral que já vivia em pequenas comunidades, enterrava seus mortos em posição fetal e com objetos de uso pessoal, alimentos e flores” (D'ASSUMPCÃO, 2002, p. 10).

Encontramos na descrição de Keleman (1997, p. 22) os seguintes estilos associados à morte:

- a morte do herói. Envolvida em imagens de violência, a pessoa morre bravamente, nobremente. A morte é um inimigo a combater. Em última instância, é melhor dar fim à própria vida do que ser vitimado pela morte. Uma morte resplandecente.
- a morte do homem sábio. Esta é a morte da resignação. Não há nada que se possa fazer com relação à morte; portanto aceite-a. A morte é um sono, uma bênção, uma volta à natureza ou o final da tarefa de uma pessoa na Terra. Uma morte submissa.

- a morte do louco. Não estou morrendo de verdade. A morte é uma espécie de piada cósmica; eu voltarei. De qualquer modo, não há morte, só renascimento. Esta é a morte sem sentido, desnordeada.
- a morte do mártir. Dar a sua vida é nobre, um sacrifício por amor, ou por uma causa social ou para expressar a estupidez da vida. Entregar-me-ei à morte. Minha morte será importante para a sociedade. A morte vitimada.
- a morte mórbida. A morte é uma ceifeira cruel; esta abordagem é aterrorizante, amedrontadora, dolorosamente ímpia. A morte é um carrasco, o homem é a vítima, as únicas soluções são a esquivia e a negação. Um morrer bizarro.

Em *Totem e Tabu*, Freud (1974) descreve uma série de tabus pertencentes à cultura primitiva da Polinésia, Melanésia, Havaí, África Oriental, Índia, Austrália, Colômbia, Paraguai, entre outros, demonstrando que do Oriente ao Ocidente vamos encontrar a influência destes tabus primitivos. No texto é possível identificar, principalmente os tabus relacionados ao possível contágio que transmitido por quem cuida do corpo e os relacionados ao medo do espírito ou alma daquele que morreu. A explicação sobre esse temor é dada por Wunt *apud* Freud (1974) que encontrou na essência do tabu o medo dos demônios. Ao morrer, o parente amado transforma-se no demônio, tornando-se hostil e perverso. Westermarck *apud* Freud (1974) justifica que, sendo a morte o maior dos infortúnios, a “alma” fica insatisfeita, tornando-se vingativa e mal-humorada, tem inveja dos vivos e deseja a companhia dos amigos.

D’Assumpção (2002) afirma que, na história da humanidade a morte sempre teve envolvida por fascínio e ameaças desde os sumérios e os egípcios. Entre os anos 8.000 e 3.000 a.C., estes tinham pela morte uma atenção muito especial, mumificavam os corpos e construía os impressionantes sarcófagos onde eram depositados os tesouros e as múmias. A quantidade de objetos colocados junto delas, indicava a crença de que a morte não seria o fim, mas uma passagem; além disso, era comum a cultuação de vários deuses; o chamado politeísmo. Entre os anos 3.000 e 500 a.C., a civilização hebraica introduz um novo valor: o

---

<sup>1</sup> [...] espinheiros são colocados em volta da cama para manter o espírito de uma pessoa morta a uma certa distância (*Shuswap* da Columbia Britânica); [...] a viúva usa por vários dias uma tanga feita de capim seco a fim de impedir que o fantasma do marido tenha relações sexuais com ela (tribo norteamericana); [...] a viúva não pode deixar a cabana durante sete ou oito dias após a morte do marido [...], pois quem quer que a olhe morrerá de morte súbita (agutianos da Palawan-Filipinas); [...] o viúvo perde todos os direitos civis e se torna um paria social, um objeto de medo e horror, evitado por todos, encontrar outro esposo ou esposa vai de encontro ao sentido do luto e despertará a ira do fantasma (Nova Guiné Britânica).

Outro costume ligado ao luto é a proibição de pronunciar o nome da pessoa morta [...] é um insulto mortal aos sobreviventes mencionar em sua presença o nome de um parente morto e o castigo e o assassinato (tribos sulamericanas); os perigos envolvidos nessa crença deram origem a vários métodos de evasão: mudar o nome do morto imediatamente após sua morte (Masai da África Oriental), [...] trocar o nome de todas as pessoas que tem o mesmo nome do falecido (tribos da Austrália do Sul), mudar o nome de todos os membros da tribo (guaicurús do Paraguai). Para Freud o tabu sobre o nome pode ser justificado pelo fato de que os ‘selvagens’ consideram o nome como parte essencial da personalidade e pelo ‘medo da presença ou retorno do espírito’ da pessoa morta. Pronunciar o nome equivale a invocá-la.

monoteísmo, ou seja, a crença num deus único, que é o criador e senhor de todas as coisas. Nesse mesmo período, em outras regiões, encontram-se os povos védicos que, sendo nômades e vivendo em regiões inóspitas, introduzem a idéia de reencarnação como uma possibilidade de renascerem, após a morte, em lugares mais favoráveis. O Budismo, surgido em torno do ano 500 a.C., não considerava a existência de alguma coisa como o paraíso celestial dos hebreus ou de outras culturas, mas sim, o Nirvana, onde a alma se desfaria num vazio total depois de existências bem vividas, em completo desapego às coisas mundanas. O Cristianismo, que veio a se tornar a religião mais praticada em todo o mundo, em suas diferentes denominações, surgiu em torno do ano 30 d.C., com os ensinamentos de Jesus Cristo que tem, em sua morte e ressurreição, a base para a redenção da humanidade.

Ariès (2003, p. 34-35) afirma que, no fim do século XIII e no início do século XIX, a morte era uma “cerimônia pública e organizada”, na qual participavam parentes, amigos, vizinhos do dito “moribundo”, sem se esquecer da presença freqüente das crianças. “A simplicidade com que os ritos de morte eram aceitos e cumpridos, de modo cerimonial, evidentemente, mas sem caráter dramático ou gestos de emoção”. É comum, nos dias de hoje, a exacerbação de emoções, através de gritos, choros compulsivos e até auto-flagelação.

Os ritos presentes em nossa sociedade moderna, malgrado toda tecnologia e ciência racionalista, ocupam “um espaço fundamentalmente legítimo e necessário à eufemização da angústia do finir”, sendo considerados protetores da sociedade e restauradores do conjunto social, apresentando teatralidades, representações de crenças, sentimentos e emoções que estabelecem agregações sociais, cimentam as relações, construindo elos de ligação pela participação de todos e de cada um, numa mesma representação social” (REZENDE *et al*, 1996, p. 17).

Oba *et al* (2002) afirmam que, nos centros urbanos brasileiros das regiões mais desenvolvidas, nota-se uma transformação nos ritos funerários, passando do espaço privado para o público. Nesse novo espaço, sofrem a exploração capitalista da morte, que é concebida em um silêncio civilizado, que imprime atitudes racionais, práticas e remove rapidamente o doente grave da vida dessa sociedade. Dizem ainda que na sociedade ocidental não há igualdade diante da morte: de acordo com as condições sócio-econômicas e políticas, ela poderá se adiantar ou se atrasar e, da mesma maneira, a indústria funerária imporá seus valores às pompas fúnebres, o valor do terreno para o sepultamento, a localização no cemitério, as taxas municipais entre outros.

Até os dias atuais, a morte é, para muitos, um grande mistério. Uns preferem não conversar, estudar ou mencionar assuntos que estejam relacionados a ela, enquanto outros têm

buscando respostas para as questões que envolvem a etapa final do ciclo vital. Concordamos com Alves (1991, p. 13-14) ao escrever que a morte não nos aterroriza por falar sobre si mesma, mas por abordar valores relacionados à vida, às perdas, aos “sonhos que não sonhamos, os riscos que não tomamos (por medo), os suicídios lentos que perpetramos”. Em muitos momentos, por considerarmos a morte como uma inimiga a ser derrotada, temos dificuldades em nos tornar sábios na arte do viver.

Bauer *et al* (1991, p. 32) afirmam que a morte é vista por muitas pessoas como “um castigo divino que elas não mereciam”; alguns consideram que o estado de gravidade acontece por estarem sendo “castigados” por algo que fizeram. Há também os que consideram que a dor e a morte não são merecidas por serem “pessoas boas”. Ferraz *et al* (1986) fazem alusão à religião afirmando que quando as pessoas adoecem, voltam-se à religião numa busca de apoio e conforto.

Alves (1991, p. 14) escreve que a morte tem a capacidade de colocar todas as coisas nos seus devidos lugares. “Longe do seu olhar, somos prisioneiros do olhar dos outros, e caímos na armadilha dos seus desejos. Deixamos de ser o que somos para ser o que eles desejam que sejamos. Diante da morte, tudo se torna repentinamente puro. Não há lugar para mentiras”. Entendemos que é preciso conhecer mais acerca da morte e a tenhamos como uma companheira e não como uma inimiga, a fim de minimizarmos nossos medos, anseios e dúvidas, e podermos viver melhor.

Geralmente, a figura da morte que guardamos, desde a infância, é representada por um corpo coberto com um manto preto, sem rosto, carregando uma foice, como estivesse sempre preparada para agir.

Concordamos com D’Assumpção (2002, p. 12-13) ao escrever que chegamos ao século XXI e a morte ainda se constitui em um problema para o ser humano, e muitos tentam “fingir que ela não existe”. Nos velórios, comumente, existem pessoas que vão por uma estrita obrigação social, cumprimentam os familiares e permanecem em rodas de amigos conversando amenidades ou falando em negócios. Caso não encontrem amigos ou conhecidos “fazem sua retirada estratégica”. Geralmente, não o fazem por desrespeito ao morto, mas pelo pavor que sentem da própria morte.

Cassorla (1991) reforça o que foi dito ao afirmar que diante da morte, amigos e conhecidos ficam sem graça, não sabem o que fazer ou dizer, e ir a um sepultamento transforma-se em uma situação desagradável. Ao chegar em velórios, falar em morte ou no morto parece ser falta de educação, sendo comum contarem muitas anedotas. O autor refere que estes comportamentos estão relacionados a negação da morte.

Kübler-Ross (1998, p. 154) diz que os grandes avanços da medicina convencem as pessoas de que a vida deve ser indolor. Assim, a morte, devido sua associação à dor, deve ser assunto evitado. Afirmar ainda que os adultos raramente fazem referência à mesma na frente das crianças, mas, quando o assunto torna-se inevitável, tratam de encaminhá-las para outros locais, adiando o máximo possível o contato das mesmas com a morte. Destaca que provavelmente o maior obstáculo a enfrentar quando se procura compreender a morte seja o fato de que é impossível para o inconsciente imaginar um fim para si mesmo. Inconscientemente, somos capazes de entender a morte sob uma perspectiva: “uma súbita e assustadora interrupção da vida por meios de uma morte trágica, um assassinato ou uma das muitas doenças horríveis que existem”.

A morte nem sempre significa a etapa final da vida, mas um rompimento com um processo de viver. Há ambientes com os asilos e hospitais que são tratados como se fossem contaminados pela morte, isto está relacionado ao fato de que as pessoas idosas e as doentes devem ser “despachadas para seus devidos lugares”. A sociedade consumista determina que o trabalho e o consumo são muito importantes e “quem não participa desse circuito sofre uma morte social” (KAMAL *apud* OBA *et al*, 2002, p. 27).

Von Zuben (2004) destaca que a morte, assim como a doença e o sofrimento, são integrantes da condição humana. No entanto, nossa sociedade capitalista não está muito inclinada a considerar esses fenômenos; sente-se mais atraída pela beleza, pelo aspecto saudável e jovem do existir. Podemos observar que a cultuação ao corpo é a cada momento maior, freqüentemente surgem novos produtos de beleza, cirurgias plásticas, equipamentos, visando o rejuvenescimento e o prolongamento da vida ativa, e fazendo sempre o possível para afastar, adiar e negar a morte. Isto é reforçado por Kamal *apud* Oba *et al* (2002), ao afirmar que a morte está presente no cotidiano da sociedade moderna como um fantasma que precisa ser evitado.

Como afirma Guerra (1998), a morte é fase final do ciclo vital, sendo certeza única de todo ser vivo. Negá-la, talvez, seja negar a nossa própria existência. Ela é envolvida de mistérios e dúvidas. Ninguém sabe hora, dia, ano, local, nem como vai morrer e, possivelmente, a falta de conhecimento quanto à temporalidade e espacialidade leva muitos ao receio e a angústia.

Caso não dediquemos algum tempo para refletir sobre o sentido da vida, da morte, do morrer, dos pesares e das perdas, viveremos com medo, angustiados e estaremos mais susceptíveis a sermos sofredores, revoltados e infelizes. Freqüentemente, vivenciamos “mortes em vida”: separação, divórcio, mudança de endereço, de emprego ou de *status* social,

acidentes, abortos. Portanto, é importante que aprendamos a lidar com a morte propriamente dita a fim de podermos enfrentar melhor as perdas que ocorrem em nosso dia-a-dia, tornando-nos capazes de superá-las de maneira mais adequada (D'ASSUMPÇÃO, 2001). Segundo Rezende *et al*(1996), a repetição de várias ações relacionadas à morte de outros (conhecidos, amigos, parentes), pode tornar a morte mais próxima, mais familiar, menos estranha e podendo ser menos temida.

- Consideramos que, para vivermos melhor, não é preciso fazer tudo o que desejamos apressadamente por sabermos que um dia morreremos. No entanto, é comum encontrarmos pessoas que demonstram querer viver com intensidade o presente, “o que vale é o hoje e este desejo de viver o presente é manifestado tanto nas formas escapistas do esbanjamento da energia, do dinheiro, do sexo; na frivolidade e no consumismo, como na contenção e na usura” (REZENDE *et al*, 1996, p. 45).

## 2.2 A HOSPITALIZAÇÃO DA MORTE

Com o avanço do capitalismo, principalmente a partir do século XX, o hospital passa a ser o espaço ideal para se morrer. Além disso, os aspectos sórdidos relacionados à doença, ao morrer e a morte são escondidos. A família e os amigos também são afastados “para não incomodar o silêncio dos hospitais”, não atrapalhar o trabalho dos profissionais de saúde e tornar invisível “a presença da morte através de lamentações, choros ou questionamentos” (KOVÁCS, 1992, p. 27).

No que diz respeito ao morrer, Alves (2003, p. 3) diz ter medo do morrer, pelo fato de poder vir acompanhado de dores, humilhações, aparelhos e tubos enfiados no seu corpo, contra a sua vontade, sem que nada possa fazer, porque já não se considera dono de si. Teme a solidão, por ninguém ter coragem ou palavras para, de mãos dadas, falar sobre sua morte. Considera que o bom seria se, depois de anunciada, ela acontecesse de forma mansa e sem dores, longe dos hospitais, em meio às pessoas que se ama, em meio a visões de beleza. Entende que a morte e a vida não são contrárias, mas irmãs. Contudo, reforça que é importante sermos sábios, a fim de “permitir que a morte chegue quando a vida deseja ir”.

Para Boemer (1989) a morte é uma realidade no mundo, é um fenômeno da vida, uma experiência inalienável de cada um; é essencialmente individual e os profissionais parecem até estar cientes dos sentimentos do paciente da iminência da morte, chegando a verbalizar o

quanto imaginam que ele esteja sofrendo, mas, em muitos momentos, compartilha do caráter funcionalista dos serviços de saúde. Considera ser importante o preparo dos trabalhadores da saúde para lidar com seus sentimentos em relação à morte e afirma ser necessário serem discutidas alternativas diferentes para enfrentá-la.

Klafke (1991, p. 26) afirma que cada vez menos se morre em casa, pois com os avanços na área de saúde, os hospitais se especializaram e se prepararam para restabelecer a saúde perdida, mesmo que muitas vezes não se tenham mais possibilidades terapêuticas. Mesmo com toda a tecnologia, determinados pacientes são irrecuperáveis e exigem cuidados que nem sempre as instituições estão preparadas para oferecer. “Muitos hospitais não têm sequer um lugar adequado para se falar com os familiares dos pacientes internados numa Unidade de Terapia Intensiva”. Isso é feito, muitas vezes, num corredor, onde a pessoa não tem qualquer privacidade para fazer questionamentos ou expor suas emoções. A autora diz ainda que a questão central parece estar no fato de que a morte no ambiente hospitalar é identificada como fracasso da instituição e do profissional.

Geralmente os profissionais de saúde não são estimulados a discutir a temática morte, pois, para muitos, ela conota o fracasso da sua atuação, que deve estar relacionada à vida, à cura, ao tratamento. Contudo, entendemos que o morrer é parte integrante do viver e precisamos estar melhor preparados para lidar com a última fase do ciclo vital.

Kübler-Ross (1998) classificou cinco estágios vivenciados por pessoas portadoras de doenças crônicas e que geralmente precedem a morte: a) negação e isolamento, estão relacionados à defesa temporária do indivíduo negando possuir qualquer doença; b) raiva, por vezes, associada à pergunta: “Por que eu?”; c) barganha, comumente, é um período curto e nesta fase os doentes costumam fazer negociações com Deus, santos, profissionais de saúde ou familiares; d) depressão costuma estar relacionada às fragilidades físicas e emocionais provocadas pela doença; e) aceitação, nesta fase geralmente, os enfermos já contemplam o seu estágio com um certo grau de tranqüila expectativa e conscientes da sua finitude. Lembramos que a autora afirma que nem sempre todas as fases acontecem e, por vezes, não ocorrem nesta mesma ordem.

Guerra (1998, p. 17) relata que a morte por ser desconhecida é desprezada e que nas instituições hospitalares, por vezes, são usados códigos entre os profissionais para se referir à ela e aos pacientes “que estão fora das possibilidades terapêuticas”. Citamos, por exemplo: SPP - “se parar parou”; Síndrome de JEC - “Jesus está chamando”. Outrossim, citado por Lima (2004, p. 165) está relacionado ao momento do preparo do corpo. Segundo a autora, muitos profissionais verbalizam não gostar de cuidar de “uma pessoa morta, já fria,

marmorizada, rígida, algumas vezes fétida e cheia de secreções, mobiliza em nós o medo da morte e a certeza de que ela chegará”. Talvez, por esta razão, o rito de preparo do corpo é bastante rápido, e o corpo é retirado do setor o mais rapidamente possível.

No que diz respeito à atenção dispensada às famílias, Rezende *et al* (1996) afirmam que se restringe aos cuidados técnico-burocráticos necessários, limitando-se, por vezes, às informações vagas, rápidas, pouco esclarecedoras, ou muitas vezes, a um silêncio significativo, que revela a conduta escapista do profissional e dificulta a autêntica participação dos familiares na morte do ente querido.

Rezende *et al* (1996) observaram ainda que a temática da morte ocupa, no currículo de graduação de Enfermagem, lugar de mero acessório, apenas com um conteúdo mínimo, com relação aos cuidados com o corpo após a morte, não possuindo nem carga horária nem abordagem teórica significativa. Isso demonstra que este profissional tenta ocupar-se dentro dos limites da racionalidade cartesiana, como um fato objetivo, não simbolizado, encarado dentro da lógica do *dever ser* e da causalidade. Dessa forma, a morte é entendida como o fim das atividades bio-fisiológicas, caracterizada pela ausência das atividades cárdio-respiratórias e cerebrais, restando para a equipe de enfermagem os cuidados higiênicos para com o corpo.

Nos cursos de Medicina, os currículos, conforme Drumond (2002, p. 2), também não contemplam, de modo sistemático, questões sobre a morte e sobre a atuação do profissional no momento em que a intervenção técnica não mais seria eficaz para restaurar a saúde. Relata que durante a formação acadêmica é elaborado um sentimento de onipotência desde o primeiro contato com o cadáver nas aulas de anatomia, limitando a um “olhar anátomo-fisiológico”. Assim, o tratar de pessoas que são consideradas “fora de alcance terapêutico” limita-se à prescrição de ações paliativas e, em muitos casos, a morte é entendida como “acidente da tecnologia médica ultra-sofisticada”.

Oba *et al* (2002, p. 28) constataram, através de um estudo, que os profissionais de saúde têm grande dificuldade em reconhecer os seus próprios limites e utilizam mecanismos de defesa para negar a morte e o morrer, passando “por momentos de questionamentos sobre a sua finalidade profissional (prática voltada para a vida e recusa da morte), manifestam sentimentos de insegurança, incapacidade, constrangimento, angústia, sofrimento, dor, culpa e procuram alguma falha nos procedimentos que a justifique.” Afirmando ainda que, “no cotidiano dos serviços e na racionalidade de um processo de trabalho cujo enfoque é a produção e não o produto desse trabalho, exercitam relações interpessoais, fragmentárias, o isolamento e a indiferença afetiva”.

De acordo com Pitta (1991, p. 28) a morte, na atualidade, “se esconde nos hospitais, nas UTI, controlada por guardiões nem sempre esclarecidos da sua penosa e socialmente determinada missão: o trabalhador da saúde”. Estes profissionais vendem sua força de trabalho e em contrapartida, assumem o “mandato social de cuidar dos vivos e dos mortos de modo exclusivo e silencioso”.

D’Assumpção (2002) afirma que os médicos são formados para curar, e quando não vêem possibilidades de sucesso em sua ação curativa, evitam vivenciar a derrota e, por vezes, deixam de lado aqueles enfermos que se encontram na fase final da vida, para se dedicarem aos outros que apresentam melhores condições de lhes proporcionar uma vitória, com uma ilusão de ter curado alguém. Além disso, afirma que no Brasil, a Tanatologia encontra muita resistência, especialmente no seio da classe médica, devido seus conceitos e técnicas parecerem pouco ortodoxos e especialmente ameaçadores à personalidade do médico.

Kübler-Ross (1998) afirma que os profissionais de saúde, em especial o médico, consideram a morte como colapso, falência e declínio. Sahler *apud* Souza e Lemonica (2003) identificou alguns princípios que os (as) médicos (as) deveriam conhecer para lidar com pessoas em fase final da vida:

- a comunicação cognitiva e desenvolvida é mais efetiva;
- partilhar informações com o paciente ajuda a evitar sentimentos de isolamento e abandono;
- as necessidades do paciente são atendidas quando a autodeterminação é centrada no processo de decisão;
- minimizar o aspecto emocional e sensorial da dor requer pronto reconhecimento destes estados, cuidadosa avaliação e tratamento compreensivo;
- desenvolver parcerias com familiares, ajuda-os a persistirem em seus esforços de cuidadores;
- desafios pessoais e profissionais frente ao cuidado terminal ser discutidos interdisciplinarmente.

Entendemos que estas proposições são importantes e estendemos aos demais profissionais que trabalham com pessoas que estão vivenciando o processo do morrer, acrescentamos que além do conhecimento, considerado essencial, faz-se necessário, a execução de tais princípios no dia-a-dia das suas profissões.

A morte na UTI passou ao longo do tempo a ser considerada o emblema de segurança e do controle da sociedade sobre a mesma. Neste ambiente, ela acontece fora do cotidiano do paciente, distante dos símbolos culturais e afetivos com os quais a pessoa conviveu durante toda a sua vida. Na UTI, prima-se pelo silêncio, embora existam muitos *bips* (DRUMOND, 2002).

É importante salientarmos a importância de algumas questões que envolvem o momento da morte na UTI, embora seja um momento de dor para familiares, amigos e, em

muitos casos, para o próprio profissional. Um dos assuntos diz respeito à doação de órgãos para transplantes, sendo necessário verificar se houve alguma disposição prévia do falecido ou, em sua falta, se há interesse da família, lembrando que este fato exige rapidez e mobilização de equipes especializadas e que muitas vidas poderão ser poupadas ou melhoradas quanto a qualidade (D'ASSUMPÇÃO, 2001). Além disso, o fato de doar uma parte do corpo, é entendido, por alguns, como uma forma de permanecer vivo.

Existem muitas questões que envolvem o processo de hospitalização da morte, que não se limitam ao ambiente institucional, mas principalmente está relacionado o modo que o ser humano compreende a relação vida e morte como afirma Pitta (1991), o traço fundamental da diferença entre a forma de lidar com a morte do homem medieval e do homem moderno é a absoluta dissociação que se estabelece entre a vida e a fatalidade de morrer impregnadas de um péssimo existencial, da depressão que invade os homens das sociedades industriais, como se a primeira nada tivesse a ver com as demais. Diz ainda que encontramos no mundo atual um homem desapegado para enfrentar a morte como uma contingência, visto que sua iminência vem sempre acompanhada da idéia de fracasso do corpo, do sistema de atenção médica, da sociedade e das relações com Deus e com os homens.

Para finalizar este tópico citaremos Py; Oliveira (2003), ao escreverem que a morte no ambiente hospitalar abriga um complexo de ocupações diversificadas, complementares, mas obedientes à tendência ao isolamento próprio do especialismo que caracteriza os saberes na atualidade. Dizem ainda que junto à pessoa que está morrendo, a lógica da divisão do trabalho perde o sentido, confrontada com as necessidades que o momento exige. Assim, é quando a transprofissionalidade se impõe, convidando todas as pessoas disponíveis, vindas de quaisquer áreas, a entrar em cena. No transcurso do final da vida, a equipe de saúde precisa estar atenta aos recursos que atendem às diversas necessidades do cliente e sua família, bem como considerar suas próprias necessidades.

### 2.3 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SUA IMPORTÂNCIA PARA O ESTUDO DO SIGNIFICADO DA MORTE E DO MORRER

Compreender as representações sociais da morte e do morrer nos seus diferentes significados - sociais, culturais e religiosos - é uma tarefa fundamental para profissionais que trabalham na UTI, de modo que possa estabelecer uma relação de ajuda com familiares, amigos de quem morreu ou está na eminência da morte, bem como com a própria equipe.

O referencial teórico utilizado na construção deste estudo é caracterizado pela Teoria das Representações Sociais. O conceito aqui compreendido foi usado por Serge Moscovici, em seu estudo pioneiro intitulado “*La Psicanalyse: son image et son public*” que foi publicado na França, em 1961. O estudo das representações sociais teve por base as representações coletivas, formulação feita por Émile Durkheim, interessado em entender aspectos da humanidade e que defendia uma separação entre as representações individuais e coletivas, à medida que exercem uma coesão sobre cada indivíduo e conduzem os homens a pensar e a agir de maneira homogênea (MOSCOVICI, 2003).

A teoria de Moscovici diverge da teoria de Durkheim no que diz respeito à dissociação entre o individual e o coletivo, acreditando que as representações sociais seriam mais adequadas à realidade humana. As representações sociais surgem como um saber de senso comum tido como objeto de estudo tão legítimo quanto o do conhecimento científico devido à sua importância na vida social. É uma maneira de conhecimento socialmente elaborado e partilhado, com um objetivo prático e que se diferencia de outros, pelos modos de elaborações e funções a que se destina (MOSCOVICI, 2003).

Conforme Silva (1992, p. 2), Moscovici supera o reducionismo sociológico e incorpora mecanismos sócio-cognitivos ao propor a substituição do adjetivo coletivo, usado por Durkheim, pelo adjetivo social, a fim de:

[...] descartar a oposição individual versus coletivo; contrapor a homogeneidade implícita nas representações coletivas à diversidade e pluralidade das representações no contexto histórico-social de uma sociedade complexa e aberta; enfatizar a comunicação que possibilita fazer algo individual tornar-se social.

A Teoria das Representações Sociais é elaborada pela atividade simbólica do indivíduo que, assim, apreende o seu ambiente, havendo a necessidade de se conhecer a história individual relacionada à história da sociedade a qual o indivíduo pertence, sendo um processo e o produto da relação entre a atividade mental e a prática social. O universo das representações sociais é o universo consensual, sendo que a linguagem desempenha um importante papel, favorecendo a associação de idéias, reconstruções de regras e valores, de modo que o desconhecido passa, simbolicamente, a conhecido (MOSCOVICI, 2003; SILVA, 1992).

Os dois processos básicos das representações sociais, segundo Moscovici (2003), são a ancoragem e a objetivação. Ancorar seria trazer para categorias e imagens conhecidas o que ainda não está classificado e rotulado; tornar o desconhecido incorporado a representações já

existentes. Objetivar seria cristalizar uma representação, unindo as idéias de não-familiaridade com a de realidade, tornando-se a verdadeira essência da realidade.

Os estudos das representações sociais têm se apresentado como um campo em desenvolvimento e floresce em diversas áreas do conhecimento. No campo da Enfermagem, vem sendo adotada de forma significativa, buscando novos caminhos nos desenhos de pesquisa, a partir da compreensão do cotidiano e das relações subjacentes, para uma análise dos mecanismos que estruturam a prática da Enfermagem. Assim, evidencia-se uma ampliação das questões epistemológicas da investigação científica em nossa área (ESCUDEIRO, 1998).

De acordo com Alexandre (2004), as representações sociais não dizem respeito apenas a um fenômeno do imediato, ao contrário, estão, sobretudo, diretamente relacionadas a um contexto histórico social mais amplo. Sendo assim, é de se supor que o (re) conhecimento da representação social construída pelos indivíduos pertencentes a um determinado grupo social deve passar, necessariamente, pelo conhecimento da história de construção desse conceito pela comunidade científica, uma vez que é a partir daí que os mesmos são difundidos e propagados para outras instâncias sociais.

As Representações Sociais, conforme Moscovici (2003), estão relacionadas a um conjunto de conceitos, explicações e afirmações que se originaram através de comunicações sociais, podendo ser compreendida como uma forma de pensamento social, sendo encontradas no imaginário individual das pessoas, tornando-se sociais pois apresentam semelhanças. Por seu poder convencional e prescritivo acerca da realidade, terminam por constituir o pensamento em um verdadeiro ambiente, onde se desenvolve a vida cotidiana das pessoas. Nesta visão o conhecimento das partes, do particular e do efêmero, ainda não dá acesso imediato às representações sociais, que por sua vez consolidam-se como fenômeno real. No campo da interpretação, por certo não há unanimidade de ênfases, pois sob uma perspectiva as representações exercem uma espécie de coerção sobre os indivíduos para agir num sentido determinado, e, sob outra, as representações assumem em seu conteúdo como uma apreensão peculiar dos fenômenos sociais.

Jodelet (2001) afirma que o estudo das Representações Sociais deve responder a três questões básicas: **a) Quem sabe e de onde sabe?** O que diz respeito ao conhecimento das condições de produção e circulação das representações sociais? **b) O quê e como se sabe?** Referência, pois, aos processos e estados das representações e, por último, **c) Sobre o que se sabe e com que efeito?** Esta questão está relacionada particularmente ao estatuto

epistemológico das representações sociais, às relações que essas mantêm com o conhecimento científico e com a própria realidade que lhes dá origem.

Entendemos ser necessário percebermos as Representações Sociais como o pensamento individual que se enraíza no social e como um e outro se modificam mutuamente. Além disso, segundo Moscovici (2003), o propósito de todas as representações é o de transformar algo não familiar, em familiar, não apenas duplicando, repetindo ou reproduzindo, mas retocando, reconstituindo e modificando a realidade. As Representações Sociais constituem-se a partir de maneiras de pensar, sentir e fazer socialmente estabelecidas, destacando uma pluralidade de ações e similitude de compreensões. Essas perspectivas, uma vez formadas e fundadas, adquirem a capacidade de agregar indivíduos e ao mesmo tempo tornando possível a vivência na sociedade.

A representação social não é nem o coletivo, nem o inconsciente, mas a ação, o movimento de interação entre as pessoas. As representações sociais constituem-se em uma forma de conhecimento individual, que só ocorre na interação com “o outro”, no mesmo momento em que esta interação se dá. Enfim, as representações sociais dizem respeito ao universo de opiniões construídas, reelaboradas e redimensionadas pelos indivíduos, em relação a um determinado objeto social, de acordo com a história de vida de cada um (MOSCOVICI, 2003).

Conforme Oliveira (2001, p. 34), a representação social “é a construção que o sujeito faz acerca do objeto”, devendo ser consistente com o sistema de avaliação utilizado pelo mesmo. Assim, “um objeto não existe em si mesmo, mas existe para o indivíduo ou grupo e em relação a eles. É, portanto, a relação sujeito/objeto que determina o objeto em si mesmo”.

Alexandre (2004) diz ainda que as representações sociais têm como um de seus objetivos resistir a conceitos, conhecimentos e atividades que colocam em risco, ou seja, ameaçam destruir a identidade de indivíduos e/ou grupos. Como as mesmas são construídas nas relações estabelecidas entre os sujeitos e o meio sócio-cultural em que vivem, as representações sociais podem ser consideradas como a ação de um sistema imunológico cultural, constituindo-se em um fator de estagnação. Entretanto, tal dedução não se justifica, pois, se por um lado os indivíduos e/ou grupos, ao assimilarem novas idéias às já existentes, neutralizam a ameaça que elas às vezes representam. Por outro lado, esse processo acaba provocando modificações também no sistema cognitivo “hospedeiro” do novo objeto. Dessa forma, a função de resistência das representações sociais não leva à estagnação, pelo contrário, é um fator criativo que introduz e mantém heterogeneidade no mundo simbólico de contextos intergrupais. O fato de a mesma contribuir muitas vezes para uma apreensão

distorcida do objeto não invalida o fato de se constituir em uma qualidade do canal de comunicação. Além disso, o estudo das representações sociais permite reconhecer que o objeto em difusão muda ao longo do processo.

Alexandre (2004), ao fazer uma alusão sobre Serge Moscovici, ressalta que as representações sociais referem-se ao saber recriado, em função de sistemas próprios de valor. O conhecimento é produto e processo de construção do homem e, como tal, se transforma através do tempo. Além disso, da mesma forma que existem resistências para a aceitação de novos saberes nos círculos fechados dos especialistas, também existem resistências para a sua aceitação em domínio público mais amplo. A diferença é que, enquanto no contexto de sua produção, a resistência ao que pode ser considerado novo se dá em função de pressupostos teóricos e metodológicos, em territórios públicos essa resistência se dá em função de critérios culturais, diferenciando-se, portanto, de um grupo a outro. Isso faz com que o conhecimento assuma formas e significados multifacetados, dependendo do modo pelo qual ocorre o processo de difusão, propaganda e propagação entre os diferentes segmentos culturais que compõem a sociedade.

Assim, consideramos que a realização deste estudo sobre a morte e o morrer para médicos (as) e enfermeiros (as) sob a luz da Teoria das Representações Sociais será importante para apreendermos mais acerca do tema reconstruindo conhecimentos.

## **CAPÍTULO 3**

### **PERCURSO METODOLÓGICO**



A metodologia é uma trilha a ser percorrida, na qual escolhemos os conceitos, as técnicas, as ferramentas, as estratégias mais adequadas a fim de respondermos as nossas indagações (MARTINS, 2002). Nenhum estudo chega aos objetivos propostos se não for sustentado por uma base metodológica, por pressupostos epistemológicos. No caso de pesquisas que se orientam pela Teoria das Representações Sociais, como é o caso deste estudo, essa base e pressupostos permitem apreender o contexto, onde estas representações emergem, circulam e se transformam. Entretanto, concordamos com Spink (1994, p. 128), ao afirmar que “não é a verdade intrínseca de nossos instrumentos que define o rigor e sim a compreensão dos limites e das possibilidades”.

### 3.1 NATUREZA E TIPO DE ESTUDO

O estudo, devido a sua natureza, pode ser classificado como exploratório e descritivo. Conforme Gil (1999), as pesquisas exploratórias são desenvolvidas com a finalidade de proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato, enquanto as descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Assim, afirma o autor, o uso de ambas, tem sido habitualmente utilizado por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática.

Realizamos uma pesquisa qualitativa orientada para a compreensão de processos subjetivos. Dessa forma, os métodos adotados (coleta e análise dos dados) privilegiam o discurso ou a fala, procuram entender a lógica interna desses discursos, a retórica, as contradições a fim de acessar a construção das representações sociais sobre a morte e o morrer.

Buscamos compreender neste estudo o núcleo central das representações sobre a morte e o morrer, pois, de acordo com Abric (2001, p. 162) há uma hipótese geral de que “toda representação se organiza em torno de um núcleo central. Esse núcleo central é o elemento fundamental da representação, pois é ele que determina ao mesmo tempo sua significação e sua organização”. Este núcleo estruturante assegura duas funções essenciais:

uma função geradora: é o elemento pelo qual se cria ou se transforma a significação dos outros elementos constitutivos da representação. É aquilo por meio do qual esses elementos ganham um sentido, uma valência;

uma função organizadora: é o núcleo central que determina a natureza dos vínculos que unem entre si os elementos da representação. É, neste sentido, o elemento unificador e estabilizador da representação.

Em nosso contexto, através da pesquisa qualitativa, buscamos espaços de reflexão e discussão para a realidade vivida, tal como ela é definida, e qual o sentido e significado a ela são oferecidos pelas próprias pessoas.

### 3.2 O CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva – UTI do Natal Hospital Center - NHC, instituição da rede privada da cidade de Natal – Rio Grande do Norte. Tal instituição tem diversas especialidades, destacamos aqui sua importância junto a clientes oncológicos e cardiológicos.

A referida UTI é classificada, conforme portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998 do Ministério da Saúde, como sendo do tipo II<sup>2</sup>. É composta por um total de 15 (quinze) leitos, sendo divididos em UTI cardiológica, onde existem 8 (oito) leitos individualizados para pessoas com alterações cardiológicas e clientes em pós-operatório imediato e mediato de cirurgias cardíacas, e UTI geral com 7 (sete) leitos, sendo um individual e seis coletivos a abertos para os demais clientes que necessitam de internação em UTI.

---

<sup>2</sup> De acordo com esta portaria, a UTI do tipo II deve contar com uma equipe básica composta por um responsável técnico com título de especialista em medicina intensiva ou com habitação em medicina intensiva pediátrica; um médico diarista com título de especialista em medicina intensiva pediátrica para cada dez leitos ou fração nos turnos da manhã e da tarde; um médico plantonista exclusivo até dez pacientes ou fração; um enfermeiro coordenador, exclusivo da unidade, responsável pela área de enfermagem; um enfermeiro, exclusivo da unidade, para cada dez leitos ou fração do turno da manhã e da tarde; um auxiliar ou técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração, por turno de trabalho; um funcionário exclusivo responsável pelo serviço de higiene; acesso a cirurgião geral (ou pediátrico), torácico, cardiovascular, neurocirurgião e ortopedista. O hospital deve contar com laboratório de análises clínicas e agência transfusional disponíveis nas 24 horas do dia; hemogasômetro; ultra-sonógrafo; eco-doppler-cardiógrafo; laboratório de microbiologia; terapia renal substitutiva, aparelho de raios-x-móvel; serviço de Nutrição Parenteral e Enteral; Serviço Social e de Psicologia. A instituição deve ter acesso a estudo hemodinâmico; angiografia seletiva; endoscopia digestiva; fibrobroncoscopia; eletroencefalografia. Materiais e equipamentos necessários: cama de Fowler, com grades laterais e rodízio, uma por paciente; monitor de beira de leito com visoscópio, um para cada leito; carro ressuscitador com monitor, desfibrilador, cardioversor e material para intubação endotraqueal, dois para cada dez leitos ou fração; ventilador pulmonar com misturador tipo blender, um para cada dois leitos, devendo um terço dos mesmos ser do tipo microprocessado; oxímetro de pulso, um para cada dois leitos; bomba de infusão, duas para cada leito; conjunto de nebulização, em máscara, um para cada leito; conjunto padronizado de beira de leito, contendo: termômetro (eletrônico, portátil, no caso de UTI neonatal), esfigmomanômetro, estetoscópio, ambu com máscara, um para cada leito; bandejas para procedimentos de: diálise peritoneal, drenagem torácica, toracotomia, punção pericárdica, curativos, flebotomia, acesso venoso profundo, punção lombar, sondagem vesical e traqueostomia; monitor de pressão invasiva; marcapasso cardíaco externo, eletrodos e gerador na unidade; eletrocardiográfico portátil, dois de uso exclusivo da unidade; maca para transporte com cilindro de oxigênio, régua tripla com saída para ventilador pulmonar e ventilador pulmonar para transporte; máscaras de Venturi com diferentes concentrações de gases; aspirador portátil; negatoscópio; oftalmoscópio; otoscópio; pontos de oxigênio e ar comprimido com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito; cilindro de oxigênio e ar comprimido, disponíveis no hospital. Quanto à humanização: climatização; iluminação natural; divisórias entre os leitos; relógios visíveis para todos os leitos; garantia de visitas diárias para, à beira do leito; garantia de informações da evolução diária dos pacientes aos familiares por meio de boletins.

Além disso, esta UTI dispõe de algumas características consideradas como “humanizadas”: há possibilidade das pessoas internadas manterem contato com o ambiente externo, através de uma vidraça que permite a visualização de um jardim, do céu, e da cidade; existe um ambiente reservado para o diálogo de profissionais com os familiares e entes queridos; nos leitos individualizados há lavabo, televisor e sistema de refrigeração próprios, a fim de se adequar as necessidades pessoais.

A UTI é um espaço físico destinado a atender pacientes gravemente enfermos, seja por alterações hemodinâmicas ou das funções vitais, que requeiram vigilância contínua e especializada, monitorização de seus sinais vitais e/ou tratamentos intensivos. Optamos por realizar o estudo junto a enfermeiros (as) e médicos (as), visto serem estes os profissionais que estão mais ligados à morte e ao processo de morrer de pacientes internados, sendo responsáveis pelas questões assistenciais e burocráticas que envolvem a temática estudada.

De um modo geral, os profissionais que trabalham em uma UTI, são agrupados em escalas de seis e doze horas de trabalho, convencionalmente chamada de “plantão diurno e noturno” respectivamente, mantendo sempre um número fixo de trabalhadores. Na UTI em questão as equipes são distribuídas de acordo com o QUADRO I.

**QUADRO I** – Distribuição de profissionais que trabalham na UTI estudada, segundo os turnos de trabalho. Natal – RN, 2005.

Profissionais	TURNO		
	Manhã	Tarde	Noite
Coordenadoria Médica	01	01	-
Coordenadoria de Enfermagem	01	01	-
Médico Diarista	02	02	
Médico(a) Plantonista	02	02	02
Enfermeiro(a) Plantonista	02	02	02
Auxiliar ou técnico (a) de Enfermagem	08	08	08

**Fonte: Pesquisa de campo**

Todos os profissionais da Medicina e da Enfermagem (nível superior) foram convidados e informados sobre a pesquisa. Em decorrências do tema estudado, houve duas recusas de médicos e a indisponibilidade de tempo foi motivo da não participação de outros seis. Assim, os métodos de investigação foram aplicados junto a 24 (vinte e quatro)

profissionais, sendo 12 (doze) enfermeiros(as), caracterizados pela letra “E” no decorrer do estudo e 12 (doze) médicos(as), identificados pela letra “M”.

### 3.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

#### **3.3.1 Teste de Associação Livre de Palavras - TALP**

O Teste de Associação Livre de Palavras – TALP foi construído a partir das palavras-indutoras: “morte” e “morrer” (Apêndice A). Esta é uma técnica que permite às pessoas entrevistadas, a partir dos estímulos indutores, evocar respostas de conteúdos afetivos e cognitivo-avaliativos. Ela é amplamente utilizada nas pesquisas que buscam apreender as representações sociais, uma vez que possibilita uma análise qualitativa de dados. Conforme Bardin (1977), o TALP é o mais antigo dos testes projetivos utilizados em psicologia clínica e ajuda a localizar zonas de bloqueamento e recalçamento de um indivíduo, permitindo que apareçam espontaneamente associações relativas às palavras exploradas.

Sá (1996) entende a associação livre, ou evocação livre a partir de palavras, como técnica de coleta de dados para apreensão dos elementos constitutivos de uma representação, implica em instigar os participantes para que digam o que pensam ao serem estimulados por um termo que caracteriza o objeto da representação em estudo. Abric (2001) considera que o caráter espontâneo dessa técnica permite o pesquisador colher os elementos constitutivos do conteúdo da representação e isso explica seu sucesso e sua utilização sistemática no estudo das representações sociais por vários pesquisadores.

#### **3.3.2 Roteiro de entrevista semi-estruturado**

A entrevista foi eleita como técnica essencial de coleta de dados, por permitir a pesquisadora, não só a obtenção do discurso, mas principalmente por possibilitar aprofundar um diálogo, interpretando os discursos revelados.

Utilizamos um roteiro de entrevista semi-estruturado (Apêndice B) contemplando questões de caracterização do grupo estudado e da investigação para favorecer o alcance dos objetivos estabelecidos pelo estudo. Conforme Sá (1996), as entrevistas constituem uma das práticas mais comuns de pesquisa no campo das representações sociais, sendo importante a realização de perguntas pertinentes, para privilegiar a técnica em profundidade.

As entrevistas foram gravadas, com autorização prévia dos entrevistados, transcritas textualmente, lidas exaustivamente para melhor análise dos dados e construção dos resultados, respaldados em literatura pertinente.

Trabalhamos com a entrevista semi-estruturada, por se tratar de um instrumento que pode combinar questões abertas e fechadas, favorecendo ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto sem respostas prefixadas pelo pesquisador. Além disso, para Gil (1999), a entrevista possibilita a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspectos da vida social.

### 3.4 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Com a intenção de cultivar um clima de confiança junto aos participantes, estimulando sua participação, promovendo assim uma interação pesquisadora-pesquisados, visando à obtenção de uma maior veracidade das respostas e, visto que a abordagem qualitativa requer um maior aprofundamento das informações emitidas pelos participantes, aproximamo-nos do cenário da pesquisa, antes da obtenção dos dados. Souza Filho (1993) recomenda esta aproximação prévia ao levantamento de dados a fim do pesquisador conhecer a realidade natural e usar a forma de linguagem e situação que facilita a expressão e interação na construção das representações sociais.

No que diz respeito aos aspectos éticos da pesquisa, seguimos as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96 (BRASIL, 1996). Embasada em documentos internacionais, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do Estado. A resolução incorpora quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (MARTINS, 2002).

Obtivemos autorização prévia das instituições (Apêndice C) e respeitamos a adesão voluntária de cada participante. Os entrevistados foram esclarecidos a respeito do conteúdo da pesquisa, e de cada participante foi solicitado seu consentimento, em conformidade às orientações Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, sendo garantido o retorno das informações coletadas por meio da apresentação e publicação da pesquisa.

O estudo foi registrado no CEP – UFRN sob o número 34/05, sendo aprovado com recomendação em 01 de abril de 2005 (Anexo A), após alterações exigidas foi aprovado no dia 10 de junho de 2005 (Anexo B).

A coleta de dados aconteceu nos meses de junho e julho de 2005, obedecendo a um agendamento, conforme as conveniências dos entrevistados quanto a: local, hora e data. Mediante a aceitação dos(as) profissionais e da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice D), iniciava-se a aplicação do Teste de Associação Livre de Palavras, seguido da exposição de figuras, sendo finalizada a coleta com as entrevistas. A coleta de dados com enfermeiros (as) durou em média 40 (quarenta) minutos e com médicos (as), 25 (vinte e cinco) minutos.

Consideramos importante esclarecer que em decorrência do número de pesquisados, 24, e por ser um grupo heterogêneo enfermeiros(as) e médicos(as), analisamos os dados artesanalmente, embasando-se nos discursos dos entrevistados, organizados em categorias de análise adequadas aos discursos, respaldando com a literatura pertinente, a fim de discutir e analisar os resultados deste estudo, de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977).

De acordo com Bardin (1977), a análise de conteúdo compreende um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. Pertencem ao domínio desta análise, todas as iniciativas que, a partir de um conjunto de técnicas parciais, mas complementares, consistem na explicitação e sistematização do conteúdo, a contribuição de índices passivos ou não de quantificação, a partir de um conjunto de técnicas, que embora parciais, são complementares. Assim, esta abordagem tem por finalidade efetuar deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens tomadas em consideração.

## **CAPÍTULO 4**

### **APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**



#### 4.1 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para se investigar as representações sociais de um grupo ou pessoa a respeito de um determinado objeto se faz necessário o conhecimento de características que dão sentidos a esse objeto. No quadro a seguir estão expostas as características ou variáveis sócio-demográficas consideradas pertinentes para a análise de conteúdo do material produzido com a aplicação dos diferentes métodos de investigação, assim como, para a análise comparativa entre os dados referentes às profissões estudadas.

**QUADRO II-** Síntese da caracterização dos (as) entrevistados (as). Natal – RN, 2005 (N=24)

Variáveis		Enf.		Méd.		Total	
		f	%	f	%	f	%
<b>Sexo</b>	Feminino	9	75,0	2	16,6	11	45,8
	Masculino	3	25,0	10	83,4	13	54,2
	<b>TOTAL</b>	12	100,0	12	100,0	24	100,0
<b>Religião</b>	Católica	9	75,0	10	83,4	19	79,2
	Espírita	2	16,6	2	16,6	4	16,6
	Crê em Deus	1	8,4	-	-	1	4,2
	<b>TOTAL</b>	12	100,0	12	100,0	24	100,0
<b>Idade</b>	- de 26 anos	1	8,4	-	-	1	4,2
	26 a 30 anos	7	58,2	2	16,6	9	37,5
	31 a 35 anos	1	8,4	5	41,8	6	25,0
	36 a 40 anos	-	-	3	25,0	3	12,5
	+ de 40 anos	3	25,0	2	16,6	5	20,8
	<b>TOTAL</b>	12	100,0	12	100,0	24	100,0
<b>Tempo de formação</b>	0 a 5 anos	6	50,0	2	16,6	8	33,3
	6 a 10 anos	3	25,0	3	25,0	6	25,0
	+ de 10 anos	3	25,0	7	58,4	10	41,7
	<b>TOTAL</b>	12	100,0	12	100,0	24	100,0
<b>Tempo de trabalho em UTI</b>	0 a 5 anos	7	58,4	3	25,0	10	41,7
	6 a 10 anos	3	25,0	7	58,4	10	41,7
	+ de 10 anos	2	16,6	2	16,6	4	16,6
	<b>TOTAL</b>	12	100,0	12	100,0	24	100,0
<b>Estado civil</b>	solteiro (a)	4	33,2	3	25,0	7	29,1
	casado (a)	7	58,4	9	75,0	16	66,7
	viúvo (a)	1	8,4	-	-	1	4,2
	<b>TOTAL</b>	12	100,0	12	100,0	24	100,0
<b>Filhos (as)</b>	Sem filhos(as)	8	66,8	5	41,7	13	54,3
	1 filho (a)	2	16,6	5	41,7	7	29,1
	2-3 filhos (as)	2	16,6	2	16,6	4	16,6
	<b>TOTAL</b>	12	100,0	12	100,0	24	100,0

**Fonte:** Pesquisa de campo

Notamos neste grupo a predominância do sexo feminino na Enfermagem (75,0%) e a masculina na Medicina (83,4%). Embora, neste estudo, o número de participantes seja pouco significativo para uma análise quantitativa, ele reflete, no entanto, as realidades destas

profissões ao longo de suas histórias, contribuindo para a construção de representações sociais e, conseqüentemente, da identidade social das mesmas, como veremos a seguir.

De acordo com Landmann (1985), a Medicina, enquanto ocupação e como ciência começou na Grécia com Hipócrates ao se firmar a distinção entre o sobrenatural (bruxos, mágicos) e o natural. O método hipocrático enfatizava a necessidade de uma observação cuidadosa da natureza, da descrição da doença de forma detalhada, sua evolução e o prognóstico. Ressalta o autor que somente um seletivo grupo poderia ser iniciado na profissão, dentre estes se destacavam os filhos de médicos, de mestres ou discípulos inscritos conforme regulamento, demonstrando uma relação patriarcal que também se estendia ao atendimento aos pacientes. Podemos inferir, através destes dados, que a Medicina, desde a sua origem clássica é exercida predominantemente por homens.

Quanto a Enfermagem, Haesbaert (1997) justifica a presença feminina ligada a sua história de um passado marginal (exercida por curandeiras, religiosas, bruxas e prostitutas) e a enfermagem moderna desenvolvida por Florence Nightingale, da sociedade inglesa do século XIX. Seu método de ensino da enfermagem separava as mulheres em duas categorias, de acordo com a classe social a que pertenciam: para as burguesas o trabalho intelectual, e para as proletariadas o trabalho braçal, dando origem a divisão social do trabalho da profissão. Entretanto, considerando o período histórico do surgimento da enfermagem moderna, podemos analisar essa “divisão social” através do saber intelectual. Na época, eram as mulheres da classe de Florence que detinham o conhecimento, ou seja, sabiam ler, escrever e falar mais de um idioma e compreendiam a arte e a filosofia, entre outras coisas. Com base nesse conhecimento foi possível a Florence dividir a Enfermagem em *nurse* e *lady-nurse*, semelhante aos dias de hoje quando temos, através da formação escolar, os níveis superior e médio.

Passos (1996) diz que, historicamente, as mulheres são vistas como possuidoras de condições naturais para zelar, promover e ajudar os demais, sendo consideradas mais dóceis, dedicadas e dispostas a cuidar de pessoas. Isso mostra que a identificação da enfermagem com atividades femininas é decorrente de uma construção histórico-social, justificada pelo surgimento da profissão associada aos cuidados maternos com as crianças, assim como, com os doentes. Essa associação pode ser vista na própria palavra Enfermagem, que, em inglês, origina-se do verbo *to nurse*, significando nutrir, cuidar e assistir. Assim, diferente da Medicina que surge atrelada ao curar, a Enfermagem surge atrelada ao cuidar.

Passos (1996) afirma ainda que durante muito tempo, no Brasil, a Enfermagem foi exercida por religiosas que, por vezes, eram vistas como seres destituídos de vida particular,

de necessidades pessoais, de desejos e imune ao cansaço físico, ultrapassando os limites humanos. Considera que há influência na Enfermagem deste perfil de abnegação, caritativo e de devotamento atribuído ao *ser feminino*.

A mudança desse campo representacional começa a surgir a partir da década de 1980, em decorrência do processo de conscientização das desigualdades entre os sexos por parte das mulheres e dos movimentos reivindicatórios que passaram a liderar. Hoje a Enfermagem busca avaliar e entender a situação, a fim de saber a atitude a ser tomada, sendo desempenhada com conhecimento técnico-científico e visão crítica (PASSOS, 1996).

Quanto à religião o Quadro II mostra que 79,2% do grupo se identificaram como católicos e 16,6% como espíritas. Apenas um entrevistado referiu crer em Deus, embora não seguisse nenhum dogma. É importante afirmar que no decorrer das entrevistas pudemos perceber que algumas pessoas relatavam não freqüentar os templos de suas religiões, nem seguir os preceitos das mesmas e, por vezes, discordar de muitos dos seus dogmas, referindo pertencer a elas devido a educação recebida ou ainda pelo fato de constranger as pessoas ao negarem possuir crença religiosa ou ser agnósticas.

Está nos livros sagrados e no senso comum a afirmação de que “o homem, criado a imagem e semelhança de Deus”, tem um corpo e uma alma. Até mesmo a mulher, não criada a imagem e semelhança de Deus, mas da costela desse homem, também possui corpo e alma. Acredita-se em um ser supremo capaz de abrigá-los, no caso de perigo, bem como a concessão de uma vida após a morte (CHAHON, 1982). Assim, para o catolicismo e religiões afins, após a morte a alma ou espírito vai para o céu, purgatório ou inferno (de acordo com a conduta na Terra), onde aguardará o dia do juízo final.

De acordo com os ensinamentos das religiões judaico-cristãs, Deus nos observa a todas as horas e nos pune com severidade, como por exemplo – “queimando para sempre no inferno”. Essas ameaças não podem ser facilmente testadas porque Deus e o inferno são invisíveis, porém gera um medo que é inoculado desde a infância (BLACKMORE, 2005, p. 3).

Para o espiritismo, a morte seria uma passagem para uma outra dimensão, onde a vida continua de um modo diferente, podendo o espírito reencarnar evoluído ou voltar no mesmo plano. De acordo com Guimarães (2005, p. 2) o espiritismo kardecista prega que “todos os espíritos foram criados simples e ignorantes”, sendo as diferenças entre eles fruto dos percalços e escolhas no caminho evolutivo individual de cada um. O mundo material e o corpo são conseqüências diretas disto, pois se tornaram necessários para a correção dos erros

dos espíritos que se afastaram de Deus. O corpo é o instrumento e o meio mais eficaz para o aprendizado ou para a expiação de erros cometidos anteriormente.

Conforme relata Vomero (2002), de acordo com as crenças religiosas há várias maneiras de se perceber a morte: para uns, trata-se de uma passagem, uma transição desta vida para outra, mais plena e mais feliz. Para outros, é o momento máximo de iluminação, uma forma de libertação do sofrimento. Há ainda aquelas pessoas para as quais o morrer é simplesmente deixar de existir como se fôssemos uma lâmpada que se apaga, sem qualquer possibilidade de transcendência.

Com relação à idade do grupo predominou entre 26 a 30 anos, para a Enfermagem (58,2%) e 31 a 35 anos para a Medicina (41,8%). Quanto ao tempo de formação o Quadro II revela que para o grupo de Enfermagem predomina a faixa de 0-5 anos (50%) e o grupo médico (58,4%) tem mais de dez anos de formação. Os percentuais, quanto ao tempo de trabalho em UTI, em concordância com os anteriores, também evidenciam que do grupo estudado, enquanto profissionais de enfermagem (58,4%) tem até cinco, os da medicina (58,4%), na sua maioria, têm entre seis e dez anos de trabalho em UTI.

Resumindo, os últimos dados, observamos que o grupo de enfermagem estudado é mais jovem, tem menos tempo de formação e, conseqüentemente, de trabalho na UTI que o grupo médico.

Em relação ao estado civil, houve predominância como casados(as), tanto enfermeiros(as) quanto médicos(as), sendo 58,4% e 75%, respectivamente.

No que diz respeito a variável filhos, há predominância dos(as) enfermeiros(as) sem filhos (66,8%). Enquanto os(as) médicos(as) apresentaram os mesmos percentuais quanto a não ter filhos (41,7%) e ter apenas um filho (41,7%).

## 4.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA MORTE E DO PROCESSO DO MORRER

Como já referimos no capítulo “Percurso Metodológico”, o Teste de Associação Livre de Palavras ou Evocação Livre de Palavras é muito utilizado quando desejamos identificar o núcleo central das representações sociais, uma vez que revela o conteúdo latente da memória, com relação ao objeto investigado.

Utilizamos duas palavras indutoras: “morte” e “morrer”, sendo solicitada a evocação de três palavras como resposta, que estão expostas no quadro a seguir:

**QUADRO III** – Síntese das respostas dos (as) entrevistados (as) referentes ao Teste de Associação Livre de Palavras - TALP diante dos estímulos *morte* e *morrer*.  
 Natal – RN, 2005.

<b>Entrev.</b>	<b>Morte</b>	<b>Morrer</b>
E.01.	Perda, transcendência, tranquilidade.	Situação de medo, passagem, incerteza.
E.02.	Dor, tristeza, perda.	Fim, deixar, perder.
E.03.	Sufrimento, saudade, ferida.	Doença, solidão, miséria.
E.04.	Ausência, perda, saudade.	Ir, deixar, partir.
E.05.	Medo, receio, reflexão.	Incerteza, medo, despreparo.
E.06.	Partida, fim, alívio.	Passagem, ato, missão.
E.07.	Dor, solidão, certeza única.	Sufrimento, certeza, escolha.
E.08.	Mistério, dúvidas, transformação.	Mistério, fim, papel cumprido.
E.09.	Tristeza, despedida, vida nova.	Despedir-se, recomeçar, separação.
E.10.	Término, final, dor.	Cumprimento, realidade, fim.
E.11.	Dor, tristeza, reencarnação.	Sofrer, perda, abandono.
E.12.	Continuidade, fim, vida.	Sofrer, descansar, terminar.
M.01.	Tristeza, apreensão, situação esperada.	Velhice, violência, família.
M.02.	Isolamento, fim, esperança.	Isolamento, fim, esperança.
M.03.	Sufrimento, passagem, esperança.	Natural, certo, desejado.
M.04.	Perda, ente querido, sofrimento.	Sair deste mundo, descansar, alívio de sofrimento.
M.05.	Fim, talvez começo, tristeza.	Medo, dúvida, alívio.
M.06.	Descanso, ausência de sofrimento, repouso.	Descanso, ausência de sofrimento, repouso.
M.07.	Descanso alívio, inevitável.	Acabar, ir embora, terminar.
M.08.	Perda, afastar da família, afastar de tudo.	Parar, finalizar uma etapa, concluir.
M.09.	Tristeza, luto, sentimento de perda.	Deixar funções normais, parar de sofrer, parar o sofrimento.
M.10.	Nova vida, passagem, fim.	Dever cumprido, angústia, medo.
M.11.	Término, final, paz.	Alívio, sofrimento, dor.
M.12.	Passagem, transcender, morte.	Nada (sem significado por acreditar em vida após a morte)

**Fonte: Pesquisa de campo**

**Entrev. = entrevistados (as); E. 01 a E. 12 = enfermeiros (as); M. 01 a M. 12 = médicos (as)**

O desenho formado pelo Quadro III mostra uma riqueza de dados ou informações para a identificação das representações sociais do tema estudado. Para facilitar a análise, posto que trabalhamos os dados de forma artesanal, optamos por construir um quadro com as palavras evocadas e suas freqüências. A este processo denominá-lo-emos de codificação. Este, de acordo com Bardin (1977, p. 103) é a transformação do material que depois de enumerado, recortado e agregado, permite “atingir uma representação do conteúdo, ou de sua expressão, susceptível de análise”. Portanto, no Quadro IV apresentaremos a codificação das palavras

evocadas com os estímulos: *morte e morrer*; durante a aplicação do Teste de Associação Livre de Palavras.

**QUADRO IV** – Frequência de palavras evocadas com as palavras indutoras *morte e morrer*:

Natal – RN, 2005.

<b>Enfermeiros(as)</b> <b>Morte</b>	<i>f</i>	<b>Médicos(as)</b> <b>Morte</b>	<i>f</i>	<b>Enfermeiros(as)</b> <b>Morrer</b>	<i>f</i>	<b>Médicos(as)</b> <b>Morrer</b>	<i>f</i>
Dor	5	Fim	3	Fim	3	Medo	2
Perda	3	Passagem	3	Sofrer	2	Abandono	1
Tristeza	3	Tristeza	3	Passagem	2	Acabar	1
Fim	2	Descanso	2	Deixar	2	Alívio	1
Saudade	2	Esperança	2	Abandono	2	Angústia	1
Alívio	1	Perda	2	Ato	1	Ausência de sofrimento	1
Ausência	1	Sofrimento	2	Certeza	1	Certo	1
Certeza única	1	Afastar da família	1	Cumprimento	1	Cumprimento	1
Continuidade	1	Afastar de tudo	1	Descansar	1	Deixar funções normais	1
Despedida	1	Alívio	1	Despedir-se	1	Descansar	1
Dúvidas	1	Apreensão	1	Despreparo	1	Descanso	1
Ferida	1	Ausência de sofrimento	1	Doença	1	Desejado	1
Final	1	Ente querido	1	Escolha	1	Dever cumprido	1
Medo	1	Final	1	Ir	1	Dor	1
Mistério	1	Inevitável	1	Isolamento	1	Dúvida	1
Partida	1	Isolamento	1	Medo	1	Esperança	1
Receio	1	Luto	1	Miséria	1	Família	1
Reencarnação	1	Morte	1	Missão	1	Fim	1
Reflexão	1	Nova vida	1	Mistério	1	Finalizar uma etapa	1
Sofrimento	1	Paz	1	Papel cumprido	1	Ir embora	1
Término	1	Repouso	1	Partir	1	Isolamento	1
Tranquilidade	1	Sent. de perda	1	Perda	1	Nada	1
Transcendência	1	Sit. esperada	1	Perder	1	Natural	1
Transformação	1	Talvez começo	1	Realidade	1	Parar	1
Vida	1	Término	1	Recomeçar	1	Parar de sofrer	1
Vida nova	1	Transcender	1	Separação	1	Parar o sofrimento	1
				Situação de medo	1	Repouso	1
				Sofrimento	1	Sair deste mundo	1
				Solidão	1	Terminar	1
				Terminar	1	Velhice	1
						Violência	1

**Fonte:** Pesquisa de campo

A análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa cujo objetivo é descobrir o sentido ou os sentidos do texto, ou seja, sua semântica. De acordo com Bardin (1977); Rodrigues e Leopardi (1999), a análise é feita sobre a mensagem, a qual deve refletir os objetivos da pesquisa. Assim, foi a partir do conteúdo manifesto que iniciamos a análise. Isto não significa dizer que desprezamos o “conteúdo latente” ou sentido oculto das mensagens. Ele foi explorado durante fase da leitura flutuante. Após esta leitura, os dados foram codificados, como já referimos, e categorizados. As categorias, de acordo com Bardin (1977, p. 105), “são rubricas ou classes, as quais reúnem um certo grupo de elementos, sob um título genérico e filiado em razão das características comuns desses elementos”. A autora reforça a necessidade em classificar os elementos de acordo com o que existe em comum entre eles. Seguindo esta recomendação agrupamos as palavras evocadas em três categorias temáticas: “Morte e morrer como evento biológico”, “Morte e morrer como evento psicossocial” e “Morte e morrer como evento transcendental”.

**QUADRO V** – Dados referentes à construção das categorias de análise frente aos estímulos *morte e morrer*. Natal– RN, 2005.

<b>Categoria 1</b>	<b>Evocações</b>	<b>Categoria 2</b>	<b>Evocações</b>	<b>Categoria 3</b>	<b>Evocações</b>
<b>Morte e morrer como evento biológico</b>	Acabar Afastar de tudo Certeza Certeza única Certo Deixar funções normais Fim Final Finalizar uma etapa Inevitável Morte Natural Parar Realidade Situação	<b>Morte e morrer como evento psicossocial</b>	Abandono Afastar da família Alívio Angústia Apreensão Ausência Ausência de sofrimento Desejado Despreparo Doença Dor, Dúvida Ente querido Escolha Esperança Família Ferida Isolamento Luto Medo Miséria	<b>Morte e morrer como evento transcendental</b>	Ato Continuidade Cumprimento Deixar Descansar Descanso Despedida Despedir-se Dever cumprido Dúvidas Ir Ir embora Missão Mistério Nova vida Papel cumprido Partida Partir Passagem Recomeçar

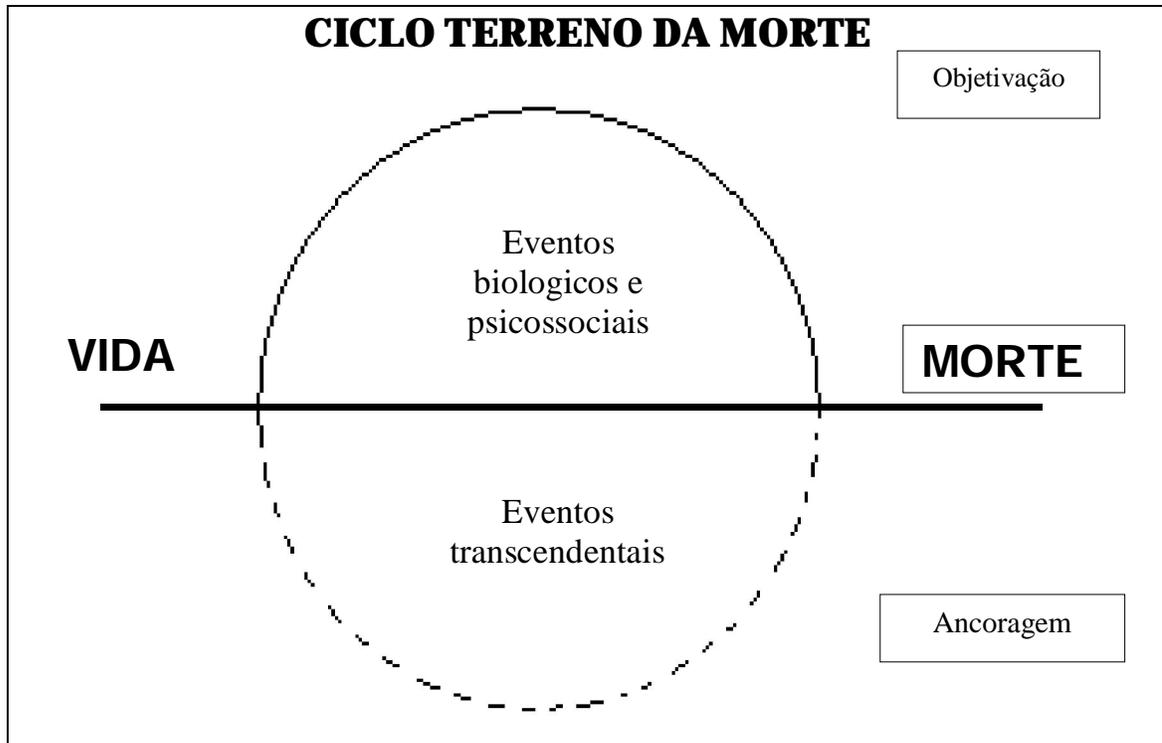
	esperada Terminar Término		Parar de sofrer Parar o sofrimento Paz Perda Perder Receio Reflexão Saudade Sentimento de perda Separação Situação de medo Sofrer Sofrimento Solidão Término Tranqüilidade Tristeza Velhice Violência Nada		Reencarnação Repouso Sair deste mundo Talvez começo Transcendência Transformação Vida Vida nova
--	---------------------------------	--	---	--	--

**Fonte: Pesquisa de campo**

A categorização realizada apóia-se, também, nas orientações de Vergès (2001), pois segundo o autor, é importante que o pesquisador das representações sociais procure categorizar as evocações a partir da ligação das palavras entre si, respeitando o princípio de campo semântico. Consideramos ainda orientações de Abric (2001), quanto à centralidade de um elemento, numa determinada representação, não devendo ser atribuída apenas a critérios quantitativos, visto que o núcleo central possui, antes de tudo, uma dimensão qualitativa.

Entendemos que o imaginário social da morte e do morrer para o grupo estudado teria como núcleo central: ***A morte como fato inexorável*** e os significados principais foram evidenciados: os eventos biológicos, psicossociais e transcendentais, os dois primeiros estariam relacionados à objetivação, enquanto o último à ancoragem, que são princípios da formação das Representações Sociais, estudadas por Serge Moscovici.

**QUADRO VI** – Dados referentes ao Ciclo Terreno de Morte construído a partir das Representações Sociais dos entrevistados. Natal– RN, 2005.



A função imagética das representações encontradas foi um círculo, composto por dois semi-arcos que são interdependentes, o que daria origem ao Ciclo Terreno da Morte, relacionado ao aspecto cíclico da vida. Inferimos que do limite inicial (nascimento) ao final (morte) é um elemento importante, lembramos aqui o canal do parto e o túnel descrito por pessoas que tiveram Experiências de Quase Morte, ambos têm aspectos circulares.

#### **4.2.1 Morte e morrer como evento biológico**

A representação da morte e o morrer como evento biológico é construída a partir do ensinamento das Ciências Biológicas que todo ser vivo, nasce, cresce, reproduz, envelhece e morre. Contudo, nem todas as fases são vivenciadas por todos. Em ser tratando de humanos, sabemos que iremos morrer e esperamos que seja após o envelhecimento a fim de cumprirmos todo o ciclo citado. Quando a morte ocorre antes da velhice é considerada como quebra, uma ruptura desse ciclo, que pode acontecer em decorrência de três fatores, os quais classificamos como: naturais, sócio-ambientais e criminais.

O conhecimento da vida do humano inclui o saber de que ela é finita. O modo e o processo de morrer são determinados por fatores de ordens diversas, originadas, fundamentalmente, das áreas culturais e da saúde. Contudo, o morrer é sempre uma experiência radical como o nascer (BURLÁ; PY, 2004).

Nas sociedades urbanas, a morte geralmente acontece nos hospitais e o diagnóstico final é dado pelo médico sob a assistência da enfermagem, sendo diagnosticada através da ausência de respostas aos estímulos físicos, químicos, elétricos, mecânicos e sensoriais.

A palavra *fim*, bem como outras relacionadas: *acabar*, *concluir*, *terminar*, *finalizar uma etapa*, *término* e *final*, foram evocadas pelo grupo pesquisado, independentemente do sexo e da categoria profissional. Contudo, ao relacionarmos as evocações com as entrevistas observa-se que a representação da morte como evento biológico está mais presente nos depoimentos do grupo médico.

Comparando a categoria – morte e morrer como evento biológico – com a religião do grupo entrevistado, encontramos um maior percentual entre as pessoas católicas. Entretanto, consideramos importante destacar, que para essa religião existe além do corpo a alma, cujo lugar a ser habitado após a morte vai depender do comportamento aqui na Terra, como já referimos. A idéia de morte como fim também foi encontrada por Kóvacs (1992) em uma pesquisa que realizou com alunos de um curso de *Psicologia da Morte* e afirma que a idéia de finitude pode ser assim entendida, porque interrompe a vida.

A morte e o morrer como fim de um ciclo é uma representação relevante para alguns dos entrevistados, principalmente do grupo médico, como podemos observar nos trechos das falas, a seguir:

“... para mim é o fim de tudo...” (E. 05)

“... para mim é o término de um ciclo, uma coisa que deve fechar um ciclo na vida de alguém, para uma família, para uma pessoa, para um grupo...” (E. 04).

“... um ciclo biológico: nascimento, crescimento... culmina com a morte...” (M. 04).

“... a morte representa o fim de um ciclo, e o morrer o último momento do ciclo da vida...” (M. 06).

“... para mim é o final, o ponto de alguma coisa que a gente tem, que, no caso, seria a vida... o fato de morrer ou da morte fica como o final de alguma coisa...” (M. 11).

“... a morte significa o fim, o fim normal, comum a todo ser vivo e morrer significa chegar à morte. A morte é o êxito final de todo ser vivo, para onde todos irão...” (M.07).

“... a palavra morrer pode representar uma situação que biologicamente o indivíduo deixa de ter suas funções normais...” (M. 09).

Os depoimentos reforçam as palavras evocadas no Teste de Associação Livre de Palavras e afirmam que morrer encerraria a vida, seria o fechamento de um ciclo. Ariès

(2003) diz que os humanos vivem o dilema de um ser cindido, animal e simbólico, dando-lhes a consciência de si mesmo, torna-os incomparáveis na natureza e lhe dá o conhecimento da sua existência e a absoluta certeza da sua morte. A morte como realidade é demonstrada no depoimento a seguir: “... para mim representa uma realidade... realidade não só para aquela pessoa, mas para mim amanhã...” (E. 10)

Nesta fala, observamos que além de abordar a morte e o morrer como fatos reais, ainda representa a relação da sua própria finitude, como reforça o depoimento a seguir:

“... a morte é assunto necessário que seja falado, porque é para todo mundo, ninguém está isento e é um assunto que mais se evita e a única certeza que todos temos... a gente precisa falar mais disso, precisa puxar mais sobre esse assunto, a gente trata esse assunto como macabro, desagradável, mas não é... faz parte da vida, é inerente a todos, ninguém está isento disso, todo mundo vai morrer, os familiares vão morrer, não há garantia nenhuma que há vida depois... é bem possível que acabe por isso mesmo e que as pessoas precisam se conformar, se conformar previamente para aceitar melhor essa situação que é inevitável...” (M. 07)

O contato com a morte do outro nos remete a indagações sobre a nossa vida, valores pessoais e a morte. Concordamos com M. 07, há necessidade em discutir mais sobre o tema com o objetivo de melhor abordarmos a questão que ultrapassa o biológico.

Conforme Cassorla (1991, p. 21), “a vida é o maior bem que possuímos e que ela deve ser vivida dignamente, aqui e agora”, afirma ainda que não podemos viver bem se negarmos nossa finitude, se ignorarmos já não viveremos, pois a morte faz parte da vida.

A entrevistada se questiona quanto às razões de produzir, de viver, se não crê em continuidade: “... aí você se questiona: para que eu trabalhei tanto? Para que eu abdiquei de tanta coisa na minha vida e, de repente, tudo acaba?” (E.05).

Cassorla (1991) diz que a discussão sobre a morte nos ajuda a repensar a nossa vida e a de nossos semelhantes, para torná-la uma vida digna de ser vivida e a morte conseqüentemente, será mais digna. Outra representação relevante quanto aos aspectos biológicos diz respeito à doação de órgãos, como podemos ver no depoimento a seguir:

“... a morte de uma criança que apresentou morte encefálica, uma criança de 07 anos de idade teve um aneurisma rompido devido uma má-formação congênita e ficou em morte encefálica. Então foi muito interessante aquele caso, a família resolveu doar todos os órgãos, foi uma doação seletiva e veio equipe de transplante de todo o país, de Belo Horizonte, do Rio, de Curitiba, então no dia do transplante, da retirada dos órgãos, a cada órgão que saía daquela criança, aquela família se despedia como se fosse um pedaço do corpo dele que estivesse dando a vida a outra pessoa, rezavam e choravam na calçada do hospital, cada caixa de gelo que saía com um órgão era aquela mesma despedida que eles faziam, foi muito interessante, aquilo ficou marcado para toda a equipe que estava de plantão naquele dia, foi muito interessante mesmo. E aí é que está: morreu, acabou, mas para aquela família a tristeza estava

presente, mas o corpo da gente acaba ali, então os órgãos dele foram dar continuidade de vida a outras pessoas...” (E. 06).

A doação de órgãos, além de ser uma maneira de poder ajudar outras pessoas a melhorarem sua qualidade de vida, é uma forma de deixar um “símbolo” daquele que morreu, a fim de “permanecer vivo no mundo”. Talvez, por isso, o relato de como os familiares se despediram de cada parte do corpo da criança, encaminhadas para transplante, sugere um novo ritual da morte.

Para ser dado o diagnóstico de morte encefálica e a viabilização de transplante de órgãos existem equipes interdisciplinares preparadas para lidar com este evento, por lidar com situações de pesares, luto e sofrimento, reforçando a nossa visão sobre o novo ritual. Mostra também que a vida não está associada apenas a um coração com batimentos, mas em todos os órgãos que foram doados.

#### **4.2.2 Morte e morrer como evento psicossocial**

A representação da morte e do morrer como evento psicossocial está relacionada às situações sociais, aos sentimentos e às emoções (des)agradáveis representadas por aqueles que permanecem vivos. A centralidade das representações está na pessoa ou família enlutada e não na pessoa que morreu.

Para representar a morte, a palavra *dore* outras afins foram muito evocadas pelo grupo pesquisado. Visto ser a experiência da morte, “única, pessoal e intransferível”, não podemos afirmar o que acontece de fato, diante da mesma. A evocação da dor pode também estar relacionada às perdas, aos sentimentos que se processam com este acontecimento e ao desconhecido. O que sabemos da morte e do morrer é algo construído culturalmente pelos que ficam. Além disso, nas sociedades urbanas é comum mencionar-se a expressão: “dor da morte”, como se esta viesse sempre acompanhada de dores.

Para Lima (2004, p. 164) ao cuidarmos de alguém que está morrendo, vivenciamos o drama da separação; talvez por isso tentemos não pensar nela, por não sabermos lidar. A autora afirma ainda que para muitos profissionais a morte e o morrer têm significado “negativo”, surgindo “sentimentos de tristeza, impotência, estresse, angústia, medo, desconforto, compaixão, depressão, frustração, sensação de derrota, fracasso ou até ausência de sentimento”. E isto, foi confirmado no presente estudo.

O processo de morrer e morte é sofrido, lamentado e gera emoções e sentimentos negativos para os que ainda vivem. Portanto, a dor da morte é concebida como uma forma explicativa para entender o ciclo finito da vida. A evocação das palavras *perda*, *saudade*, *tristeza* e *sofrimento*, geralmente está associada às experiências que se teve com a morte de outras pessoas do seu convívio íntimo ou profissional, como vemos nos depoimentos a seguir:

“... nunca é bom você ter um paciente que, sob os seus cuidados, venha a morrer. Lógico que depende da situação... hoje, por exemplo, nós tivemos um caso que havia um sofrimento desta paciente desde a sua entrada na UTI... quinze dias de sofrimento, quinze dias de sofrimento da família... ela veio a falecer hoje. Nesta situação específica, para mim, foi uma tranquilidade. Eu acho que diante da morte dessa paciente eu fiquei mais tranquilo e, com certeza ela descansou. Já passei por momentos de extrema angústia, de extremo desespero diante da morte, de não ter tido sucesso, o sucesso que a gente esperaria, uma coisa assim. No caso de uma criança, no caso, de uma doença curável e a gente não conseguiu, por algum motivo, curar. E aí, neste caso, a gente tem um caso desesperador, assim... aquela situação que você realmente, mesmo sendo médico, acostumado com aquilo, no seu dia-a-dia, você não fica bem; tem que passar um bom tempo pra poder se acostumar...” (M 10).

“... a morte na UTI de um paciente que está sob os meus cuidados representa um sofrimento para mim...” (M 06).

“... a morte da minha avó paterna, que nunca aceitou ir para uma UTI era cardiopata, precisava fazer angioplastia, cirurgia cardíaca, mas nunca aceitou, não ia a um Pronto Socorro com medo de ser internada, tinha medo de sofrer, morreu em casa... todo mundo já previa que ela iria morrer... ela pediu para lacrar seu caixão, pois não queria que ninguém a visse morta, talvez o fato de eu não querer ver ninguém morto, seja em decorrência disto, da influência dela... sinto saudades dela...” (E. 06)

“... a morte representa uma passagem dolorosa, mas eu acredito que seja para melhor. Considero morrer uma coisa triste, para a nossa cultura ainda é triste...” (E 09).

O *medo* e o *receio* que geralmente estão relacionados a quem permanece vivo, foram evocados pelo grupo estudado. Viorst (1986) relata que o medo, atribuído à morte, pode levar (in) conscientemente ao afastamento da mesma. Diz ainda que temos medo do aniquilamento, de abandono, de ficarmos sozinho, de ir ao desconhecido, de encontrarmos uma vida depois desta, na qual pagaremos pelos pecados aqui realizados. O medo está representado nestas falas:

“... as pessoas evitam falar em morte porque têm medo, têm medo de se acabar agora e não vir coisa melhor, têm medo de deixar as coisas que elas tinham... por apego, apego aos bens, apego às pessoas, despreparo, porque quando você vai fazer uma viagem, um curso fora, passar três anos fora, você se prepara e vai, e não fica chorando porque vai, é falta de preparo...” (M. 07).

“... eu não tenho problemas em lidar com a morte... tenho medo da morte, medo, medo, medo... na verdade eu tenho muito medo, é muito medo mesmo, eu procuro nem pensar, nem pensar pelo medo que eu sinto pela incerteza... o que mais me incomoda na morte é você deixar tudo de bom que tem na vida, se desligar de tudo e pronto...Eu tenho muita fobia, tenho fobia de escuro e de barata. Daí fico pensando

na morte, você dentro de uma coisa fechada, escura, já me dá um mal-estar só de pensar naquela situação...” (E.05).

Na fala de M. 07, percebemos a relação da morte com uma viagem, com a partida e a chegada a algum lugar. Esta representação é muito difundida em meios de comunicação, inclusive já tivemos a exibição de uma telenovela intitulada *A viagem*, que abordava questões de vida pós-morte.

Embora E. 05 tenha afirmado inicialmente não ter problemas em lidar com a morte, em diversos momentos da entrevista ela fala do medo e da dificuldade em lidar com o assunto. Entendemos que isso é comum diante das diversas temáticas, contudo, diante da *morte e morrer*, por nos remeter a reflexões, as pessoas criam barreiras para não falar sobre o assunto.

Sabemos que a morte, nas sociedades urbanas, ocorre mais frequentemente nos hospitais, especialmente nas Unidades de Terapia Intensiva, que surgiram a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a pacientes graves, em estado crítico, mas tidos ainda como recuperáveis, e da necessidade de observação constante, assistência médica e de enfermagem contínua. Por suas características estruturais, bem como pelo tipo de clientes recebidos é um dos ambientes nosocomiais mais agressivos, tensos e traumatizantes. Os fatores agressivos da UTI não atingem apenas os pacientes, mas também a equipe multiprofissional, que convive diariamente com cenas que se situam entre a vida e a morte (VILA; ROSSI, 2002). Como podemos ver no depoimento seguinte a morte impõe limitação à atividade do profissional:

“... a morte na profissão é o limite da atividade médica, que na verdade, ela não tem uma dimensão tão abrangente quanto a gente imagina, ela tem o seu limite e o médico como profissional também tem seus limites, talvez impostos pela própria natureza...” (M. 08).

Kóvac (2004, p. 277) diz que, às vezes, chega-se ao extremo do prolongamento da vida a todo custo, denominado “obstinação terapêutica”: os pacientes, gravemente enfermos, sem possibilidade de reversão do quadro, com intenso sofrimento, ligados em todos os seus orifícios por tubos, mãos e braços tomados por cateteres, ou amarrados para que nenhum movimento involuntário ou intencional os arrebe, e na boca outro tubo para garantir o ritmo respiratório. Percebemos que é difícil para o profissional decidir o momento de parar de investir no tratamento do cliente, como podemos ver no depoimento a seguir:

“... às vezes, você fica alheio aos colegas quando os colegas chegam e dizem ‘esse aí não tem mais jeito, não’. Mas fica mais fácil para mim me dedicar, investir que tomar a decisão de não investir mais... às vezes uma pessoa está muito ruim, mas sei que devo e posso investir, eu posso me dedicar a uma coisa, então é muito mais fácil, por outro lado, entra uma pessoa grave, que tem uma doença incurável, que vem arrastada e vê que o ato de viver dela é muito mais sofrido, que talvez o de morrer, mas aí vêm os familiares e dizem que querem ela viva, porque querem a presença dela.. você olha para o paciente e vê que cada respiração dele é difícil, é sofrida, penso que esse modo de viver é ruim... (M. 02)

Com a morte do paciente, a revisão dos procedimentos médicos é um dos caminhos encontrados para se buscar razões para o óbito, a fim de ficar com a “consciência tranqüila” e confirmar que não foi o “responsável” pela morte do outro. M. 07 diz ainda que a revisão dos atos seria justificada para não cometer os mesmos erros futuramente, o que nos leva a perceber a sensação de “poder” em tratar e manter a vida. Além disso, o sofrimento imediato antes da família leva os profissionais a se questionarem quanto as suas ações terapêuticas:

“... todo mundo tem os seus limites, mas eu começo a revisar, revisar no que falhei... errei em alguma coisa na transição disso aí? Esqueci de dar antibiótico? Esqueci de dar sangue para ele? Esqueci de dar suporte ventilatório para ele? Esqueci de solicitar algum exame que podia dar alguma coisa? Esqueci de chamar um colega especialista que pudesse ver outras coisas? Então, em um primeiro momento, vem o choque, vem o choque de revisar se falhei... alguns casos eu consigo chegar à conclusão de que fiz a minha parte e não consegui, mas sempre vem a idéia do que poderia ter feito diferente...” (M.02).

“... depois de uma morte, você sempre se refaz, sempre repensa, volta seus passos anteriores e vê no que você poderia evitar aquela morte, você se sente mais capaz para em uma outra vez você não cometer os mesmos erros...” (M. 07).

Percebemos algumas representações da transferência do poder divino para o poder da ciência personificado na figura dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos, como veremos nas falas. Tais idéias se ancoram em sistemas de crenças religiosas, ou dogmas, onde Deus é o senhor da vida e da morte:

“... hoje não é mais Deus quem mata, hoje em dia é o médico quem está matando. Então, assim, você se vê às vezes passando noites e noites ao lado de um paciente, fazendo tudo o que tem que fazer. Quando você não sabe passa noites e noites lendo, pesquisando na *internet*, indo atrás de artigos novos e aí o paciente vai a óbito. Muitas vezes você faz, como aconteceu essa semana aqui, trazer um Raio-X de outro hospital porque o daqui quebrou, faz tudo o que pode... contudo, quando a morte acontece, quem é o culpado é sempre você que matou, é sempre você que não fez o que deveria fazer, é sempre o médico que fez pouco...” (M.03).

“... eu acho que até que ponto a gente pode estar prorrogando a vida de alguém quando você está vendo que está sofrendo? Até onde você pode ser um Deus? No sentido de até onde eu posso interferir determinadas coisas. Quando você está dentro da área de saúde, quando você intervém demais, quando você que dar além do que você acha que pode fazer acha que pode fazer com que reverta aquele quadro, de que você possa estar interferindo no bem-estar, na qualidade de vida que aquela pessoa está recebendo...” (E. 04).

“... quando a gente consegue salvar uma vida de um paciente cardíaco, ou de um bebê recém-nascido, ou de uma criança é uma satisfação grande, porque é um dever cumprido, quer dizer que a gente, entre aspas, brincou de Deus, conseguiu dar mais uma vida diante de uma parada cardíaca...” (E. 06)

De certa forma, o profissional assume uma perspectiva salvadora, no momento em que assume um papel divino, ancorado no conhecimento que se tem que “Deus é salvador”. Assim, se Este salva e o profissional também, havendo uma relação entre o divino e o humano. Essa relação é “canonizada” por uma clientela satisfeita, que passa a chamar de santo(a) aquele(a) médico(a) que salvou suas vidas. Estas observações nos remetem a Teoria das Representações Sociais, mais especificamente às reflexões de Domingos Sobrinho (2003, p. 63), sobre as relações entre o poder simbólico e o processo de construção das representações sociais. O autor mostra a importância de buscarmos “decifrar/denunciar os sentidos hegemônicos atribuídos a muitos dos objetos do mundo social, que estão na base das crenças na naturalização das coisas e na base da produção do sofrimento simbólico”. Como exemplo de sofrimento simbólico vamos citar aquele presente nos depoimentos, não relacionado à morte, mas ao exercício das profissões.

O ritual do trabalho na UTI impõe um sofrimento a quem o discurso hegemônico da ciência assegura a cura e o controle das doenças e, conseqüentemente, o fechamento do ciclo da vida após uma longa velhice, mas que o sucesso ou o fracasso dependem de dons e méritos pessoais. Ao culpar o profissional da medicina pela morte de uma pessoa sem chance de viver e ao culpar-se por não ter conseguido “salvar” seu (a) paciente, médico(a) e cliente estão ressignificando objetos legítimos da cultura. Isso mostra como escreve Moscovici (2003, p. 21) que as representações sociais são sempre um produto da interação e da comunicação, tomando forma e configuração específicas “a qualquer momento, como uma conseqüência do equilíbrio específico desses processos de influência social”.

Alívio, liberação do sofrimento, perda profissional, indiferença, responsabilidade, relacionamento com as famílias dos pacientes, incômodo e prolongamento da vida. Estes são alguns sentimentos e situações que médicos(as) e enfermeiros(as) entrevistados(as) se vêem diante da morte de pacientes sob os seus cuidados. Um dos pontos interessantes a ser considerado é que para alguns dos pesquisados a morte de pacientes terminais ou crítico é representada como uma liberação do sofrimento que o doente vivenciou durante a internação, como também um alívio para o profissional de saúde e família acompanhante. Os depoimentos seguintes comprovam isto:

“... dependendo da pessoa que eu esteja cuidando, essa morte e esse morrer poderão ser uma libertação de um sofrimento muito grande, enquanto enfermeira de terapia intensiva. Na grande maioria das vezes, uma libertação de um sofrimento muito grande... em alguns momentos, você encontra objetivo, enquanto profissional, para lutar para aquela vida, mas em determinados momentos você sente até uma necessidade que aquela pessoa realmente se desvincule da situação que está vivendo...” (E 01).

“... às vezes, quando o paciente está há vários dias em agonia, a morte, do fundo do meu coração, passa a ser um alívio até para mim porque estou vendo que ele descansou...” (M.04).

“... o paciente de UTI é um paciente mais grave, é um paciente que está mais propenso à morte. Então eu acho que o profissional deveria estar preparado para lidar com essa situação. Que muitas vezes, ou você age com indiferença, porque eu acho que lidar com a morte nenhum ser humano está preparado ainda para isso. Só Deus pra mandar forças, porque a morte é uma coisa inexplicável, é uma coisa que não tem como você se preparar para lidar com isso...” (E. 03).

De acordo com Kübler-Ross; Kessler (2004), ao trabalhar tanto com os que estão à beira da morte quanto com os vivos, torna-se claro que quase todos enfrentam os mesmos desafios: lições de medo, raiva, culpa, perdão, entrega, tempo, paciência, amor, relacionamento, divertimento, perdas, poder, autenticidade e felicidade. Compreender cada uma destas lições seria como alcançar a maturidade e ter capacidade de enxergar a vida de uma maneira melhor, com profissionalismo:

“... a gente que é profissional tem que lidar com uma certa frieza com as situações... Nunca eu levo nem a morte nem qualquer problema do trabalho para casa. Independente de quem morreu, a gente tem que levar com tranqüilidade...” (M. 01).

“... a gente se envolve com o paciente até certo ponto, é como se que aquele paciente que eu sei vai morrer, eu presto cuidados a ele, mas tem uma barreira. Ele morre você aceita, quando é um paciente que você está mais apegado você até vibra, entre aspas, com a morte dele, porque você sabe que ele deixou de sofrer, como era sofrido tudo aquilo que aquela pessoa passava, mas é como se a gente tivesse uma barreira morreu, você não sofre não fica pensando, porque são pessoas que você não têm vínculo emocional, afetivo...” (E. 05).

Percebemos nos discursos referidos que os profissionais criam mecanismos de defesa diante do sofrimento do outro e por vezes, desejam a sua morte, por considerarem um alívio como diz E. 05. Talvez os mecanismos usados possam evitar que a sobrecarga de estresse – que já é alta – se sobrecarregue ainda mais de tensão, depressão ou ansiedade diante da morte do paciente sob os seus cuidados. Além disso, como foi dito em diferentes momentos das entrevistas o grupo investigado não se mostrou preparado para enfrentar todo o processo de morte e morrer. Por exemplo, quando o paciente vem falar sobre esta, pode surpreende o profissional como veremos no depoimento a seguir:

“... teve uma paciente que tinha um melanoma maligno com metástase para fígado que ela sabia que estava morrendo, ela sabia que estava morrendo e tinha um namorado que sempre a vinha visitar, então um dia ela estava olhando para trás, onde tinha um relógio e quando cheguei perguntei ‘está querendo ver a hora do

namorado chegar?’ e ela disse ‘não, doutor, eu sei que estou morrendo e queria ver a hora’...” (M. 03)

Para Vila; Rossi (2002) não deixa de ser interessante e necessário refletirmos sobre o fato de que, apesar das discussões e posições teóricas sobre humanizar, ainda hoje é impressionante a flagrante violação dos direitos humanos. Ninguém questiona a importância da existência da tecnologia, porque ela em si mesma não é benéfica ou maléfica, depende do uso que se faz dela. A UTI precisa e deve utilizar recursos tecnológicos cada vez mais avançados, mas os profissionais não deveriam esquecer que jamais a máquina substituirá a essência humana. A interferência no processo de vida e morte do outro favorece aos médicos sentirem-se responsáveis pela vida das pessoas, às vezes, sofrem por isso e criam mecanismos de defesa, como vemos nos depoimentos a seguir:

“... dizem que os médicos, na verdade são meio que insensíveis, o médico sente quando o paciente morre, mesmo os médicos que atuam em UTI, eles não tem logicamente o sofrimento que tem um familiar, muito distante disso, mas ele sofre... e eu acho que cria um mecanismo de defesa, um autocontrole, alguma coisa desse tipo, para evitar o sofrimento, para não sofrer tanto...” (M. 08).

“... a morte, às vezes, é muito complicada para o profissional médico, porque, às vezes, está em suas mãos decisões muito relevantes como decidir quem vai ocupar um leito de UTI, já aconteceu uma situação que eu não queria tomar essa decisão, mas tive de tomar. Dois doentes, desse dois eu tive que dizer ‘eu tenho somente uma vaga,’ mas das condições clínicas, tive de incluir a idade, co-morbidade, tive de incluir bom senso para poder decidir que iria subir para a UTI. Então quer dizer, indiretamente eu teria que decidir quem iria ter mais oportunidades, e isso é terrível. Porque eu não tenho esse direito... essas coisas me angustiam...” (M. 02)

“... eu não lido muito bem com a morte, mas ao mesmo tempo quando eu vejo que o paciente está com um sofrimento muito grande, está em um processo irreversível da saúde de bem estar físico, eu não fico lutando muito contra o processo natural da doença. Em pacientes terminais eu vejo muitos colegas que ficam prolongando muito, tentando fazer de tudo para que o paciente fique... uma semana a mais vivo... isso eu não consigo fazer, acho que a morte para esses doentes talvez seja um alívio muito grande, não vão sentir mais dor e penso que ia ficar prolongando o sofrimento. Então, eu não consigo interferir muito, quando eu vejo que o paciente está morrendo, não me refiro a parando, mas a morrendo, quando o paciente está morrendo eu acabo não interferindo muito, acho que é um alívio, uma parada de sofrimento, um fim...” (M.11).

Para Lima (2004, p. 164-5) a convivência com o sofrimento humano constantemente permite ao profissional o uso de mecanismos de defesa para se proteger de sentimentos desagradáveis. Assim, por vezes, tende a: “racionalizar os sentimentos, classificar as perdas, distanciar-se do paciente, disfarçar, não se envolver, achar tudo natural, banalizar a morte, negar seus sentimentos na tentativa de se confortar e ou continuar seu trabalho incessantemente na tentativa de fuga”.

Para Burlá; Py (2004) quando a doença é irreversível, o enfoque do tratamento deixa de ser curativo e o objetivo é a qualidade de vida do paciente, que pode ser alcançada por meio da identificação dos sintomas e do alívio de qualquer forma de padecimento, físico, emocional e espiritual. Jamais se deve tratar aquilo que é intratável, nem tentar curar o incurável, contudo, o limite deve ser para a cura e não para os cuidados paliativos. As autoras dizem ainda que a “palição” é uma prática multidisciplinar, com uma proposta intervencionista. O lidar com pessoas vivenciando o morrer foi representado neste estudo, como vemos nos depoimentos a seguir:

“... quando é paciente terminal tem que ter aquele preparo de aceitar... é muito difícil quando a gente se depara com um paciente terminal consciente, quando ele está inconsciente tudo bem, mas quando você se depara com um terminal consciente a gente fica sem saber como lidar com a situação de morte, de iminência de morte a qualquer momento e você tem de passar um conforto para aquele paciente...” (E. 05).

“... se eu estou vendo um paciente que realmente já é terminal, que não tem mais nada para fazer, então é mais fácil de você aceitar, e até de você passar para a família e a da família também aceitar. Porque é uma coisa gradativa, já estava se esperando. Se não é, é uma coisa súbita, é mais complicado, até mesmo para você aceitar como profissional, quanto mais para você passar isso para a família. Então depende do caso, do tipo do paciente...” (E. 01).

“... a morte é desejada quando encerrou o ciclo... quando a gente pega pacientes idosos e até manifestaram o desejo de não viver em situações humilhantes, numa UTI. Então ela é desejável até para o paciente descansar...” (M.01).

“... a morte é perda, mas quando é um paciente daqueles acamados, que não falam mais, que são dependentes, que literalmente a gente vê que ‘vegeta’, não vive... é como se você sentisse um alívio por aquele paciente, porque você não vê vida nele”. (E.02)

“... não tem qualidade, não tem convívio com ninguém, não conversa, não expressa; sofre e não pode dizer”. (E.05).

Nos depoimentos podemos ver a aceitação da morte “daquele que está sofrendo”, isso seria o natural, contudo, para que haja a conformação de profissionais, amigos e família, é importante que o processo de morrer aconteça gradativamente. E. 05 aborda ainda a questão da dificuldade em lidar com um paciente terminal que mantém preservada a consciência, devido à incapacidade em trabalhar com a morte.

Para Abric (2001) a representação é um conjunto organizado de opiniões, de atitudes, de crenças e de informações referentes a um objeto ou a uma situação. É determinada ao mesmo tempo pela própria pessoa, sua história e vivência, pelo sistema social e ideológico, no qual se está inserido e pela natureza dos vínculos que ele mantém com o sistema social. Assim, entendemos que, neste estudo, o lidar com a morte e o morrer do outro está intimamente relacionado à história de vida que cada pesquisado, bem como os vínculos que mantém com clientes e familiares.

De acordo com Pitta (1991, p. 31), “falar em morte se constitui em ousadia não admitida nas relações sociais habituais”. Assim, é difícil para os profissionais abordarem a questão junto a pessoas que estão sob os seus cuidados, não se conversa sobre a finitude do doente, é como se houvesse a informação “velada”: o doente sabe que vai morrer, os profissionais e a família também sabem, contudo, ninguém aborda o assunto. É possível que o temor dos profissionais esteja associado aos sentimentos e reações descontroladas, que os façam perder o controle de si e da situação. Para Ariès (2003, p. 161) “a morte era n’outro tempo uma figura familiar e competia aos moralistas torná-la horrível para causar medo. Hoje em dia, basta nomeá-la para provocar uma tensão emocional incompatível com a regularidade da vida cotidiana”. Neste sentido, as representações sociais da morte podem ser entendidas, como refere Spink (1994, p. 121): “estruturas estruturantes que revelam o poder de criação e de transformação da realidade social”.

Em se tratando de lidar com a morte súbita, há uma dificuldade maior por parte do grupo estudado, especialmente quando essa morte é de alguém do seu convívio pessoal, como vemos nos depoimentos:

“... se for um paciente que você vê que tem perspectiva de vida, consistente, que falava com você, que você ver vida naquele paciente, você fica triste, você se sente derrotado, é como se você realmente tivesse perdido; você acha que não foi capaz de ajudá-lo” (E.02).

“... a morte súbita incomoda quem fica...” (M.02).

“... costume dizer que quem sofre com a morte não é quem morre, é quem fica (...), mas a gente que fica sofre, a gente sofre de saudade, de tristeza, com lembranças, mas algo aceitável, pois a gente sabe que quem partiu descansou...” (E.06).

“... a perda de minha mãe e da forma como foi; como aconteceu, foi uma coisa drástica, uma coisa brutal, e, de certa forma, é uma situação que tenho em mente e que a gente vai precisar de muito tempo pra poder se adaptar... Ela tinha 57 anos e... passou o dia todo comigo, na minha casa, coincidiu que o dia era o dia do meu aniversário, nós tivemos uma recepção lá em casa e... ela saiu por volta da meia-noite e, duas horas da manhã, eu fui chamado ao hospital, já com a notícia do falecimento. É uma situação totalmente inesperada...” (M. 09).

Franco (2004) afirma que, o profissional que trabalha em hospitais sabe que há pacientes especiais, com os quais se estabelece uma relação diferenciada e quando acontece a morte deste paciente há o luto que precisa ser admitido, reconhecido e vivido em sua integridade, como um algo que tivesse ocorrido em outro contexto. Este vínculo é representado neste estudo, como veremos nos depoimentos:

“... quando estou diante de alguma pessoa que está caminhando para o pior, para a morte e ela pede para viver, quando posso fazer algo, ótimo, mas o problema é quando eu não posso oferecer mais nada... quando estou limitado: 1. não achei uma opção terapêutica (uma bactéria multi resistente, por exemplo), 2. uma doença que

eu não cheguei a um diagnóstico (talvez pelo medo do desconhecido). Isso aí me angustia por não saber o que fazer, o que oferecer, o que procurar, onde procurar, e reflito se as alternativas escolhidas foram as melhores...”(M. 02).

“... a morte de uma pessoa que eu tenha carisma, que eu compartilhei momentos felizes e tristes, é outra coisa...” (E.06).

“... além de ser enfermeiro a gente é humano, então eu acho que a gente acaba se ligando mais a um que ao outro...” (E. 10).

Lima (2004, p. 160) afirma que, ao nos observarmos no espelho, damos-nos conta que de o tempo é dinâmico e transforma não somente a aparência, mas as interações pessoais, os conceitos, os sentimentos e as percepções, conseqüentemente, as representações sociais. E, supõe que isto pode interferir na nossa não-aceitação da morte de crianças e jovens, por termos a sensação de que “não tiveram tempo de viver, experimentar, conquistar e transformar-se. Em contrapartida, para alguns profissionais da saúde, presenciar a morte de um idoso acaba sendo mais tolerável, pois justificamos que ele já experimentou a vida”. Contudo, quando com o idoso em questão se mantém vínculos afetivos, a morte também é dolorosa e indesejada. Como mostram os depoimentos a seguir: “... mesmo sendo médico, foi vendo minha avó morrendo... não encarei muito bem, não consegui... é como se eu não fosse médico naquela hora...” (M.10).

Os depoimentos a seguir, também abordam a questão da aceitação da morte, de acordo com a idade:

“... é diferente você salvar um adulto que já tem uma vida, que já tem uma expectativa e, de repente uma criança dessa que pode talvez mudar o mundo depois...” (M. 03).

“... o sofrimento é morte de criança é muito maior... eu sou muito apegado a criança. Com certeza eu sofro muito mais, é por isso que eu nem quis fazer pediatria, porque acho que é um sofrimento terrível. A morte de uma criança, uma criança doente é mil vezes mais sofrimento...” (M. 08).

“... uma jovem, que a gente via que tinha muita coisa ainda pela frente e que, às vezes, você não está preparado para aceitar, porque você acredita que a vida tem que evoluir, você tem os seus conceitos de que a vida tem que evoluir em um tempo que você imagina que seja longo... e quando você vê isso acontecer em um período breve, você não imagina que isso seja normal...” (E. 04)

Vila; Rossi (2002) realizaram uma pesquisa com profissionais de UTI e observaram que estes trabalhadores têm, geralmente, mais de um emprego. Dizem que o ambiente da UTI é bastante instável, há dias tranquilos e outros agitados, com pacientes graves, que exigem atenção e cuidado rigoroso de toda a equipe. Assim, encontramos que neste estudo a morte sendo representada por “mais trabalho”: “... vai representar mais trabalho, cansaço, preocupações, o estresse de avisar para a família que o paciente morreu...” (E.07).

A dificuldade de preenchimento de atestado de óbito também foi assunto abordado pelo grupo médico, por lidar com o sentimento de impotência por ter “perdido uma vida” como mostra o depoimento a seguir:

“... assim a gente nunca está preparada, embora a gente busque estar preparada para lidar com a morte do paciente, a gente nem sempre está preparada totalmente, às vezes, a gente acaba se martirizando e o atestado de óbito é a sua impressão, a impressão que grava que aquele paciente que esteve sob os seus cuidados e que você não teve sucesso, não foi vencido o tratamento dele. Aí, às vezes, isso pode martirizar a gente em algumas situações...” (M. 05).

No entanto, para outros, o preenchimento de atestado de óbito não implica em problemas, como vemos no depoimento a seguir:

“... eu nunca tive problema em dar atestado de óbito, se eu tiver tido um mínimo de contato com o paciente, a coisa tiver bem diagnosticada... O que a gente não pode é forjar o atestado de óbito em uma situação, porque a família não quer ceder, não que mandar para a investigação... Mas, no geral, não existe nenhum problema em eu fornecer atestado de óbito...” (M. 01).

A morte de pessoas do seu círculo profissional também está representada no estudo. Para ilustrar, observemos o depoimento a seguir:

“... a morte de um colega médico, esse paciente chegou em pronto-socorro, chegou com quadro de dor precordial intensa, desconforto, totalmente consciente, talvez o fato dele ser médico, na verdade, a responsabilidade parece que se redobrar e além disso, além de ser colega era amigo e, realmente, quando estava rodando o eletro eu já estava percebendo que ele estava infartando... de repente, ele parou, parou e realmente foi um sufoco muito grande e a gente reanimou esse paciente por mais de 4 horas e foi a êxito letal, um paciente jovem 44 anos, aí realmente deixou marcas pois era um colega e eu não pude desempenhar uma ação com sucesso, aliás, desempenhei, mas com insucesso. Eu esperava ter resolvido o problema mas não consegui resolver [...] outro dia, um senhor de 80 anos [...] Ele estava completamente parado e eu pus as pás, monitorizei e vi que estava fibrilando. E eu dei um choque e ele reverteu, retomou a consciência, perguntou onde estava, plenamente consciente, foi rodado um eletro e ele tinha um infarto, de parede anterior, nesse mesmo paciente ainda conseguimos fazer uma droga que era o que se dispunha na época no serviço que era um trombolítico... são os extremos: um paciente jovem não respondeu a um choque e o outro, idoso de 80 anos, respondeu plenamente. Essas distorções que ocorrem...” (M. 08).

Nesta fala, além de notarmos a sensação de impotência percebemos também o incômodo do profissional em lidar com “a morte de um colega”, que lhe remete à sua morte.

O fato de ser formado para “lutar” com contra a morte, pode gerar desconfortos para os profissionais como vemos na fala seguinte:

“... a morte é sempre uma situação dolorosa; é uma situação que traz dificuldades; é... incômodo no sentido de médico, normalmente nós somos treinados sempre pra dar assistência e tentar evitar ao máximo a questão exatamente da perda; a morte, a gente tenta lidar contra isso; é uma situação que me incomoda ainda...” (M. 09).

Diante das dificuldades encontradas, há no grupo pessoas que vêm necessidade de um melhor preparo para profissionais que lidam com a morte em seu ofício, como se vê nos depoimentos a seguir:

“... a gente não está preparada, por mais que a gente conviva com ela, estude, mas é assim... eu acho que para o espírita tem uma capacidade melhor de entender o significado da morte, mas de aceitar é mais difícil, pois fica a saudade... acho que a gente entende melhor que pessoas de outra religião, por acreditar na vida após a morte... Acho que nem todos os profissionais estão preparados, pois se a pessoa não tem base religiosa para poder lidar com o todo, porque eu acho que não é só o material, a ciência, o científico que conta...” (M. 12).

“... enquanto profissionais de saúde, eu acho que deveríamos ser melhor preparados para lidar com a morte, no sentido de sabermos melhor lidar com ela, não sermos frios, mas compreender melhor a morte...” (E. 09).

“... o profissional de saúde precisa ter a formação filosófica e espiritual de saber exatamente quando deve parar. Quando ele tem que ter a sensibilidade e a capacidade de perceber quando o esforço dele passa a ser, necessariamente sofrimento para o paciente...” (M. 09).

“... nós, enquanto profissionais, deveríamos ser mais bem treinados, tanto no sentido de como manter a vida e até que ponto, até quando manter, até o ponto de dizer aqui não dá mais...” (E. 09).

... eu me interrogo se trabalhar em UTI me faz mais preparado que muitas pessoas que não convivem tanto com a morte...” (E. 10).

O tempo de internamento na UTI e os vínculos criados com a equipe são fatores que interferem na mudança do andamento do plantão, como representado pelo depoimento a seguir:

“... se o paciente for alguém que já está há muito tempo no setor, geralmente a gente sente uma quebra no ritmo, mas a gente observa que quando é um paciente que tem menos tempo no setor, geralmente costuma transcorrer normal...” (E. 11).

Independente de lidar no seu ofício com a morte e o processo de morrer de pessoas, freqüentemente existem algumas mortes que são mais significativas para os profissionais, como demonstram os depoimentos a seguir:

“... eu tive um paciente que tinha 15 anos, lá em São Paulo, e na UTI – eu sempre gostei muito de brincar com os pacientes – e a gente ia passando pela UTI para ir para o repouso médico com uma pizza na mão. Aí começamos a brincar com ele ‘olha o cheirinho de pizza’ e ele não podia, a gente começou a criar laços com a equipe... e aí o chefe da UTI mandou pintar a UTI com esse paciente dentro, a gente lutou para dizer que não acontecesse dessa forma porque ele poderia morrer, a gente podia estar dando uma chance para ele... terminou que o cara pintou, e esse menino fez um edema de glote, com essa tinta, fez uma alergia e foi a óbito. E, assim, a gente sabia que podia ter evitado... a outra foi uma paciente, a primeira que eu entubei na minha vida, eu me lembro da cara dela até hoje. Passei quase 2 horas para tentar entubar essa paciente. E era só eu, eu não tinha outra opção, era eu sozinho lá... era eu e Deus... quando a gente entubou deu certo, colocou no ventilador, mas terminou morrendo... outra vez teve uma ‘vozinha’ que eu me lembro da cara dela,

que antes dela morrer ela pediu para a auxiliar de enfermagem a pintasse todinha, que ela era muito vaidosa, porque queria morrer bonita, e pediu para se olhar em um espelho, passou um tempinho e morreu...” (M. 03).

“... teve uma situação que foi inesquecível, uma paciente que tinha esclerose múltipla, era uma mulher jovem de 42 anos de idade, sabia que ia morrer, tinha dois filhos bem jovens, uma criança e um adolescente, uma família que dava a impressão de ser bem estruturada, um marido que gostava muito e ela sabia que ia morrer. Me pediu para que quando morresse, tirasse um cabelo branco que tinha na sobrancelha dela e vestisse ela com uma saia comprida preta com rosas vermelhas e uma blusa de alças preta que ela tinha, que era a roupa que ela gostava mais. E assim eu fiz, eu fiz questão de prepará-la, da forma que ela pediu. E, realmente, ela ficou muito bonita, e com um buquê de três botões vermelhos na mão...” (E. 01).

“... era como se o sofrimento fosse dela ela não dividisse com ninguém, não expressava pra ninguém, passava ânimo para as pessoas... ela foi para a sala de cirurgia com grande chance de não sair viva, ela tinha neoplasia de intestino e iam ter de retirar, ela entrou no centro cirúrgico sorrindo, fazendo sinal de positivo e isso me chocou bastante...” (E. 08).

A significância da morte, para o grupo está ancorada das experiências de morte do outro que presenciaram, onde percebemos, nas falas, o sentimento de “poder” em manter alguém vivo e o contrário, a “impotência” em não manter; o respeito ao corpo pós-morte é algo importante na fala de E. 01, quando realiza o desejo da pessoa falecida; observamos ainda no depoimento de E.08 a incapacidade de associar a morte com o sorriso, pois pelo fato de estar na iminência de morte a pessoa estar sofrendo, talvez por toda a construção da morte com os sentimentos negativos.

No depoimento a seguir, vemos a dificuldade do médico em lidar com o paciente na fase de barganha, descrita por Kubler-Ross (1998), o que provocou sentimento de angústia por não saber o que fazer. A referida autora relata sua experiência em lidar com pessoas na iminência da morte e afirma que a habilidade em ouvir é essencial para se trabalhar com pacientes nesta fase, pois há momentos de medo, angústia e emoções que precisam ser compartilhadas. Inferimos que a formação do profissional voltada ao curar, por vezes, não o capacita para vivenciar situações de morrer e favorece sentimentos de impotência diante da morte:

“... na época em que eu fui residente, houve um doente que era um presidiário, era soro positivo, eu tava no 1º. ano de residência de clínica médica e eu quem iria acompanhá-lo. Então toda vez que eu o acompanhava ele pedia para não morrer, pedia para eu ajudá-lo e eu como residente, não achava alternativas, tentei passar o caso para um neurologista, devido a complicação neurológica decorrente da doença, mas ele também não tinha propostas, se ele enquanto especialista não tinha, eu, como residente, menos ainda. O neurologista disse ‘ele vai morrer, não há o que se fazer’, mas eu ouvia todos os dias suas súplicas e não tinha coragem de dizer a ele que ele iria morrer. Eu passei uns 20 dias acompanhando ele, foram os 20 dias mais angustiantes da minha vida... era angústia mesmo, dava vontade de não voltar no dia seguinte, ele sempre dizia ‘eu não quero morrer, faça alguma coisa’, todo dia era a mesma coisa. Eu não suportava mais, passei o caso para um outro colega e com 3 ou

5 dias ele morreu, foi o fato que mais me angustiou, até hoje eu não esqueço, mas chega um momento que não posso oferecer nada e a pessoa quer viver” (M. 02).

No depoimento a seguir, vemos que há no imaginário social a representação de que distante do Brasil, em países de Primeiro Mundo, a morte é mais digna: “... a gente sabe que há países, nos quais as pessoas morrem com mais dignidade que aqui no Brasil... em países do Primeiro Mundo...”.

Entendemos que a morte, dependendo da cultura do lugar, onde acontece, pode ser vista de modo diferente, há, sem dúvidas, lugares em que se aceita melhor. Contudo, lidar com pessoas que estão na iminência de morte para os profissionais de saúde é tarefa árdua, mesmo em países desenvolvidos, como escreve a pediatra americana, Martha Morse, no artigo *A caminhada de uma médica com a morte* (2003). No decorrer do artigo mostra dificuldades semelhantes em lidar com a morte e o morrer com as encontradas em nosso grupo de estudo: a falta de preparo, a falta de recursos e faz alusão a uma UTI, tida como “suja”, por poucos dos que entravam, dali saíam vivos. Ela relata seu contato com a morte desde a sua infância, contudo, é como profissional que demonstra suas maiores dificuldades: crises de choros, crises religiosas, angústia em ver tanto sofrimento. Revela que diante de tudo, passou a entender a morte de uma maneira mais humana e tenta promover conforto para seus clientes nos últimos dias.

Um assunto também elucidado por um dos participantes da pesquisa foi a da morte social. O fato de não poder mais estar em contato com outros, é definido por este entrevistado como sendo morte social. Para ele seria o fim da sua vida, como se vê no depoimento a seguir:

“... para mim a morte social seria a perda de contato com o mundo. Se você hoje me colocasse em uma casa tipo a do *Big Brother*<sup>3</sup>, digamos assim, sem outros participantes, além de mim, se só fosse eu, eu estaria morto, poderia ter piscina, tudo de bom, mas ainda assim eu estaria morto, porque o contato com as pessoas é o que me alimenta... morte encefálica, para mim seria outro exemplo de morte social, perdeu a atividade cerebral, o resto só mantém as funções vitais, mas não há o que se fazer...” (M. 02).

Os recortes dos trechos das entrevistas apresentadas a seguir mostram a preocupação dos profissionais em lidar com a família enlutada. Contudo, consideramos que, por vezes, este relacionamento se torna dificultado, por ambos se encontram pouco preparados para aceitar a morte do paciente.

---

<sup>3</sup> Programa veiculado pela Central Globo de Televisão, o qual 12 (doze) ou 14 (catorze) pessoas ficam confinadas sendo observadas 24 horas por dia, por câmeras.

“... penso logo em família, no sofrimento de família, em como ficou a família, principalmente se esse ente que morreu era alguém produtivo ainda, como ficou a família sem aquele ente no meio deles...” (E. 11).

“... eu ficava bem mais ansioso, bem mais preocupado em conversar com a família porque eu não tinha experiência... hoje eu tenho mais experiência, já sei abordar a família e... alguma coisa que eu levo realmente na forma natural. E olha, nunca tive problema com isso...” (M. 10).

“... a gente não pode ser só máquina; a gente também se envolve com a família neste momento...” (E. 11)

“... minha maior dificuldade é o lidar com a família ...” (M. 03).

“... para dar notícia de morte procuro saber do histórico do paciente; saber se a família já tinha sido informada da gravidade do que estava acontecendo e, normalmente, eu tento ser suave e, ao mesmo tempo, verdadeiro, falar exatamente o que aconteceu. É uma situação difícil exatamente por causa deste paradigma; de tentar ser suave, de tentar trazer conforto, com uma notícia e uma situação, na grande maioria das vezes, uma situação ruim, uma situação em que não há uma adaptação, por mais que o paciente tenha uma história de cronicidade, de doença de longo tempo...” (M. 09).

“... às vezes, eu me vejo nessa situação de estar sofrendo na hora da morte. Muitas vezes porque me coloco na posição do paciente e me coloco na posição do acompanhante...” (E. 12).

“... é comum acontecer com o pessoal que trabalha em UTI dois processos: ou você se envolve demais, ou não se permite se envolver de forma alguma. Às vezes, usa até essa fuga como forma de não se envolver com a família para não sofrer...” (E. 11).

“... a gente não pode ser só máquina; é necessário o acolhimento, não só para o paciente fazer uma ‘passagem confortável, como acolher a família também...” (E.11).

Costa (2004) ressalta alguns cuidados necessários aos profissionais na comunicação da morte súbita: a comunicação deve acontecer pessoalmente, em um lugar reservado; descrever as circunstâncias que levaram à morte; não utilizar eufemismo como “passou desta para melhor” ou “nos deixou”; tocar a família afetivamente e compartilhar seus sentimentos; dar tempo para que a notícia seja assimilada e proporcionar o tempo que for necessário para discussões e esclarecimentos; permitir à família ver o paciente.

A problemática da família enlutada envolve questões que estão no imaginário social e são ressignificadas de acordo com vários elementos existentes nas diferentes culturas, em diferentes tempos e espaços geográficos. Ao associarmos o material construído para a análise dos dados e o referencial teórico sobre a Morte e sobre a Teoria das Representações Sociais e do Núcleo Central, identificamos, através de inferências conjunções significativas, as quais podem servir como âncora para estudos posteriores. Tentaremos, de forma sucinta, mas significativa, identificar essas conjunções através de obras específicas de três autores: Sigmund Freud, Liev Tolstói e Mauro Guilherme Pinheiro Koury, descritas posteriormente.

Nas obras dos três autores encontramos um dos elementos que figura no núcleo central das representações sociais da morte e do morrer: o medo do desconhecido. Observa-se que em

o *Tabu em relação aos mortos*, Freud (1974), revela que o medo da contaminação e o medo do fantasma impõem a família ao isolamento. Freud considerou como costume mais estranho, mas ao mesmo tempo instrutivo, a proibição de pronunciar o nome de quem morreu. Esta atitude, ainda hoje, é bastante comum entre as pessoas de origem rural: passa-se a tratar o morto pelo adjetivo finado e finada. Conhecemos várias idosas que utilizam com frequência a expressão “quando o finado era vivo...”, ao reportar-se a história de sua vida.

As discrições de Freud (1974) limitam-se as restrições impostas à família da pessoa morta, mais precisamente àqueles que conviviam diariamente, em especial, esposa ou esposo. Em *A morte de Ivan Ilitch*, romance russo escrito em 1886 por Tolstói e, em *Cultura e Subjetividade*, escrito por Koury em 1996 encontramos “o outro” que faz parte desse ritual, ou seja, a comunidade.

A discrição é a atitude esperada tanto da família quanto da sociedade (colegas, amigos, vizinhos, entre outros). Até a missa de sétimo dia, “período do nojo”, como expressa Koury (1996, p. 32), espera-se uma reclusão da família enlutada. O afastamento social tem por objetivo “não lembrar que alguém faleceu e deixou dor e saudade em alguém”. Em o *Tabu com relação aos mortos* (FREUD, 1974), o afastamento social tem por objetivo evitar a morte do não familiar (a comunidade). Outro dado importante referido por Koury (1996, p. 31), por isso é que ele refere-se à discrição como atitude esperada, “a exposição pública da dor se vê mesclada por uma condenação velada da dor em público”. Quem está sofrendo a dor da perda deve controlar o desejo de expressar, de forma primitiva, a sua dor. Se a vítima da perda for um homem, o máximo que ele pode fazer é derramar algumas lágrimas.

A falta de solidariedade à dor de quem sofre uma perda pode ser justificada pelo modo de vida da sociedade atual. O excesso de atividades justifica o limite às condolências, a uma visita rápida, a um cartão ou à presença na missa de sétimo dia. A narrativa da morte e sepultamento de *Ivan Ilitch* (TOLSTOI, 1998)<sup>4</sup> é um exemplo dessa solidariedade pontual

---

<sup>4</sup> ‘Praskóvia Fódorovna Golovina tem o profundo pesar de comunicar, a seus parentes e amigos, o falecimento do seu querido esposo, o juiz Ivan Ilitch Golovin, ocorrido a 4 de fevereiro de 1882. O féretro sairá sexta-feira, à uma hora da tarde’. Ivan Ilitch [...] há várias semanas encontrava-se enfermo e era voz corrente que não restabelecia. Não fora substituído, mas cogitava-se que a sua vaga pudesse ser preenchida por Alieksiéiev [...] ao tomarem conhecimento da morte do colega, o que primeiramente ocorreu a cada um foi a possibilidade própria ou dos amigos nas promoções e transferência que ela iria provocar[...]. ‘Tenho que aproveitar a ocasião e conseguir a transferência do meu cunhado de kalunga para aqui, disse Piotr Ivánovitch de si para si [...] e em voz alta falou: -Bem desconfiava que eu que ele não levantaria mais. É uma pena. [...]. Além das considerações sobre as prováveis promoções [...] a própria morte de uma pessoa tão próxima deles despertou, como de costume, em cada um dos membros do tribunal a tranqüilizadora sensação de que escapara. [...].Piotr Ivánovitch fora seu colega na faculdade de direito e acreditava que tinha certas obrigações para com o finado [...]. **Cena na casa do morto:** Schwarz descia as escadas [...].Piotr Ivánovitch percebeu logo o que o retinha: queria combinar um lugar onde pudesse mais tarde, jogar [...]. Como acontece com toda gente em tais ocasiões Piotr Ivánovitch entrou sem saber o que devia fazer [...] apelou para um discreto meio-termo: persignou-se e inclinou ligeiramente a cabeça.

indicando que, na realidade, o que mudou foi o lugar do velório. Conforme essa obra de Tolstói, escrita há mais de um século e republicada há menos de dez anos, o evento da morte do outro vem carregado de valores pessoais, morais e sociais.

Outra imagem que nos remete a metaforizar o modo como a morte e o morrer são ressignificados nos tempos hodiernos, caracterizada pela rapidez das comunicações e dos eventos sociais, foi retirada do depoimento de uma enfermeira sobre “como fica o ambiente após a morte de alguém”:

“... vejo que tem mudança no ambiente quando ela acontece, o ambiente fica mais sombrio, mais carregado e principalmente quando você faz o preparo do corpo que você tira o corpo daquele local, é como se ficasse um espaço momentaneamente, depois as coisas começam a fluir...” (E. 05).

O estudo das representações sociais possibilita a identificação dos elementos importantes para a compreensão das construções sociais de objetos e situações, assim como para a identificação do “como” as pessoas se apropriam destas construções e se definem com relação aos objetos representados (ABRIC, 1998). Na análise sobre a morte como evento psicossocial, encontramos várias representações, construídas a partir de situações específicas vivenciadas pelo grupo investigado: morte de um familiar, morte súbita, morte de jovens, morte de colegas e morte de pessoas com doenças em estágio terminal.

Refletindo sobre as respostas dadas que nos permitiram construir, a categoria de análise *Morte e morrer como evento biológico*, percebermos que as representações, geralmente se concretizam nas experiências vividas e pela influência cultural. Conforme Spink (1993, p. 93), “é inevitável que o estudo das Representações Sociais esteja fortemente ancorado à esfera cognitiva”. Considera que o conhecimento é produto social, só podendo ser

---

[...] deu uma vista de olhos no aposento [...] sentiu imediatamente o ligeiro cheiro de cadáver em decomposição [...] não cessava de fazer o sinal-da-cruz e de inclinar ligeiramente a cabeça, endereçando suas piedosas reverências indistintamente ao caixão. [...]. Sentiu-se um pouco constrangido e, mais uma vez fazendo um rápido sinal-da-cruz, virou-se e se encaminhou para a porta, com uma pressa que fugia às regras da decência [...]. Reconhecendo Piotr Ivánovitch, a viúva deu um suspiro, aproximou-se e falou: - Eu sei que o senhor era um grande amigo de Ivan ... - e, com os olhos posto no rosto dele, aguardou qualquer coisa correspondente às suas palavras [...]. **Fala da viúva:** ele sofreu terrivelmente nos últimos dias [...] gritava horas a fio. Os três últimos dias, passou-os gritando sem parar um minuto. Era insuportável [...]. Sim ele tinha consciência de tudo. Plena consciência até o fim. [...]. A idéia do sofrimento daquele homem que conhecera tão de perto, primeiro na alegre meninice, depois como companheiro de escola, mais tarde como colega de tribunal e parceiro de jogo, horrorizou-se subitamente, apesar da desagradável certeza do seu fingimento [...]. ‘Três dias de horrível sofrimento e depois a morte! É coisa que pode acontecer a mim também, a qualquer momento’, pensou e se encheu de horror [...]. Aquilo acontecera a Ivan Ilitch e não a ele [...]. Começava a encomendação: velas, gemidos, incenso [...].Piotr Ivánovitch ficou olhando os próprios pés e os dos que estavam à sua frente. Nem uma só vez olhou para o defunto [...] e foi um dos primeiros a sair [...]. Depois do cheiro de incenso, de cadáver e de fenol foi um verdadeiro milagre respirar o ar puro. - Para onde senhor?, Perguntou o cocheiro; - Ainda é cedo... toque para a casa de Fiódor. Ao chegar, encontrou os jogadores acabando a 1ª partida [...].

analisado tendo como contraponto o contexto em que emerge, circula e se transforma, no caso deste estudo, na UTI.

### **4.2.3 Morte e morrer como evento transcendental**

A morte como transcendência pode significar, do ponto de vista prático, a negação a finitude. Sabemos, através da história, que desde os primórdios da humanidade se busca aumentar a longevidade, evitar o envelhecimento e conseqüentemente a morte. Mesmo os povos nômades se preocupavam em sepultar seus mortos cuidadosamente, “como se estes aguardassem o despertar para outra vida”. Quase todos os povos antigos acreditavam em uma outra forma de vida após a morte. Alguns, como os egípcios, acreditavam que, apenas conservando o corpo se conseguia uma vida satisfatória após a morte, por isso construíram as pirâmides de uma forma que permitiam a penetração dos raios solares. Estes, por sua vez, ao penetrar nos corpos irradiavam a alma protegendo-a da morte. Na atualidade, as pirâmides são, para ocultistas e estudiosos da paranormalidade fontes de diversos tipos de raios energéticos que incrementam a vitalidade (CAVE *et al*, 1993, p. 23).

Diante da incerteza da imortalidade alguns povos antigos passaram a aceitar um destino menos grandioso, mas igualmente impossível: viver décadas ou séculos além do tempo normal de vida, conseguidos através do uso de água milagrosa e de elixires da imortalidade. O historiador grego Herótodo (século V a.C.), escreveu sobre um rei persa que tinha uma fonte de água mágica. Entre os que acreditavam na existência de tal fonte, o mais famoso foi o espanhol, governador de Porto Rico, Juan Ponce de Leon, que de 1513 a 1521, quando foi morto durante um ataque indígena, percorreu regiões virgens do Mundo Novo, em busca da fonte da juventude. Enquanto isso, os alquimistas medievais preparavam os elixires da imortalidade, enquanto sábios chineses recorriam a alimentos considerados mágicos. Se aos olhos de um leitor essas formas de prolongar a vida – do corpo e da alma – parecem absurdas é bom lembrar que elas ainda existem: desde as formas mais simples, como as estâncias minerais, até as técnicas mais sofisticadas como o congelamento do corpo, a transferência de mentes humanas para uma memória computadorizada e a clonagem (CAVE *et al*, 1993).

A imortalidade almejada está intimamente vinculada à eterna juventude. Ambas estão, até no momento atual, no reino da fantasia. O mesmo ocorre com a transcendência da alma: “nada sabemos sobre o lado de lá... nem se ele existe”, como expressa Cassorla (1991, p. 17). Para este autor, há uma necessidade humana de compreender cientificamente a finitude e o

que ocorre após a morte. Talvez por isso e, com base nisso é que até mesmo as religiões passaram a explicar de forma científica a transcendência da alma ou espírito. Entretanto, como destacamos nos recortes das falas abaixo ainda não é suficiente para garantir a certeza dessa transcendência:

“... eu não tenho uma definição tão precisa do que é a morte e morrer, pelos dogmas da igreja católica é o fim da vida, mas penso que é possível que exista alguma coisa a mais depois da morte, mas eu não sei...” (M. 05).

“... a morte para mim representa uma continuidade do ciclo da vida e morrer é chegar até isso...” (E. 12).

“... a morte é uma situação ampla; uma situação em que normalmente há o desligamento de uma pessoa das suas atividades normais; do contato com a família e essa pessoa pode partir pra um outro plano, isso do ponto de vista espiritual. É dessa forma que a gente é doutrinado...” (M. 09)

“... acho que pelo fato de ser espírita, não é aquela coisa de finitude. A morte a gente encara de uma forma diferente; não é aquela coisa de fim; é um recomeço, existe um nascimento, existe esperança e coisas desse tipo. Do lado de lá existe algo...” (E. 11).

“... eu acho que tem muito a ver com a religiosidade, o modo como você encara a morte. Eu acho que a gente não está, pelo menos eu não estou preparada para ver a morte de forma alegre ainda não, não tenho esse preparo espiritual desta forma ainda não...” (E. 05).

Essa incerteza não é comum entre aquelas pessoas que desde a mais tenra idade convivem ou conviveram com uma cultura religiosa que prega a existência de uma alma ou espírito independente do corpo físico. Em termos da teoria do núcleo central isto significa dizer que a transcendência para o grupo estudado circula no núcleo periférico das representações sociais. Para ilustrar o que acabamos de afirmar, citaremos fala de pessoas que acreditam na existência de uma vida após a morte. Abric (1998, p. 32) reconhece três funções primordiais dos elementos periféricos: a) função de concretização, que é determinada pela ancoragem da representação na realidade, constituindo a “interface entre o núcleo central e a função concreta na qual a representação é elaborada ou colocada em funcionamento”. O primeiro depoimento, transcrito anteriormente pode servir de exemplo desta função: “é possível que exista alguma coisa a mais depois da morte, mas eu não sei...”; função de regulação permite uma reinterpretação da representação de acordo com as evoluções do contexto: “[...] seja lhes atribuindo uma importância menor, seja lhes reinterpretando na direção do significado estabelecido pelo núcleo central”; c) função de defesa. Como os exemplos a seguir:

“... acho que pelo fato de ser espírita, não é aquela coisa de finitude eu penso que é a responsabilidade do profissional diante da vida, nas decisões de procedimentos e mesmo frente à morte iminente do paciente” (M. 12).

“... o que me incomoda na morte é o fato de imaginar que depois dela você acabou, acabou. E isso é até ruim, se você for ver pela religião, ela sempre prega que ‘não a morte não é o fim, não é o término, tem alguma coisa depois’, mas eu não acredito muito nisso não, para mim morreu, acabou, é muito angustiante, eu até queria acreditar nisso que existe vida após a morte, mas eu não acredito não. Eu não consigo enxergar a vida após a morte como algo palpável, eu até queria, porque talvez eu aceitasse melhor, mas não consigo...” (E 05).

“... é dessa forma que a gente é doutrinado, por isso eu digo que a religião é importante, porque ela faz com que a gente veja que a morte não é o fim de tudo, que deve haver um começo em algum outro lugar. A religião faz com que a gente aceite a morte de uma maneira melhor que os que não tem religião...” (M 01).

“... eu acredito que algo continue, porque é muito enigmático, ainda não dá pra saber, mas acho que algo continua lá em cima...” (E.03).

“... penso que é possível que exista alguma coisa a mais depois da morte, mas eu não sei...” (M.05).

“... a morte seria a passagem desse plano, para outro, da vida material para a espiritual” (M. 12).

Observando-se atentamente os trechos das falas transcritos anteriormente é possível inferir que em seus conteúdos não existe a racionalidade científica – nada além da morte – nem tampouco a racionalidade religiosa – há vida após a morte. Este dado pode ser justificado, tomando-se como exemplo as idéias de Wagner (1998, p. 5), pelo o fato de que, nas sociedades industrializadas, portanto intelectualizada, há um conhecimento científico vulgarizado, na qual teorias e conceitos se tornam desconectados de suas fontes originais: “o apelo a ciência remete a definições socialmente legitimada, como uma autoridade que substitui os anciões, os predecessores míticos e as religiões de épocas anteriores”.

A religião é norteadora de assuntos que envolvem a subjetividade, o invisível, o não-palpável e remete o ser humano a acreditar em outras dimensões, outros planos, onde a vida continua após a morte, baseando-se nos “mistérios da fé”. As pessoas são orientadas a crer, incondicionalmente, sendo pregado que não precisa “ver para crer e sim crer para ver”. Ao usarmos as Representações Sociais, percebemos que por vivermos em um país, no qual as religiões são grandes formadoras de opinião, isto influencia a construção simbólica do pós-morte, como veremos a seguir:

“... morrer ainda é um mistério porque ninguém que passou voltou para dizer...” (E.08).

“É muito difícil falar sobre morte. É uma questão bem difícil porque a gente não sabe o que vem depois daquilo ali. A morte, assim, é difícil de ser suportada, é algo que traz muita dor, sofrimento. Tem pessoas que, depende da religião, acredita que não parou ali, que a pessoa vai estar olhando pela gente...mas são coisas que a gente ‘se pega’ para segurar, para continuar a viver, mas é muito duro... acho que vai depender muito da religião que você segue, do que você acredita. Se você acredita que Deus está ali, que vai ter um apoio, que vai ter...depende da religião, do que segue.se tem vida após a morte, então já é outro ponto que você vê, que vai ficar variando a forma como você vê” (E. 03).

Para Wilber (1987, p. 80) a consciência da morte é a repressão primária, não a sexualidade. E um dos modos efetivos de fazer isso é criar uma série de símbolos de imortalidade, os quais “através da promessa de transcender a morte, atenuam o frio paralisante que, caso contrário, congelaria as ações do eu”. Para este autor o “eu separado”, diante do tabu fundamental da mortalidade é obrigado a “fechar os olhos à própria possível não existência”: o modo da própria morte ou da não-existência é uma forma retraída de angústia. O autor vai mais além ao escrever que as criações psicoculturais podem ser consideradas “sistemas codificados de negação da morte”. Assim, a mágica, o mito, as criações tradicionais, as crenças puramente lógicas também são projetos de imortalidade: “o que as pessoas desejam em qualquer época é um modo de transcender seu destino físico, querem garantir algum tipo de duração indefinida” (BECKER *apud* WILBER, 1987, p. 22).

Entendemos que as representações sociais construídas ao longo dos anos nos remete a reflexões sobre a nossa própria finitude. E como afirma Kóvac (1992) em estudo abordando questões de profissionais de saúde com a morte, existem sensações de impotência e frustração perante a imprevisibilidade da trajetória da morte. É como se nesses momentos estivessem diante da fragilidade de sua existência, recordando-se da sua própria terminalidade e da possibilidade de viver a mesma situação de seus pacientes. A idéia de transcender minimiza o sofrimento existente.

## **CAPÍTULO 5**

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**



Tornar familiar aquilo que é estranho constitui uma função primordial das Representações Sociais. Este estudo, sobre a morte e o processo de morrer para médicos (as) e enfermeiros (as) que trabalham na UTI, constitui do ponto de vista conceitual, um conhecimento e um saber diferente das suas práticas. O significado atribuído remete para a esfera individual enquanto algo desconhecido, pois ao falar sobre a temática, as manifestações discursivas falam de um outro, o paciente. Este é representado de acordo com os ciclos da vida, quando expressam emoções, sentimentos e explicações para a morte e o morrer. Assim, a pressão, a focalização e dispersão das informações estudadas remetem para a condição de autoridade.

Assim, justificam e orientam suas experiências com a morte do outro que, mediante determinada situações revela o medo de pensar sobre sua própria morte, por ser um sentimento e uma atitude compartilhada universalmente pelas pessoas.

Neste estudo, tivemos por objetivo principal: apreender as representações sociais de médicos(as) e enfermeiros(as) que trabalham em UTI sobre a morte e o processo de morrer. Entendemos que as Representações Sociais da morte e do morrer do grupo estudado teria como significados os eventos biológicos, psicossociais e transcendentais e a imagem construída um ciclo.

<b>MORTE E O PROCESSO DE MORRER =</b>	<b>Significados</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Eventos transcendentais</b></li><li>• <b>Eventos biológicos</b></li><li>• <b>Eventos psicossociais</b></li></ul>
	<b>Imagem</b>	<b>Ciclo</b>

Em relação à morte de pessoas sob os seus cuidados, percebemos que há expressão de sentimentos de impotência, de fragilidade ou indiferença, contudo, em se tratando de pacientes crônicos e que consideram estar sofrendo, referem alívio; quanto aos fatores que interferem na construção destas representações, entendemos que estão relacionados à cultura, especialmente, à religião; não percebemos evidentes divergências nas representações entre enfermeiros (as) e médicos (as), existem apenas alguns momentos de disjunções.

Este estudo não pretende esgotar o tema acerca das representações sociais sobre morte e morrer para profissionais que trabalham em UTI. No entanto, pretendemos contribuir para a realização de novos estudos e para melhorar a qualidade da assistência prestada e qualidade de vida dos profissionais.

Pretendemos disponibilizar os dados para os pesquisados, que ao refletirem e discutirem sobre suas práticas podem minimizar sofrimentos e favorecer melhorias nas suas práticas profissionais.

Sugerimos que sejam realizadas atividades, tais como grupos de apoio, para os trabalhadores de UTI, quando deverão ser discutidas temáticas relacionadas à morte e o processo de morrer, a fim de se estabelecer uma relação de ajuda com pacientes, familiares e entre a equipe de trabalho.

## **6 REFERÊNCIAS**



ABRIC, Jean-Claude. O Estudo Experimental das Representações Sociais. In: JODELET, Denise (org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 155-71.

\_\_\_\_\_. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denise Cristina de (orgs.). **Estudos interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia: AB, 1998. p. 27-46.

ALEXANDRE, Marcos. **O papel da mídia na difusão das representações sociais**. Disponível em: <http://www.facha.edu.br/publicacoes/comum/comum17/pdf/opapel.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2004.

ALVES, Rubem. **Sobre a morte e o morrer**. Folha de São Paulo, Caderno “Sinapse”, 12 out 2003, 3 p. Disponível em: <[http://www.releituras.com/rubemalves\\_morte.asp](http://www.releituras.com/rubemalves_morte.asp)>. Acesso em: 11 nov. 2004.

\_\_\_\_\_. A morte como conselheira. In: CASSORLA, Roosevelt M. S. **Da morte: estudos brasileiros**. Campinas: Papirus, 1991. p.11-15.

ARIÈS, Philippe. **História da Morte no Ocidente**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003. 312 p.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições 70 Persona, 1977. 226p.

BAUER, M. R. *et al*. Assistir o paciente oncológico: como as enfermeiras poderão enfrentar este desafio? **Rev. Gau. Enf.**, Porto alegre, v. 12, n. , p. 27-32, jul. 1991.

BLACKMORE, Susan. **Religiões como memplexos**. Disponível em: <<http://www.str.com.br/Scientia/memplexos.htm>>. Acesso em: 03 dez. 2005.

BOEMER, Magali Roseli. **A morte e o morrer**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989. 135 p.

\_\_\_\_\_. A temática da morte sob a perspectiva da pesquisa do fenômeno situado. In: **Cadernos da Sociedade de Estudos e Pesquisa Qualitativos**. v. 2, n. 2. São Paulo: A sociedade. 1991. p. 65-84.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 3432 de 12/08/1998 - em vigor**. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de tratamento Intensivo – UTI. Disponível em: <<http://www.amib.com.br/portaria3432.htm>>. Acesso em: 01 ago. 2004.

BURLÁ, Claudia; PY, Ligia. Humanizando o final da vida em pacientes idosos: manejo clínico e terminalidade. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (Org). **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004, p. 125-47.

CASSORLA, Roosevelt M. S. (Coord). **Da morte: estudos brasileiros**. Campinas: Papirus, 1991. 241 p.

CAVE, Janet *et al.* **Mistérios do desconhecido**: prolongamento da vida. São Paulo: Abril, 1993. 144 p.

CINTRA, Eliane de Araújo; NISHIDE, Vera Médici; NUNES, Wilma Aparecida. **Assistência de enfermagem ao paciente crítico**. São Paulo: Atheneu, 2000. 671 p.

CHAHON, Vera Lúcia. **A mulher impura**: menstruação e judaísmo. Rio de Janeiro: Achiamé, 1982. 94 p.

COSTA, Mildred Patrícia Ferreira da. Ressuscitação cardiopulmonar: aspectos da comunicação e do tempo. In: SILVA, Maria Júlia Paes da (Org.). **Qual o tempo do cuidado?** Humanizando os cuidados de Enfermagem. São Paulo. Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2004. p. 111-121.

CROSSETTI, Maria da Graça; BUÓGO, Míriam; KOHLRARAUSCH, Eglê. O cuidar de enfermagem como ação terapêutica na atenção à saúde individual: a especificidade das ações de natureza propedêuticas e terapêuticas de enfermagem e sua interface com as ações de enfermagem complementares aos atos de outros profissionais. In: **Anais do 50<sup>o</sup>. Congresso Brasileiro de Enfermagem**: cuidar – ação terapêutica da enfermagem. Salvador: ABEN- Seção Bahia, p. 94-109, 1998.

D'ASSUMPÇÃO, Evaldo A. **Tanatologia**: ciência da vida e da morte. Arquivos de Tanatologia e Bioética. V. 01. Belo Horizonte: Fumarc, 2002. 47 p.

\_\_\_\_\_. **Dizendo adeus**: como viver o luto, para superá-lo. Belo Horizonte: PUC Minas, 2001. 79 p.

DOMINGOS SOBRINHO, Moisés. Poder simbólico, signo hegemônico e representação social: notas introdutórias. In: CARVALHO, Maria do Rosário; PASSEGGI, Maria da Conceição; DOMINGOS SOBRINHO, Moisés.(Orgs.) **Representações sociais**. Mossoró, RN: Fundação Guimarães Duque, 2003. p. 63-82.

DRUMOND, Thaís Costa *et al.* **Cathivar**: humanizando o atendimento em câncer e AIDS. Belo Horizonte, UFMG, 2002. Disponível em:  
<[http://www.saudebrasilnet.com.br/premio\\_2002\\_arquivo/trabalho60.asp](http://www.saudebrasilnet.com.br/premio_2002_arquivo/trabalho60.asp)>. Acesso em: 18 nov. 2004.

ESCUDEIRO, Cristina Lavoyer. Enfermagem e Teoria das Representações Sociais: uma alquimia a mais na arte de pesquisar. **Livro de resumos da jornada internacional sobre representações sociais**: teoria e campos de aplicação. Natal, RN, 1998. p. 58.

FERRAZ, Aidê Ferreira. *et al.* Assistência de enfermagem a paciente em fase terminal. **Rev. Bras. Enf.** Brasília, v. 39, p. 50-60, jan./fev./mar. 1986.

FREUD, Sigmund. **Toteme Tabu**. Rio de Janeiro: Imago, 1974. 179 p.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1999. 206 p.

GUERRA, Débora Rodrigues. **Morte na UTI:** compreensão de enfermeiras. Fortaleza, CE. Monografia (Graduação). Universidade Estadual do Ceará. Graduação em Enfermagem. 1998. 90 p.

GUIMARÃES, Carlos Antonio Fragoso. **A Reencarnação nos Primeiros Séculos do Cristianismo.** Disponível em:  
<<http://geocities.yahoo.com.br/carlos.guimaraes/origenes.html>>. Acesso em: 03 dez. 2005.

HAESBAERT, Ricardo Arend. Federação Nacional dos Enfermeiros. In: **Anais do 48<sup>o</sup>. Congresso Brasileiro de Enfermagem:** a Enfermagem, os 70 anos da ABEn e as perspectivas para o próximo milênio. São Paulo: ABEN, p. 349-52, 1997.

HUDAK, Carolyn M; GALLO, Barbara M. **Cuidados Intensivos de Enfermagem.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. 1013 p.

JODELET, Denise (org.). **As Representações Sociais.** Rio de Janeiro: EdUERJ. 2001. 420 p.

KELEMAN, Stanley. **Viver o seu morrer.** São Paulo: Summus. 1997. 110 p.

KLAFKE, Teresinha Eduardes. O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In: CASSORLA, Roosevelt M. S. (Coord). **Da morte:** estudos brasileiros. Campinas: Papirus, 1991. 241 p.

KOURY, Mauro Guilherme Pinheiro. Cultura e subjetividade: questão sobre a relação luto e sociedade. In: KOURY, Mauro Guilherme Pinheiro; LIMA, Jacob Carlos; RIFIÓTIS, Theophilos (Orgs.). **Cultura e subjetividade.** João Pessoa: Editora Universitária, 1996. p. 29-46.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Morte e desenvolvimento humano.** 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992. 246 p.

\_\_\_\_\_. Comunicação nos programas de cuidados paliativos: uma abordagem multidisciplinar. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (Org). **Humanização e Cuidados Paliativos.** São Paulo: Loyola, 2004. p. 275-89.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **A roda da vida:** memórias do viver e do morrer. Rio de Janeiro: GMT, 1998. 313 p.

\_\_\_\_\_. **Sobre a morte e o morrer:** o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 296 p.

\_\_\_\_\_; KESSLER, David. **Os segredos da vida.** Rio de Janeiro: Sextante, 2004. 218 p.

LANDMANN, Jayme. **A ética médica.** Rio de Janeiro: Guanabara Dois, 1985. 300 p.

LIMA, Adriana Aparecida de Faria. A morte, o tempo e o cuidar. In: SILVA, Maria Júlia Paes da (Org.). **Qual o tempo do cuidado?** Humanizando os cuidados de Enfermagem. São Paulo. Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2004. p. 158-168.

MARTINS, Mary Anne Fontenele. **Práticas educativas:** limites entre o bater e o não bater – contribuições ao estudo de violência intrafamiliar. Fortaleza, CE. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Ceará. Mestrado em Saúde Pública. 2002. 142 p.

MORSE, Martha. A caminhada de uma médica com a morte. **Revista Espaço Acadêmico**. N. 30, nov. 2003. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/030/30emorse.htm>>. Acesso em: 15 jul. 2005.

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais:** investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003. 404 p.

\_\_\_\_\_. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: JODELET, Denise (org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ. 2001. 420 p.

OBA, Maria das Dores Vale *et al.* 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, Maria Francinete de. **Representações sociais, relações de gênero e programas de assistência e educação à saúde da mulher no climatério**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN. Tese (Doutorado em Educação). 2001. 190 p.

ORLANDO, José Maria da Costa. **UTI muito além da técnica:** a humanização e a arte do intensivismo. São Paulo: Atheneu. 2001. 584 p.

PASSOS, Elizete Silva. **De anjos a mulheres:** ideologias e valores na formação de enfermeiras. Salvador: EDUFBA/EGBA, 1996. 209 p.

PITTA, Anna. **Hospital:** dor e morte como ofício. 2. ed. São Paulo: HUCITEC. 1991. 198 p.

PY, Lígia; OLIVEIRA, Ana Claudia. Humanizando o adeus à vida. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 240-247, 2003.

REZENDE, Ana Lúcia Magela *et al.* **Ritos de morte na lembrança de velhos**. Série Enfermagem – Repensul. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 1996. 154 p.

RODRIGUES, Maria Socorro Pereira, LEOPARDI, Maria Tereza. **O método de análise de conteúdo:** uma versão para enfermeiros. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999, 118 p.

SÁ, Celso Pereira de. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996. 189 p.

SHEEHY, Gail. **Novas Passagens:** um roteiro para a vida inteira. Rio de Janeiro: Rocco, 1997. 480 p.

SILVA, Marcimedes Martins. **Representação social e comunicação**. São Paulo: PUC-SP. 1992. Disponível em: <<http://www.avesso.net/suicid2.htm>>. Acesso em: 01 ago. 2004

SPINK, Mary Jane (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993. 311 p.

\_\_\_\_\_. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra. **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 117-145.

SOUZA FILHO, Edson Alves. Análise de Representações Sociais. In: SPINK, Mary Jane (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, p. 109-45, 1993.

TOLSTÓI, Liev. **A morte de Ivan Ilitch**: seguido de senhores e servos. Rio de Janeiro: Ediouro; São Paulo: Publifolha, 1998. 140 p.

VERGÈS, Pierre. Representações Sociais da Economia: uma forma de conhecimento. JODELET, Denise (org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ. P. 343-62. 2001.

VIORST, Judith. **Perdas Necessárias**. São Paulo: Melhoramentos, 1986. 335 p.

VILA, Vanessa da Silva Carvalho; ROSSI, Lídia Aparecida. O significado cultural do cuidado humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: “muito falado e pouco vivido”. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, mar./abr. 2002.

VOLMERO, Maria Fernanda. Morte. **Super Interessante**. São Paulo: Abril. v. 16, n. 1, p. 36-44, fev. 2002.

VON ZUBEN, Newton Aquiles. **Questões de Bioética**: morte e direito de morrer. Disponível em: <<http://www.fae.unicamp.br/vonzuben/morte.html>>. Acesso em : 11 nov. 2004.

WAGNER, Wolfgang. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denise Cristina de (orgs.). **Estudos interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia: AB, 1998. p. 03-25.

WEIL, Pierre. **As fronteiras da evolução e da morte**. 6 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1991, 131 p.

WILBER, Ken. **Um Deus social**. São Paulo: Cultrix, 1987. 193 p.

## **7 APÊNDICES**



## APÊNDICE A

### TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

**01. Nome da pesquisa:** AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA MORTE E DO PROCESSO DE MORRER PARA PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI

2. **Nome da orientadora da pesquisa:** Profa. Dra. Maria Francinete de Oliveira

3. **Nome da mestrandia:** Débora Rodrigues Guerra

**4. Dados de identificação dos (as) entrevistados (as):**

- a. Sexo
- b. Religião
- c. Idade
- d. Profissão
- e. Tempo de formado
- f. Tempo de trabalho na UTI
- g. Estado civil, se não solteiro (a), há quanto tempo
- h. Filhos (as), caso sim, idade

**5. A palavra morte lhe lembra o quê? (Em três palavras)**

---

---

---

**6. A palavra morrer lhe lembra o quê? (Em três palavras)**

---

---

---

## APÊNDICE B

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO

1. **Nome da pesquisa:** AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA MORTE E DO PROCESSO DE MORRER PARA PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI
2. **Nome da orientadora da pesquisa:** Profa. Dra. Maria Francinete de Oliveira
3. **Nome da entrevistadora:** Débora Rodrigues Guerra
4. **Data da entrevista:** \_\_\_ / \_\_\_ / 2005
5. **Início da entrevista:** \_\_\_\_\_ **Término da entrevista:** \_\_\_\_\_
6. **Dados de identificação dos (as) entrevistados (as):**
  - a. Sexo
  - b. Religião
  - c. Idade
  - d. Profissão
  - e. Tempo de formado
  - f. Tempo de trabalho na UTI
  - g. Estado civil, se não solteiro (a), há quanto tempo
  - h. Filhos (as), caso sim, idade
7. **O que a morte representa para você?**
8. **O que representa para você o morrer e a morte de uma pessoa que está sob os seus cuidados na UTI?**

## **APÊNDICE C**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Centro de Ciências da Saúde  
Departamento de Enfermagem  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Curso de Mestrado

Natal, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005

Senhor(a) Diretor (a),

Vimos solicitar a colaboração de V. Sa., no sentido de conceder autorização para que a mestranda Débora Rodrigues Guerra possa proceder a coleta de dados de seu estudo intitulado “AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA MORTE E DO PROCESSO DE MORRER PARA PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI”, nesta Instituição.

Informamos que o termo de autorização encontra-se em anexo.

Agradecemos antecipadamente,

---

Profa. Dra. Maria Francinete de Oliveira

Orientadora do estudo

**APÊNDICE C**  
**COMPLEMENTO**

**Universidade Federal do Rio Grande do Norte**

Centro de Ciências da Saúde  
Departamento de Enfermagem  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Curso de Mestrado

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

**TÍTULO DO ESTUDO:** “AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA MORTE E DO PROCESSO DE MORRER PARA PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI”

**PESQUISADORES:** Débora Rodrigues Guerra

Profa. Dra. Maria Francinete de Oliveira

**01. Após análise do projeto e da solicitação:**

- (        ) Autorizamos a coleta de dados na instituição.  
(        ) Não autorizamos a coleta de dados na instituição.

**02. Quanto à divulgação:**

- (        ) Autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico-científico.  
(        ) Não autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico-científico.

**03. No que diz respeito ao relatório escrito:**

- (        ) Requeremos a apresentação dos resultados na instituição.  
(        ) Não requeremos a apresentação dos resultados na instituição.

Natal – RN, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005

---

**Responsável**

## **APÊNDICE D**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
Campus Universitário sn – Lagoa Nova, Natal/RN  
Cep. 59072-970, Fone 3215 3196

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Natal-RN, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005

Prezado (a) Sr. (a),

Vimos, por meio deste, esclarecer que, enquanto discente do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande no Norte, estamos realizando uma Dissertação de Mestrado sob o tema: “AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA MORTE E DO PROCESSO DE MORRER PARA PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI”.

Este estudo tem como objetivos: apreender as representações sociais de médicos (as) e enfermeiros (as) que trabalham em UTI sobre a morte e o processo de morrer; identificar convergências e divergências das representações sociais de enfermeiros (as) e médicos (as) que trabalham em UTI em relação à morte e o processo de morrer; conhecer as representações sociais de enfermeiros (as) e médicos (as) que trabalham em UTI em relação à morte e o processo de morrer de pessoas que estão sob os seus cuidados; identificar os fatores que influenciam na construção das representações sociais de enfermeiros (as) e médicos (as) que trabalham em UTI sobre a morte e o processo de morrer.

Assim, solicitamos a sua contribuição no sentido de participar de uma entrevista.

Esclarecemos que:

- a mestranda se chama Débora Rodrigues Guerra, COREN – RN: 80828, discente do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande Norte;

- o trabalho será realizado sob a orientação da Dra. Maria Francinete de Oliveira, enfermeira e professora do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande Norte;
- a entrevista deverá ser gravada para posterior registro fiel dos dados;
- sua participação será voluntária e caso não queira responder a todos os questionamentos terá liberdade em participar até o momento que lhe convier;
- não haverá nenhum dano ou prejuízo, se não desejar participar do estudo, e, poderá retirar-se no momento que julgar oportuno;
- as informações obtidas serão confidenciais e utilizadas apenas como propósito científico, sem divulgar o nome do participante;
- não há previsão de gasto financeiro ou ressarcimento de despesas pelos participantes da pesquisa;
- terão acesso aos arquivos para constatação dos dados, a pesquisadora, e os demais profissionais envolvidos nesse estudo, sem, contudo violar a confidencialidade necessária;
- a pesquisadora arquivará este termo de consentimento, e que, nenhuma conjuntura ele será apreciado por outra pessoa;
- a autorização para o desenvolvimento de todos os passos anteriormente apresentados, será considerado a partir da assinatura do impresso e consentimento.
- quaisquer dúvidas sobre questões éticas que envolvem a pesquisa, procurar o CEP-UFRN pelo telefone 215-3135 ou pelo end: Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova, Cep. 59072-970.

Agradecemos a sua atenção, e caso aceite participar, solicito a sua confirmação neste documento.

Atenciosamente,

Débora Rodrigues Guerra

Tel: 084.9968.2790

Endereço: Av. dos Ipês,

Cond. Parque dos Rios,

Bloco Q, apto 301,

Neópolis;

Natal – RN

Endereço eletrônico: *deboraguerra@click21.com.br*

## TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento e compreendi a finalidade do estudo e qual procedimento a que serei submetido. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo.

Autorizo o uso dos dados obtidos através da entrevista com o objetivo de desenvolver a pesquisa citada, como também a publicação do referido trabalho escrito, podendo utilizar inclusive meus depoimentos. Concedo também o direito de uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas, desde que mantenha o sigilo sobre a minha identidade, podendo usar pseudônimos.

Eu concordo em participar do estudo.

Natal – RN, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do informante

Nome:

Endereço:

RG.

Fone: (    )

## **APÊNDICE E**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Centro de Ciências da Saúde  
Departamento de Enfermagem  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Curso de Mestrado

### **TERMO DE COMPROMISSO**

Declaramos que conhecemos e cumpriremos os requisitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96 de 10 de outubro de 1996 e suas complementares. Nos comprometemos a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no Protocolo.

Natal - RN, 22 de fevereiro de 2005

---

Enf<sup>ª</sup> Débora Rodrigues Guerra  
(mestranda)

---

Profa. Dra. Maria Francinete de Oliveira  
(orientadora)

## **APÊNDICE F**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Centro de Ciências da Saúde  
Departamento de Enfermagem  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Curso de Mestrado

### **DECLARAÇÃO**

Declaramos que os resultados do estudo serão publicados unicamente para fins científicos sejam eles favoráveis ou não, será assegurado o anonimato dos participantes e retorno das informações coletadas. Serão submetidos à publicação em periódico técnico/científico de enfermagem.

Manteremos os instrumentos de pesquisa (formulários) por cinco anos arquivados no departamento de enfermagem / pós-graduação de enfermagem, a fim de que possam ser analisados futuramente, caso haja necessidade.

Aceitamos as responsabilidades pela condução científica do Projeto em apreço, cujo título é: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA MORTE E DO PROCESSO DE MORRER PARA PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI.

Natal - RN, 22 de fevereiro de 2005

---

Enf<sup>a</sup> Débora Rodrigues Guerra  
(mestranda)

---

Profa. Dra. Maria Francinete de Oliveira  
(orientadora)

## **8 ANEXOS**



## ANEXO A



### UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

#### Parecer Consubstanciado do Projeto de Pesquisa nº 34-2005

**Registro no CEP-UFRN:** 34/05

**Projeto de Pesquisa:** "As Representações Sociais da Morte e do Processo de Morrer para profissionais que trabalham em Unidade de Terapia intensiva - UTI".

**Pesquisador Responsável:** Maria Francinete de Oliveira

**Instituição:** Departamento de Enfermagem - Curso de Mestrado/CCS/UFRN

**Área temática:** Grupo III

**Classificação:** Dissertação (Mestrado)

#### **Objetivos do estudo:**

Apreender as representações sociais de médicos (as) e enfermeiros (as) que trabalham em UTI sobre a morte e o processo de morrer.

#### **Objetivos específicos:**

Apreender as convergências e divergências das representações sociais de médicos (as) e enfermeiros (as) que trabalham em UTI sobre a morte e o processo de morrer; conhecer as representações sociais de enfermeiros(as) e médicos (as) que trabalham em UTI em relação à morte e o processo de morrer; conhecer as representações sociais de enfermeiros (as) e médicos (as) que trabalham em UTI em relação à morte e o processo de morrer de pessoas que estão sob seus cuidados; identificar os fatores que influenciam na construção das representações sociais de enfermeiros (as) e médicos (as) que trabalham em UTI sobre a morte e o processo de morrer.

#### **Sumário:**

Trata-se de uma pesquisa cujos beneficiários principais são os profissionais de saúde que trabalham em UTI com pacientes em risco de morte iminente. Estes profissionais, em muitos casos, sentem-se ainda mais responsáveis pela vida e ficam fragilizados diante de situações de morte e morrer, podendo daí então desenvolver problemas físicos e emocionais. Esta pesquisa pretende, quando de posse dos dados finais da investigação, elaborar ações que permitam melhorias na qualidade da assistência prestada aos enfermos, preparando os profissionais da saúde quanto aos aspectos emocionais e psicológicos a fim de que possam entender a morte e aceitá-la como parte da vida. Os dados da pesquisa serão coletados através de entrevista gravada.

#### **Relatório sobre os Itens metodológicos e éticos:**

---

comitê de Ética em Pesquisa, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, CP 1666,  
Natal, RN, 59078-970, Brasil, fone/fax: xx (84) 215-3135, e-mail [cepufnr@reitoria.ufrn.br](mailto:cepufnr@reitoria.ufrn.br),  
<http://www.etica.ufrn.br>

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. W.', is located at the bottom right of the page.

**Folha de rosto:** Ausência do carimbo da pesquisadora.

**Protocolo:** Ausência da autorização da direção da instituição hospitalar onde será realizada a pesquisa, no caso, do Natal Hospital Center. Há um termo de autorização da Chefia de enfermagem da referida instituição.

**Riscos:** Sem riscos aparentes por não ser utilizado nenhuma intervenção invasiva ou drogas.

**Benefícios:** Melhorar a qualidade da assistência prestada pelos profissionais envolvidos no tratamento dos pacientes internados em UTI através de ações que voltadas principalmente aos aspectos emocionais e psicológicos destes profissionais.

**Cronograma:** Adequado.

**Medidas de proteção ou minimização de qualquer risco eventual:** Há referência apenas ao Comitê de Ética em Pesquisa e a pesquisadora não assume nenhum ressarcimento por algum risco eventual neste item, apesar do projeto contar com uma declaração de ressarcimento.

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE):** Deve incluir e prever direito a indenização em caso de dano mesmo sendo este improvável.

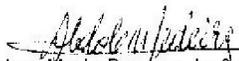
Não há estímulo para que perguntas sobre a pesquisa sejam formuladas.

Frente ao que se refere ao TCLE, e às demais observações efetuadas acima, o projeto foi aprovado com recomendação.

De acordo com a Resolução CNS 196/96, as pendências devem ser respondidas dentro de 60 dias, a partir da data de envio do parecer pelo CEP-UFRN. Após esse prazo o protocolo será arquivado.

**Parecer:** Projeto aprovado com recomendação.

Natal, 01 de abril de 2005.

  
Selma Maria Bezerra Jerônimo  
Coordenadora do CEP-UFRN.

## ANEXO B



Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

### Parecer Projeto de Pesquisa Nº 034/2005

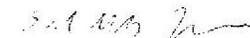
<b>Registro no CEP-UFRN</b>	034-2005
<b>Título</b>	"As Representações Sociais da Morte e do Processo de Morrer para profissionais que trabalham em Unidade de Terapia intensiva - UTI".
<b>Instituição</b>	Departamento de Enfermagem - Curso de Mestrado/CCS/UFRN
<b>Pesquisadora</b>	Maria Francinete de Oliveira
<b>Área temática</b>	Grupo III

### PARECER

Considerando que as recomendações emitidas em parecer anterior foram, adequadamente, atendidas, e estando o protocolo de acordo com os itens propostos pela Resolução 196/96-CNS, o CEP-UFRN manifesta-se pela aprovação do protocolo registro CEP-UFRN 034-05.

Lembramos que qualquer modificação referente a aspectos metodológicos deverá ser encaminhada ao CEP/UFRN para avaliação. O pesquisador deverá encaminhar relatório semestral, e relatório final, após sua conclusão. Os formulários para relatórios, parcial e final, estão disponíveis na página do CEP-UFRN.

Natal, 10 de junho de 2005.

  
Selma Maria Bezerra Jerônimo  
Coordenadora do CEP-UFRN.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)